

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	1890100355		
法人名	医療法人 厚生会		
事業所名	グループホーム匠 (九頭龍ユニット)		
所在地	福井県福井市灯明寺4丁目1706番地		
自己評価作成日	平成26年 8月 20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://www.kaigokensaku.jp/18/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 福井県社会福祉協議会		
所在地	福井県福井市光陽2丁目3番22号		
訪問調査日	平成26年9月16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)】

事業所の理念に近づく為、利用者様が自分らしい生活を過ごせるよう個別性を尊重した生活の支援をさせて頂いている。
季節感を大事にし、行事や飾り、食事、外出に至るまで季節の物を楽しんで頂けるようにし、日々の充実に繋がるよう努めている。

【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)】

当事業所は、えちぜん鉄道沿線、あわら街道沿いの商業施設や神社の点在する中に位置し、発展した住宅地の中にある。近隣の保育園の散歩コースでもあり、利用者も散歩時には挨拶を交わしたり、地域でのイベントに参加したりして交流しながら生活している。居住空間は平屋建ての2ユニットで、それぞれ大きな窓からの採光も明るく、居心地良く開放感にあふれている。共用空間には、利用者の日々の活動作品や趣味の制作物が飾られ、生き活きと生活されている様子が伺えた。また、日頃から利用者が屋内に閉じこもらないよう季節に応じてドライブをしたり、利用者の希望を汲み取り日常的な外出を支援したりしている。今後も地域の一員として、また、認知症介護の専門家としての役割を担うと共に、地域と共に発展する事が期待される事業所である。

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)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 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ます (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)	○ 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と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
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	事業所理念を守り、その理念を職員一同把握し、自分らしい人生を歩めるようお手伝いをしている。	開設時に事業所独自の理念を作成し、事務所に掲示して利用者や家族に説明するとともに、定期的に職員が振り返る機会を持ち、利用者が地域の中でよりよく暮らせるよう日々の生活を支えている。	
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	日常的に近所の散歩をしたりして挨拶は欠かさない。町内の避難訓練や祭り等の行事に参加している。地域交流会の開催を予定している。	ボランティアを受け入れるとともに、地区の文化祭や体育祭などへ積極的に参加して事業所の理解が得られるよう働きかけている。地域交流会では利用者の作品展を企画し、運営推進会議やポスティングで地域住民の参加を募り交流を図る予定である。	
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	地域の祭りで子供御輿の立ち寄り所としてもらい集まりの場を作ってもらった。事業所の認知度も少し高まっている。		
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ヶ月に1度利用者様の状況、行事報告を行っている。開催する行事などへの意見や情報交換を行っている。	利用者・家族・自治会長・地域包括支援センター職員で構成され、2ヶ月に1回平日に開催している。防災訓練や家族会に併せての開催するなど、参加しやすいよう配慮しているがなかなか参加が得られない状況である。	構成員が参加しやすい時間や曜日等を検討するとともに、多方面の関係者の参加を呼びかけて、事業所の取組みの理解や協力を得ながら、サービスの質の向上に繋げることが望まれる。
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	集団指導の内容を踏まえ、疑問な点や相談は電話での連絡をとっている。	入退所や事業所運営に関して市担当課や地域包括支援センターと連携を図っている。また、地域で対応の困難な方を緊急時に受け入れるなど事業所として協力し、良好な関係を築いている。	
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	方針を作成し原則として行わない事を理解している。やむおえない時は家族への了解と同意の元で行う事になっている。	不審者が侵入しないように施錠しているが、中から外へは出ることができる。利用者の状態に応じて対応する事で、施錠のない生活になるよう支援している。	
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	事業所内や事業所外での勉強会に参加し職員間でも防止を徹底している。		

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
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	職員研修にて制度の理解、知識を得ている。現在、権利擁護を利用している入所者様はいない。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	家族の都合のよい日程に合わせて十分な説明と納得をしてもらい同意を得ている。		
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	個別に要望や意見を聞き個別のケアをしている。	家族へは毎月「個人の活動状況報告」を、2ヶ月毎に「たくみだより」で情報を提供し、年1度の家族会開催時や、日常の来訪時に要望や意見を聞き、可能な限り運営に活かしている。また、利用者の意向は日々の関わりの中で把握しケアに活かしている。	
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	毎月、両ユニット会議や毎日の情報交換で意見を聞く機会を設けている。検討し反映させている。	職員が日頃から意見を言いやすい環境を作り、提案を就業体制などに反映している。また、定期的に個別面談を行い意見や提案を把握し可能であれば運営に活かしている。	
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	年2回の自己評価、管理者評価を行い、それとともに個人面談し個人の意向を確認している。		
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	研修の年間計画を立て職員が参加できるようしている。また、事業所内で勉強会を毎月、開催している。		
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	グループホーム連絡協議会に参加し意見交換を実施している。		

