

(様式1)

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 30年 11月 6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 | 平成30年10月3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_2017_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30年10月22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ために、介護保険法に基づき「尊厳の保持」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。生活のほとんどを入居者と相談しながら営み、買い物・調理・片付け・掃除等を通じ、出来る事を取り戻したり、出来続けられるよう、個々の意思を聞き、助けあって、その思いに沿った行動が出来るように支援している。グループ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。ショッピングセンター「三の市」の日に、入居者の有する能力を発揮しながら、地域交流が出来るよう焼き芋や餅つきなど「昔とった杵づか」の味を提供し、地域の方々からも喜ばれている。

【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）】

法人理念をもと「人として最後まで生きる、家での継続性」という介護理念をしっかりと確立し実践している事業所である。市街地の中心部に立地し、近隣にはショッピングセンターをはじめ、店舗や文化センターなどの公共施設も多くあり、人の賑わいも多いところであることから理念と合致した生活の形が実現しやすい環境である。生活を基に自立支援に力を入れている事業所であり、食事もその日に何が食べたいか利用者と共に考え、決定したメニューの食材を近隣のショッピングセンターへ買い物へ行き作ることや、調理や準備、片づけなどもできることは一緒に行い、掃除も利用者自らが日課として動いてされていることや夕方や夜間の入浴、日常の街中の散歩、多数の地域行事交流など生活の色が豊かに彩られている。医療法人であり隣接する法人の病院や訪問看護ステーションとの連携により24時間体制での安心して受けれる医療体制もある。

