

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	2591200049		
法人名	医療法人社団真下胃腸科医院		
事業所名	グループホームりょうせんの郷		
所在地	滋賀県東市郷5丁目15番38号		
自己評価作成日	平成27年12月25日	評価結果市町村受理日	平成28年2月19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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク滋賀福祉センター		
所在地	滋賀県大津市和邇中浜432番地 平和堂和邇店2階		
訪問調査日	平成28年1月19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)】

その人らしい生活を送っていただくために、「その人を知る」とはどのような事なのか考えケアにあたってきた。開設して4年目を迎え徐々にスタッフにもそのことの大切さが理解されてきている。またご家族とのコミュニケーションを大切にし、ご本人はもとより、ご家族の思いを大切に出来る限り希望に沿うように努力している。地域に開かれた施設を目指し、年1回法人全体の納涼祭を開催し地域の方に参加いただいている。また地域包括支援センターの主催で「りょうせん認知症フォーラム」へ参加させていただき施設の紹介をさせていただいた。また小学生や中学生の体験学習の受け入れも多数行っている。最後に真下胃腸科医院と連携を行い、入居者の健康管理に努めている。

【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)】

4つの理念「利用者の意思決定を尊重し・・・」「家庭的な生活環境で・・・」「地域の人々との触れ合いを大切に・・・」「職員の資質を高める研鑽・・・」を掲げ開設して4年目の事業所である。JR最寄駅から徒歩8分の交通の便の良い住宅街の中に位置し、隣には運営母体の医院が在る。建物は鉄筋コンクリート造りの2階建てで、1階はデイサービス、2階がグループホームになっている。医院から定期的な訪問診療や健康管理を受けていて利用者や家族には安心感がある。居間には大きな窓から自然光が入り明るく清潔であり、利用者は訪問のボランティアや来所した家族と一緒にハーモニカ、大正琴で歌を唄ったりゲームや体操を楽しみ安心して生活をしている。重度化から看取りまでの介護を行っており職員、家族、医師が協力して取り組んでこれまでに2名の看取りを行っている。

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)	○	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、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
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 過ごしている (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【ユニット 雅】

〔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	4つの理念の1つに「地域の人々とのふれあいを大切に地域に開かれた福祉の場を目指します」と謳っている。毎月実施している全体会議で4つの理念を全職員で唱和し、理念の共有を行い実践に努めている。	事業所の4つの理念を各ユニット内3カ所に掲示している。2カ月毎の職員全体会議で理念に照らして課題を検討し、管理者は機会ある毎に理念の実践を通じて利用者の笑顔が増える様に職員に指導している。	
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	自治会に加入している。小学生、中学生の体験学習を積極的に受け入れている。民生委員の勉強会に協力している。夏祭りを地域の人と一緒に開催している。	法人全体での納涼祭には多くの地域の人に参加しているが、地域の行事への参加は少ない。小中学生の体験学習は定着し毎年5日間で180人が来所し交流している。地域ボランティアの大正琴演奏を楽しんでいる。	地域に広報を配布し認知を更に深めて貰い、家族やボランティアの協力も得て地域行事に積極的に参加することを期待したい。
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	地域包括支援センター主催による「りっとう認知症フォーラム」に参加。一般の方々へグループホームでの生活を紹介した。		
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	家族代表の意見を取り入れ、日々の写真をプレゼントしサービスの向上につなげた。	事業所の活動報告、利用者の状況、外部評価・自己評価の取り組みについて報告し討議している。出席者から近隣に施設が計画されており今まで以上に利用者・家族の思いを把握したケアが必要との提案があり取り組んでいる。	
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に取り組んでいる	2カ月毎の運営推進会議に参加してもらい、情報交換を行っている。介護保険のサービスについて、不明な点等は尋ねている。	長寿福祉課の職員とは家族から質問のある介護保険の問題等の指導を受けている。地域包括センター主催の「認知症フォーラム」で発表を行った。市の要請で住民を対象にした「何でも相談カフェ」を開催している。	
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	離設等の事例があり、玄関は施錠している。全ご家族へ再度施錠についてのご意見をいただくべく、アンケートを実施した身体拘束をしないケアの研修には、職員を参加させ、勉強会で伝達させている。	法人の身体拘束ゼロ研修会を年1回受講し、伝達研修をして全職員が身体拘束をしない介護の理解を深めている。出入り口の施錠については身体拘束の認識はあるが家族からの強い要望もあり利用者の安全を考えて3カ所の内2カ所を施錠している。	理念に基づいて施錠しなくても良いケアのあり方に取り組み、工夫をして出来るだけ早く開錠することを期待したい。
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	全体会議の場で学ぶ機会を設けている		

