

<認知症対応型共同生活介護用>
<小規模多機能型居宅介護用>

評価結果報告書

地域密着型サービスの外部評価項目構成

I. 理念に基づく運営	7
1. 理念の共有	1
2. 地域との支えあい	1
3. 理念を実践するための制度の理解と活用	3
4. 理念を実践するための体制	2
5. 人材の育成と支援	0
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	1
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応	0
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援	1
III. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	5
1. 一人ひとりの把握	1
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し	1
3. 多機能性を活かした柔軟な支援	0
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働	3
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	6
1. その人らしい暮らしの支援	4
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり	2
合計	19

事業所番号	1495200089
法人名	特定非営利活動法人 のぞみ
事業所名	のぞみの家 i (あい)
訪問調査日	2016年3月31日
評価確定日	2016年3月31日
評価機関名	株式会社 R-CORPORATION

○項目番号について
 外部評価は20項目です。
 「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。
 「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。

○記入方法
 [取り組みの事実]
 ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入しています。
 [次ステップに向けて期待したい内容]
 次ステップに向けて期待したい内容について、具体的な改善課題や取り組みが期待される内容を記入しています。

○用語の説明
 家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。
 家族 = 家族に限定しています。
 運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。
 職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。
 チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

平成27年度

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1495200089	事業の開始年月日	平成22年8月1日	
		指定年月日	平成22年8月1日	
法人名	特定非営利活動法人のぞみ			
事業所名	のぞみの家 i (あい)			
所在地	(211-0051)			
	川崎市中原区宮内3-10-4			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
		宿泊定員	名	
		定員計	18名	
		ユニット数	2ユニット	
自己評価作成日	平成28年2月	評価結果 市町村受理日	平成28年5月16日	

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	
----------	--

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

御家族と一緒に御利用者様の生活を終焉まで心をこめて介助しています。

毎日の生活に張り合いと個別の喜びを感じられるような工夫を職員全員で考えアクティビティーを取り入れ、外出する機会を多く作り、社会資源を活用します。3つのiを大切にします。出会い・わかり合い・支え合い、二人三脚となってお手伝いをします。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 R-CORPORATION		
所在地	〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町3-30-8 S Yビル2F		
訪問調査日	平成28年3月7日	評価機関 評価決定日	平成28年3月31日

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点(評価機関記入)】

●この事業所の経営は、特定非営利法人のぞみです。特定非営利法人のぞみは、横浜市に2ヶ所、川崎市に2ヶ所、藤沢市に1ヶ所、合わせて5カ所のグループホームと在宅介護、デイサービス、ヘルパーステーション、共同住宅等の福祉事業を運営しています。「のぞみの家i」は、JR南武線「武蔵小杉駅」から、バス12分、バス停「宮内公民館前」下車徒歩1分の所にあります。近くにはコンビニや商店、公園もある他、同敷地内には同法人のグループホーム「のぞみの家宮内」が隣接するような形で建っています。

●のぞみの家iの理念として「ご本人と家族が地域の中で安らぎのある暮らしを創造(想像)していきます」を掲げています。iには4つの意味が込められており(出会い・わかり合い・支えあい・私「i」)これらのiを大切にして、一人ひとり個人が輝くようお手伝いさせていただきますをモットーとしています。理念は事務所と入口の目に留まる場所に掲げ、常に意識しながらケアに取り組めるようにしています。近年では、重度化が進み医療行為が必要な為に、他のホームへ入所が難しい方でも、入居希望の方は受け入れています。その為に、喀痰、胃瘻などに必要な資格を積極的に取得して、有資格職員による高度なケアも行われています。

●職員の教育については、入職した際に管理者によるオリエンテーションにて認知症についての基本的なことを学んだ後に、認知症ケアに関する課題について、目標設定・自己評価をします。その後、現場に入りOJTにて業務について学んでいます。内部研修では、随時必要なテーマについて行っている他、朝礼後にも5分間勉強会の時間を設け職員の質の向上に努めています。また、のぞみの家宮内、のぞみの家i、近隣のグループホームと合同で半年に1回研修会も行っています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	23 ~ 35	9 ~ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	のぞみの家 i (あい)
ユニット名	ミモザ 1F