| 自己評価 | 外部評価 | 項目() | 自己評価 | 外部評価 | |
|-------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | 上記項目欄の()内へユニット名を記入願います | 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。 | 「愛と奉仕 そして ありがとう」という法人理念のもと、最期まで人として生きている、家での継続性は当たり前を常に意識に持ち介護理念の実践に努めている。毎日の申し送りや月一回ミーティングで振り返り、毎月の月間強化目標を考え、申し送りに記すことで職員の眼が届き共有することでケアの実践が成されている。 | |
| 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、地域の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・地域行事への参加や餅つきには、近隣や子供会の参加が増え、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。 | 毎日の買い物でショッピングセンターと事業所、利用者共に顔なじみであり、店の三の市には事業所が中心となり交流を行っている。夏の夕べの集いという地区のビアガーデン地域交流会に利用者も参加し、地域住民との楽しい交流が定例化している。その他行事にも常に声を掛けてもらえる関係性が構築されている。 | |
| 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。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、平成28年度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。 | 法人の医師によるミニ講座が定着しており、スライドにて利用者の生活風景が色濃く分かりやすく伝えられている会議となっており、家族部会も兼ねて行い参加家族からも自由に意見が交わされ活発に行われている。来所できない時には写真をくださいとの意見に毎月お便りと一緒に写真を送るようにした例がある。 | |
| 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、初期集中支援チームの委託やサポーター育成講座を開催。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。 | 法人全体を通して市との協力関係意識が高く、市主催の認知症介護予防講座や初期集中支援チーム、認知症サポーター要請講座などへの協力を積極的に行なっている。日頃より担当課とも相談や報告など必要に応じて連絡をとることで関係も作られている。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目() | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | 上記項目欄の()内へユニット名を記入願います | 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、あつ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、設立当初より日中は鍵をかけたケアを実践している。又、建物は各部署とも掃出しで、出入り自由な作りである。夜間のみ安全の為施錠している。 | 基本、自由にしてもらうことを念頭に静止せず、出歩く人には付き添い歩く、夜よく寝てもらうために昼に活動することを意識するなど利用者が自分の思いを行動に移せることを実践し身体拘束の必要のない生活を実現している。そのために職員が利用者を把握することを重点においたケアが展開されている。 | |
| 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、あつてはならないこととして注意して常に注意し、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に支援している。 | 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。 | 「もくもく」という毎月のお便りで家族に様子が伝わりやすくし、家族が来所しやすい状況を作ったりと、役立っている。面会時に話を聞くことや、運営推進会議での家族部会などでも活発な意見交換がなされており、サービスに反映されている。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目() | 自己評価 | 外部評価 | |
|-----------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | 上記項目欄の()内へユニット名を記入願います | 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。 | 事業所内でのミーティングや申し送りで職員の思いや意見が随時交わされ業務やケアを改善している。管理者からも職員が言えないことを法人に代弁し思いを伝えるとともに、法人も助言や「働きやすい職場」を重点に置きバックアップ体制でのサポートを行い、職員の働きやすさを作っている。 | |
| 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。 | 事業運営の最重要要件として捉え、職員の習熟度の応じて施設内、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も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通して働き易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。外部講師多数。特にティーチング・コーチング研修に重点的に取り組んだ。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、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、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。 | 利用開始時は勿論・利用者開始前には本人・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 | |
|------|------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | 上記項目欄の()内へユニット名を記入願います | 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。 | 利用者開始前には、家族と見学・面接を行い、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であり、自立した日常生活の基本とも捉えている。 | | |
| 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。 | 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「人として生きる」ためには大切である。 | 近所の方が良く来られる方がいたり事業所が来やすい雰囲気にて展開されており、ショッピングセンターでなじみの方からよく声をかけてもらったりと、生活の中で場面が多くある。外出や外泊も自由であり、家族の協力のもと行われている。利用者個人の背景を理解することを意識し、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 | |
|------|------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
| | | 上記項目欄の()内へユニット名を記入願います | 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。 | 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。 | 先に言ってしまうのではなく待ちましよう、グループホームは待つ支援するところというコンセプトが確立しており職員が統一して対応している。ミーティング、伝達ノート、申し送りノートを最大限活用しながら、しっかりと聴く、利用者が何を言いたいか伝えたいかを感じる意識で日々観察を重要としている。 | |
| 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・カルテなどを通して把握している。有する能力は入居時のアセスメントがら始まり、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 | |
|------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | 上記項目欄の()内へユニット名を記入願います | 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ことと認識・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>担当の職員を決め、より詳しい個人の生活や様子、思いの把握を行い、それをもとに介護経過をみながらミーティングで話し合っって意見を深めて作成している。家族からも来所時に意向や思いを聞き取り、介護計画に反映させている。必要に応じ医療など多職種との連携も図り計画を作成されている。</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。記録の再続は基本である。</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・ご家族に多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、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、多くの医療機関とつながっている。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>希望に応じて以前からのかかりつけ医を選ぶこともでき、隣接する法人病院の医師から適宜診察も行うことができることや新しく希望する医療機関にも受診できるようにしている。訪問看護ステーションとの連携も行っており、24時間での安心した医療体制があり利用者や家族に大きな安心感が得られている。</p> | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目() | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | 上記項目欄の()内へユニット名を記入願います | 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、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。 | | |