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
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	全体会議の場で学ぶ機会を設けている		
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	入居時に管理者が重要事項説明書に沿って行っている。		
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	意見箱を設置している。ご家族とのコミュニケーションをしっかりととり、出来る限り話しを伺いながら意見をいただくようにしている。	家族の来訪時や家族会、運営推進会議で意見や要望を聞いている。家族からの提案で、利用者の生活状況を家族に良く知って貰う為に日常の様子を記録した「最近の様子」資料を配布して喜んで貰っている。	
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	1年に2回、個別面談を行い、職員の意見を聞いたり、各個人が自己評価を行い目標設定をし、中間報告をしたのち次年度へのステップアップを考える機会を設けている	2カ月毎開催の全体会議と年2回の個別面談で管理者は職員から意見を聞いている。利用者の食事介護が増えてきたので、提案により日勤と遅出で対応し早出の職員のみが食事を共にする様にしている。	
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	法人の理事長が決定している。		
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	施設外の研修へ参加させたり施設内での勉強会を行っている。		
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	淡海グループホーム協議会は退会した。同業者とのネットワークは取りにくくなったが、個人で参加する研修会等でネットワークはできている。		

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	初回のアセスメントをセンター方式シートを活用して行っている。		
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	入所時に、家族の思いを聞いている。 初回ケアプラン作成の説明と同意のサインをもらう際に要望を聞いている。		
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	入居してから1か月以内にアセスメントとケアプラン作成を行い、説明と同意のサインをもらっている。		
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	食事の準備、洗い物、掃除などを職員と入居者が一緒に行っているが徐々に身体レベルが低下され、手伝っていただける方が少なくなってきている。		
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	家族来所時に情報交換を行い、家族が行えることは提案し、出来る範囲で行ってもらっている。		
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	馴染みの人と交流が持てるように、面会など声掛けを行っている。 近所への買い物などの外出を積極的に行っている。	馴染みの美容院や実家訪問、外食等は家族の支援で出かけている。家族やこれまで面会に来られた人に対して気楽に利用者と話が出来る配慮をし、再度の訪問をお願いしてつながりが継続出来る様に支援している。	
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	毎月カンファレンスを開催し、入居者同士の関係についても話し対応している。 職員が間に入り、関係構築に努めている。		

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	退去後も希望があれば必要に応じて連絡と相談は行っていく。		
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	職員皆で、3か月毎にアセスメントとモニタリングのためカンファレンスを行っている。日々の本人の言動や、表情などの情報を記録に細かく残し、職員間で情報の共有を行えるようにしている。	利用者との日常会話や表情からの把握内容と家族来訪時に収集した思いをケース記録に記入してカンファレンスで共有している。意思表示の困難な利用者はフェイスシートや利用者の表情、発語動作等で思いの把握に努めている。	
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	入居前に家族の協力を得て、情報をもらっている。 家族が面会時に、話を聞くようにしている。		
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	職員にアセスメントシートへの記入を行ってもらっている。		
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	3か月毎にカンファレンス、アセスメント、ケアプラン作成を行い、家族に説明と同意のサインをもらっている。	ケース記録や家族の意向を基に、全職員が参加して介護計画を作成し、家族に説明し署名捺印を貰っている。計画は状況の変化があれば都度見直し、変化がなくても3か月毎に見直し署名捺印を貰っている。	
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	ケアプランに沿った記録を行っている。勤務交代時の申し送り事項をノートに記入し、全職員が情報の共有と把握を行えるようにしている。		
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	必要に応じて福祉用具購入の相談や購入を、他の事業所と連携して行っている。		

