

(様式1)

1 自己評価及び外部評価結果

作成日

平成29年8月14日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3490200015		
法人名	医療法人社団林医院		
事業所名	グループホーム若紫の家		
所在地	広島市西区己斐中3丁目53-14 (電話) 082-272-2111		
自己評価作成日	平成28年4月27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.mhlw.go.jp/34/index.php?action_kouhyou_detail_2016_022_kani=true&JigyosyoCd=3490200015-00&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8月2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）】

毎日、ラジオ体操と食事前の嚥下体操を行い、必要であれば個別の訓練を行い、ADLの低下予防に努めている。また、週1回個別、集団レクリエーション、散歩など行っている。町内行事としては毎年、敬老会や地域の夏祭りに入居者様と一緒に参加させて頂いており、又ボランティアにも力を入れており合唱団の方がコーラスに来られている。二か月に一回の訪問理美容も行っており、おしゃれを楽しんで頂くようにしている。食事面では、管理栄養士の指導のもとに栄養バランスの良い手作りの食事を皆様に提供しており、衛生面に気を付けおいしく召し上がって頂けるよう盛り付けの工夫をしている。医師による毎週(日、祝以外)の往診、看護師も配置しており、医療面での連携も取れており、緊急時には速やかに対応できる体制を整えている。また、近隣には同系列のホームもあり、柔軟な対応が可能である。

【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18年に開設された当ホームは明るい外観のヨーロッパ風佇まいで、団地内に立地している。町内会や小学校を中心とした地域とのつながりは強く、行事への参加・行事の時に使用する飾り付けの作成・清掃活動・こども110番の家等で日頃から連携及び協力をしている。主治医等と連携し、個別の機能訓練を行うことで入居後のADLの維持・向上に努めている。また、家族と良好な関係を構築するために、月に1回の頻度で施設内の活動が掲載されている新聞や電話を利用しての近況報告等を継続して行っている。重度化や終末期の支援に関しては、契約時の意思確認だけではなく、利用者に対する日頃の聞き取りや、月に1回の家族への電話連絡を通して、変化する意向を速やかに把握し支援へとつなげることができるよう、今後も取り組みを継続したいと考えている。

自己評価	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。	法人全体、事業所独自の理念を掲げており、立場や経験に関わらず、毎朝の申し送り時に全員で理念を読み上げ意識付け、実践につながるよう取り組んでいる。	ホーム独自の理念や月間目標を定め、毎朝、職員で唱和し共有している。利用者が豊かな生活をおくることができるよう、個別指導を積み重ねることで理念の共有と実践につなげている。	
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。	散歩時には挨拶を交わしたり、地域住民の一員として町内会に加入しており、回覧板を通じて地域活動に参加している。毎年近くの小学校で行われる夏祭りやフジハイツの納涼祭に参加して、見物場所を提供して頂いたり、役員の方々にも支えて頂いている。また近隣のお子様の110番の家の指定をされている。	町内会の行事で使用する飾り付けを作成したり、近隣へ散歩に出かけたりしながら、地域住民と交流を図っている。毎週日曜日にある町内の清掃活動や、地域の夏祭り等の行事に参加したり、こども110番の家として小学校と連携したりしながら、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	
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。	認知症高齢者に対して地域の方々への理解を促し、入居されている方だけでなく、地域の方にも声かけをして安心して頂けるよう努めている。通勤、散歩中などに地域の方から認知症に関する相談がみられる。		
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。	家族や町内役員の参加を促し、運営推進会議を通じて施設取組みの報告を行い、意見を聞き、利用者が地域の中でその人らしく暮らし続けていけるよう支援している。報告や情報に留まらず、率直な意見を貰い、町内行事への参加、サービス向上に具体的に生かしていくことで改善への取組みを行っている。	民生委員・地域包括支援センター職員・家族等の参加者が、意見を言いやすい雰囲気を作ることができるよう心掛けている。会議では、ホーム内の出来事の報告だけでなく、地域との意見及び情報交換の場として活用することで、地域との連携やサービス向上に活かしている。	
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。	情報共有できるように、介護保険事業者指導係や区役所の介護保険担当者などに運営やサービス内容や苦情、相談を積極的に伝え、疑問に思ったことは問い合わせし、協力関係を築いている。入居者の介護保険の手続きやケアの問題・記録等を話し合い情報を共有しながら共に取り組んでいる。	問い合わせ等を積極的に行い、区役所の介護保険課や生活課と円滑な連携が維持できるように取り組んでいる。今後は、包括支援センター及び町内会等と協力しながら、認知症サポーター養成講座の開催を検討中。	