| 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。こまめの面会に行き、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と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。法人医師を中心に終末・急変に備えて日頃より検討・研修している。 | 法人の老健施設を経由して入居するケースが多くあり、予定者には入居前から重度化した時の方針や終末期について話を繰り返し、元気なうちから先を認識した思いの共有と理解の実践が成されている。法人医師を中心に終末期・急変に備えた研修などの取り組みがある。 | |
| 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。 | 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。 | 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して、地域への協力を呼びかけている。さらに大規模災害に備え、全国の15法人と支援ネットを作り、万一の時の支援体制を強化している。災害時対応マニュアルを備え、確認することで万全を期す。 | 年2回避難訓練を運営推進会議で案内するなどして地域からの参加も募り実施している。区長や隣近所、ホテルやショッピングセンターなどとの地域での協力・関係体制を築いている。街を散歩にて歩くことで事業所の存在を認識してもらうことも関係性の一つとして実践している。備蓄も法人で一括して備えている。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目() | 自己評価 | 外部評価 | |
|--------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | 上記項目欄の()内へユニット名を記入願います | 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にその都度徹底を図っている。 | 月間強化目標の中で「人として」をシリーズ化した内容にて利用者やケアに向き合う姿勢を常に研修や指導を行っている。管理者も声掛けや言葉遣いに気を配っており、職員も相互に気づきを伝えあえる関係性が風土として定着している。 | |
| 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・社会的に生きることを支援する」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、利用者の意思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。 | 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。 | 町の理美容を利用し、本人の要望のある時や必要に応じて、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が1日の生活の中心となっている。これら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している。メニュー会議・買い物・準備・片付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。好みの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。 | 年齢を重ねることで減る食事量もその方に合わせた摂取量をみながら提供している。三食とも手作りであり、当日何を食べたいかを事前に利用者と一緒に考える会議があり、それにて決定したメニューの食材を買い物に行くのが毎日の日課である。準備・片づけ・掃除も一緒に行い生活の中心として楽しみとなっている。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目() | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | 上記項目欄の()内へユニット名を記入願います | 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のひとつとして実践している。その為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、常の排泄の自立支援を行っている。 | 日中は体調が悪い時以外は布パンツにて全員が過ごしている。一人ひとりの排泄パターンの把握に尽力し必要な部分をケアにしっかり取入れて支援することで、結果個人の尊厳の保持、排泄の自立支援に繋がったケアが実践されている。 | |
| 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、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ず、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、くつろいだ気分に入浴できるよう、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。 | 週に2～3回の頻度にて基本夕方に入浴を行っている。希望に応じる形であり毎日入る方もいる。自身で入れる方には夜間入浴も実施している。タオルなども人と同じものを使うのではなく一人ひとりのタオルを持参してもらい使用してもらっている。バスクリンや柚子湯も行い気分も変わり楽しめる入浴が成されている。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目() | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | 上記項目欄の()内へユニット名を記入願います | 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 の状況に応じて、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て休息で きる。 | | |
| 47 | | ○服薬支援 一人ひとりを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 確認をしている。指示通りの服薬 ができるよう指示し、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や 有する能力を目指し、実践するた めには生活歴を活用することは不 可欠。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みが、 その中で人との出会い、気分転 換・買い物等で「食べたもの」を 選び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。 | 毎日近隣のショッピングセンター に買い物に出かけるほか、平素は 街中を散歩したり、月に1度お弁 当を持ち近くの公園で食べることが 定着している。近隣の文化センター に書道展を見に行くことや市民会 館で菊の展示をみたりと街の催し ごとに出かけることも多い。家族 と外出され食事をして戻られるこ ともよくある。 | |
| 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 | |
|------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | 上記項目欄の()内へユニット名を記入願います | 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。 | 電話が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、返事も渡している。 | | |
| 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。 | 共有空間は五感へ配慮を特に気遣い、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。 | 2階建の造りにて2階が居室、1階が共用スペースとなっている。日本家屋のような作りの中、廃材を利用した扉や滑らず温かい材料での雰囲気のある床材など使用し、畳みでくつろげる部屋も設けられ、和を基調とした中で落ち着ける雰囲気でも過ごしやすい環境がある。普通の暮らしに配慮が届いた家になっている。 | |
| 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。 | 入居前は事前訪問を行うことや本人や家族から話を聞き、個人の生活環境や様式を理解し部屋作りを行っている。自由に持ち込みも可能である。写真や作品を飾っていたりと個人の思いが感じられる心地良い部屋の配慮がなされている。 | |
| 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、さりげない誘導と工夫で支援している。 | | |

| V アウトカム項目() ← 左記()内へユニット名を記入願います | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------------------|---|-------------------------------------------------------------|
| 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させている | ○ | 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 | ○ | 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30年11月30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 | | 利用者様の有する能力の見極めして、出来続けられるよう支援する | 小さなことの変化・きっかけが気づけるようにケアに努める。 | 職員間での気付きの報告・連絡・相談・(記録・口頭・カンファレンス等)を行う。 | 1年 |
| 2 | | 「人として最後まで地域とつながって生きる」支援を行う | 地域の方と交流を深める。 | 出来るだけ地域行事への参加(行事準備:清掃活動等)を行う。 | 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。