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまにある
			4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と
			2, 家族の2/3くらいと
			3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまに
			4. ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている
			2, 少しずつ増えている
			3. あまり増えていない
			4. 全くいない
66	職員は、活き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が
			2, 職員の2/3くらいが
			3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が
			2, 家族等の2/3くらいが
			3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	理念を玄関やスタッフルームにかかげて共有し、職員も常に意識しながら業務にあたる職場環境をつくっている	理念に「ご本人と家族が地域の中で安らぎのある暮らしを創造（想像）していきます」。事業所のiとは、（出会い・わかり合い・支えあい・私）これらのiを大切に、一人ひとり個人が輝くようお手伝いさせていただきますをモットーとしています。理念は事務所と入口の目に留まる場所に掲げ、常に意識しながらケアに取り組めるようにしています。	今後の継続
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	御利用者様と近所に買い物に行き挨拶をしてお店の方との交流を図っている。秋季祭礼では大人神輿・子供神輿の神酒所として施設敷地を開放し、利用者との触れ合いを行っている。地域の方のボランティアにより日本舞踊を見せていただいている。又近隣の小学校で行われる盆踊りへ利用者様全員で参加し輪の中で踊ったりしている。	町内会に加入し、各行事に参加しています。利用者と近所に買い物に行き挨拶をしてお店の方との交流を図ったり、秋季祭礼では大人神輿・子供神輿の神酒所として施設敷地を開放し、地域の方との交流の場を設けています。また、ボランティアでは地域の方の日本舞踊、健康はつらつ体操、カラオケに来て頂いています。近隣の小学校で行われる盆踊りに、利用者全員で参加して踊りました。	今後の継続
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	近隣の小学生の施設体験の受け入れを行い認知症の方への理解をして頂けるようにしている。認知症サポーター講座、キャラバンメイトの育成をしている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	町内会長さん、老人クラブの方、民生委員さん、特別養護老人ホームの施設長さん等地域に根ざしている方に参加していただきサービスの向上に努めている。ご家族の参加も多く見られる。	3か月に1回、町内会長、老人クラブの方、民生委員、特養施設長、利用者家族などに参加して頂いています。ホームの活動状況やボランティアの呼びかけを行っています。参加者から様々な意見をいただきサービスの向上に努めています。	今後の継続
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	不明な点がある時には市町村の介護保険課に連絡、相談し協力を得ている。中原区指定認知症対応型共同生活介護事業所協議会が開設され、参加している。（H25.5.14設立）。川崎市自立支援向上勉強会に参加している。	不明な点がある時には区の介護保険課に連絡、相談し協力を得ています。平成25年から中原区グループホーム協議会が開設され、参加しています。また、川崎市自立支援向上勉強会に参加し、この勉強会で得られた情報や知識をケアに取り入れています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	玄関チャイムを利用し、玄関の施錠を含め身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束・虐待については、のぞみの家宮内・i・近隣ホームの合同研修会で半年に1回勉強しています。身体拘束廃止委員会があり、身体拘束廃止マニュアルも整備されています。1階と2階の出入り口にはチャイムで出入りを見守りしています。玄関は出るのは自由ですが、外から入る時は防犯面に考慮して施錠しています。	今後の継続
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	他グループホームとの合同勉強会を実施し、多くの意見のもと虐待が見過ごされる事がないよう防止に努めている。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	勉強会に参加し学ぶ機会を得ている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約時には詳しい資料と施設の案内・説明を十分に行い、運営内容の御理解を得てから契約を行っている		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	年1回の家族会を実施し、不安や要望等の意見交換の場を設けている。意見や要求された項目についてはカンファレンス等で職員へ周知し検討を重ね、運営の改善に努めている。運営推進委員会を2カ月に1回実施し、ご家族に開催の連絡とお誘いを行い参加を促している。	年1回の家族会には、ほとんど全家族の参加を得られています。