自己評価	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	<p>○身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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。</p>	<p>定期的な研修や勉強会を行い、身体拘束によって利用者に与える身体的、精神的苦痛を職員全員が理解している。見守り方法を徹底し、外出しそうな様子が見られたら、制止するのではなくさりげなく声をかけたり、一緒に散歩に行くなど安全面に配慮して鍵をかけずに自然な暮らしを支援している。また、SECOMを導入しており、目の届かない場所でも察知できるようにしている。</p>	<p>定期的に研修や勉強会を行い、日々のケアの中で実践及び指導を徹底している。施設内では、見守りや声掛けだけでなくSECOM等を活用し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。散歩や町内会の行事等に積極的に参加し、地域で見守る体制の構築に尽力している。</p>	
7		<p>○虐待の防止の徹底</p> <p>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。</p>	<p>高齢者虐待防止についての研修等があれば、積極的に参加して、他の職員が理解浸透出来るように勉強会や月1回ミーティングを実施している。職員全員で早期発見・防止を徹底している。管理者は職員の疲労、ストレスがサービスに影響しないように努めている。</p>		
8		<p>○権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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。</p>	<p>対応が必要と思われる利用者がある場合は、随時、職員に制度の説明をしたり、利用者、家族等に制度について情報提供を行っている。機会があれば外部研修に参加し、利用者の支援に結び付けている。</p>		
9		<p>○契約に関する説明と納得</p> <p>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。</p>	<p>入居前には必ず内部見学をして施設のことをよく知って頂き、納得した上で入居して頂いている。契約については時間をかけて丁寧に説明を行い、特に利用料金やリスク、重度化、看取りについての対応方針などについては、事前に詳しく説明をし、同意を得るようにしている。</p>		
10	6	<p>○運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>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。</p>	<p>相談窓口を設置しており、ご家族には毎月の手紙や訪問時に利用者の様子を伝え、信頼関係を築き、御家族面会時等には必ず声をかけ、何でも言ってもらえるような雰囲気作りに努めている。利用者には日頃のコミュニケーションの中で意見や要望を集め、職員全体で把握、早期対処に努めている。意見や要望は随時、管理者・職員の対応策と共に提示し、運営へ反映している。</p>	<p>利用者の意見や要望を、日頃のコミュニケーションの中でしっかりと集め、意見や要望等を少しずつ実現することにより、信頼関係を構築している。家族に対しては、新聞（1回/月）の発行や、電話での報告（1回/月）を行い、直接意見や要望を聞き、反映させることができる仕組みを作っている。</p>	

自己評価	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。	申し送りを活用したり、日頃からコミュニケーションを図るように心掛けている。意見が言いにくい場合は個別で問いかけ、聞き出したりしている。また、月一回のミーティングや勉強会で発表の場を設け、職員の意見を聞くようにしている。週1回の役員が揃う会議があり、そこで職員の意見を発表している。	月一回のミーティングや、日頃からの声掛けで良好な関係を構築し、職員が意見や提案を言いやすい環境作りに尽力している。 職員からの意見や要望に関しては、法人内の会議（1回/週）で伝達し、可能な限り反映させる仕組みを構築している。	
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。	研修に参加したり、職員の資格取得に向けた支援を行い、疲労やストレスの要因について気を配り、心身を休められるよう休憩場所や時間を設けている。また、職員同士の人間関係を把握したりするよう努めている。		
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。	職員の質の確保、向上に向けて事業所外で開催される研修になるべく多くの職員が受講できるようにしている。また、研修後はミーティングを行い、報告書を全職員が閲覧できるようにしている。新人職員に関しては、経験ある職員が付き、利用者との関わり方の指導をしている。		
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。	管理者や職員は事業所外の研修や同系列の勉強会に参加して質の向上を目指し、意見交換や情報収集を行い、交流や連携を図り、ケアに活かしている。		
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。	入居時に、主治医の診療情報提供書、サマリー等をもとに状態を把握し、本人、家族に話を聞き、身体的、精神的両面を理解し、積極的に遠慮の無い関係が築けるようコミュニケーションを密に図っている。		