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
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	地域の小学校や中学校の体験学習を積極的に受け入れている。 三味線、ハンドベル、お茶会、フラダンス等のボランティア様に來ていただいている。		
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	各利用者様が1か月に2回の往診をうけている。体調不良の場合は緊急往診もあり、体調管理には注意している。また入所以前からの専門医への受診はご家族が行っている。	家族等の要望により、利用者全員が事業所法人の医院をかかりつけ医としており、医院看護師による健康管理をしている。専門医の受診も事情によっては同行支援し、受診結果は利用者、家族、事業所で共有している。	
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	同法人の医院の看護師と常に連携、相談を行っている。緊急時の対応も可能。		
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。	必要時、連携医院と情報交換を行っている。入院時には施設での情報を提供し、退院時には、必ず病院での退院に向けたカンファレンスにご家族と共に参加している。		
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	平成26年度からの新規利用者様には入所契約と同時に重度化した場合における指針を説明している。それ以前に入所された方には順次説明をしていく。	重度化や終末期のケアについて事業所方針を文書化し、入居時に利用者、家族に説明し同意書を得ている。方針に基づく対応ができるよう法人内研修を行い、受講欠席者にはDVDを見せ、全員がレポート提出をし徹底を図っている。過去の看取りは2名である。	
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	勉強会で学ぶ場を設けている。緊急対応の勉強会も行っている。緊急時のマニュアルを作成し、緊急連絡網も整備している。		
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	年2回の消防避難訓練を行っている。車椅子対応の利用者様が増加し、施設が2階にあるため、まずは一時避難を徹底して行っている。	災害対策マニュアルは整備され、マニュアルに基づく避難訓練を利用者18人と職員9人が参加して年2回行っている。夜間想定訓練は行っておらず、消防署の立ち合い、地域住民の協力も得られていない。	消防署の立ち合い指導を受け、地域住民の参加協力を得て、夜間想定訓練を含めた避難訓練の実施を期待したい。

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	接遇、声掛け、介護方法は尊厳の保持を重視して行うように声掛けを行っている。個人情報事は事務所で管理している。	職員は個人情報保護やプライバシー確保の理解を深める研修を受け、職員間で日々のケアの中で、態度や言葉遣いについて注意し合い話し合っている。個人情報書類は事務所内鍵付きロッカーに保管している。	
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	本人の訴えにはできる範囲で対応している。買いたい物や、食べたい物は、随時一緒に買い物に行くようにしている。		
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	本人の要望に答えるように努めている。食事の時間など出来る範囲で本人の要望に沿って行っている。		
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	朝の整容や身だしなみが大切な事は会議などで随時指導している。化粧や毛染めの支援は随時行っている。施設で散髪できるように訪問理髪店に依頼している。		
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	食事は職員も一緒に食べ、会話をしながら楽しく食事が行えるようにしている。食事の準備や片付けは利用者様と一緒にしている。	朝、夕食は業者から食材の配達を受け職員が調理し、昼食は法人厨房で調理したものを利用者と職員が共に配膳、後片付けをしている。プランターで育てた野菜の糠漬けを作ったり、月1回は行事食を楽しんでいる。	
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	食事は栄養士によってバランスのとれた献立を考えている。個別の好き嫌いなどにも対応している。		
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	毎食後の口腔ケアを必ず実施している。介助が必要な方には介助を行っている。必要時、連携の歯科医と相談している。		