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
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	サービス内容については本人、家族の同意を得ている。サービス開始後もアセスメントを行い意見や要望を取り入れている。		
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	家族とサービス開始前に希望、要望等を話し合う場を設けている。その後も良い家族関係が出来るよう努めている。		
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	サービスに関しては同意を得ながら対応している。受診介助や生活に関することも対応している。		
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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	食事面や生活全般を一緒に行っている。(調理、畑の収穫、掃除等)		
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	行事に家族を招待し一緒に調理などを手伝ってもらい食事している。受診介助や生活支援の協力をお願いしている。		
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	馴染みの美容院利用や友人、知人との外食が出来るよう支援を行っている。また、気楽に尋ねて来られるように声をかけている。	居室へ電話の持ち込みが可能である。また、事務所の電話利用支援、年賀状の返信支援など、利用者が友人や知人との交流が継続出来るように支援している。	
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	個別の能力や希望に応じて共同の作業か個別の作業かを行っている。日々の掃除や調理は分担して協力している。		

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
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	退所後も相談があれば支援に努めている。		
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	個人の生活歴を把握し思いを聞きながら居心地よい生活をしてもらっている。意思疎通が困難な方には家族からの意向や情報を収集している。	日頃の関わりの中で把握するよう努めている。会話が困難な利用者には家族から情報を収集したり、表情や行動から汲み取るよう努め介護記録に残している。把握した意向は出来る限り支援に活かしている。	
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	家族や前任のケアマネージャー、ソーシャルワーカーから情報を得て今までと大きく環境が変わることのないよう心掛けている。		
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	個別に観察し記録し職員間で情報漏れがないようにしている。記録用紙を活用し、把握に努めている。		
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	毎月のモニタリング、3ヶ月ごとの評価を職員間でも実践している。家族の面会時にも意向の確認、了承を得て介護計画を作成している。	職員は1～2名の担当を持ち、生活歴や能力、本人の希望などを把握している。介護記録を参考に計画案を作成する他、定期的および必要に応じてモニタリングし随時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	毎日のミーティングで個別の記録を見ながらケアの見直しを行っている。		
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	本人や家族の意向をくみ取りながら柔軟な対応に取り組んでいる。		

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
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	地域の方たちと協力し安心した生活や向上に心がけている。		
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、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	受診はかかりつけ医や家族が希望するところで基本家族介助で受診している。その際には日頃の様子や状態を書面にして主治医に提出し情報共有に努めている。	本人や家族が望むかかりつけ医の継続受診を支援している。基本的に家族が受診同行しているが、困難な場合は職員が同行することもある。希望があれば他の医療機関の訪問診療を受けることができ、緊急時は適切な医療機関で受診している。	
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	状態変化や身体観察で気付いた事、異常時には報告し指示を得ている。看護師は24時間連絡体制がとれるようになっている。		
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、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。	カンファレンスに出席し状態の情報交換を行っている。本人、家族の意向も聞き入れながら早期に退院が出来るよう努めている。		
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	重度化した場合は早めに家族と話し合いの場を設け事業所として出来ない事、出来る事を説明している。	重度化し医療行為が必要となり事業所での生活が困難になった場合は、適切な施設へ移行することを家族に説明している。終末期、医師の協力が得られ医療行為が常態として発生しない場合は事業所での対応が可能となるが、管理者と職員との意思の統一までには至っていない。	終末期の有り方について、利用者や家族の意向に応えられるように、職員は看取りについての研修に参加するとともに、事業所内で意思を統一して明文化し、対応力を強化することが求められる。
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	マニュアルを作成し事業所内、院内での勉強会に参加している。また、緊急時の対応を実践している。		
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	消防署の協力のもと、夜間想定も含めた避難訓練を実施し、対応マニュアルを作成している。また、地区の非難訓練にも入居者の方と参加している。	年2回避難訓練を実施しており、そのうち1回は夜間を想定して実施しているが、地域住民の参加は得られていない。また、2～3日分の水と食糧備蓄がある。	緊急連絡網の見直しを行うとともに、地域住民の協力を得ながら、より現実的な訓練となるよう運営推進会議を通じて具体的に検討することが望まれる。