自己評価	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。	見学時には家族の悩み、苦勞等、これまでの敬意についてゆっくり聞くようにしている。家族が困っている事、不安な事をいつでも相談して頂けるよう、日頃から家族とのコミュニケーションを密に取っている。面会時には近況を伝え、家族が求めているものを理解し、不安や思いを受け止め支援している。		
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。	相談時に本人や家族の思い、状況を確認して信頼関係を築きながら、出来る限り改善に向けた支援の提案を行っている。早急な対応が必要な相談者には可能な限り柔軟な対応をしている。		
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。	支援する側、支援される側という意識を持たず、人生の先輩であるという考えを共有して、共に支え合える関係作りを築いている。		
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。	面会時には日頃の状態をこまめに報告するとともに、毎月の手紙でも日々の暮らしの様子を伝え、情報共有に努めている。本人と一緒に支えるために家族と同じような思いで支援していることを心掛けている。		
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。	今までの生活の延長線上であるように今までの関係性を断ち切らないように電話や手紙、はがきを使用してつながりを継続できるよう支援している。昔からの友人が訪問してきたり、お墓参りを続けておられる入居者もいる。また、家族の協力もあり、外食など行きたい場所にも出かけておられる。	旧知の友人や仲間などの関係が途切れないうちに、手紙や電話を活用しながら支援している。 また、町内会の行事や散歩等を活用することにより、新しい馴染みの関係の構築に尽力している。	

自己評価	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。	個別に話を聴いたり、相談に乗ったり、利用者同士の関係がうまくいくように職員が調整役となり、孤立してしまう状況を作らず暮らしを楽しめるよう支援している。利用者同士の関係性について情報連携し、すべての職員が共有できるようにしている。		
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。	サービスの利用が終了しても今までの暮らしの継続性が損なわれないように、支援の内容や注意が必要な点について情報提供を行い、細かい連携を心掛けている。相談窓口をつくり、関係性を大切にしてその後の支援に応じる姿勢を示している。		

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	○思いやりや意向の把握 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。	日々の生活の中で、本人が言葉に出して言われた希望、思いを把握し、言葉の表出困難な方には、表情や態度などから、職員間での情報収集、申し送りでの意見交換、家族からも得ている。意思疎通が困難な方へは生活記録や、朝、夕の申し送り時に情報を得ている。またコミュニケーションを密にとり信頼関係を築くことにより要望を言いやすい環境を作っている。	日頃から利用者の言動を注視し、フロア日誌等を活用することにより、利用者の思いや意向を職員間で共有している。実現が困難な希望や意向の場合も、本人本位の支援ができるように、ミーティング等を活用し検討している。
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、利用者の協力のもとで、センター方式を作成し、今までの生活環境や入居前情報（紹介状、サマリー、生活歴）を職員全員が把握している。また、介護計画を活用し、本人や家族の協力を得てこれまでの暮らしが出来るよう支援している。	
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。	カンファレンスシートをいつでも見やすい場所に置いておき、利用者一人ひとりの生活リズムを理解するとともに職員全員が把握出来るようにしている。	

