

(様式1)

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 28 年 2 月 22 日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3492100122		
法人名	医療法人社団 聖仁会		
事業所名	認知症対応型共同生活介護 なでしこ		
所在地	〒727-0013 広島県 庄原市 西本町2丁目15-31 (電話) 0824-72-3151		
自己評価作成日	平成28年1月29日	評価結果市町受理日	

※ 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URL	http://www.kaigokensaku.jp/34/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&JigyosyoCd=3492100122-00&PrefCd=34&VersionCd=022
-------------	---

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	一般社団法人広島県シルバーサービス振興会
所在地	広島市南区皆実町一丁目6-29
訪問調査日	平成28年2月18日

【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）】

認知症になっても、「人として」あたり前の暮らしを送る事が出来るよう支援する為に、介護保険法に基づき「尊厳保持」と「自立支援」を柱として、町の人とつながった生活に取り組んでいる。具体的には、1日の生活のほとんどを入居者と相談しながら助け合って営み、買い物・調理・片付け・掃除等を通し、出来ることを取り戻したり、出来続けられるよう、個々の意思を聞き、その思いに沿って行動出来るように支援している。ホームは町の中心地にあり、町の人との交流には良い立地条件であるため、「なでしこ」の生活を見られた市民が「認知症になっても安心して暮らせる」ことを知って頂けるような支援に努めている。一昨年、向かいのショッピングセンター「3の市」の日に、入居者の有する能力を發揮しながら、地域交流ができるよう「昔とった杵づか」の味を提供し、地域の方々から喜ばれている。

【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）】

平成24年4月開設のグループホームである。事業所は町の中心部に位置し、道路向かいにあるショッピングセンターに毎日買い物に出かけ、地域住民や町の人との触れ合いが日常的に行われている。事業所の1階には地域交流や打ち合わせのための多目的室があり、認知症を支える家族会の打ち合わせや地域のイベントの打ち合わせなどに活用がなされている。運営推進会議を家族に開かれる形で開催しており、家族との意見交換に努めているほか、地域住民との交流が日常的に盛んであり、利用者は事業所内に閉じこもることなく、いきいきと外に出て活動されている。利用者の食事は個別のメニューで対応しているなど、利用者の意欲や有する能力を活用し、利用者ひとり一人が役割を持って活発に生活がなされている施設である。

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
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。	利用者が「地域とつながって、地域住民として最後まで生きる事を支援する」を介護理念とし、常日頃から管理者は理念の確認と実践を職員に伝え、研修や日々のケアを通し、職員間で話し合い、確認、理解しながら取り組んでいる。	法人の理念「愛と奉仕 そして ありがとう」という基本理念を基に、利用者が毎日外出し、買物するなど、地域の中で当たり前暮らすことを、日頃の活動の中で実践しながら、研修や日々のケアを通じて、職員に浸透させている。	
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。	事業所は市街地にあり、開放的な建物である為、地域に限らず市民にとって身近である。地域の盆踊りや祭りなど地域行事には、地域から声をかけて頂き、積極的に参加している。毎日の外出・買い物・地域行事の参加を通じ、地域の人々とは自然体の付き合いになっている。特に毎日の買い物の道中では、温かい応援がたくさんある。	町の中心部に立地している利点を活かし、毎日、買い物に出かけることで地域住民と触れ合っており、とんど、納涼祭などの地域行事に参加している。利用者は、日常的に地域との人との自然体の付き合いを通じ、地域の一員として自然に交流している。	
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。	事業所を含む法人全体で、認知症介護予防講座や認知症サポーター養成講座、健康講座など、大規模講習会や各地域の集会所での相談会など、積極的に専門的知識の情報提供を行っている。ショッピングセンター内で認知症相談会を開催している。向かいのショッピングセンターの“3の市”に協賛すべく、敷地内で「昔とった杵づか」を提供し、地域の方々と交流をもっている。また、庄原市認知症の人を支える家族の会やカフェも事務局として応援している。		
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績、評価への取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。	運営推進会議は、事業所の取り組み内容や課題を明らかにし、話し合っている。参加者からの意見を参考に協力を得たり、改善をしている。委員・家族の参加意欲も高く活発である。	家族会と共同開催している運営推進会議により、事業所と家族との意見交換や交流を行っている。会議の参加者からの意見や提案等の意欲は高く、事業所運営に対し深い理解を得ている。	
5	4	○市町との連携 市町担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実績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。	市担当課の指導の下に、相談・報告など、日頃から密に連絡を取っている。また、認知症介護予防講座の受託やサポーター育成講座を開催。現在は、認知症の人にやさしい街づくりへの取り組みとして、多方面からの意見交換や協力体制をとっている。	法人全体として、認知症ケアに対する啓発活動を行っており、認知症介護予防講座や認知症サポーター養成講座などの活動に結びついている。市内のグループホームの連絡会をつくるなど、市の事業に貢献し、協力体制を構築する取り組みがなされている。	