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
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	個人情報に関するマニュアルを作成し個人の尊厳に配慮した言葉遣い、声かけを行っている。プライバシーを損ねる行動が見られた場合には職員同士で注意しあっている。	新人研修を行い、利用者に対し家庭的な中にも適切な対応を心がけている。問題となるような発言や対応については、ミーティングや勉強会で注意している。	
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	本人に分かるように説明や同意を得ている。話しやすいように、日頃からのコミュニケーションを大事にしている。		
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	外出や食事など一人一人の希望、要望を聞いている。要望に近づけるようにしている。		
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	理髪師が施設に来所したり、希望に応じて美容院や散髪へ同行している		
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	畑で収穫した野菜を調理するなど旬の食材と一緒に調理している。職員と一緒に食事もとっている。後片付けも無理のないよう配慮し一緒に行っている。	嗜好調査に基づき献立を立て、利用者と食材の買い出しに出かけている。また、菜園で収穫した物や、家族や近隣住民から頂いた季節の野菜などを一緒に調理し、食事は職員も利用者と同じテーブルで会話をしながら食事が楽しくなるように支援している。	
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、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	好みや摂取量を把握し献立に反映させ、摂取量、水分量は記録に残し変化の確認をしている。		
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	毎食後の口腔ケアと義歯の方には夜間、洗浄液につけてもらっている。		

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
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	排泄チェック表で排泄のパターンを把握し周囲への配慮をしながら誘導している。入所者の方に応じて使用方法を変えるなど検討もしている。	排泄チェック表を参考にしながら1人ひとりの排泄状況を把握し、尊厳に配慮しながら声かけや誘導をしている。また、適切な関わりでオムツ外しにも取り組んでいる。	
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	便秘による症状を把握し個別に対応している。食事メニューや水分補給にも注意している。		
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、個々にそった支援をしている	入浴は週2、3回で予定をくんでいるが、本人の希望や体調に合わせて対応している。入浴の拒みが強い方への対応は無理強いせず時間をずらすなどその時で対応している。	ユニットごとに浴室があり、個浴でゆったりと入浴できる。入浴を拒否する利用者には言葉かけや曜日や時間をずらすなど対応を工夫して入浴に繋げている。利用者の状態の変化に応じてリフトを設置するなど体制を整えている。	
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	今までの個人の習慣を変えず休息してもらっている。安眠対策として空調、灯り、雑音に配慮している。		
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しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	薬剤情報はカルテにつづり、目的、用法などは理解している。処方の変更があった場合は情報共有し伝達している。		
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	個人の生活歴を把握した上で役割、楽しみを見極め支援をしている。		
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。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	日頃から希望に応じ気晴らしも兼ね近所の散歩や買い物、ドライブに出かけている。会話の中で探り外出先を決めて行けるようにしている。	季節毎の外出や、日頃の会話や介護記録などを参考に、外食やドライブ、散歩、食材の買い出しなど日常的な外出を企画するとともに、菜園での作業など季節に応じて屋外での活動を支援している。	

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
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	お金を自分で持っている事は安心感にもつながるので管理できる方は持っていたいでいる。買い物したい方は施設で管理し欲しいものを買う支援をしている。		
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	居室に電話を引いたり、希望時に電話機の貸し出しも行っている。手紙や年賀状のやり取りも加えて行えるように支援している。		
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、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	刺激になるような物は配置せず、自然な環境に配慮している。季節感を大事にし、月毎に飾りや創作物を作成し、季節を楽しんで頂けるようにしている。	平屋建ての共用空間は採光が明るく、木目調のフローリングや畳の床などで暖かい雰囲気です。居心地の良い空間となっている。また、壁面には季節を感じる利用者の作品が飾られ、利用者は穏やかに過ごしている。	
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	フロア内にソファを配置し、休養したり、利用者様同士で話やTVをみるスペースを作っている。冬場はコタツを出して交流を図っている。		
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	居室には安全上問題がない物であれば、自由に持ち込みできるようになっており、使い慣れた物やTV・電話など好みに合わせて様々なものを置いてある。	居室には、利用者の馴染みの家具やテレビ、電話などが持ち込まれ、家族からのプレゼントなどが飾られるなど利用者が居心地良く過ごせる温かい雰囲気が見られた。	
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	掃除道具など廊下に置き、いつでも自分で掃除できるようしている。新聞や本などは自由に読めるようにしている。		

