

(様式1)

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 令和 5年 8月 14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	グループホーム なでしこ		
所在地	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	令和5年7月10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	https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/34/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=3492100122-00&ServiceCd=320&Type=search
-------------	---

【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	令和5年8月9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」ことが出来るよう支援するために、介護保険法に基づき「自立支援」と「尊厳の保持」を柱として、町の人とつながった生活に取り組んでいる。生活のほとんどは入居者と相談しながら営み、買い物・調理・片づけ・掃除等日常生活を通し、出来る事を取り戻したり、出来続けられるよう、助け合いやその思いに沿った行動ができるように支援している。また健康管理はかかりつけ医、訪問看護、リハビリ、管理栄養士、歯科衛生士など多くの専門職との密な連携により安心して生活できるよう心がけている。感染予防に努めながら、可能な限り変わらない日常生活を送って頂けるよう取り組んでいる。

【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）】

認知症予防講座やサポーター養成講座、認知症カフェなど法人全体として積極的に取り組んでいる。利用者が住み慣れた自宅から住まいは変わっても地域との繋がりを大切に、地域住民の一員として溶け込めるよう実践している。食事・入浴・洗濯・掃除などを生活の流れと位置づけ、利用者のできる事、どうしたらできるか職員が見極め、利用者同士が助け合い、共同生活をする上で思いやりの気持ちで本人主体の自立支援に向けて取り組んでいる。毎日の食事はメニュー会議で利用者が決め、食材の買い物、料理、盛り付け、片付けなど利用者主体の食事作りをしている。研修や勉強会が知識の向上に繋がり、日頃の介護の中で気づく事で活動や反映に活かしている。

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
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、最期まで地域住民として生きることを支援する」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。	法人理念・目標・方針を研修や勉強会で習得し、具体的な法人年間目標を掲げ、日々のケアに取り組んでいる。又、月2回法人会議で確認検証を行い、意識づけをしている。利用者の住まいは変わっても日々の生活の中で、出来る事は自分で互いに助け合い、社会と繋がっていけるよう実践している。	
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。	コロナ以前は地域の盆踊りや祭りなど地域行事には地域から声を掛けて頂き、積極的に参加している。地域行事への参加や餅つきには、近隣の参加もあり、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を沢山いただいている。	道路を挟んだ向かいのスーパーに毎日献立に必要な食材の買い物、事業所前の花壇の水やりや清掃活動の時など、出会った地域住民の方と日常的に会話や挨拶するなど地域の一員として交流をしている。	
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、積極的に専門的知識の情報提供を行っている。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支援し、2017年から庄原市認知症初期集中支援チームを委託して活動していたが、昨年までは休止していた。街の街路樹下の花壇の手入れもみんなで行っている。		
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、事業所の取り組みで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意見交換は活発である。昨年度は密を避け短時間でいった。	運営推進会議は家族、地域代表、行政担当者などが参加し、家族会を同時開催している。活動報告、理事長による新型コロナウイルス感染症の現状、介護現場の状況また健康講座も開催している。家族から意見や地域代表からの意見交換の場となっている。参加できない家族に議事録を送付し情報の共有をしている。	
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。	市担当課の指導の下に、相談・報告など日頃から必要に応じて密に連絡を取り合っている。又、法人として認知症予防講座、初期集中支援チームの委託やサポーター養成講座を開催。認知症の人にやさしい街づくりへの取り組みとして、積極的に意見交換し協力している。	運営推進会議に行政担当者の参加があり、情報共有し、協力関係を築いている。庄原市からの要望で認知症予防講座やサポーター養成講座、認知症カフェなども法人全体として積極的に取り組んでいる。	

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リモート研修会に参加し、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と、社会との繋がりは「人として」の基本と考え、日中は鍵をかけないケアを実践している。	法人内外の研修や2か月に1回の身体拘束防止委員会、毎月の勉強会で意識づけをしている。日頃から利用者とコミュニケーションを取り、意思と行動を常に把握し、椅子の高さがあっているか、行動を妨げてはいないかなど「身体拘束をしないケア」の支援に取り組んでいる。	
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。	高齢者虐待防止法について法人内外のリモート研修会に参加し、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に取り組んでいる。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、管理者や職員又、法人として検討している。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、運営に反映している。	運営推進会議・家族会の議題にあげ、意見を聞く機会や毎月コメント付きの手紙、電話や面会時に意見や要望を聞いている。言葉づかいなどミーティングで話し合い、意識統一を図るなど行い、今後のケアに活かしている。	