また、毎回の運営推進会議には、多数の家族が参加が得られており、外出・運動の量を増やしてほしい、ホームページでの生活状況・写真を増やしてほしい、新聞の発行回数を増やせないかなど、様々な意見・要望を言っています。家族からの意見・要求についてはカンファレンス等で職員へ周知し検討を重ね、運営の改善に努めています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	月に1回のカンファレンスを実施し、ケアをはじめとし広く意見交換と改善を検討し実践へ取り組んで居る。全事業所が集まる全体会議では理事長をはじめとして、個々の意見を検討・改善徹底する体制をとっている	月に1回のカンファレンスを実施し、ケアをはじめとして広く意見交換と改善を検討し実践へ取り組んでいます。理事長と全ホームの管理者が集まる全体会議では理事長をはじめとして、全職員の意見を検討・改善徹底する体制があります。個人面談は、半年に1回実施しています。業務だけでなく、休憩についても様々な意見が出るので、検討した後に改善対応しています。	今後の継続
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	各自がやりがいを持ち、働けるよう職場環境の整備に努めている。また個人が得意の分野を活かせる様に目標を持っている。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	社会福祉協議会、神奈川県グループホーム協議会主催の講習会や他の研修への参加を促している。カンファレンス実施時に併せ勉強会を実施している。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	他グループホームの運営推進委員会に参加し情報交換をしている。合同の勉強会を実施し、職員交流をしている。協議会に参加して交流を図っている。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	本人の要望を聴き、安心して暮らせるプランをたて、ケアに繋げている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	家族の要望を聞きプランにつなげ、良い関係づくりに努めている			
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	「その時」に必要な支援を見極めサービスの提供に努めている。入居前に訪問調査し、入居前の生活環境を把握している。			
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	家庭的な環境の中で、入居者やそのご家族は自分の家族という思いで共に関係を築いている。			
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	入居者様同様に家族方にも自分の家族と言う思いで、接している。面会時のコミュニケーションを大切にしている。イベントや外出時にはお誘いして共に支え合って行けるように心かけている			
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	家族と相談して本人の行きたい場所や馴染みの場所等へのドライブや外出を計画し実践している。家族同意のもと友人の面会も受け入れている。今まで住んでいた地域の老人会等にも希望によりお連れし参加している。	家族と相談して本人の行きたい場所、大師の風鈴市や馴染みの場所等へのドライブや外出を計画し実践しています。家族同意のもと友人の面会も受け入れています。今まで住んでいた地域の老人会等にも希望があればお連れしています。電話や年賀状、手紙・はがきでの交流を継続している方には、電話の取り次ぎ、はがき・切手の購入する等の支援を行っています。		今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	入居者同士が積極的に係わり合えるようなレクリエーション、行事を実施し、場合によっては入居者の負担にならない様に、職員が間に入り団らんの場を設けている		
22		○関係を断ち切らない取り組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	入院、入居先への面会等を通して相談、支援に努めている。家族会などへのお誘いの連絡をしている。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	本人の希望や意向の把握に努め、検討している。	入居以前の情報について、入居時のアセスメントで本人の今までの暮らしや意向を把握しています。入居後は、日々の支援の中で、心身の情報、本人の能力、本人からふと漏れる言葉、家族の発言、職員の対応、ケアのヒント工夫などの出来事をケース記録に記入しています。	今後の継続
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	家族、本人への聞きとりにより、把握に努めている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	聞きとりや、生活の観察により現状の把握に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	本人や家族の意向を聴き、現状に即した介護が出来る様に職員で検討しカンファを月1回又はその都度行い計画を作成している。	入所時は、事前に得られたアセスメントによりケアプランを作成します。その後は、日々のケース記録、アセスメントシートをもとに、月2回の往診時に医師、看護師、家族、計画作成担当・職員でサービス担当者会議を行います。短期目標3か月、長期目標6ヶ月で、安定している人は6ヶ月毎に見直しますが、カンファレンスは毎月開いていますので、変化があればその都度見直しています。	今後の継続
