

<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

	項目数
I. 理念に基づく運営	10
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	4
4. 理念を実践するための体制	3
5. 人材の育成と支援	1
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	7
1. その人らしい暮らしの支援	5
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり	2
合計	23

事業所番号	1492100530
法人名	特定非営利活動法人のぞみ
事業所名	グループホーム のぞみの家 鎌倉
訪問調査日	令和6年11月13日
評価確定日	令和6年12月26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23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。

令和6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	1492100530	事業の開始年月日	令和5年6月1日
		指定年月日	令和5年6月1日
法人名	特定非営利活動法人のぞみ		
事業所名	グループホームのぞみの家鎌倉		
所在地	( 247-0075 ) 神奈川県鎌倉市関谷 6 5 7 - 1		
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	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	令和6年11月4日	評価結果 市町村受理日	令和7年1月14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)】

- 日常生活の中での役割を持って頂く→食器拭き、洗濯物たたみ、テーブル拭きなど
- 食事前の口腔体操の実施
- 下肢筋力維持の為、足漕ぎマシーンの取り組み
- アトリップ(対話型絵画鑑賞)

【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	〒231-0023 横浜市中区山下町74-1 大和地所ビル9F		
訪問調査日	令和6年11月13日	評価機関 評価決定日	令和6年12月26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)】

- この事業所は特定非営利活動法人のぞみの運営です。同法人は地域に住む認知症高齢者の方が職員の支援を受けながら、自信と安心感をもち、住み慣れた地域の中で日常生活が送れるよう支援を行うとともに、家族の負担軽減を図り、認知症高齢者の福祉増進を図ることを目的として2002年に設立された法人です。現在は横浜・川崎・藤沢・鎌倉の4つの市でグループホームを計6事業所を運営している他、訪問介護、居宅介護支援事業所の在宅系サービスを展開しています。また、系列会社では、有料老人ホーム・共同住宅・食材卸売・配送業務も行っています。ここ「のぞみの家鎌倉」はJR「大船駅」西口から「清泉女学院」行きのバスに乗り「関谷」下車して徒歩1分の県道312号線沿いに位置しています。
- 昨年6月に開所した新しい事業所であり、管理者は1年の目標として体制の基盤づくりに注力しています。法人理念とは別に事業所として「凡事徹底」を事業所の理念として掲げ、職員一人ひとりに業務の担当を割り振るとともに、居室担当制を設ける等、職員全員が業務やケアに携わる体制をとっています。業務・レク・研修・ケアにおいて特定の職員が中心になるのではなく、全員が関わるようにしながら、全体的な資質向上と全体でカバーできる体制作りに取り組んでいます。
- ケアについては、利用者の生活歴、既往歴、ADL等の情報を把握し、利用者一人ひとりのADLに応じた役割を日常生活の中に落とし込む、足漕ぎマシーンをを導入した下肢筋力の維持、個々に応じた外出支援等、個々に応じた自立支援に取り組むとともに、薬に極力頼らない介護「非薬物的療法」で利用者が安定した生活を営めるよう支援しています。

【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 ~ 10
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	11
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	12 ~ 16
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	17 ~ 23
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	のぞみの家鎌倉
ユニット名	りんどう

