

### 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	0770402592		
法人名	有限会社 矢吹薬局		
事業所名	グループホーム羽音 ユニット羽		
所在地	福島県いわき市常磐水野谷町千代鶴176-1		
自己評価作成日	平成28年5月29日	評価結果市町村受理日	平成28年8月25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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/07/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/07/index.php</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	NPO法人福島県シルバーサービス振興会		
所在地	〒960-8253 福島県福島市泉字堀ノ内15番地の3		
訪問調査日	平成28年7月7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)】**

<ul style="list-style-type: none"> <li>・「常に笑顔で接する」「ダメと言わない介護を目指す」を現場スローガンとし実践している。</li> <li>・日曜日以外は毎日入浴可能。</li> <li>・日曜日を清掃重点日とし、環境整備に努めている。</li> <li>・家族参加のイベントを行っている。</li> <li>・毎月ホーム便りを家族に送り、利用者の近況を伝えている。</li> </ul>
--

**【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)】**

--

**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 ↓該当する項目に○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)	○	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	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)	○	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
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)	○	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	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)	○	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
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)	○	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	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
59	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:36,37)	○	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	66	職員は、生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
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)	○	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
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)	○	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	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
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 (参考項目:28)	○	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				

# 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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふ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	「出会い・触れ合い・関わり合い」の3つの「あい」を理念とし、全ての方々との交流を大切にしている。ミーティングで理念の再確認をしている。		
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	町内会に属し、地域の清掃に参加したり、班長も務める。運営推進会議の議事録やイベントのお知らせ等も回覧板に載せ、ホームへの理解を深めてもらう努力をしている。地元のボランティアも定期的に来てくれている。		
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	レベル低下により入居者が地域と接点を持つ事が難しい。地元ボランティアとの交流程度である。地域包括支援センターの要請で認知症についての出前講座をした事がある。		
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、事業所の取組内容や具体的な改善課題がある場合にはその課題について話し合い、会議メンバーから率直な意見をもらい、それをサービス向上に活かしている	定期的に関き、メンバーさんにも自由に発言してもらっている。議事録は全家族に送付し、スタッフにも申し送っている。		
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に取り組んでいる	運営推進会議に地域包括支援センター職員に参加してもらい情報交換している。わからない事は長寿介護課や関係部署に問い合わせ、助言をもらっている。		
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	身体拘束のみならず、言葉の拘束にも気を付け「ダメと言わない介護」を目指している。月1回のミーティングにて勉強会のテーマに上げ、話し合っている。自分達の介護に拘束はないかを、スタッフ間で話し合う環境を作っている。「拘束・虐待」に関する研修には必ず参加し、報告会を行う。		

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	スタッフ間で観察を行い、入浴時には身体チェックしている。社内研修や外部研修で学ぶ機会を作り、実践している。		
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	月1回のミーティングにて勉強会のテーマに上げて話し合う。制度の利用には至っていない。		
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	入居前に充分説明した上で契約している。介護保険改定の際も報告・説明し、必要に応じて同意書をいただく。		
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	面会時に直接。苦情箱の設置。運営推進会議の議事録を全家族に送付。家族参加のイベント後、懇親会を開いて自由に発言してもらう。		
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	月1回のミーティングで自由に発言。スタッフの総意で決めている。		
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	給与面の改善。ミーティングにて、スタッフ同士が互いのフォロー体制や負担軽減について話し合っている。		
13		○職員を育てる取り組み 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	現場の状況をほぼ把握している。スタッフ側からの研修希望は全て認めている。運営面は、ほぼ現場に一任されている。		

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
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作り、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	外部研修に参加し、情報交換・交流している。グループホーム協議会の会員として各地区の研修会に参加している。		
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	希望に沿った支援を心掛け、状況変化に応じて話し合い、対応を見直す。積極的に話しかけたり、利用者の声に耳を傾けていく中で、少しずつ関係が築けるように努めている。職員全体で情報共有している。		
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	ホームとしての考え方も伝え、家族からの意見や希望も話してもらっている。入居相談の時点から、家族の話にしっかり耳を傾け、入居契約の際にも詳しく話してもらっている。		
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	入居後2～3ヶ月は家族に様子をこまめに伝えている。家族にも面会の回数を多めにしよう。		
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	命令や指示にならないよう言葉遣いに気を付けている。その日の体調に合わせて対応し、親しみや安心を持ってもらえるよう関わり合っている。また、毎日同じサービスを行うだけの機械的な介護は行わないようにしている。		
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	面会時間に制限はない。月1回、ホーム便りを送り、常の様子を伝える。面会時に家族に必要な事を報告したり、希望を聞くようにしている。		
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	家族同様、友人なども自由に面会できる。イベントに家族も参加してもらっている。		

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
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	毎日のレクリエーションや様々なイベントで入居者が集まり交流する。スタッフからの働きかけを多くする。入居者間のトラブルにはスタッフが介入し、良い関係が保てるよう努めている。誕生日会を開いている。		
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	死亡時には通夜・葬儀に列席。退居後も運営推進会議のメンバーに残ってもらっている。		
<b>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</b>					
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	入居前の生活データや家族からの情報を見る様、まとめている。スタッフ間で話し合い、共有する。90歳以上の方も多く意向を聞き出せない場合も多いが、本人の話に耳を傾け楽しく過ごせるように努めている。また、本人の訴えや家族からの情報をスタッフ同士で共有している。		
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	入居時提出の生活歴や情報をスタッフ間で共有している。		
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	1日2回のバイタルチェック。変化を申し送り、処遇統一している。生活ペースや心身の状態など「いつもと違う」と云う気付きを大切にしている。個人ファイルにその日における気付きを記録し、スタッフ間での口頭による申し送りも密に行っている。		
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	月1回の合同ミーティングで話し合って対応を決めている。家族面会時に話したり、急ぎの時はTELLしている。		
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	申し送りノートと支援経過記録で共有している。		