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	個別記録への記入や申し送り、カンファレンスにより情報を共有し介護計画の見直しに活かしている		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	その時々に応じたプランに変更し、柔軟なサービスに努めている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	近くの公園や公民館、町内行事を利用し豊かな暮らしを楽しめるよう支援している。社会復帰に努めている。地域のマग्マクラブに参加している。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	法人内の医師や看護師が間に入り、御家族の希望に沿った適切な医療が受けられるよう支援している。	法人内の訪問診療医師や看護師が間に入り、ご家族の希望に沿った適切な医療が受けられるよう支援しています。医師の往診は、月2回です。看護師の巡回は週2回。医療連携体制をとっていますので、医師、看護師とは24時間オンコールになっています。眼科、歯科、皮膚科、マッサージについても往診を受けています。歯科医師によるEV（嚥下内視鏡検査）により、検査して食事形態を最適にするケアが行われています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	変化に気付いた時には法人内の看護師を通し、かかりつけ医へ往診依頼などで対応して相談している。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	法人内の看護師や管理者が病院に訪問して家族、医師との情報交換を行い早期に退院できるよう努めている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	家族、医師との話し合いをし充分説明を行い御家族同意のもとで文書による同意書などを頂いている。カンファレンスを通しスタッフとも話しをし、チームケアに繋げている。ターミナル講習会や勉強会に参加している。	利用者の症状の変化に応じて、家族、医師、ホームとの話し合いをし充分に行い家族同意のもとで文書による同意書などをいただいています。カンファレンスを通し職員で検討して、チームケアに繋げています。グループホーム連絡会などのターミナル講習会に参加し、また、ホーム内研修を行いターミナルケアの体制を整えています。	今後の継続
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	カンファレンスを通し、職員に知らせている。緊急対応時の連絡方法の確認及びデモンストレーションを随時行っている。緊急時対応マニュアルを作成している。施設にフロア見守りカメラ設置		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	避難訓練を実施周知している。近隣グループホームや、老人ホームと連絡体制を結んでいる。年1回は消防署立ち会いのもと行っている。地域に協力体制を呼びかけている。	避難訓練を年3、4回実施しています。そのうち1回は、消防署立ち会いのもと開催しています。また、近隣グループホームや老人ホームとも連絡体制を結んでいます。運営推進会議等で地域に協力体制を呼びかけ、地域の消防団と覚書を交わしています。備蓄品は、水、乾物、カセットコンロ、乾電池、オムツなどを用意しています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項 目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援						
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	個々に合わせた声かけ、対応に努めている	倫理、接遇マナーなどの研修は、社協のビデオにより行っています。研修は、ビデオを見て報告書を提出して全員でカンファレンス、面談で改善していくようにしています。その人の生活歴に応じたケアを心がけており、お花、着付け、英会話、踊り、お料理、その方の意思を尊重したケアプログラムにより支援を行っています。	今後の継続	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	出来る限り本人の希望を取り入れる用にコミュニケーションを密にして把握に努めている。			
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	入居者優先の生活週間などのこだわりなどを大切に支援していけるように努めている			
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	本人の意向にあわせた身だしなみやおしゃれができるよう支援している。			
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	調理、片付け等個人個人で協力して行っている。各時間でやりくり分担を決めて行っている。又、季節の行事には、器・飾りなどを行い見た目でも楽しんでもらえるように努めている。茶碗やカップ等、各個人の好みを優先使用している。	調理、片付け、食器洗い等個人個人で出来ることをお願いしています。各時間帯でやりくり分担を決めて行っています。また、季節の行事には、すし桶やお重などに盛り付けて、季節の扇子、桜、クリスマスリボンなどの飾りを行い見た目でも楽しんでもらえるように努めています。また、茶碗やカップ等、各個人の好みを優先使用しています。ランチョマットはインターネットで季節のものをプリントして楽しんでいます。	今後の継続	

