

1 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	0572108041		
法人名	社会福祉法人 阿仁ふくし会		
事業所名	グループホーム桂寿あに		
所在地	秋田県北秋田市阿仁水無字宮後4番地		
自己評価作成日	平成27年12月4日	評価結果市町村受理日	

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://kaigo-service.pref.akita.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 秋田ハッピーライフセンター		
所在地	秋田市将軍野桂町5番5号		
訪問調査日	平成27年12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)】

自分らしく生き生きと心地よい生活を送れるように、日常生活動作の継続、毎朝ラジオ体操、口腔体操、身体を動かすレクリエーション、塗り絵等多様な取り組みをしている。

【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)】

安心して家庭的な生活を満足していただけるように、職員会議で意見を出し合い工夫し実践に繋げている。毎月発行される桂寿通信では、利用者の状況や情報を報告し家族からも喜ばれ感謝されている。また、3ヵ月毎に開催される身体拘束ゼロ委員会での協議の内容は職員間で共有し、ケアの実践に活かしている。避難訓練については、毎月行っている訓練のほか、年1回の地域住民の参加と消防署の協力を得、併設している特養との合同訓練を行って、災害時における対応に努めている。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印
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)	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る (参考項目:9,10,19)
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)	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:2,20)
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)	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が広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)
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)	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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)		

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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、代表者と管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	「何時までも自分らしく安心、安全に生活出来るように」と理念を掲げホールに提示して常に心掛ける様にしている。	「自分らしく生き生きと心地よい生活を送れるように」と理念を毎朝職員会議で斉唱している。また、年頭のあいさつや新年度には職員に周知し共有して実践に繋げている。	
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	年2回地域交流会の開催と毎月ボランティアの受け入れをして交流できている。	地域交流会は年2回行われており、民生委員やボランティアの協力を得て、近隣関係とのネットワークや地域との関わりを持つながら、認知症に対する正しい理解と普及に努めている。	
3		○事業所の力を活かした地域とのつながり 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、地域の人々に伝え、地域貢献している	職員全員認知症サーポーター講座を受講しており、地域行事等参加した際などに認知症について話や指導をしている。		
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	2ヵ月毎会議開催し入居者の状況や行事報告をおこなっている。委員からも運動など指導を受けている。	運営推進会議は年6回開催され、行政、民生委員、センター長、老人クラブ、住職、家族代表に対して、利用状況等を報告し、意見、情報の交換等を行いながら、サービスの向上に活かしている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	市の窓口センターとは相談等で連携できている。運営推進会議にセンター長が出席、必要な事をお願いしている。	行政担当者には、相談や情報提供で連携を密にし、協力関係を築くよう取り組んでいる。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	委員会があり、身体拘束ゼロの取り組みをしている。ホームでは夜間のみ玄関等に施錠している。	3カ月毎に開催される身体拘束ゼロ委員会では、協議された内容については、職員間で共有し、拘束をしないケアの実践に取り組んでいる。また、毎月訪問される近隣ボランティアからも協力を受けている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法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	今年度は虐待の防止研修会に参加していないが、前年度研修参加し復命書で職員が共有し虐待ない様に努めている。		
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前年度研修参加、常に職員が勉強活用できるようにしている。		
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	入所時や介護保険改定時はその都度説明し同意を得ている。		
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なら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	敬老会は家族の出席お願いし、その際にホームに対して意見、要望を伺っている。また、ご家族面会時も要望を伺っている。	年5回から6回利用者と家族の面会が行われており、意見や苦情は職員会議で検討し運営に反映させている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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	職員会議で意見を聞き、管理者会議で提案している。	月1回の管理者会議や職員会議で意見や要望を提案し、随時運営に反映させている。	職員の要望を取り入れた研修計画を策定され、経験に応じたスキルアップを図られることを期待する。
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	各自職務に対し責任を持って取り組んでいる。夜勤業務できない職員がいる為、他の職員に負担増になっている。代表者にも訴え、職員の確保をお願いしている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、代表者自身や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	年1回以上は全職員が何かしらの研修参加し勉強の機会をつくっている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、代表者自身や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り組みをしている	研修会で他の施設と情報交換をして、良い事は取り入れるようにしている。		
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 サービスを導入する段階で、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	今年度新規入居者はいないが、入所前に十分な聞き取りをおこなっている、ご家族と面会時に要望等聞き、安心して生活できるように努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、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	同上		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、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 ※小規模多機能型居宅介護限定項目とする			
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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	本人の出来る事を見つけ、お手伝いをお願いしている。自分は役に立っていると生き甲斐を感じられるように対応している。		
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おかず、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	本人の体調変化時はその都度、電話報告して情報を共有している。毎月の通信でホームでの様子が伝わる様にしている。		
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	地元のボランティアが見えた時は、昔話で話しが弾んでいる。特養に近所の友人がいる入居者には面会できるように対応している。	併設の特養とは、年間行事を一緒に行うことにより、多くの方との交流が深まることを考えて、地域の方や友人、馴染みの方との関係が途切れることのないよう支援に努めている。	
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	入居者同士のトラブルや、孤立している入居者はいない。一緒に座ろうと声を掛けあったりしている。		
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	サービスが終了しても本人・家族の経過をフォローし居宅ケアマネージャに相談するなど努めた。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	本人の希望に添えるように努めている。	職員会議で利用者の希望や意向を把握し、希望に添える工夫や取り組みをしている。	
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、生きがい、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	本人の生活歴を把握し、サービス提供に		
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	1日過ごし方、出来る事を把握している。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画 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	事前に本人、家族に意向を確認、会議でケア方針を決めている。	職員会議で利用者や家族の意向等を把握し、3か月毎に行われるモニタリングで介護計画の見直しを行っている。	
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	毎日のケース記録等で職員が情報共有して、ケアの見直しに務めている。		
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 ※小規模多機能型居宅介護限定項目とする			