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
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	排泄チェック表を使用して排泄パターンを把握し、本人に合った時間に誘導を行うなどの工夫をしている。	毎朝30分のリハビリ体操実施で利用者の脚力強化を図り、自立排泄できるように支援している。排泄チェック表と表情や仕草から判断しトイレ誘導している。自立排泄者の自立が継続出来る様に支援をしている。	
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	水分の摂取を促し、水分摂取量も把握している。排泄確認も実施し、排便が確認できない場合は主治医に「相談のもと、軟下剤等を処方してもらい便秘にならない様注意している。		
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	各人週3回の入浴日を設けている。ご本人の希望により1時間程度要して入浴される方もある。	利用者の希望を活かしながら入浴時間を設けて週3回入っている。入浴を嫌がる利用者には午前、午後の入浴時間のどちらにも声掛けをして入浴を促している。ゆず湯などで利用者が入浴を楽しめるよう工夫している。	
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	居室で過ごすことは自由に行ってもらっている。必要者には、安楽な体位で入眠できるように検討実施している。		
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	服薬情報リストを作って職員で情報の把握に努めている。各利用者様の個人ファイルには、現在服薬している薬の最新情報をファイルしており、職員は薬品名、効能、副作用についてしることができる		
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	センター方式のアセスメント用紙を使用し、カンファレンスごとに本人についての思いや生活の情報の把握に努めている。役割活動や、個人で楽しめることも提供している。		
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	春から秋にかけて様々な外出を企画し実施している。個人の買い物なども本人の意向に沿って行っている。その他に、散歩や施設の花壇の水やり行い、外出の機会を設けている。	事業所近隣を職員と一緒に散歩したり買い物に出かけている。年間の行事計画に基づき、季節毎に菜の花、桜、紅葉などの見物に出かけているが利用者の参加は少ない。利用者が希望して自宅へ帰宅し気分転換を図ることがある。	家族やボランティアの協力を得て利用者の参加が多く望めるような行事を計画し実施してほしい。

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	自分で管理が行える入居者には自分でお金を管理してもらい、援助を行い買い物をしてもらっている。		
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	電話の引き継ぎは行っている。携帯電話所持の入居者の援助も行っている。手紙のやり取りも自由に行ってもらい、援助も行っている。		
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、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	清潔保持の為に毎日掃除を行っている。明るく暖かな印象が持てるように工夫を行っている。季節感を感じられるような工夫を行っている。	居間は居心地良く落ち着いた雰囲気のある共用空間で、採光も配慮し、壁面には季節に応じて人形を飾ったり、ちぎり絵、貼り絵など利用者の手作り作品を配し利用者がくつろげるよう配慮している。トイレ、浴室は広く清潔で車椅子も使用できる。	
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	ソファで区切ってくつろげるスペースの確保を行っている。天気の良い日はテラスで過ごすなどの工夫を行っている。		
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	お仏壇を置いたり、カーペットをひいても良かったり、自由に家具は持ち込んでもらっている。壁に写真を貼ったり自由に使ってもらっている。馴染みの家具などを持ってきてもらうように家族に働きかけている。	居室は洋室でベッド、物入れ、エアコンを設置し明るく清潔である。使い慣れた家具やテレビ、ソファ、洋服かけ等を持ち込み好みに配置している。家族の写真や手作り品を壁に飾って落ち着いた雰囲気となっている。	
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	毎日、食事のメニューや日にちなどが分かるように提示している。季節が感じれるように、季節に合った壁面を作成したり、壁飾りをして季節感をだしている。		

自己評価および外部評価結果【ユニット 悠】

〔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	4つの理念の1つに「地域の人々とのふれあいを大切に地域に開かれた福祉の場を目指します」と謳っている。毎月実施している全体会議で4つの理念を全職員で唱和し、理念の共有を行い実践に努めている。		
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	自治会に加入している。 小学生、中学生の体験学習を積極的に受け入れている。民生委員の勉強会に協力している。夏祭りを地域の人と一緒に開催している。		
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	地域包括支援センター主催による「りっとう認知症フォーラム」に参加。一般の方々へグループホームでの生活を紹介した。		
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	家族代表の意見を取り入れ、日々の写真をプレゼントしサービスの向上につなげた。		
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に取り組んでいる	2ヵ月毎の運営推進会議に参加してもらい、情報交換を行っている。介護保険のサービスについて、不明な点等は尋ねている。		
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	離設等の事例があり、玄関は施錠している。 身体拘束をしないケアの研修には、職員を参加させ、勉強会で伝達させている。		
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	全体会議の場で学ぶ機会を設けている		