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	フロアに理念や今年度のホーム目標を掲示している。	事業所では理念と年度目標を作成し、1階(事務所)、2階(リビング)に掲示しています。理念・目標を唱和することはありませんが、毎月の会議録に理念・目標を印字することで、職員に周知しています。新規採用した職員には、入職時のオリエンテーションで伝えています。	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	新風台団地の自治会長の運営推進会議出席 新風台団地回覧板に広報誌の回覧依頼 地域のイベントに管理者が参加 ・10/19 玉縄地区のウォークラリー ・11/16 玉縄まつりお手伝い	管理者は、地域密着型サービスの意義を踏まえ、事業所の開所前には自治会をはじめ、近隣住民の方に挨拶回りを行うなどして、地域との関係構築に努め、開所間もないですが、自治会長には運営推進会議にも参加いただいています。管理者は積極的に地域に向向くことを心がけ、地域行事の手伝いにも参加しています。	今後更なる交流等が期待されます	
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	2ヶ月に1回開催される運営推進会議に地域包括が参加してくださり、共に地域に何ができるのか模索している。 10/24 認知症セミナー講師			
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 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	偶数月の第4土曜日に開催している。 そこで頂いた意見で、必要に応じて現場スタッフに報告している。	2ヶ月に1回、偶数月の第4土曜日開催とし、オーナー、自治会長、民生委員、市役所、地域包括支援センター職員、家族に参加いただき、事業所の現状や活動報告を中心に地域の情報を入手しています。全家族に案内を送ることで、一組でも多くの家族の参加が得られるようにしています。現在は多くて各ユニットから3、4家族の参加があります。	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	鎌倉市地域密着型協議会が定期的に開催されており、市役所の介護保険係の職員も参加。情報交換行っている。	2ヶ月毎に開催されている、鎌倉市地域密着型協議会に参加し、他の事業所との情報交換をはじめ、市の職員とも情報交換を行うことで、福祉や介護の動向把握に努めています。不明点等が生じた際には、市の担当者と連絡を取り、助言を求める等して、事業所の運営に活かしています。	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
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	身体拘束廃止委員会メンバーによる定期的な会議の開催と全職員を対象とする内部研修の実施している。	3ヶ月に1回開催している身体拘束廃止委員会では、管理者、各ユニットから職員1人ずつをメンバーとして、各ユニットにおいて利用者の対応で苦慮していることや、事例、身体拘束の必要性について検討を行っています。話し合った内容は議事録に纏め、職員に回覧しています。身体拘束を行わない為の指針や、マニュアルも整備され、職員に周知しています。今年度は、6月と12月に身体拘束の研修を実施・予定しています。	今後の継続
7	6	○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	全職員を対象とする内部研修の実施している。	高齢者虐待防止委員会は、管理者、各ユニットから職員一人ずつを選出して3ヶ月に1回開催しています。委員会では、虐待が起こりうるケースや虐待の定義について話し合っています。話し合った内容は議事録に纏め、職員に回覧しています。年1回チェックリストを活用した自己点検を実施しています。今年度は、6月と12月に虐待の研修を実施・予定しています。	今後の継続
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	全職員を対象とする内部研修の実施している。		
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	入居の際、個々に説明し同意を得ている。重要事項説明書の内容に変更があれば、事前に同意を得ている。		
10	7	○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	運営に反映できていない。ご意見箱の設置やご家族へのアンケートなど実施する必要性は理解しているため、今後取り組む予定。	契約時には重要事項説明書に明記している苦情相談窓口について説明しています。家族からの意見や要望は来訪時、電話、メール、SNS等で話しを伺うようにしています。今後は意見箱の設置、家族会を年1回開催したと考えています。	家族会の開催を期待します

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	8	○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	全体会議の開催→毎月第4水曜日 フロア会議の開催→毎月第1水曜日 管理者会議の開催→毎月第2金曜日を実施。 それぞれの会議の場で提案できる機会を設けている。年数回の面談する機会を設け意見を聞いている。	職員からの意見や提案は、月1回の全体会議、フロア会議に限らず、日頃から話を聴く機会を設けています。業務やケアに関する内容については、適宜職員と意見交換を行いながら反映させています。必要に応じて月1回の管理者会議で報告し、回答をフィードバックしています。年1回職員との個別面談も実施しています。	今後の計億	
12	9	○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	年に2回の健康診断（夜勤者）あり。人事考課による昇格、昇給あり。	事業所には休憩室も完備されており、管理者は、休憩時間には必ず休憩室で休むを取るよう促しています。希望休や有給休暇の取得においても、極力職員の希望通りに取れるよう調整しながらシフトを作成しています。法人として人事考課も導入されており、自己評価と面談結果を踏まえて、賞与に反映されています。	今後の継続	
13	10	○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	月1回全体会議で勉強会を実施している。人員不足もあり、外部研修へ参加できていない。各スタッフが自分の興味のある研修に参加出来るように情報提供していきたい。	法人として資格取得支援を充実させ、職員向けに資格取得講座や勉強会などを開催し、資格を取得しやすい環境を整備しています。職員が外部研修に参加しやすいよう受講費用の補助もあります。事業所内研修は持ち回りで担当職員を決めて実施し、知識や専門性の向上に努めています。	今後の継続	
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	管理者は地域密着型サービス協議会に参加し、他の事業所との管理者との交流をする機会がある。			
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	認知症対応型共同生活介護計画書作成に伴い、入居時にはご本人に要望等を確認している。			