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	1890100355		
法人名	医療法人 厚生会		
事業所名	グループホーム匠 (足羽ユニット)		
所在地	福井県福井市灯明寺4丁目1706番地		
自己評価作成日	平成26年 8月 20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://www.kaigokensaku.jp/18/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 福井県社会福祉協議会		
所在地	福井県福井市光陽2丁目3番22号		
訪問調査日	平成26年9月16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)】

事業所の理念に近づく為、利用者様が自分らしい生活を過ごせるよう個別性を尊重した生活の支援をさせて頂いている。
季節感を大事にし、行事や飾り、食事、外出に至るまで季節の物を楽しんで頂けるようにし、日々の充実に繋がるよう努めている。

【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)】

「九頭竜ユニット」と同様。

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)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 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と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、安心して暮らせている (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
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	事業所理念を守り、その理念を職員一同把握し、自分らしい人生を歩めるようお手伝いをしている。	「九頭竜ユニット」と同様。	
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	地域の店や理容店を使い、交流を深めている。体育祭や祭りなど地域行事にも積極的に参加している。地域交流会の開催を予定している。		
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	地域の祭りで子供御輿の立ち寄り所としてもらい集まりの場を作ってもらった。地域の交流会で認知症の啓発活動も行っていく。		
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ヶ月に1度利用者様の状況、行事報告を行っている。開催する行事などへの意見や情報交換を行っている。苦情に関する報告や相談等も行っている。		
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	集団指導の内容を踏まえ、疑問な点や相談は電話での連絡をとっている。		
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	方針を作成し原則として行わない事を理解している。やむおえない時は家族への了解と同意の元で行う事になっている。		
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	事業所内や事業所外での勉強会に参加し職員間でも防止を徹底している。施設内の勉強会にも取り入れている。		

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
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	職員研修にて制度の理解、知識を得ている。成青年後見人制度を活用している利用者が1名いる。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	家族の都合のよい日程に合わせて十分な説明と納得をしてもらい同意を得ている。		
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	個別に要望や意見を聞き個別のケアをしている。		
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	毎月、両ユニット会議や毎日の情報交換で意見を聞く機会を設けている。検討し反映させている。		
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	年2回の自己評価、管理者評価を行い、それとともに個人面談し個人の意向を確認している。		
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	研修の年間計画を立て職員が参加できるようにしている。また、事業所内で勉強会を毎月、開催している。		
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	グループホーム連絡協議会に参加し意見交換を実施している。交流会への招待など今後実施していく予定。		

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
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	サービス内容については本人、家族の同意を得ている。サービス開始後もアセスメントを行い意見や要望を取り入れている。		
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	家族とサービス開始前に希望、要望等を話し合う場を設けている。その後も良い家族関係が出来るよう努めている。		
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	サービスに関しては同意を得ながら対応している。受診介助や生活に関することも対応している。		
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	本人様の希望にあわせてサービス支援を考え、食事や清掃など生活の家事も共に行っている。		
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	行事に家族を招待し一緒に調理などを手伝ってもらい食事している。受診介助や生活支援の協力をお願いしている。		
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	馴染みの美容院利用や友人、知人との外食が出来るよう支援を行っている。また、気楽に尋ねて来られるように声をかけている。		
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	状況に応じて個別か集団か対応を変えている。家事なども分担や機会提供を行っている。		