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
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	全体会議の場で学ぶ機会を設けている		
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	入居時に管理者が重要事項説明書に沿って行っている。		
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	意見箱を設置している。ご家族とのコミュニケーションをしっかりととり、出来る限り話しを伺いながら意見をいただくようにしている。		
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	1年に2回、個別面談を行い、職員の意見を聞いたり、各個人が自己評価を行い目標設定をし、中間報告をしたのち次年度へのステップアップを考える機会を設けている		
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	法人の理事長が決定している。		
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	施設外の研修へ参加させたり施設内での勉強会を行っている。		
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	淡海グループホーム協議会は退会した。同業者とのネットワークは取りにくくなったが、個人で参加する研修会等でネットワークはできている。		

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	初回のアセスメントをセンター方式シートを活用して行っている。		
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	入所時に、家族の思いを聞いている。 初回ケアプラン作成の説明と同意のサインをもらう際に要望を聞いている。		
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	入居してから1か月以内にアセスメントとケアプラン作成を行い、説明と同意のサインをもらっている。		
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	食事の準備、洗い物、掃除などを職員と入居者が一緒に行っている。		
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	家族来所時に情報交換を行い、家族が行えることは提案し、出来る範囲で行ってもらっている。		
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	馴染みの人と交流が持てるように、面会など声掛けを行っている。 近所への買い物などの外出を積極的に行っている。		
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	毎月カンファレンスを開催し、入居者同士の関係についても話し対応している。 職員が間に入り、関係構築に努めている。		

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	退去後も希望があれば必要に応じて連絡と相談は行っていく。		
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	職員皆で、3か月毎にアセスメントとカンファレンスを行っている。日々の本人の言動や、表情などの情報を記録に細かく残し、職員間で情報の共有を行えるようにしている。		
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	入居前に家族の協力を得て、情報をもらっている。 家族が面会時に、話を聞くようにしている。		
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	職員にアセスメントシートへの記入を行ってもらっている。		
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	3か月毎にカンファレンス、アセスメント、ケアプラン作成を行い、家族に説明と同意のサインをもらっている。		
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	ケアプランに沿った記録を行っている。勤務交代時の申し送り事項をノートに記入し、全職員が情報の共有と把握を行えるようにしている。		
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	必要に応じて福祉用具購入の相談や購入を、他の事業所と連携して行っている。		

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
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	地域の小学校や中学校の体験学習を積極的に受け入れている。 三味線、ハンドベル、お茶会、フラダンス等のボランティア様に來ていただいている。		
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	各利用者が1か月に2回の往診をうけている。体調不良の場合は緊急往診もあり、体調管理には注意している。また入所以前からの専門医への受診はご家族が行っている。		
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	同法人の医院の看護師と常に連携、相談を行っている。緊急時の対応も可能。		
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。	必要時、連携医院と情報交換を行っている。入院時には施設での情報を提供し、退院時には、必ず病院での退院に向けたカンファレンスにご家族と共に参加している。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	平成26年度からの新規利用者様には入所契約と同時に重度化した場合における指針を説明している。それ以前に入所された方には順次説明をしていく。		
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	勉強会で学ぶ場を設けている。緊急対応の勉強会も行っている。緊急時のマニュアルを作成し、緊急連絡網も整備している。		
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	年2回の消防避難訓練を行っている。車椅子対応の利用者様が増加し、施設が2階にあるため、まずは一時避難を徹底して行っている。		