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	
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	体調不良や事故報告のときだけではなく、通常の面会時にこちらから声を掛け近況などを伝えるようにしている。			
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	半年に1回ご本人、ご家族、職員と意向や希望など話し合える機会を作っている。他のサービスは訪問診察、訪問歯科、薬局のサービスを取り入れている。（居宅療養管理指導）			
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	利用者の残存機能を把握し、できることはややって頂いている。洗濯物たたみ、テーブル拭き、食器洗い、食器拭きなど。職員と一緒にやっている。			
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	半年に1回ご本人、ご家族、職員と意向や希望など話し合える機会を作っている。			
20	11	○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	友人や親族などの面会や外出。馴染みの床屋に家族が連れていくなどの支援に努めている。	コロナウィルスが5類感染症に移行した現在も、事前予約制で面会を受け入れています。毎月8家族程の面会があり、外出や外食は制限を設けずに自由に出かけていただいています。学生時代の友人、近所に住んでいた方の面会もあります。電話や手紙のやり取りを希望する方には、職員が手伝うことで馴染みの関係を継続できるよう支援しています。		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	
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	洗濯物たたみ、食器やお盆拭きなどを利用者同士が関わられるようにしている。			
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	基本、サービス終了=ご逝去の為、葬儀等に参列したりしている。			
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	12	○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。	認知症対応型共同生活介護計画書作成に伴い、ご本人に要望等を確認している。	入居前の面談で、過去の生活歴、既往歴、趣味嗜好品、暮らし方の希望を本人、家族、介護支援専門員等から情報を聴き取りながら、アセスメントシートを作成し、情報を共有しています。意思表示ができる方は会話から思いや意向を汲み取り、困難な方は本人本位に検討しながら把握に努めています。		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	課題分析を活用し、個々の把握に努めている。ご家族の面会時、モニタリングやプラン更新時にご家族から聞き取りを行っている。			
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	日々の状態変化を観察し、記録に残し必要時フロア会議にてカンファレンスを実施している。			

