

1 自己評価及び外部評価結果

(ユニット名 **なごみ**)

事業所番号	0671400281		
法人名	医療法人社団 緑愛会		
事業所名	グループホーム 香紅の里		
所在地	山形県村山市榎岡俵町20-19		
自己評価作成日	平成30年 10月 3日	開設年月日	平成18年 4月 1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)】

※1ユニット目に記載

※事業所の基本情報は、公表センターページで検索し、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://www.kaigokensaku.jp/06/index.php
----------	---

【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)】

※1ユニット目に記載

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	協同組合オール・イン・ワン		
所在地	山形市検町四丁目3番10号		
訪問調査日	平成 30年 10月 29日	評価結果決定日	平成30年 11月 7日

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	
55	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)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない	62	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)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
56	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:18,37)	○	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	63	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)	○	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
57	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:37)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	64	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拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	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
58	利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている (参考項目:35,36)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	職員は、活き活きと働けている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
59	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:48)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	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2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	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:29,30)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	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2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
51	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2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない				

山形県地域密着型サービス「1 自己評価及び外部評価(結果)」

※複数ユニットがある場合、外部評価結果は1ユニット目の評価結果票にのみ記載します

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、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	ユニット玄関や職員が目を通す場所に事業所理念を掲示することで、毎日職員が理念を確認し、覚え理解できています。来客者も目を通せる環境になっています。		
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	地域の美化活動や清掃活動に参加したり、自主防災訓練等にも参加する事で、地域の一員として地域の方との関りを多く設けています。		
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	村山市より助成を受け二ヶ月に1回認知症カフェを開催しています。認知症講座、相談会を実施し地域の方にも認知症や介護の理解をして頂く機会を作り、地域貢献に取り組んでいます。		
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	年6回開催し、行政、ご家族、地域の代表者に参加して頂いています。施設の利用状況、事故の報告を行い意見や情報交換を行っています。今年度から運営推進会議を身体拘束廃止委員会として、拘束についての評価も実施しています。		
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	定期的に関係各所を訪問し情報交換を行っています。市の介護保険事業所会議等にも参加しており、タイムリーな情報を得る事が出来ています。		
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、環境や利用者の状態を考慮しながら、玄関に鍵をかけない工夫や、身体拘束をしないで過ごせるような工夫に取り組んでいる	年1回全職員対象に身体拘束についての勉強会を実施し、どんな事が拘束なのか、拘束に繋がるのかを勉強しています。今年度からは身体拘束廃止委員会を発足し第三者から、ケアの適正を評価していただいています。		

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
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	年1回全職員対象に勉強会を実施しています。高齢者虐待の定義、現状はもちろんの事、介護職側の心理状態についても勉強し虐待防止に努めています。		
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	年1回全職員対象に勉強会を実施しています。利用者に必要と判断した場合は、居宅介護支援事業所の介護支援専門員と連携を取る体制が整っています。		
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	契約は管理者が行い、運営規定、重要事項説明書、契約書、重度化に対する指針について詳しく、理解して頂けるまで説明をさせて頂いています。入居後も質問等があればその都度説明をしています。		
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	年1回お客様アンケートを実施して意見、要望等を把握しています。また、結果についての対策を職員全員で考え、改善に取り込むことで、顧客満足度向上に努めています。		
11		○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	毎月全体会議、部署会議、ユニット会議を開催し、職員が運営の部分把握できる場を設けています。また、定期的に個人面談を実施し、意見を話せる機会を作っています。		
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	毎年全職員が法人目標とリンクした個人目標を立て、目標管理シートを作成し、目標達成に向けて取り組んでいます。定期的に進捗を確認しています。		
13	(7)	○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	新人教育にはプリセプター制度を導入し、全ての業務が出来るようになるまで、教育、フォローを実施しています。またスキルアップのため研修計画書を作成し職員個々に合った研修に参加出来るようになっています。		

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
14	(8)	○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	法人内での交換研修や勉強会に参加する事で、自施設以外の介護職員と交流を図っています。また、外部研修にも参加し交流、情報交換を行っています。		
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	ご本人、ご家族から家での生活や昔の出来事をできるだけ多く聞き出し、ご本人の事を知り理解し、困っている事や、不安に思っていることを把握する事でホームの生活に慣れて頂けるよう支援しています。		
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	申し込みの段階で心配に思っていることや、不安を聴き、ご家族が安心できるよう説明させて頂いています。入居後も何かあれば、その都度ご家族様の相談に応じています。		
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	入居前からしっかりとアセスメントし、ニーズを正確に把握するように努め、当施設で出来る支援がその方に合っているかを見極めています。		
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	お客様の尊厳を守り、共同生活である事を忘れず、お客様同士が助け合い楽しく生活できるようサポートしています。		
19		○本人を共に支え合う家族との関係 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	ご家族の面会時は状態を詳しく伝え、情報を共有しています。また、ご家族との交流が絶えぬよう安全に安心して外出、外泊するお手伝いをしています。		
20		○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	自宅周辺や買い物、ドライブなどで住み慣れた地域へ出掛ける機会を増やし、入居前と変わらない生活が送れるよう支援しています。		

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	
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	これまでの生活、性格等を考慮しながらお客様同士が交流をもてるようレクリエーションなどにお誘いしています。一緒に家事を行ったり、お茶を飲んだりする場を設けています。			
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	ご家族から必要とされることがあれば可能な限り支援させていただきます。不可能な場合は関係機関を紹介させていただきます。			
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	お客様との会話や関りの中で希望や要望を把握し、職員間で共有しています。ご家族からの情報収集も継続しています。			
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	センター方式を活用し、ご本人やご家族から生活歴をお聞きして把握に努めています。			
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	センター方式を活用し、一日の過ごし方や出来る事、出来ない事の把握を行っています。医療連携体制では看護師、生活機能向上連携では理学療法士による現状把握を実施しています。			
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 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	研修修了者が計画作成担当になり介護士、看護師、理学療法士と連携を図り、一人ひとりに合ったケアプランを作成しています。毎月モニタリングで評価し、必要に応じて迅速にプランの変更を行っています。			
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	年に一度記録についての勉強会を実施し、専門用語を使用せず5W1Hを基本に分かりやすい記録になるよう心がけています。小さい事でも職員が共有できるように会議記録だけでなくノートや相談記録等も併用しています。			