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
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	接遇、声掛け、介護方法は尊厳の保持を重視して行うように声掛けを行っている。個人情報情報は事務所で管理している。		
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	本人の訴えにはできる範囲で対応している。買いたい物や、食べたい物は、随時一緒に買い物に行くようにしている。		
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	本人の要望に答えるように努めている。食事の時間など出来る範囲で本人の要望に沿って行っている。		
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	朝の整容や身だしなみが大切な事は会議などで随時指導している。化粧や毛染めの支援は随時行っている。施設で散髪できるように訪問理髪店に依頼している。		
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	食事は職員も一緒に食べ、会話をしながら楽しく食事が行えるようにしている。食事の準備や片付けは利用者様と一緒にしている。		
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	食事は栄養士によってバランスのとれた献立を考えている。個別の好き嫌いなどにも対応している。		
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	毎食後の口腔ケアを必ず実施している。介助が必要な方には介助を行っている。必要時、連携の歯科医と相談している。		

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
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	排泄チェック表を使用して排泄パターンを把握し、本人に合った時間に誘導を行うなどの工夫をしている。		
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	水分の摂取を促し、水分摂取量も把握している。排泄確認も実施し、排便が確認できない場合は主治医に「相談のもと、軟下剤等を処方してもらい便秘にならない様注意している。		
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	各人週3回の入浴日を設けている。ご本人の希望により1時間程度要して入浴される方もある。		
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	居室で過ごすことは自由に行ってもらっている。必要者には、安楽な体位で入眠できるように検討実施している。		
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	服薬情報リストを作って職員で情報の把握に努めている。各利用者様の個人ファイルには、現在服薬している薬の最新情報をファイルしており、職員は薬品名、効能、副作用についてしることができる		
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	センター方式のアセスメント用紙を使用し、カンファレンスごとに本人についての思いや生活の情報の把握に努めている。役割活動や、個人で楽しめることも提供している。		
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	春から秋にかけて様々な外出を企画し実施している。個人の買い物なども本人の意向に沿って行っている。その他に、散歩や施設の花壇の水やり行い、外出の機会を設けている。		

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
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	自分で管理が行える入居者には自分でお金を管理してもらい、援助を行い買い物をしてもらっている。		
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	電話の引き継ぎは行っている。携帯電話所持の入居者の援助も行っている。手紙のやり取りも自由に行ってもらい、援助も行っている。		
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、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	清潔保持の為に毎日掃除を行っている。明るく暖かな印象が持てるように工夫を行っている。季節感を感じられるような工夫を行っている。		
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	ソファで区切ってくつろげるスペースの確保を行っている。天気の良い日はテラスで過ごすなどの工夫を行っている。		
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	お仏壇を置いたり、カーペットをひいてもらったり、自由に家具は持ち込んでもらっている。壁に写真を貼ったり自由に使ってもらっている。馴染みの家具などを持ってきてもらうように家族に働きかけている。		
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	毎日、食事のメニューや日にちなどが分かるように提示している。季節が感じれるように、季節に合った壁面を作成したり、壁飾りをして季節感をだしている。		

事業所名 グループホーム りょうせんの郷

作成日：平成 28 年 2 月 19 日

2 目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。

目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【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り組み内容	目標達成に 要する期間
1	49	利用者様の重度化や職員不足のため、日常の外出支援が少ない。	毎日少しの時間でも散歩をする。	ご家族様やボランティアの方へ外出の支援を依頼し、少しでも外出の機会を増やす	3ヶ月
2	2	事業所と地域のつながりは、自治会に加入し、また法人全体の納涼祭を開催して地域の方々にご参加いただいているが他のつながりが少ない。	全員の参加は困難であるかもしれないが、一部の方だけでも地域行事への参加をする	まずは広報誌を近隣へ配布し、当事業所のことを地域の方々へ知っていただく。	3ヶ月
3	35	年2回の消防避難訓練を実施しているが、夜間想定での訓練はできていない。	年2回の内1回は夜間を想定した訓練を実施する。また訓練の際、消防署員の方に立ち会いを依頼する。	夜間想定での避難訓練を計画し、早めに消防署へ参加要請をする。	6ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注)項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。