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。	高齢者虐待防止法について、法人内外の研修会に参加し、法人内に身体拘束・虐待委員会を設け、あってはならないこととして注意し、防止や必要時の対応、手続き等の理解に努めている。自らの意思を行動に移すこと、社会とのつながりは「人として」の基本と考え、鍵をかけないケアを実践している。夜間のみ安全の為、施錠している。	法人内において、日頃から挨拶、言葉かけ等の指導が、研修会やミーティングで繰り返しなされ、マニュアルにも整備され、事業所の月間目標においても、虐待防止を含めた法令順守の研修が行われている。行政主催の研修会にも必ず参加し、繰り返し指導や教育が継続されている。その結果、夜間を除き施錠をしないなどの対応に繋がっている。	
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。	高齢者虐待防止法について、法人内外の研修会に参加し、法人内に身体拘束・虐待委員会を設け、あってはならないこととして常に注意し、日々確認しながら防止に努めている。疑わしいことがあれば、早期対応や行政へ報告し、発生防止に努めている。		
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。	成年後見制度について法人内外の研修に参加し、これらの必要性を知り、必要な人には活用できるよう取り組んでいる。地域権利擁護事業や成年後見制度について、法人内外の研修に参加している。		
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。	契約・解除時には、利用者や家族との面談の場を持ち、不安・疑問点については、十分に時間をかけて尋ね、説明し理解、納得のいくまで何回も説明している。		
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。	利用者や家族からの意見、不満は意見箱や直接聞いて、管理者や職員で検討している。外部者に表せることを伝えている。また課題は運営推進会議で明らかにし、出来る限り多くの方の意見を聞き、運営に反映させている。	事業所に意見箱を設置しているほか、家族面会時に情報交換や意見聴取を行っている。遠方等の事情により、あまり来所できない家族には、電話での報告や取次ぎなど、運営に対する利用者、家族の意見等をくみ取るよう努めている。	

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
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。	運営に関しては、定期的なミーティングや随時の面談及び、毎日の申し送り時等に意見交換の機会を設けている。更に、法人内の運営会議に於いて検討し、運営に反映されている。又、必要に応じ、法人幹部のバックアップ等により、前向きな運営に努めている。	職員からの意見は、管理者を通じ統括責任者が把握し、法人全体で対応がなされている。法人内の他の事業所間においても、管理者同士で意見交換や情報共有がなされ、職員からの提案に対し、可能な限り対応がなされる仕組みができています。	
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。	事業運営の最重要要件として捉え、職員の習熟度に応じて、施設内、外での研修への参加を行い、また法人内でも再々研修の機会をつくり、各自が向上心を持ち働けるよう、努力や実績を評価している。処遇に関しては社会保険労務士・専任の労務担当・産業医または安全衛生委員会設置など通して、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。		
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。	法人の使命の一つは、職員を育てることであると認識し、常日頃から働きながら学ぶ事を推奨し、毎週、定期的な施設内研修の実施がなされている。職員一人一人のケアの実践や力量に応じ、施設内外の研修にも、出来る限り多くの職員が参加できるように、スキルアップを目指している。外部講師は多数である。本年度は、特にコーチング・ティーチング研修に重点的に取り組んだ。		
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。	研修会・地域活動などを通し、他施設との交流をもち、サービス向上を目指している。意を同じくする全国の仲間との相互訪問や研修会を通し、交流の機会をもっている。又、本年度は庄原市内のグループホーム連絡会を準備中である。		
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。	利用開始時は勿論、利用開始前には本人・家族の見学・面接を行い、本人の不安な事、求めていることをしっかり聞き、信頼関係を築く機会を作っている。安心の確保に向け、理解・納得されるまで何回も面談している。本人の理解が難しい時は、家族も交えて話をしている。		