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。	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、運営に反映させている。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。	毎月のミーティングや面談、毎日の申し送り時にケアをする上での意見など抱え込まず、専門職に相談するなど、いつでも意見や提案が話しやすい環境に配慮している。	
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。	職員の習熟度の応じて施設内、外部リモート研修への参加を行い、また法人内でも研修の機会を作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。処遇に関しては社労士・専任の労務担当・産業医または安全衛生委員会設置などを通して、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。	常日頃から働きながら学ぶ事を推奨し、定期的な法人内研修の実施がなされている。職員一人一人のケアの力量に応じ、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、スキルアップを目指している。外部講師にて、法人独自の資格制度を構築し、専門的知識と技術取得のための研修機会を設けている。		
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。	研修会・地域活動などを通して、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、交流の機会もっている。又、庄原市内のグループホーム連絡協議会での研修会も参加している。		
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。	利用開始前には本人・家族との見学・面接を行い、本人の不安な事、求めている事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する。あくまでも本人主体を心がけている。		

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
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・面談を行い、不安なことを求めていることをしっかり聞き、施設方針や出来る事・出来ない事を丁寧に伝え、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見極め、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。	一人の人として主体的に過ごせるように、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であり、自立した日常生活の基本と捉えている。		
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。	感染状況に合わせて、制限していたが、いつでも誰でも面会に来やすい雰囲気にも努めている。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「人として生きる」ためには大切である。	友人からの電話の取り次ぎ、手紙のやりとり、家族と一緒に掛ける美容院、スーパーに買い物に行った時、出会う知人など今まで培ってきた、人や場との関係性が途切れる事のないよう支援をしている。	

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
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。介護理念「お互いに助け合って」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こと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。	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よう、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、声をかけてくださっている。		
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。	介護の基本は「本人主体」であることをふまえ、入居前・後に本人及び家族から意向を聞き、主体的な行動を大切に、出来る限り本人主体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。	日頃からコミュニケーションを図る事で把握に努めている。利用者が、今何を望んでいるか、分りやすい言葉かけで選択肢に十分配慮し、本人主体の取り組みを実践している。	
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。	「最後まで人として生きる支援」に、又、より自立的・主体的・社会的生活の支援には、これまでの生活歴を知ることが基本である。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くよう努めている。		
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。	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・家族や多職種の話を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作成している。</p>	<p>毎月のカンファレンスで意見交換を行い、本人・家族の意見や理学療法士など専門職からの提案や職員のアイデアなどを反映した介護計画を作成している。健康面、身体状況に変化があれば見直しを行い、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>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。それらが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生かしている。記録の再読は基本である。</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、事業者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・ご家族に対し専門職による多機能支援体制をとっている。</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。地域住民だけでなく消防・保育所・文化センター・商店街・他事業所等・交流をもっている。</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。</p>	<p>健康管理は当然のことであり、多くの医療関係とつながっている。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している。訪問看護ステーションとの24時間の連携体制も整っている。医療法人として、法人医師の24時間バックアップ体制をとっている。</p>	<p>利用開始前からのかかりつけ医の病院受診は家族の協力を得ながら支援している。近隣の協力医療機関に定期的受診をしている。訪問看護の週1回の来訪により健康管理をしている。又、専門医への受診が必要な場合は適切な医療が受けられるよう支援している。</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		<p>○看護職員との協働</p> <p>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。</p>	<p>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、24時間365日すぐに看護師や医師に連絡できる体制をとっている。毎月の定期受診、訪問診療も対応している。隣接クリニック看護師の応援もある。</p>		
32		<p>○入退院時の医療機関との協働</p> <p>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。</p>	<p>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。こまめの面会や状況を聞き、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法人全体でも務めている。</p>		
33	12	<p>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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。</p>	<p>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。重度者や終末期利用者に対しては、出来る事、出来ない事を見極め、かかりつけ医・訪問看護と連携を取り、家族を含めてチームとして支援に取り組んでいる。</p>	<p>契約時に「急性期・重度化・終末期ケア対応指針」を説明し、終末期における確認をしている。看取りの経緯はないが、看取り研修を行い、希望に添えるようチームで支援体制作りをしている。</p>	
34		<p>○急変や事故発生時の備え</p> <p>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。</p>	<p>消防署へ依頼し、毎年救命救急士による急変・事故発生時の対応の勉強会・訓練や随時の訓練も行っている。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。</p>		
35	13	<p>○災害対策</p> <p>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。</p>	<p>火災は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こなっている。又、日頃の地域との繋がりが大切と認識し、運営推進会議・地域行事の参加などを通して、地域への協力を呼び掛けている。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、支援体制を強化している。</p>	<p>年2回避難訓練、避難経路などの確認をしている。運営推進会議に参加の地域代表に協力体制の呼びかけや近隣スーパーの協力が得られるよう声掛けをしている。有事の際に備えて、備蓄も事業所内に水・食料品など整えている。</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
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づきを伝え、尊厳やプライバシーを損ねないようその都度徹底を図っている。	研修や法人月間目標に掲げるなどして、接遇についての意識を深めている。利用者本人の人格の尊重やプライバシーの確保に努め、人としてのあり方を常に意識し、声掛けや言葉づかいなど気になる点を指導し、思いやりのある支援に取り組んでいる。	
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」ために自分で決め、納得し、動くよう、利用者に合わせ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、利用者の意志を聞く場面を多く作るよう支援している。本人主体・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て柔軟に対応することで、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確認し、取り組んでいる。		
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。	町の理容室を利用し、本人の要望のあるときや必要に応じて、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。	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している。メニュー会議・買い物・準備・片づけまでの流れが食べる楽しみにつながり気分を盛り上げている。「有する能力の活用」や「共にある」意識づけになっている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。	昼食、夕食は利用者と職員と一緒に話し合っってメニュー会議で決まる。時には特売のチラシや家族から頂いた野菜などで色々と選択しながらの献立である。メニューが決まれば買い物・調理・片付けなど、得意とする事で食事を楽しみに行っている。誕生日は本人が主役となり、好きな物を提供している。	