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	
26	13	○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	毎月フロア会議で利用者の状況把握しており、それをもとに計画書を作成している。	事前のアセスメントで得られている情報を基に初回の介護計画を作成し、3ヶ月を目安に様子を見ながら利用者に関する情報収集に努めています。毎月のユニット会議で利用者の情報を共有しながら情報を更新し、本人の状態に即した介護計画の作成につなげています。モニタリングは居室担当者を中心に、他の職員から意見を求め、アセスメントを行っています。介護計画の見直しは認定期間に合わせて実施していますが、状態の変化に応じて都度見直しを行っています。	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	日々の様子は記録できている。また、連絡ノートなどを活用し、利用者の情報が共有できるようにしている。			
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	新たなサービスの取り組みとして、アートリッブを令和6年8月より開始した。			
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	隣接の落合農園の野菜の購入。			
30	14	○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	月2回の訪問診察を行っている。 月1～4回の訪問歯科（利用者により異なる）を行っている。※希望者のみ	入居時に協力医療機関に切り替えることのメリットを伝え、本人と家族の希望を尊重して主治医を決めていただくようにしています。事業所の協力医療機関に切り替えた方は月2回の訪問診療を受けていますが、従来のかかりつけ医での受診を希望される方は、家族対応を原則としています。歯科は必要な方のみ契約して、口腔ケアや治療等を受けています。	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	週1回（毎週土曜日）非常勤の正看護師出勤している。 ・第1土曜日→体重測定			
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。	関係作りを行っている。退院前には必ず病院に向き、ご本人の様子を確認しに行っており、その時に医療連携室の担当職員と直接会って話をしている。			
33	15	○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	重度化や終末期に向けた同意書を入居時に実施している。	入居時に重度化や終末期における指針について説明し、同意書を取り交わしています。事業所では看取りまで行う方針としており、重度化した場合には、主治医と家族で今後の方針について話し合い、事業所でも情報を共有しながら、チームとして終末期ケアに臨む体制を取っています。		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	年間研修計画にて、急変時の対応、感染症に対する処置等を学び訓練を行っている。			
35	16	○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	年に2回の避難訓練の実施を行っている。	年2回火災、地震を想定として避難訓練を実施しています。うち1回は利用者にも参加していただき、水消火器を使用した消火訓練、避難経路等について確認しています。避難訓練が近い時には、運営推進会議で参加者にも呼びかける等して、有事における協力体制の構築に向けて取り組んでいます。備蓄品は水や食糧は3日～1週間分、カセットコンロ、ガスボンベ、衛生用品等を準備しています。BCPについては作成しており、今後職員への研修等を課題としています。		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	17	○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	利用者個々の人格を尊重し、その方の性格等把握し、誇りやプライバシーを損なわない言葉かけや対応を行っている。	管理者は、利用者の自己決定を尊重し、1日の中で利用者が自ら考え、選択する時間を持つ声かけを全職員に徹底しています。介助する際には必ず次の動作を伝える、「～しませんか?」と声をかけることで、利用者の尊厳を損なうことのない対応を心がけています。	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	職員の判断ではなく、ご本人の意思確認をし判断してもらっている。入浴についても意思確認を行っている。お茶の時間には何が飲みたいかなど、本人の希望を確認している。	/		
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	個々に合わせた起床時間、食事の好みなど出来る限りの対応を行っている。入浴も決まった曜日を設定しているが、気分によっては入浴日を変更して対応している。			
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	衣類の選択や希望時の散髪の支援を行っている。季節にあった衣類の交換など家族にも協力頂いている。			
40	18	○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	嗜好調査や日常の会話より個々の好みを把握している。可能な限り利用者にお手伝いをお願いしている。	法人の提携会社が立てた献立を基に食材を発注し、職員が調理しています。出来る方には、味見・盛り付け・食器洗い・拭き等を負担にならない範囲で手伝っていただき、残存能力の維持につなげています。一人ひとり味の好みも違うことから、調味料やドレッシングも利用者を選んでいただくようにしています。	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
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	水分量は1日最低1000mlと目標設定している。トロミ剤が必要な利用者にはトロミ剤を使用して提供している。食事量や水分量は毎日記録し、食事や水分量の低下が見られたり体調などを考慮して捕食等の提供をしている。		
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	毎食後に口腔ケア実施している。毎週木曜日は訪問歯科の診察あり。ご自分で出来る方はご自分でやっていただき、介助必要な方には介助を行っている。		
43	19	○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	可能な限りトイレでの排泄を支援しているが、ベッド上でのオムツ交換の方も若干名おり、その方の適した定時交換を実施している。	自立している方は原則としてつけていませんが、現在1階の利用者に関しては、自立に関係なく全員分の排泄表をつけて排泄管理を行っています。日中はトイレで排泄していただくことを基本とし、時間やタイミングを見計らった声かけでトイレ誘導を行っています。夜間は個々の状態に応じて対応しています。	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	個々に応じた対応をしている（ヤクルトやヨーグルト）また、毎日体操をするなど規則正しい生活が送れるように支援している。		
45	20	○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	基本、入浴日は決まっているが、絶対その日入らないとダメというわけではない。週2回入浴できるように努めている。	週2回の入浴を基本とし、入浴日は決めています。利用者の意向や体調を考慮しながら柔軟に対応しています。浴槽のお湯は一人ひとり入れ替え、清潔なお湯に浸かっただけのようにしています。入浴剤や、季節の湯(ゆず湯)も取り入れています。また、1階にはリフト浴も完備されており、重度化しても浴槽に浸かっただけの設備が整っています。	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
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	利用者によっては午睡の時間を設けている。個々によって就寝時間の異なるので、個に任せている、消灯時間は設けていない。		
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	排便、皮膚状態、食事摂取量、体調や行動の変化があれば、訪問診察時に主治医に報告している。		
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	園芸、アートなど今までの生活や趣味が継続してできるように支援している。		
49	21	○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	季節を感じてもらえるような外出行事を企画し、ご家族が参加できるような企画も実施している。また、ご家族対応にて個別で外食などに行かれている利用者もいる。	日常的な外出支援は、テラスや玄関先に設置しているベンチで外気浴、事業所周辺を散歩にお連れしています。事業所では毎月様々な行事を計画しており、今後は、花見、紫陽花、ドライブ、紅葉、初詣等の季節の外出行事も実施していく予定としています。家族が来訪した際に、一緒に外出されている方もいます。	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	お金はホームで管理している。		