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。	利用開始前には、家族と見学・面接を行い、不安なこと、求めていることをしっかりと聞き、施設方針や出来る事・出来ないことを丁寧に伝え、共に本人を支える為の信頼関係づくりをしている。特にグループホームに於いては、家族との信頼関係が出来ないと、本人支援は難しいと考えている。		
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。	相談時から、理論に基づいたアセスメントを行い、本人・家族のニーズを出来る限り正しく把握し、本人・家族の必要としている支援をしっかりと傾聴し見極めて、必要ならば、他のサービス利用を提示し、対応に努めている。又、「今」だけでなく「これから」の予測も伝え、他のサービスを含めた対応をするべく話し合っている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 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。	本人を「介護される人」の立場に置かず、一人の人として主体的に過ごせるよう、また得意分野での力を発揮しながら、お互い様や感謝の関係性を築くことで、暮らしを共にする関係性を築いている。「出来る事は自分で」「互いに助け合う」は、人として生きる基本としている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 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。	入居時に、家族にも支援者としての立場をお願いし、いつでも来やすく・意見も言い易いよう努めている。本人・家族・職員が共にあることで、本人支援とグループホーム生活が成り立つと考えている。		
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。	いつでも誰でも、面会に来やすい雰囲気にも努めている。「地域とのつながり」を大きいテーマとして取り組み、外出・買い物・地域行事を通じ、馴染みの人や場との関係性が途切れないよう取り組んでいる。当然ながら、暮らす場所が変わっても、これまでの人とのつながりは大切である。	日頃から買い物に毎日出かけることにより、地域の人や顔見知りと会って、挨拶や会話などが行われている。また、遠方から入所された利用者にも、元々の教え子の来訪時には、心地よく面会できるような支援がなされるなど、馴染みの人との関係継続のための配慮がなされている。	

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。	仲間づくりを大切にしており、作業や外出など利用者同士で声を掛け合い、助け合える場面を多く作っている。人が生きる時に「群れ」が大切と常に意識している。介護理念「互いに助け合って」は、仲間づくりを基本としている。利用者間をつなぎ支えあうようにする事が職員の役割として取り組んでいる。		
22		○関係を断ち切らない取組み 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。	サービスが終了しても、必要に応じて面会、連絡をとるなどし、関係を断ち切らない様、付き合いを大切にしている。終了家族が「認知症の人を支える家族の会」や、行事に参加されている。		
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。	入居前・後に本人または、家族からも意向を聞き、主体的な行動を大切に、出来る限り本人本位となるように取り組んでいる。利用中、言葉遣いも「選択」が可能な声かけを心掛け、必要時に本人・家族へ意向確認をしている。随時のモニタリングも実施している。	食事メニューは利用者ひとり一人によって違い、毎日スーパーのチラシを見て、違うメニューの希望を取り入れ、利用者の思いや意向を食事内容に反映させている。また、日頃から行為や動作の前には、本人に「選択」させる声かけをすることに努めているなど、本人の意向の把握に努めている。	
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。	「最期まで人として生きる支援」に、又、より自立的・主体的・社会的な生活の支援には、これまでの生活歴を知ることが基本であると認識している。認知症ケアにとっても生活歴は重要であり、利用前からその情報・状況は出来るだけ詳しく把握し、馴染みの暮らしや生活環境に近づけるよう務めている。		
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。	毎日の心身状態の把握は、ミーティング・申し送り、カルテなどを通し把握している。有する能力は入居時のアセスメントから始まり、毎日の生活の中の変化を見逃さないよう意識し、その力を十分活かし、維持することが介護の仕事と認識し、ケアに努めている。かかりつけ医との連携は細かく行っている。		