自己評価	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>本人やご家族の思いや意見をもとに、課題を職員全員から聴取し、医療的、栄養面では主治医、看護師、栄養士などから意見を伺い原案を作成し、サービス担当者会議を開催し本人が実行できる目標を立て、毎月できているか評価し3か月おきにモニタリングをして評価し見直しをおこなっている。</p>	<p>主治医の往診の時や、ミーティング等を活用することにより、不規則な勤務体系の中でも、課題・意見・情報を反映しやすい仕組みを構築している。その情報を基に、本人・家族・必要な関係者と話し合い、現状に即した介護計画を作成している。</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>職員の気づきや利用者の状態変化は日々の申し送りで確認し、個別ファイルに記録している。また、センター方式を活用したり、ご家族の思いや意見を聞き、重要事項については申し送りノートを活用し、職員間で共有しながらケアしている。</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、その時々生まれ出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>利用者と家族が安心して暮らし続けられるように状況や要望に向き合い、臨機応変に対応している。また、その方の状態や状況に応じて同系列の老健や協力病院への転居が出来るなどの対応をしている。</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>利用者が安心して地域で暮らし続けられるよう各機関等や町内会、ボランティアを活用し、意見交換できるよう支援している。町内のお店や理美容院を利用して関係を強化している。</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>入居後も主治医の変更を勧めたりせず、家族の希望する医療機関で受診している。また、必要に応じて、受診の付き添いや家族とも同行し普段の様子や変化を伝えるようにしている。医師の訪問診療、24時間受け入れ病院連携(福島生協病院)各医療機関関係者確保(外科・内科・皮膚科・歯科)により、適切な医療を受けられるよう支援している。</p>	<p>利用者及び家族の意向を確認し、協力医だけではなく、以前から通っていた病院への通院も支援している。同法人の病院や老人保健施設を活用することにより、適切な医療を受けられるように支援している。</p>	

自己評価	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。	訪問看護ステーションと契約しており、日常の健康面や医療面について相談、助言、対応を行ってもらっている。介護職員は些細な変化等あれば看護職員への連絡体制を取り、適切な医療につなげている。		
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。	入居後も主治医の変更を勧めたりせず、御家族の希望される病院に受診の支援を行い、受診の際は事前に施設内での生活や受診に必要な根拠となる情報を提供している。また、家族の付添いが困難な方にたいしては職員が付き添い普段の様子や状態を伝える様にしている。		
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。	入居と同時に家族・医師・職員等、チーム全体で話し合いを行っている。対応が可能なこと・困難なこと・不安なこと等を提携病院や協力医療機関と情報を交換しながら支援している。本人や家族の意向を踏まえ安心して納得した最期を迎えられるように主治医を含めて随時意思確認をしながら取り組んでいる。	契約時に、終末期における利用者及び家族の希望を確認している。確認後も、主治医や同法人の訪問看護事業所と積極的に連携し、定期的に終末期における希望を確認することで、時と共に変化する希望に対応している。	
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。	事業所独自のマニュアルに基づき、当理事長林Dr・西野Dr・看護師の指示や指導の基、全職員が対応出来るように定期的に学ぶ機会を設け、緊急時に活かせる技術を身に付けるよう取り組んでいる。		
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。	消火器や避難経路の確保など、設備点検を定期的に行い、消防署の協力を得て、年2回利用者とともに避難訓練を行っている。また、町内会を通じて災害時の避難場所の確認を行い、災害などが起きたときのご協力を得ている。	避難訓練を年2回の頻度で実施し、消防署にも協力を依頼している。地域との協力体制だけではなく、同法人の事業所を活用しながら、災害時の避難場所の提供や、食料等の支援体制の構築に尽力している。	

自己評価	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	<p>○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保</p> <p>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。</p>	<p>利用者の誇りを傷付けたり、プライバシーを損ねないように、年長者として敬意を払い、尊厳ある姿を大切にすることを心掛けている。援助の際は本人の気持ちを考えて、目立たずさりげないケアを心がけたり、自己決定しやすい声掛けをするように心掛けている。また、個人情報の保護についても外部に漏れないように全職員が徹底している。</p>	<p>利用者の人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応ができるよう、ミーティングや研修を継続して行っている。</p> <p>日常業務の中で対応等に課題がある場合は、早い段階で個別指導を行っている。</p>	
37		<p>○利用者の希望の表出や自己決定の支援</p> <p>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。</p>	<p>利用者に合わせて声を掛け、些細なことでも本人が決めるように支援している。意思表示が困難な方でも表情や反応を注意深く観察しながら、自己決定できるように努めている。難聴の方には、ホワイトボード等を用いて、曖昧な伝わり方にならないように気を付けている。</p>		
38		<p>○日々のその人らしい暮らし</p> <p>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。</p>	<p>一日の基本的な流れはあるが、一人ひとりの体調やペースに配慮しながら、その日・その時の本人の気持ちを尊重して出来るだけ個別性のある支援を心掛けている。</p>		
39		<p>○身だしなみやおしゃれの支援</p> <p>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。</p>	<p>利用者の個性・希望・生活歴において本人の好みや意向を尊重し、季節感や清潔感あるその人らしいおしゃれが出来るよう支援している。二ヶ月に一回の訪問理美容で希望に合わせたカットや毛染めを行い、希望によっては、お化粧をし写真撮影を行うなど連携を取っている。</p>		
40	15	<p>○食事を楽しむことのできる支援</p> <p>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。</p>	<p>利用者の好みや苦手なものを把握し、日常のコミュニケーション等から献立を作成している。旬な野菜、彩り、盛り付けを工夫しながら食事を提供しており、利用者と職員と一緒に食事を味わいながら楽しめるよう支援している。また、1日の大切な活動のひとつとして、食後には後片付け等を入居者と一緒に行っている。</p>	<p>調理は同法人の事業所が行っている。誕生日会や行事等の時は、利用者や家族と一緒に調理を行っている。</p> <p>テーブル拭きや簡単な調理等、利用者の役割を残しながら支援することで、他者と協力することの大切さを、日々の暮らしの中で共に学んでいる。</p>	