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	個々に合わせ食事形態を変え、一人ひとりに応じた支援をしている。食事量や水分量の把握が出来るように表にしている。主食を減らす代わりに、野菜を多めに便通解消にもつながっている。			
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後の口腔ケアをし、口腔状態の観察に努めている。訪問歯科医師と歯科衛生士に指導を定期的に受けている。個々の状況に最適なブラシなど口腔ケア用品を取り入れている。			
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	排泄表を使い排泄パターンを把握し、支援している。	オムツの無い自立排泄での生活を目指し、観察と排泄チェック表を利用して、その人に合った声かけ・見守りで、支援を行っています。肌の湿疹防止のために、紙おむつの代わりにトランクスにパット使用も行っています。また、臭気対策については、利用者のプライドを傷付けない配慮のもと、換気や片付け等の取り組みが行われています。		今後の継続
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	おやつ等飲食物に工夫をし、体操、散歩をすることにより便秘予防に努めている。水分を強化し排便を促し調整している、1日1500cc摂取を目標としている。個別水分表等を利用している。			
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている	個人の健康状態に配慮して週2～3回の入浴を実施しているが、本人の意向にあわせて時間、曜日の変更をし柔軟に対応している。	個人の健康状態に配慮して週2、3回の入浴を実施しています。本人の意向にあわせて時間、曜日を変更し柔軟に対応しています。入浴を好まない方には、時間や人を変えての声かけで促し、無理強いしない支援で行われています。また、浴室入口には湯屋暖簾が掛けられ、季節のゆず湯、菖蒲湯なども取り入れた楽しみの工夫もしています。1階には機械浴も完備されているので、重度化した方でも対応できる体制を整えています。		今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	一人ひとりの状況にあわせて、午前午後には休息の時間を取り入れている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	個々のファイルに薬の説明書をファイルし、スタッフがいつでも見られるようにしている。変更の都度カンファレンスで周知している。服薬や処置対応の最新情報を共有する為のファイルを用意し活用している。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	本人にあわせて日常の役割分担などを決めて生活に意欲と気分転換ができるよう支援している。趣味の編み物や裁縫などを余暇の時間に楽しんでいる。カラオケサークルへの参加や月1回の生け花教室を実施している。ホームではカラオケお楽しみ会を実施している。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	不定期ではあるが、川崎大師等馴染みのある場所へ外出している。ファミレスでの昼食会等普段の生活に即した外出、等々力会館での催し物への外出を行っている。	不定期ではありますが、川崎大師等馴染みのある場所へ外出しています。明月院の紫陽花、生田緑地のばら観賞にも行きました。ファミレスでの昼食会等普段の生活に即した外出、等々力会館での催し物への外出を行っています。散歩希望者には、健康チェックの後、職員と事業所近くの買い物なども交えた散歩コースを歩きます。	今後の継続
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	買い物へ行き、支払いをしてもらっている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	希望時には連絡できるよう支援したり遠く離れている家族には本人がハガキ等を書いて送付している。			
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	花や観葉植物等を配置したり、季節感の味わえるような飾り付けを工夫している。トイレなどの場所がわかるように張り紙をしている	インテリアは、簡素で落ち着いた雰囲気になるように心がけています。ホーム内は、間接照明で落ち着きのある風情があり、清掃が行き届き、騒音や異臭も無く、居間兼食堂の大きなガラス戸からの採光も良く明るい空間になっています。居間には、テーブルの他、ソファも置かれ、季節に合わせた花や観葉植物で安らぎと寛げる工夫がされています。居室に続く廊下は広く、トイレ等の場所がわかるように張り紙で示し、壁面にはちぎり絵、習字などの作品、行事写真が飾られています。		今後の継続
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	ソファや食堂などを開放している。居室でも過ごせるよう居場所の工夫をしている。			
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居の際には出来る限り使い慣れた家具を用意してもらっている。	居室にはエアコン・カーテン(防災)が備えられていて、持込には慣れ親しんだもの物をお持ち下さいと入居時に説明し、各部屋には夫々の馴染みの整理筆筒、ベッド、椅子、鏡台、家族写真、ぬいぐるみ等で個々に思いの設えで自宅で生活していた頃と同じ雰囲気でも過ごせるよう配慮されています。		今後の継続
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	危険のないよう環境整備に努めている。スタッフ間で常に話合っている。			