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
26	10	<p>○チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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。</p>	<p>介護計画の基本は、アセスメント・ニーズ把握である。これまでの暮らしや現在の課題・要望など、本人・家族・団体や他職種の話聞いて、初めて介護計画が出来ると認識・実践している。本人・家族・さらには各々の意見反映は当然であり、変化時には、その都度話し合い、計画を作成している。</p>	<p>介護計画は職員間で把握され、日々の介護を行う上で、必ず確認がなされている。介護に関しての、職員からの意見や提案は管理者に直接言ったり、ミーティング時に話し合われているほか、利用者のその日の体調によってプランを柔軟に変えるなど、チーム全体で、現状に即した介護計画になるよう努力がなされている。</p>	
27		<p>○個別の記録と実践への反映</p> <p>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。</p>	<p>利用者一人一人のカルテに、実践・結果・小さな変化や気づきを記入し、情報の共有と実践に活用している。それらを、個々の状況にあったプラン作成には欠かせないこととして、介護計画に反映し、必要に応じて見直しに活かしている。記録の再読は基本として徹底している。</p>		
28		<p>○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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。</p>	<p>介護状況に応じ、事業所として出来る限り自立した日常生活へむけての、本人支援と家族支援をしている。また状況によっては、法人全体で専門職との関わりや、地域説明・家族支援など、本人・ご家族に多職種による多機能体制をとっている。</p>		
29		<p>○地域資源との協働</p> <p>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。</p>	<p>本人の意向や必要性から、多くの地域資源との協働により、地域住民としての生活支援をしている。地域とつながった日常生活の為には、欠かせないことである。消防・保育所・文化センター・商店街・他事業所等と交流をもっている。3の市での地域交流行事では、地域の方、町の人などの多くの協力を得ている。</p>		
30	11	<p>○かかりつけ医の受診診断</p> <p>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。</p>	<p>健康管理は当然のこととして、多くの医療機関と連携している。一人一人の利用前の受診経過・現在の受診希望を把握して、今までのかかりつけ医や希望する医療機関による受診の支援を行っている。訪問看護ステーションとの24時間の連絡体制も整っている。医療法人として、法人医師の24時間バックアップ体制もとっている。</p>	<p>2週間に1回、法人内の医師による訪問診療が行われ、利用者の体調管理が行われているほか、専門的な診療科の対応が必要な利用者には、家族対応で受診ができるよう支援がなされている。夜間においても、職員から直接医師に確認ができるなど、法人全体で医療に対するバックアップ体制がとられている。</p>	

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。	訪問看護による健康管理を行っている。特変や疑問があれば、すぐに看護師や医師に連絡できる体制をとっている。毎月の定期往診をしている。訪問看護によるフットケアも入っている。		
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。	入院時には、治療・入院生活に必要な情報を提供し、いつでも連絡できる体制を作っている。こまめに面会に行き、様子や状況を聞き、情報交換をし早期退院へ備えている。平素は医療法人として、医療関係者との関係づくりを務めている。		
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。	利用開始前から、繰り返し家族や関係者と終末について何回も話し合い、事業所の方針や、出来る限りの支援策を具体的に示し、それらを共有している。重度や終末期の利用者に対しては、出来る事・出来ないことを見極め、最後まで地域住民として暮らせるよう、かかりつけ医・訪問看護と連携をとり、家族を含めてチームとして支援に取り組んでいる。終末・急変に備えて、日頃より検討・研修している。	入居時において一通りの説明がなされ、実際に重度化した場合は、医師を交えた家族との話し合いが行われ、家族と方針を共有した対応が行われる体制がとられている。事業所開設後、実際に看取りとなったケースはないものの、法人全体でノウハウを有し、チームで対応する仕組みができています。	
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。	消防署へ依頼し、救命救急士による急変・事故発生時の対応の勉強会・訓練を行っている。また随時の訓練もおこなっている。急変時の連絡体制を各職員が把握している。法人医師の協力もある。		
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。	消防署の協力を得て、避難訓練・避難経路の確認など、利用者と近隣住民と一緒にやっている。又、日頃の地域とのつながりが大切と認識し、運営推進会議・地域行事の参加、町を歩くことなどを通じて、地域への協力を呼びかけをしている。さらに大規模災害に備え、全国の15法人と支援ネットワークを作り、万一の時の支援体制を強化している。	避難訓練は年3回行われ、うち2回は消防の立会いのもと訓練が行われているほか、通報訓練や避難経路の確認は毎月行われ、職員全員が訓練を経験するよう配慮がなされている。また、消防訓練を地域の人と共催し、近隣のホテルも協力が得られることになっているなど、地域との協力体制を築いている。	