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	
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	家族に電話を掛けたいときには意向に沿っている。			
52	22	○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	観葉植物を配置したり、季節にあった植物を飾ったり、季節感が感じられる装飾をおこなったり、湿度や温度を測定し過ごしやすい空間づくりを行っている。	白を基調としたリビングは清潔感を感じることができ、大きな窓からは陽光をふんだんに取り入れられ、明るい共用空間になっています。リビングは整理整頓を心がけ、室温・湿度の管理も職員によって行われ、快適な安心して過ごせる空間づくりがされています。また、観葉植物や季節の装飾も適度に施され、無機質な空間にならないよう心がけています。		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	食事の席はある程度固定はしているが、臨機応変に対応している。			
54	23	○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	在宅で使用していた家具やテレビ、茶碗、汁椀、箸、コップなどを持参頂き、自宅に近い居室づくりに努めている。	各居室には、ベッド、クローゼット、カーテン、エアコンは完備されていますが、それ以外に必要な家具・寝具・調度品等は家族と利用者で相談したうえで自由に持ち込んでいただいています。1日でも早く事業所での暮らしに馴染んでいただけるよう、自宅で生活していたレイアウトに可能な限り近づけるようにしています。		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	動線の確認、お知らせやホワイトボードを活用し、自立した生活が送れるようにしている。			

目 標 達 成 計 画

事業所 のぞみの家 鎌倉 りんどう

作成日 令和6年11月13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	13	月に1回の内部研修等は実施しているが、特に認知症への理解や介護技術に対する個人差があり、外部研修の計画的な職員育成計画が必要となっている。	職員のキャリアに応じた研修体系の整備し実施する。	①年間を通じた外部研修計画を作成する。 ②合同研修を取り入れ、グループワークを通してひとりひとりの意識を高める。	12ヶ月
2	10	家族に気兼ねなく意見を頂くことができるようにする。	ご家族の意見を集約しよりよい運営につなげる。	①意見箱の設置 ②フロア別家族交流会の実施 ③年1回の満足度アンケートの実施	12ヶ月
3	35	災害時の職員の動き、地域との協力体制についての検討。	災害時に円滑な対応を地域の方々、家族の方々で行えるようにする。	①マニュアルの周知徹底 ②避難訓練を通して確認 ③運営推進会議を通して、地域や家族への協力をお願いする。 ④合同での避難訓練の実施	12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	のぞみの家鎌倉
ユニット名	ずずらん