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
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	退所相談を受け、必要に応じて施設など探すなど協力を行う。		
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	個人の生活歴を把握し思いを聞きながら居心地よい生活をしてもらっている。意思疎通が困難な方には家族からの意向や情報を収集している。		
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	家族や前任のケアマネージャー、ソーシャルワーカーから情報を得て今までと大きく環境が変わることのないよう心掛けている。		
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	状態観察に努め、変化や行動などは記録を活用し、本人様の気持ちなど把握し、必要な支援が出来るようにしている。		
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	毎月のモニタリング、3ヶ月ごとの評価を職員間でも実践している。家族の面会時にも意向の確認、了承を得て介護計画を作成している。		
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	毎日のミーティングで個別の記録を見ながらケアの見直しを行っている。情報共有シートを活用している		
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	本人や家族の意向をくみ取りながら柔軟な対応に取り組んでいる。		

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
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	地域の方たちと協力し安心した生活や向上に心がけている。		
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、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	受診はかかりつけ医や家族が希望するところで基本家族介助で受診している。その際には日頃の様子や状態を書面にして主治医に提出し情報共有に努めている。		
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	状態変化や身体観察で気付いた事、異常時には報告し指示を得ている。看護師は24時間連絡体制がとれるようになっている。		
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、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。	カンファレンスに出席し状態の情報交換を行っている。本人、家族の意向も聞き入れながら早期に退院が出来るよう努めている。		
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	重度化した場合は早めに家族と話し合いの場を設け事業所として出来ない事、出来る事を説明している。		
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	マニュアルを作成し事業所内、院内での勉強会に参加している。また、緊急時の対応を実践している。		
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	消防署の協力のもと、夜間想定も含めた避難訓練を実施し、対応マニュアルを作成している。また、地区の非難訓練にも入居者の方と参加している。		

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
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	個人情報に関するマニュアルを作成し個人の尊厳に配慮した言葉遣い、声かけを行っている。プライバシーを損ねる行動が見られた場合には職員同士で注意しあうようしている。		
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	本人に分かるように説明や同意を得ている。話しやすいように、日頃からのコミュニケーションを大事にしている。		
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	希望で理容店や散髪、買い物や必要な物の買い物代行を行っている。その日に対応できないものは後日実施している。		
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	理髪師が施設に来所したり、希望に応じて美容院や散髪へ同行している化粧品やくしなど必要物品の購入も行っている		
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	畑で収穫した野菜を調理するなど旬の食材と一緒に調理している。職員と一緒に食事もとっている。後片付けも無理のないよう配慮し一緒に行っている。		
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、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	好みや摂取量を把握し献立に反映させ、摂取量、水分量は記録に残し変化の確認をしている。		
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	毎食後の口腔ケアと義歯の方には夜間、洗浄液につけてもらっている。		

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
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	排泄チェック表で排泄のパターンを把握し周囲への配慮をしながら誘導している。入所者の方に応じて使用方法を変えるなど検討もしている。		
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	便秘による症状を把握し個別に対応している。食事メニューや水分補給にも注意している。		
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	入浴は週2、3回で予定をくんでいるが、本人の希望や体調に合わせて対応している。入浴の拒みが強い方への対応は無理強せず時間をずらすなどその時で対応している。		
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	今までの個人の習慣を変えず休息してもらっている。安眠対策として空調、灯り、雑音に配慮している。		
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しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	薬剤情報はカルテにつづり、目的、用法などは理解している。処方の変更があった場合は情報共有し伝達している。		
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	個人の生活歴を把握した上で役割、楽しみを見極め支援をしている。		
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。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	日頃から希望に応じ気晴らしも兼ね近所の散歩や買い物、ドライブに出かけている。会話の中で探り外出先を決めて行けるようにしている。		

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
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	お金を自分で持っている事は安心感にもつながるので管理できる方は持っていたい。買い物したい方は施設で管理し欲しいものを買う支援をしている。		
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	居室に電話を引いたり、希望時に電話機の貸し出しも行っている。手紙や年賀状のやり取りも加えて行えるように支援している。		
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、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	刺激になるような物は配置せず、自然な環境に配慮している。季節感を大事にし、月毎に飾りや創作物を作成し、季節を楽しんで頂けるようにしている。		
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	フロア内にソファを配置し、休養したり、利用者様同士で話やTVをみるスペースを作っている。冬場はコタツを出して交流を図っている。		
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	居室には安全上問題がない物であれば、自由に持ち込みできるようになっており、使い慣れた物やTV・電話など好みに合わせて様々なものを置いてある。		
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	掃除道具など廊下に置き、いつでも自分で掃除できるようしている。新聞や本などは自由に読めるようにしている。		