目 標 達 成 計 画

事業所

のぞみの家 i

作成日

2016年3月14日

〔目標達成計画〕

優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目 標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	1	認知症の介護理念と施設の理念を理解する	現実的に可能な限りの自立生活の持続を目指す	KJ法によりチームケアを統一する 職員にケアの在り方をはっきりと示す	3ヶ月
2	7	人手不足での対応 ケアの技術不足 質の向上	ケアの質の向上	他グループホームとの合同研修会を実施 虐待防止に係る一斉点検実施	6ヶ月
3	36	心地よい環境を作る	意図したケアをする 治療的雰囲気を作る	個人の再アシストをする 協働コミュニケーションを探る	6ヶ月

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。

事業所名	のぞみの家 i (あい)
ユニット名	ライラック 2F

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまにある
			4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と
			2, 家族の2/3くらいと
			3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまに
			4. ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている
			2, 少しずつ増えている
			3. あまり増えていない
			4. 全くいない
66	職員は、活き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が
			2, 職員の2/3くらいが
			3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が
			2, 家族等の2/3くらいが
			3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	理念を玄関やスタッフルームにかかげて共有し、職員も常に意識しながら業務にあたる職場環境をつくっている		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	御利用者様と近所に買い物に行き挨拶をしてお店の方との交流を図っている。秋季祭礼では大人神輿・子供神輿の神酒所として施設敷地を開放し、利用者との触れ合いを行っている。地域の方のボランティアにより日本舞踊を見せていただいている。又近隣の小学校で行われる盆踊りへ利用者様全員で参加し輪の中で踊ったりしている。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の方への理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	近隣の小学生の施設体験の受け入れを行い認知症の方への理解をして頂けるようにしている。認知症サポーター講座、キャラバンメイトの育成をしている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	町内会長さん、老人クラブの方、民生委員さん、特別養護老人ホームの施設長さん等地域に根ざしている方に参加していただきサービスの向上に努めている。ご家族の参加も多く見られる。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	不明な点がある時には市町村の介護保険課に連絡、相談し協力を得ている。中原区指定認知症対応型共同生活介護事業所協議会が開設され、参加している。(H25.5.14設立)。川崎市自立支援向上勉強会に参加している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	玄関チャイムを利用し、玄関の施錠を含め身体拘束をしないケアに取り組んでいる		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	他グループホームとの合同勉強会を実施し、多くの意見のもと虐待が見過ごされる事がないよう防止に努めている。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	勉強会に参加し学ぶ機会を得ている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約時には詳しい資料と施設の案内・説明を十分に行い、運営内容の御理解を得てから契約を行っている		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	年1回の家族会を実施し、不安や要望等の意見交換の場を設けている。意見や要求された項目についてはカンファレンス等で職員へ周知し検討を重ね、運営の改善に努めている。運営推進委員会を2カ月に1回実施し、ご家族に開催の連絡とお誘いを行い参加を促している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	月に1回のカンファレンスを実施し、ケアをはじめとし広く意見交換と改善を検討し実践へ取り組んで居る。全事業所が集まる全体会議では理事長をはじめとして、個々の意見を検討・改善徹底する体制をとっている		
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	各自がやりがいを持ち、働けるよう職場環境の整備に努めている。また個人が得意の分野を活かせる様に目標を持っている。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	社会福祉協議会、神奈川県グループホーム協議会主催の講習会や他の研修への参加を促している。カンファレンス実施時に併せ勉強会を実施している。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	他グループホームの運営推進委員会に参加し情報交換をしている。合同の勉強会を実施し、職員交流をしている。協議会に参加して交流を図っている。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	本人の要望を聴き、安心して暮らせるプランをたて、ケアに繋げている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	家族の要望を聞きプランにつなげ、良い関係づくりに努めている		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	「その時」に必要な支援を見極めサービスの提供に努めている。入居前に訪問調査し、入居前の生活環境を把握している。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	家庭的な環境の中で、入居者やそのご家族は自分の家族という思いで共に関係を築いている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	入居者様同様に家族方にも自分の家族と言う思いで、接している。面会時のコミュニケーションを大切にしている。イベントや外出時にはお誘いして共に支え合って行けるように心かけている		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	家族と相談して本人の行きたい場所や馴染みの場所等へのドライブや外出を計画し実践している。家族同意のもと友人の面会も受け入れている。今まで住んでいた地域の老人会等にも希望によりお連れし参加している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	入居者同士が積極的に係わり合えるようなレクリエーション、行事を実施し、場合によっては入居者の負担にならない様に、職員が間に入り団らんの場を設けている		
22		○関係を断ち切らない取り組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	入院、入居先への面会等を通して相談、支援に努めている。家族会などへのお誘いの連絡をしている。		
III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	本人の希望や意向の把握に努め、検討している。		