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。	聖仁会では、平成8年より水分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する。毎日の記 録により、家族説明している。管理栄養 士の職員への定期的な指導もある。		
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、 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のひと つとして実践している。そのために一人 一人の口腔状態の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 訪問あり。		
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 導を原則として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。	個々の排泄パターンを把握し、声掛けし て、トイレで座位での排泄支援をしてい る。また、個々に合った衛生用品を使用 し、一人ひとりの排泄動作を把握し、 パット交換など難しい所を職員が介助す るなど、自立に向けての支援をしてい る。便秘予防に朝食に寒天がメニューに 加えられている。	
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、BPSD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 応のために「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一にし、くつろいだ 気分で入浴できるよう、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。	入浴は生活習慣の一連の生活リズムと考 えて、一人ひとりの入浴時間、入浴方法 を工夫している。入浴は週3回である が、体調変化など柔軟に対応している。 入浴は全身チェックでもあり、変化や気 づきを情報共有している。入浴剤や入浴 後の水分補給など入浴を楽しむ支援をし 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
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BPSD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、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を支援している。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。	利用開始後、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、指示通りの服薬ができるよう努めている。症状に変化のあるときは医師に報告し指示を仰ぐ。薬剤師の定期訪問あり。		
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。	生き生きと主体性に生きることを実践するためには生活歴を活用することは不可欠。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ている」ことを目的にして取り組み、その中で人との出会いや買い物で気分転換など「人として」を感じる支援をしている。		
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。	最期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の散歩だけでなく、馴染みの店や地域の中に出かけている。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、普段行けないところへ皆で出かけられる機会を作り支援している。	部屋に閉じこもりにならないように普段から買い物、花壇の水やり、清掃活動、病院受診など、事業所から屋外に出て外の空気、光、車の往来、周りの景色など季節の変化を肌で感じて貰えるよう日常的に支援している。	
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う。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。手紙のやり取りも行っておられ、ポストへの投函まで利用者に行っている。		
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。	共有空間は五感へ配慮を特に気遣い、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、温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、「普通の暮らしの家」として心地よく過ごされるよう工夫している。	共用空間は空調管理、机の配置など工夫している。利用者がほうきを使つての掃除、ほうきの収納ロッカーも「廊下の突き当り」と誰でも分かるように決めていて手が届く高さに収納できるよう工夫している。食事作り、洗濯たたみなど、工夫すればできる事を生活リズムとして実践している。	
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。	リビングには、畳を設置し、利用者同士・または一人で思い思いの過ごせる居場所の工夫している。		
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き、ひとりひとり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。	居室は畳敷き、板の間、障子で和の雰囲気である。家庭で使い慣れた品物や趣味の物が飾られている。朝起床し、朝食までの間、ほうきで掃除をするなど、自宅で生活していた時と変わらないように、居心地よく過ごせるよう工夫をしている。	
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。	各利用者の出来る事、出来ない事を見極め、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、さりげない誘導と工夫で支援している。		

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 令和5年9月25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	有する能力の見極め、維持に努める。	職員のスキルアップ。	自立支援を基本とし、アセスメント力を養い介護力の向上に努める。	1年
2	19	家族との信頼関係をさらに構築する。	本人支援を家族・職員が共に支えていける関係性を構築する。	家族に対して報告・連絡・相談を適時行い、意見を言いやすい環境作りに努める。	1年
3	26	チームケア。	専門職との連携をさらに強め、チームケアを実践する。	多職種との連携を強め、包括的に支援する。	1年
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。