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している。 (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、安心して暮らしている。 (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	フロアに理念や今年度のホーム目標を掲示している。		
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	新風台団地の自治会長の運営推進会議出席 新風台団地回覧板に広報誌の回覧依頼 地域のイベントに管理者が参加 ・10/19 玉縄地区のウォークラリー ・11/16 玉縄まつりお手伝い		
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	2ヶ月に1回開催される運営推進会議に地域包括が参加してくださり、共に地域に何ができるのか模索している。 10/24 認知症セミナー講師		
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	偶数月の第4土曜日に開催している。 そこで頂いた意見で、必要に応じて現場スタッフに報告している。		
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	鎌倉市地域密着型協議会が定期的で開催されており、市役所の介護保険係の職員も参加。情報交換行っている。		

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
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	身体拘束廃止委員会メンバーによる定期的な会議の開催と全職員を対象とする内部研修の実施している。		
7	6	○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	全職員を対象とする内部研修の実施している。		
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	全職員を対象とする内部研修の実施している。		
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	入居の際、個々に説明し同意を得ている。重要事項説明書の内容に変更があれば、事前に同意を得ている。		
10	7	○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	運営に反映できていない。 ご意見箱の設置やご家族へのアンケートなど実施する必要性は理解しているため、今後取り組む予定。		

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	8	○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	全体会議の開催→毎月第4水曜日 フロア会議の開催→毎月第1水曜日 管理者会議の開催→毎月第2金曜日を実施。 それぞれの会議の場で提案できる機会を設けている。年数回の面談する機会を設け意見を聞いている。		
12	9	○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	年に2回の健康診断（夜勤者）あり。人事考課による昇格、昇給あり。		
13	10	○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	月1回全体会議で勉強会を実施している。人員不足もあり、外部研修へ参加できていない。各スタッフが自分の興味のある研修に参加出来るように情報提供していきたい。		
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	管理者は地域密着型サービス協議会に参加し、他の事業所との管理者との交流をする機会がある。		
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	認知症対応型共同生活介護計画書作成に伴い、入居時にはご本人に要望等を確認している。		

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
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	体調不良や事故報告のときだけではなく、通常の面会時にこちらから声を掛け近況などを伝えるようにしている。		
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	半年に1回ご本人、ご家族、職員と意向や希望など話し合える機会を作っている。他のサービスは訪問診察、訪問歯科、薬局のサービスを取り入れている。（居宅療養管理指導）		
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	利用者の残存機能を把握し、できることはややってみている。洗濯物たたみ、テーブル拭き、食器洗い、食器拭きなど。職員と一緒にやっている。		
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	半年に1回ご本人、ご家族、職員と意向や希望など話し合える機会を作っている。		
20	11	○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	友人や親族などの面会や外出。馴染みの床屋に家族が連れていくなどの支援に努めている。		

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
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	洗濯物たたみ、食器やお盆拭きなどを利用者同士が関わられるようにしている。		
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	基本、サービス終了=ご逝去の為、葬儀等に参列したりしている。		
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	12	○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。	認知症対応型共同生活介護計画書作成に伴い、ご本人に要望等を確認している。		
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	課題分析を活用し、個々の把握に努めている。ご家族の面会時、モニタリングやプラン更新時にご家族から聞き取りを行っている。		
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	日々の状態変化を観察し、記録に残し必要時フロア会議にてカンファレンスを実施している。		

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
26	13	○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	毎月フロア会議で利用者の状況把握しており、それをもとに計画書を作成している。		
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	日々の様子は記録できている。また、連絡ノートなどを活用し、利用者の情報が共有できるようにしている。		
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	新たなサービスの取り組みとして、アートリッヅを令和6年8月より開始した。		
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	隣接の落合農園の野菜の購入。		
30	14	○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	月2回の訪問診察を行っている。 月1～4回の訪問歯科（利用者により異なる）を行っている。※希望者のみ		

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	週1回（毎週土曜日）非常勤の正看護師出勤している。 ・第1土曜日→体重測定		
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。	関係作りを行っている。退院前には必ず病院に向向き、ご本人の様子を確認しに行っており、その時に医療連携室の担当職員と直接会って話している。		
33	15	○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	重度化や終末期に向けた同意書を入居時に実施している。		
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	年間研修計画にて、急変時の対応、感染症に対する処置等を学び訓練を行っている。		
35	16	○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	年に2回の避難訓練の実施を行っている。		