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	家族、本人への聞きとりにより、把握に努めている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	聞きとりや、生活の観察により現状の把握に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	本人や家族の意向を聴き、現状に即した介護が出来る様に職員で検討しカンファを月1回又はその都度行い計画を作成している。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	個別記録への記入や申し送り、カンファレンスにより情報を共有し介護計画の見直しに活かしている		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	その時々に応じたプランに変更し、柔軟なサービスに努めている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	近くの公園や公民館、町内行事を利用し豊かな暮らしを楽しめるよう支援している。社会復帰に努めている。地域のマग्マクラブに参加している。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	法人内の医師や看護師が間に入り、御家族の希望に沿った適切な医療が受けられるよう支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	変化に気付いた時には法人内の看護師を通し、かかりつけ医へ往診依頼などで対応して相談している。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	法人内の看護師や管理者が病院に訪問して家族、医師との情報交換を行い早期に退院できるよう努めている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	家族、医師との話し合いをし充分説明を行い御家族同意のもとで文書による同意書などを頂いている。カンファレンスを通しスタッフとも話しをし、チームケアに繋げている。ターミナル講習会や勉強会に参加している。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	カンファレンスを通し、職員に知らせている。緊急対応時の連絡方法の確認及びデモンストレーションを随時行っている。緊急時対応マニュアルを作成している。施設にフロア見守りカメラ設置		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	避難訓練を実施周知している。近隣グループホームや、老人ホームと連絡体制を結んでいる。年1回は消防署立ち会いのもと行っている。地域に協力体制を呼びかけている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	個々に合わせた声かけ、対応に努めている		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	出来る限り本人の希望を取り入れる用にコミュニケーションを密にして把握に努めている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	入居者優先の生活週間などのこだわりなどを大切に支援していけるように努めている		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	本人の意向にあわせた身だしなみやおしゃれができるよう支援している。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	調理、片付け等個人個人で協力して行っている。各時間でやりくり分担を決めて行っている。又、季節の行事には、器・飾りなどを行い見た目でも楽しんでもらえるように努めている。茶碗やカップ等、各個人の好みを優先使用している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	個々に合わせ食事形態を変え、一人ひとりに応じた支援をしている。食事量や水分量の把握が出来るように表にしている。主食を減らす代わりに、野菜を多めに便通解消にもつながっている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後の口腔ケアをし、口腔状態の観察に努めている。訪問歯科医師と歯科衛生士に指導を定期的に受けている。個々の状況に最適なブラシなど口腔ケア用品を取り入れている。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	排泄表を使い排泄パターンを把握し、支援している。		
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	おやつ等飲食物に工夫をし、体操、散歩をすることにより便秘予防に努めている。水分を強化し排便を促し調整している、1日1500cc摂取を目標としている。個別水分表等を利用している。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	個人の健康状態に配慮して週2～3回の入浴を実施しているが、本人の意向にあわせて時間、曜日の変更をし柔軟に対応している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	一人ひとりの状況にあわせて、午前午後には休息の時間を取り入れている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	個々のファイルに薬の説明書をファイルし、スタッフがいつでも見られるようにしている。変更の都度カンファレンスで周知している。服薬や処置対応の最新情報を共有する為のファイルを用意し活用している。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	本人にあわせて日常の役割分担などを決めて生活に意欲と気分転換ができるよう支援している。趣味の編み物や裁縫などを余暇の時間に楽しんでいる。カラオケサークルへの参加や月1回の生け花教室を実施している。ホームではカラオケお楽しみ会を実施している。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	不定期ではあるが、川崎大師等馴染みのある場所へ外出している。ファミレスでの昼食会等普段の生活に即した外出、等々力会館での催し物への外出を行っている。		
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	買い物へ行き、支払いをしてもらっている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	希望時には連絡できるよう支援したり遠く離れている家族には本人がハガキ等を書いて送付している。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	花や観葉植物等を配置したり、季節感の味わえるような飾り付けを工夫している。トイレなどの場所がわかるように張り紙をしている		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	ソファや食堂などを開放している。居室でも過ごせるよう居場所の工夫をしている。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居の際には出来る限り使い慣れた家具を用意してもらっている。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	危険のないよう環境整備に努めている。スタッフ間で常に話合っている。		

目 標 達 成 計 画

事業所

のぞみの家 i

作成日

2016年3月14日

〔目標達成計画〕

優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目 標	目標達成に向けた具体的な取組み内容	目標達成に要する期間
1	1	認知症の介護理念と施設の理念を理解する	現実的に可能な限りの自立生活の持続を目指す	KJ法によりチームケアを統一する 職員にケアの在り方をはっきりと示す	3ヶ月
2	7	人手不足での対応 ケアの技術不足 質の向上	ケアの質の向上	他グループホームとの合同研修会を実施 虐待防止に係る一斉点検実施	6ヶ月
3	36	心地よい環境を作る	意図したケアをする 治療的雰囲気を作る	個人の再アシストをする 協働コミュニケーションを探る	6ヶ月

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。