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	地域ボランティアを受け入れ交流の時間をつくっている。		
30	(11)	○かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ受診は、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、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局等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	診療所が隣接しており、毎月定期受診している。家族の希望する病院受診や専門科が必要な入居者は北秋田市民病院受診対応している。	健康診断や歯科医は、かかりつけ医の阿仁診療所の協力を得ている。また、薬剤師による服薬支援など連携体制も取られている。	
31		○看護職との協働 介護職は、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	看護師がいない為、体調不良時は受診対応している。判断に迷うような時は併設の看護師に相談する事もある。		
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、又、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。あるいは、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。	看護師がいない為、体調不良時は受診対応している。判断に迷うような時は併設の看護師に相談する事もある。		
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	事前に重要事項説明でも確認して、関係職と方針を共有している。	看取りのマニュアルにより、阿仁診療所と連携体制を得ている。また、利用者家族と職員が共有し支援に取り組んでいる。	
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実践訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	救命救急の研修を定期におこなっていたので身につけている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	毎月避難訓練実施している。年1回は地域の参加ある。	消防計画により、毎月避難訓練を実施している。また、年1回は併設している特養と地域住民や消防署の協力を得て避難訓練を行っている。	
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	一人ひとり尊重しプライバシーに気をつけているが、時折配慮に掛ける事がある。	利用者の身だしなみは清潔に保たれ、笑顔や優しい言葉かけに配慮している。また、個人ファイルは事務所内に保管し職員で共有している。	
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	日常生活で選択し自己決定できるような声掛けをしている。		
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	本人のペースを大切にし、入居者自身が居心地良い場所で過ごしている。		
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	出掛ける際は自分で洋服を選んでお洒落している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	旬の物を摂りいれたり、下ごしらえの手伝いをして貰っている。	献立は利用者の嗜好を取り入れ、年間の行事食もいろいろ工夫し、食事を楽しむ支援をしている。また、利用者が食事の下ごしらえや後付けの手伝いをしている。	
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状況を把握し、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	各自1日の食事量、水分量をチェックし把握している。毎月体重測定を実施		
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	毎食後、義歯洗浄とお茶で嗽をしている。週2回は義歯消毒をしている。		
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むけた支援を行っている	オムツ使用者なく、訴え時や時間でトイレ誘導され、各自排泄記録されている。夜間はポータブルトイレ使用もされている。	排尿排便記録一覧表により、排泄パターンを把握し自立にむけた支援をしている。夜間は体調不良の場合、ポータブルトイレ使用もされている。	
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	毎朝牛乳や乳製品の提供、水分を多めに飲んで貰う工夫をしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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や健康状態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、個々にそった支援をしている	週2回の入浴実施で、曜日等決められているが、状況(便失禁)や希望時など対応している。	入浴は、週2回行われ入浴剤やゆず湯等で楽しい入浴ができるように配慮している。また、入浴を拒む方には時間をずらして対応している。	
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	昼寝を勧めたり、誘導したりし休んで貰う様にしている。		
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に努めており、医療関係者の活用や服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	一人ずつ服薬(お薬写真)表があり、職員が理解している。		
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	出来る事は手伝いたいと、自分の役割を生き甲斐に感じている。一緒にレクリエーション等で気分転換をして楽しんでいる。		
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。又、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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	毎月行事計画で外出の機会をつくっているが、車酔いや疲れると遠出が出来なくなっている。	高齢者で介護度が高い利用者が多いため、車酔いや疲れると遠出が難しくなっていると、近所のレストランやドライブの外出を行っている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	家族の依頼でホームで管理している、何時でも使える様に支援している。		
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	本人希望時は電話を掛けたり、家族からの電話に出て貰っている。		
52	(19)	○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、臭い、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	ホーム内季節毎の飾り付けをして、季節を感じる様に工夫している。	ホールは明るく温度調節をして、利用者が快適に過ごせるように配慮されている。トイレ、浴室は清潔に保たれ、また、季節毎の飾り付けや植物がおかれ、居心地よく過ごせる工夫がされている。	
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	自分の落ち着く場所があり、各自その場所にいる。		
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	居室への持ち込みは危険な物以外は自由で、本人の居心地良く過ごせるように工夫している。	居室は明るく利用者の使い慣れた物品等が置かれ、家庭的な雰囲気居心地良く過ごせるよう工夫している。	
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」「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	入居者が居心地良く生活できるように支援している。		