自己評価	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。	毎食事以外に水分補給を行い、確実に摂取して頂けるよう声掛けを行っている。食事に関しても、一人ひとりの体調と一日の摂取量を把握し、その日の体調に合わせて主食をお粥にしたり、副食を食べやすく刻んだりと対応をしている。また、管理栄養士、栄養士を中心に献立の栄養バランスに配慮している。		
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。	イソジンを使用しうがいと歯磨き、義歯洗浄等の口腔の清潔保持は、日常的に支援している。また、利用者によってはガーゼやスポンジを使用して、自分で出来る方は声かけ見守りをし、出来ない方に関しては毎食後のケアを行っている。昼食前には嚥下体操を行い、嚥下障害による肺炎の防止に努めている。また、治療が必要であれば、歯科往診を利用している。		
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。	排泄表を使用して一人ひとりの時間、パターンに合った、声掛けを実施している。身体状況に応じて出来る所は見守りを行い、自尊心に配慮し、さりげなくカバーしている。また、失敗してしまった場合でも本人が極力傷付かないように支援している。	排泄表を活用し本人の排泄パターンを把握し、なるべく日中はリハビリパンツで過ごして頂けるよう支援している。主治医と相談しながら、利用者の歩行訓練等を実施し、利用者の残存機能を活かした支援を行っている。定期的に介護技術研修を実施している。	
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。	個々の便秘の原因を探り、食事・排泄・活動状況等を見直し、家族とも相談しながら自然排便を促すよう働きかけている。また、毎日のラジオ体操と水分補給の徹底し、必要であれば個々の状態に合わせた使用量、頻度で下剤や浣腸なども検討している。		
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。	職員のペースに合わせず利用者の希望に合った曜日、時間帯で入浴を支援している。また、ゆっくり浸かりたい人には順番を後に回すなどの工夫もしている。入浴前にはバイタルチェックをして安全に楽しみの時間となるように健康面に努めている。不安や恐怖心を持たないように職員も一緒に入り心情を察した配慮を行っている。また、異性に対して抵抗がある場合は、同性の職員が対応するようにしている。	利用者からの要望があれば、すぐに入浴できるように、日中は常に入浴が可能な状態を維持している。同性の職員での対応を基本とし、個々に応じた入浴の支援ができるよう、シャンプーやリンス等は、以前から利用されていた商品と同じものを使用して頂いている。	

自己評価	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。	本人にとって自然な生活リズムが整えられるよう日中の活動を促し、心地よく眠りにつけるよう努めている。また、眠剤を服用されている方に関しては、睡眠状況を把握し、家族や主治医とも相談しながら調整に努めている。		
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。	職員が個々の内服薬、効能を把握できるようにファイルを作成している。また、服薬による副作用がないか、検温表を確認しながら確認を行っている。服薬時には本人に手渡しし、きちんと服用出来るよう支援している。		
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。	センター方式を活用して、一人ひとりの生活歴を把握し、潜在している記憶や出来る力を最大限に活かして自分らしく暮らせるように支援している。		
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。	外出が困難と決め付けず、重度の方でも外出出来るように、介護タクシーを利用したりご家族の方にも協力して頂き、希望に沿った支援を行っている。戸外への散歩、美容院、また、お花見、夏祭り等の季節行事や外出希望者には職員が同行して支援を行っている。	天気の良い日には散歩に出かけ、地域の住民との交流を大切にしている。。お花見や夏祭り等の町内会行事への参加は、利用者の楽しみとなっている。行事前に職員が電話で、家族へ参加の声掛けを行うことで、協力しながら外出支援ができる体制を構築している。	
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。	本人の安心や満足に向けて、少額でも所持金を持って頂くように家族と相談しながら支援している。また、外出時には自分の財布からお金を出すことで社会性の維持につなげている。		