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
28		○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	地元のボランティアを受入れ、交流を図り地域に根ざした施設作りを行なっています。地域の見守りたいにも登録し役割を持つことで生きがいを持って生活できる支援を行っています。		
29	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、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	定期的に協力医の方へ職員が受診対応しています。外出が困難になってきた方は往診をお願いしています。以前からのかかりつけ医を希望される方は変更することなく家族対応か往診対応を行っています。		
30		○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	医療連携体制を取っており、訪問看護から看護師が週1回訪問、24時間電話対応でお客様の体調管理を行っています。		
31		○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、入院治療が必要な可能性が生じた場合は、協力医療機関を含めた病院関係者との関係づくりを行っている。	入院時は職員が同行し必要な情報を医師、看護師に伝えるようにしています。入院中も病院を訪問し退院に向けての情報収集に努めています。		
32	(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、医療関係者等と共にチームで支援に取り組んでいる	出来る限りご本人、ご家族の希望に添った対応ができるよう体制を整えています。重度化により施設での生活が困難になった場合は、随時家族、主治医と話し合いを行い方向性について検討しています。		
33		○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	年二回、消防署に講師を依頼し心肺蘇生法の講習会を実施しています。緊急時対応のマニュアルを整備して緊急時に備えています。		

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
34	(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	防火管理者を置き、年二回総合避難訓練を実施しています。GHでは夜間想定の部分訓練を実施し、全体ではハザードマップを活用した防災を地域の方参加で開催しています。		
Ⅳ. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
35	(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	年1回全職員対象で権利擁護と接遇についての勉強会を実施し個人情報やプライバシーについて学んでいます。お客様一人ひとりに合わせた声かけ、ケアを行っています。		
36		○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現したり、自己決定できるように働きかけている	基本的にお客様に選んでいただくケアを心がけています。ご自分で判断できない方は、その方にとって一番良い選択を職員がさせていただいています。		
37		○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	お客様一人ひとりのペースに合った支援を行っています。日々の状態変化や希望を汲み取り支援しています。		
38		○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	個々の好みに合った身だしなみを支援しています。女性の方は、職員と洋服を買いに出掛けたり、馴染みの美容室に行く企画を計画、実施しています。		
39	(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	季節の食材、食べたい物を管理栄養士の管理の下、高齢者にあった物を提供しています。また、嗜好調査を実施し献立に反映させています。食事の準備や、片付けも職員と一緒に実施しています。		
40		○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	管理栄養士が献立を作成し栄養管理を行っています。医療連携看護師、言語聴覚士からの指示を受け個々にあった食事形態で提供しています。		

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
41		○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	毎食後介護士が口腔ケアのお手伝いをしています。就寝前に義歯をお預りし洗浄管理しています。希望者には歯科医、歯科衛生士による口腔ケアの連携も取っています。		
42	(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	一人ひとりの排泄パターンを把握し時間を見ながら声がけトイレ誘導を行っています。夜間トイレに起きるのが難しい方はオムツを使用していますが、日中は外しトイレに誘導しています。		
43		○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	医師、医療連携看護師と連携を取り水分摂取を促しています。毎日体操を実施し、運動する事で自力排便できるよう支援しています。		
44	(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、事業所の都合だけ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	体調をみながら一人ひとりの希望に添えるよう入浴にお誘いしています。介助が必要な方には2人で介助を行い安全に入浴していただいています。		
45		○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	これまでの生活習慣を確認し、自宅と同じリズムで入床の支援をしています。また日中の活動量を考え、体に負担が無いようにその時々に合わせて日中の休憩を取っていただいています。		
46		○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	服薬介助マニュアルに添って支援させてもらっています。通院記録簿で薬の種類、数、変更を全職員が確認し内容を把握しています。薬の事故をなくす為、定期的にマニュアルの読みあわせを行っています。		
47		○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以前からの習慣や趣味など、日々の生活に取り入れ、得意な事は先頭に立って実施していただいています。		

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
48	(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	定期的に希望を聞きながら、個別、少人数、団体での外出企画を計画し実行しています。少しの時間でも散歩や買い物に出掛けられるよう工夫しています。ケアプランに立案し実施しています。		
49		○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	基本的に現金は事務所金庫で保管、管理しています。希望や、必要時は職員と一緒に出掛けご自分で支払いができるよう支援しています。		
50		○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	電話の希望がある方は、ご家族と相談しご家族の負担にならない時間に電話できるよう支援しています。また、年賀状やはがきを準備し手紙を書く行事の企画なども実施しています。		
51	(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、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	季節を感じていただけるような掲示物に心がけています。快適に過ごしていただけるよう室内の温度管理もお客様に合わせ徹底しています。		
52		○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	強要はせず、その日の気分に合わせて居室、又は、リビングでゆっくりと過ごして頂いています。気の合う方同士で過ごせるよう椅子を準備するなど工夫をしています。		

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
53	(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	自宅で使い慣れた家具などを危険が無い範囲で持参していただいています。自宅にある小物や写真なども準備していただき心地よい空間を提供しています。		
54		○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	できる事はご自分でやっていただくよう自立支援を心がけています。安全確保のため、必要時はプランにも立案し見守り、付き添いも行っています。		