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
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	本人と家族の要望とスタッフ間の話し合いによって対応している。家族の要望やスタッフ間の話し合いで現状に合ったケアを実践しているが、ニーズを引き出すのが難しい。		
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	語り部ボランティアや、地域のボランティアを受け入れ入居者の生活に変化をつけている。		
30	(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	2名の主治医による月2回の往診体制を作り、体調の変化においてはすぐに報告し指示を受けている。往診メモを作り、往診時に主治医に確認している。		
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	医療連携による訪問看護時に日常の細かい事も報告・相談し、看護師の判断で主治医に連絡もする。		
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。	往診の主治医が必要を感じた時は自ら手配、紹介をしてくれる。入院中は度々面会に行き、担当スタッフと情報交換している。退院後のケア等も相談している。		
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	家族、ホーム、主治医での話し合いにより、家族の希望に添っている。看取りについてホーム側の方針をきっちり説明し、家族の納得と希望を受ける。インフォームドコンセントで入居者の状態を説明し同意を頂いている。		
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	往診の主治医に、いつでも連絡が取れる体制。AEDを設置し、心肺蘇生の研修を行っている。月1回のミーティングの勉強会でダミー人形を使って実践的に行っている。		

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
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	火災避難訓練は年2回、消防署立ち合いで行っている。また、月1回、災害対策の係が中心になって各災害に応じた勉強会をしている。		
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	各々の個性に合わせた声掛けや入室時のノックと声かけを励行している。一方的な声かけになったり、プライバシーを損ねるような声かけはしないよう心掛けている。		
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	声をかけて本人の想いを引き出す努力をしている。表情や仕草など、小さな事でも気付くように努めている。意思表示ができる方には、自己決定できるように促すが、そうでない方はこちらで考えて決めてしまう事が多い。		
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	各々のペースに合わせ、時間をずらせて食事をしたりもする。入浴も本人次第で。一人一人のペースを重視している。無理強いせず時間をかけて本人の意見を聞くようにしている。		
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	起床時に服を選んでもらっている。四季に応じて、その方に似合った服装ができるよう心掛けている。髭剃りや爪切りもこまめに行っている。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事に関連した作業を利用者とともに職員が行い、一緒に食事を味わいながら利用者にとって食事が楽しいものになるような支援を行っている	入居者のレベル低下により調理参加は難しいので食器やお盆拭き程度。入居者の嗜好調査を元にイベント毎のメニューを工夫したり、本人の嫌いな物は代りの物を提供する。食べ物の話をしたりしながら一緒に食べる。		
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、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	1日トータルの水分量を時間毎に分けて摂取。体調により栄養補助食品も利用。食事形態も各々のレベルに合わせている。自分で食べられるよう食器を変えたりする。緑黄色野菜を中心にバランスの取れた食事作りをしている。		

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
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	毎食後の口腔ケア実施。歯磨きできない方は、ガーゼやスポンジブラシで口腔内の拭き取り。		
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むけた支援を行っている	排泄チェック表を活用し、各々のパターンに合わせて誘導している。立位可能な方は全員トイレへ誘導している。安易におむつ着用にはせず、自立した排泄を保てるよう支援している。		
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	毎日のレクリエーションは体操をメインにしている。個々の歩行リハビリの実施、こまめな水分摂取、ヨーグルトや牛乳など乳製品を積極的に摂ってもらっている。下剤の調整は主治医に相談している。		
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、個々にそった支援をしている	日曜日以外は、いつでも入浴可。本人の希望と体調に合わせて入浴回数を考慮している。		
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	個々の体調に合わせて臥床タイムを作っている。		
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	処方内容が確認できるよう支援経過にファイルを入れる。誤薬のないよう3重チェックしている。		
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	AMのレクリエーションやPMの触れ合いタイムを活用している。個々に中庭に出て、気分転換をする。本人の好みを生活歴から把握し、働きかける。好きな事、喜ぶ事があれば積極的に取り入れるようにしている。		



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
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	スタッフ同行は難しいので家族に協力してもらっている。温泉に行ったり、外食に行ったりされている。レベルの低下により、行事や通院など以外の外出は難しい状況にある。		
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	自分で所持されているのは2~3人のみ。身の回り品は家族同意の預り金で購入し、買い物などは家族と外出された時。		
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	家族宛の年賀状を書いてもらう。		
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、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	季節毎の壁飾り、イベント時の写真を掲示する。温度湿度のチェック。日曜日は掃除重点日として、エアコンフィルターなども掃除する。		
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	ホールで過ごされる事が多く、思い思いの場所でテレビを見たり新聞を読んだり、話したりされている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室、或いは泊まりの部屋は、プライバシーを大切にし本人や家族と相談しながら、居心地よく、安心して過ごせる環境整備の配慮がされている(グループホームの場合)利用者一人ひとりの居室について、馴染みの物を活かしてその人らしく暮らせる部屋となるよう配慮されている	家族持ち込みの家具や馴染みの品がある。写真や手紙なども壁に飾っている。本人が動きやすいよう室内のベッドの配置なども考慮している。		
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	全館バリアフリーで手すりを多用。自室がわかるようスタッフとのペア写真と表札を飾っている。動きを制限せず、見守ったり付き添ったりする。		