自己評価	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。	日常の手紙、年賀状を出すための支援を行っており、プライバシーに配慮しながら希望に応じて日常的に電話や手紙を出せるように支援している。また、意志疎通が困難な方に家族、友人等から手紙が届いた場合は職員が読み聞かせをしてお伝えしている。		
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。	玄関は季節に合った花や飾りを取り入れ、入りやすい雰囲気になっている。リビングは風通しが良く、山や緑が見えて季節感を感じやすい。台所は利用者にとって安全に使用できるようになっており、トイレは車椅子でも出入りしやすい大きさになっている。照明類は落ち着いた色のある空間作りに配慮している。また四季折々の花や風景を入居者様と一緒に折り紙や貼り絵で作って飾っている。	日当たりの良いリビングには、利用者の作品や絵画等が飾ってあり、利用者同士が会話を楽しむスペースとなっている。介護計画に利用者個人の役割を明記し、居心地の良い共有空間を、皆でつくることできるように配慮しながら支援している。	
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。	食堂や居間は一体的な造りになっており、他の入居者と自由に団欒できるようソファや椅子を置いている。気の合う入居者同士がくつろげる空間、個室で一人になれる空間を設けている。		
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。	入居の際は新しい品物をそろえて頂くのではなく、利用者が安心して過ごせるよう、使い慣れた物や馴染みの物を持ち込んで頂けるようにご家族、本人に説明をしている。本人や家族と相談しながらその人らしく居心地の良い雰囲気、居室作りを行っている。	エアコンやクローゼットは備え付けで、その他の家具や調度品は持ち込み自由である。タンス・仏壇等の大切にしていたものを活かしながら、利用者にとって居心地の良い居室になるように努力している。	
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。	手摺りや階段に滑り止め等を設置しており、利用者一人ひとりの身体状態に合わせて危険の防止や自分の力を活かして動けるように物の配置に配慮している。また、状態が変わり混乱が生じた時は職員で話し合い、不安や混乱材料を取り除き自立支援につなげている。		

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くらいの ③利用者の3分の1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	○	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
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	○	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 グループホーム若紫の家

作成日 平成29年9月19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	3	運営推進会議をうまく活かしきれてない点。	運営推進会議に多くの家族様が参加できるようにしたい。	月1の手紙に早く日程を知らせて、電話が可能な方は参加してもらえるようにお願いする。	半年
2	15	食事を楽しむことのできる支援。	買い物支援や外食を増やしていきたい。	人数の多い日をできるだけ作って多くの入居者様が参加できるように日程を調整する。	半年
3	12	重度化や終末期に対しての職員の知識について。	職員が知識をふやして実践に役立ててほしい。	職員みんなが意見を共有して研修や勉強会をひらく。	半年。
4	13	災害対策について。	避難場所へ災害が起きた時に誘導ができるようになってほしい。	職員一人一人できるように確認をおこなう。	1ヶ月
5	20	居心地よく過ごせる居室の配慮。	入居者様の笑顔を増やしていきたい。	家族様に意見をもらい昔好きな物や季節がわかるような物を設置する。	1ヶ月
6	10	チームでつくる介護計画とモニタリングができてきているか。	入居者様や家族の思いや意見を聞き目標を立て、実行できるようにしていきたい。	3か月おきにモニタリングをするが、職員みんなですべて課題を考えてやりたい。	3か月
7	9	思いやりや意向の把握を意識できているか。	日々の生活の中で、入居者様の希望や思いを把握していきたい。	入居者様と密にコミュニケーションをとる。	1年

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。