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。	人格の尊重・プライバシーの確保には、「人として支援する」姿勢を基本に置いている。研修を通し、また日常は法人・管理者や職員相互が気付きを伝え、尊厳やプライバシーを損ねないよう徹底を図っている。	事業所内のミーティングや法人内研修会等において、日頃からコミュニケーションや言葉かけにおいて意識を徹底している。また、居室入口への氏名記入の配慮や、トイレ誘導時の小さな声での声かけ、居室に入る際は必ず本人の同意を得るなど、利用者の人格の尊重やプライバシーへの配慮が徹底されている。	
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。	「主体的・自立的・社会的に生きる事を支援する」を基本としている。そのために、自分で決め納得し動くよう、利用者に合わせて声掛け、説明を行っている。一人一人のわかる力に合わせた説明をし、利用者の意思を聞く場面を多く作るよう支援している。自己決定は尊厳の基本であると認識している。		
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。	一人一人の状態に合わせたペースで話したり、動き、本人の希望や好みを聞きながら話し合っ、柔軟に対応する事で、主体的・自立的・社会的な生活支援をしている。職員は生活の支援者であることを実践している。		
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。	町の理美容を利用し、本人の要望があった時や必要に応じて、望む店に行っている。服装や化粧など、その人の希望を聞きながら、似合うように支援している。特に外出時は「オシャレ」に気を付けている。		
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。	食事に関する一連の作業を通じて、利用者の有する力を発揮してもらいながら、張り合いや楽しみ・喜びにつながるようになっている。メニュー会議・買い物・準備・片づけまでの流れの中で、「食べる」楽しみにつながるよう気分を盛り上げている。好みにより、メニューは各々違うときもある。職員も利用者も共に行動することで「有する能力の活用」や「共にある」の意識づけになり、楽しい雰囲気での食事が、一日の大切な活動源となっている。	日頃から配膳や片付けを手伝ってもらっているほか、日々の食事メニューにおいても、その日のチラシを見てその日食べたいものを決めるなど、当たり前で暮らす中で、食べる意欲を引き出すことを重点においた対応がなされている。	

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。	聖仁会では、水分1日1500ML、食事量1500Kcal摂取を基本とし、状態、習慣、力に合わせて、充分摂取できるよう支援している。内容は個々の好みや状態に応じて変化させている。毎日の記録により、家族へ説明している。		
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。	口から安全に食べ続けられること、肺炎・不明熱・誤嚥・窒息などの予防のために、口腔内清潔保持は介護の基本として実践している。その為に一人一人の口腔状態や、力にあった支援を行っている。言語聴覚士や歯科衛生士の定期訪問がある。		
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。	排泄ケアは人の尊厳保持と自立支援の基本として、一人一人の排泄パターンを把握し、可能な限りオムツを使わない支援をしている。日中は布パンツ・トイレ誘導を原則とし、必要な方のみ夜間オムツを使用し、常に排泄の自立支援を行っている。	トイレには案内を掲げて、わかりやすくしているほか、排泄パターンや利用者のしぐさを把握し、声かけや誘導を行っている。また、階段の使用や外出などにより運動量を高め、水分量の管理や食物繊維の多い食事など、利用者がトイレで自立した排泄ができるような支援がなされている。	
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。	認知症の方にとって、便秘は最重要課題であり、周辺症状の原因ともなることを、基本的知識として周知徹底している。予防・対応の為に、「7ヶ条」の実践をしている。毎日排便・薬を使わない対応を基本としている。		
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。	一人一人の意向を第1にし、くつろいだり気分が入浴できるよう、柔軟な支援が行われている。人によっては、夜間入浴も行っている。	2～3日に1回は必ず入浴できるほか、利用者が希望すれば毎日入浴することができる。入浴時間は午後の一定の時間があるものの、希望により夕方遅い時間にも入浴できるなど、利用者の意向や状態により柔軟に対応がなされている。	