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
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	17	○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	利用者個々の人格を尊重し、その方の性格等把握し、誇りやプライバシーを損なわない言葉かけや対応を行っている。		
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	職員の判断ではなく、ご本人の意思確認をし判断してもらっている。入浴についても意思確認を行っている。お茶の時間には何が飲みたいかなど、本人の希望を確認している。		
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	個々に合わせた起床時間、食事の好みなど出来る限りの対応を行っている。入浴も決まった曜日を設定しているが、気分によっては入浴日を変更して対応している。		
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	衣類の選択や希望時の散髪の支援を行っている。季節にあった衣類の交換など家族にも協力頂いている。		
40	18	○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	嗜好調査や日常の会話より個々の好みを把握している。可能な限り利用者にお手伝いをお願いしている。		

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	水分量は1日最低1000mlと目標設定している。トロミ剤が必要な利用者にはトロミ剤を使用して提供している。食事量や水分量は毎日記録し、食事や水分量の低下が見られたり体調などを考慮して捕食等の提供をしている。		
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	毎食後に口腔ケア実施している。毎週木曜日は訪問歯科の診察あり。ご自分で出来る方はご自分でやっていただき、介助必要な方には介助を行っている。		
43	19	○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	可能な限りトイレでの排泄を支援しているが、ベッド上でのオムツ交換の方も若干名おり、その方の適した定時交換を実施している。		
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	個々に応じた対応をしている（ヤクルトやヨーグルト）また、毎日体操をするなど規則正しい生活が送れるように支援している。		
45	20	○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	基本、入浴日は決まっているが、絶対その日入らないとダメというわけではない。週2回入浴できるように努めている。		

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
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	利用者によっては午睡の時間を設けている。個々によって就寝時間の異なるので、個に任せている、消灯時間は設けていない。		
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	排便、皮膚状態、食事摂取量、体調や行動の変化があれば、訪問診察時に主治医に報告している。		
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	園芸、アートなど今までの生活や趣味が継続してできるように支援している。		
49	21	○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	季節を感じてもらえるような外出行事を企画し、ご家族が参加できるような企画も実施している。また、ご家族対応にて個別で外出などに行かれている利用者もいる。		
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	お金はホームで管理している。		

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	
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	家族に電話を掛けたいときには意向に沿っている。			
52	22	○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	観葉植物を配置したり、季節にあった植物を飾ったり、季節感が感じられる装飾をおこなったり、湿度や温度を測定し過ごしやすい空間づくりを行っている。			
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	食事の席はある程度固定はしているが、臨機応変に対応している。			
54	23	○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	在宅で使用していた家具やテレビ、茶碗、汁椀、箸、コップなどを持参頂き、自宅に近い居室づくりに努めている。			
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	動線の確認、お知らせやホワイトボードを活用し、自立した生活が送れるようにしている。			

目 標 達 成 計 画

事業所

のぞみの家 鎌倉 すずらん

作成日

令和6年11月13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	13	月に1回の内部研修等は実施しているが、特に認知症への理解や介護技術に対する個人差があり、外部研修の計画的な職員育成計画が必要となっている。	職員のキャリアに応じた研修体系の整備し実施する。	①年間を通じた外部研修計画を作成する。 ②合同研修を取り入れ、グループワークを通してひとりひとりの意識を高める。	1 2 ヶ月
2	10	家族に気兼ねなく意見を頂くことができるようにする。	ご家族の意見を集約しよりよい運営につなげる。	①意見箱の設置 ②フロア別家族交流会の実施 ③年1回の満足度アンケートの実施	1 2 ヶ月
3	35	災害時の職員の動き、地域との協力体制についての検討。	災害時に円滑な対応を地域の方々、家族の方々で行えるようにする。	①マニュアルの周知徹底 ②避難訓練を通して確認 ③運営推進会議を通して、地域や家族への協力をお願いする。 ④合同での避難訓練の実施	1 2 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。