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。	ケアの基本は、良眠7時間である。職員は睡眠と周辺症状の関係性を認識しており、一人一人の日中の生活習慣に合わせて、日中活動性、体調管理により、出来るだけ薬を使用しないよう、夜間良眠に向けて支援している。日中は椅子や畳の好みの場所で、個々の体調に合わせて休息できる。		
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。	利用開始時、服用開始時に、医師または薬剤師からの指示や指示書確認をしている。指示通りの服薬ができるよう支援し、症状に変化のある時や体調の変化がある時は、医師に報告し指示を仰いでいる。薬剤師の定期訪問がある。		
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。	生き生きと主体的に生きる事や、有する能力の保持を目指し、実践するためには、生活歴を活用することは不可欠と認識している。又、一人一人が「大切な人」を実感できるよう、出来る事をしていただき、出来たことを共に喜べる支援をしている。特に外出は「社会と繋がって生きる」ことを目的にして取り組むが、その中で、人との出会い、気分転換・買い物で「食べたいもの」を選ぶ、役割分担もしている。		
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。	最後まで地域住民として生きる。を目指し、その日の体調や天候に配慮しながら、近くへの散歩だけでなく、馴染みの店や地域の中へ出かけている。会話の中から行きたい場所や、したいことを聞き、日常の外出に加え、普段いけないところへ皆で出かけられる機会を作っている。墓参りや外出など、家人と出かけられることは多い。	毎日外出に出かけており、季節によって、近隣の丘陵公園への外出や市内巡回バスに乗って温泉施設へ出かけたたりしている。外出先では、地域住民から挨拶や声かけなど、気さくに話しかけられており、利用者は地域の中でその一員として活動している。	
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。	お金の管理の出来る方は、個人で管理してもらっている。管理の難しい方には、買い物や外出時に必要に応じて、自分で使えるように支援している。		

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
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。	電話は、いつでもかけられるように、設置している。手紙も本人の希望や状況に応じて出し、返事も本人へ渡している。		
52	19	○居心地の良い共用空間づくり 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。	共用空間は、五感への配慮に特に気遣い、心地よい、利用者が落ち着けるようにしている。和を基調とし、素足で歩けるように、床材は滑らない、あたたかい材料を用いて、心地よさを出している。また、リビング、居室から、近隣や道行く人を見て、季節感、生活感や地域住民を感じられ「ふつうの暮らしの家」として、心地よく過ごせるよう工夫している。	日本的な旅館のような、落ち着ける雰囲気であり、日当たりや風通しも良く、西日には複層ガラスを用いるなど、細かな配慮がなされているほか、換気の徹底、歩くと気持ちの良い特注の無垢材を使用した床など、暖かく心地よい雰囲気になるような工夫がなされている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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。	リビングには、畳や長いすを設置したりし、利用者同士・または一人で思い思いに過ごせる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。	居室には、使い慣れた馴染みの物を持ってきていただいております、それぞれの方の生活に合わせている。部屋作りには、本人・家族の意向を重視している。	居室の床は、歩くと気持ちの良い板部分と、落ち着ける畳部分とで構成されており、障子のある窓で明るく落ち着ける雰囲気である。利用者が馴染みの物を持ち込むことができるため、思い思いの家具を持ち込み、本人の意向が尊重できるような配慮がなされている。	
55		○一人ひとりの方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。	各利用者の出来る事、出来ないことを見極め、出来る事には手を出さず、出来ないところだけ、さりげなく手助けをし、出来る限り自立した生活が出来るよう支援している。一人一人の認識・理解力を知り、さりげない誘導や、案内板なども工夫し、支援している。		

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。	○	①ほぼ全ての利用者の ②利用者の3分の2くらい ③利用者の3分の1くらい 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	○	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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
60	利用者は、戸外への行きたいところへ出かけている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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	○	①ほぼ全ての家族と ②家族の3分の2くらいと ③家族の3分の1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	○	①ほぼ毎日のように ②数日に1回程度 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や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	○	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、生き活きと働けている	○	①ほぼ全ての職員が ②職員の3分の2くらいが ③職員の3分の1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3分の2くらいが ③利用者の3分の1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3分の2くらいが ③家族等の3分の1くらいが ④ほとんどできていない

(様式2)

2 目標達成計画

事業所名 グループホームなでしこ

作成日 平成28年3月18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		有する能力の見極め	小さな変化・きっかけが気づけるようケアに集中する。	気付きの報告・連絡・相談（記録・口頭・カンファレンス等）	1年
2		「人として最期まで地域とつながって生きる」支援	さらに地域の方と交流	地域行事への参加（行事準備・清掃活動等）	1年
3					
4					
5					
6					
7					

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。