

### 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	2591400029		
法人名	社会福祉法人甲南会		
事業所名	グループホームせせらぎ(もえぎ)		
所在地	滋賀県甲賀市甲南町葛木869番地2		
自己評価作成日	平成24年12月25日	評価結果市町村受理日	平成25年2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	
----------	--

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	
所在地	
訪問調査日	

**【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)】**

介護者家族の会で認知症の理解 すぐ使える介護技術について研修会を行った。消防訓練については地域の区長と連携を取って行った。グループホームの行事として日々利用者の希望を聞いたり季節に合った行事を計画し利用者がとても喜んでいた。また社会福祉学会 全国認知症ケア学会、全国グループホーム大会で実践の発表をした。料理作りでは認知症が進行しても活動とは何かスタッフと話し合いを重ね、一人一人にあった活動参加ができた。日帰り旅行では15名の利用者が参加し家族も喜んでおられた。伊勢一泊旅行では5名参加し利用者はとても喜んでおられた。また伊勢旅行の様子をスタッフが手紙に書き渡すと非常に家族が喜んでおられた。またターミナルについて家族会で話し合い また今年度中に重要事項説明書にも記載する予定だ。

**【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)】**

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)
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している (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、その時々々の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
<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	朝の申し送りの時に出勤のスタッフが理念を読み上げている。 ケース検討時に理念に基づいてケアを検討している。		
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	地域の夏祭りに地域住民の方の協力的を得て参加している。利用者の暮らしていた地域へドライブに行ったり 地域の知り合いが利用者の面会に来られている。		
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	地域での連携会議に積極的に参加している。認知症の理解について家族会に対して研修会を行っている。		
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か月に1回、市の職員が必ず参加し運営推進会議を行っている。地域の区長との話地域での行事を合同で企画実施した。		
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取り組んでいる	市に骨折したアクシデントを家族への対応や病院との連携なども踏まえ市に報告した。通報訓練では区長さんの協力を得ている。		
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	全職員対象に身体拘束の研修会を実施している。開所以来グループホームでは身体拘束をしていない。身体拘束廃止マニュアルも整備し委員会も苑全体で設置している。		
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	職員研修で高齢者虐待の研修を全員を対象に行っている。 日頃お申し送りなどで認知症高齢者の人権と尊厳について考え防止に努めている。		

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
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	職員研修において成年後見制度に関して研修を行っている。実際利用している利用者が3名おられ、支援を行っている。		
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	入居する時は家族に契約について分かりやすく説明し、家族の不安なところや疑問点について聞くようにしている。また契約書の変更の時は全家族に説明をし同意書をいただいている。		
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	苦情相談窓口を設置する。面会に来られた時やケアプランの説明の際家族の意見を伺っている。またグループホームの会議を定期的に行いスタッフから意見を聞きいている。		
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	朝の申し送りの時や普段のケアの現場の中でスタッフの意見を聞き必要であればカンファレンスを行って対応している。		
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	各スタッフにヒヤリングを実施し管理者や職員個々の得意な所や課題を明確に把握している。又介護福祉士等の資格取得の支援を行っている。		
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	利用者のADLに合わせた介護技術の研修を行った。利用者が重度化して来たため入浴リフトを購入しスタッフ全員で研修会を行った。		
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	代表者は市、県、全国に交流を行っている。GHIに関しては管理者は日本認知症グループホーム協会滋賀県支部での活動を行っている。		

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
<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	入居申し込み時から家族に本人への関わりの相談に乗り、実態調査においては本人の思いを受け止め必要によっては本人と何回も話し合いをしている。また家族から生活歴や情報シートに出来るところなど記入してもらい安心確保に努めている。		
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	入居申し込みの時点でじっくりと家族の思いを聞き不安を取り除けるようにしている。また面会時には必ず家族と話しをし、ゆっくりと悩みを聞いている。		
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	家族が入居申し込みに来た時、本人の状況、介護者の状況を聞き必要によっては担当ケアマネージャーと相談しながらケアプランを立案し支援をしている。		
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	基本理念に有るように利用者と共に料理のメニューや日中の活動に関して選択肢を多く一緒に選んでいる。活動内容や行事に関しても利用者と一緒に決めている。		
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	家族に毎月の郵便にて必ずグループホームでの様子を手紙と写真を添えて伝えている。また遠方から来られた家族には写真を撮り面会時に写真を渡している。利用者の居室に家族の写真を飾っている		
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	地域から利用者の知り合いが面会に来られる。また利用者の希望を聞き、本人が住んでいた所にドライブに出かけている。		
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	食事作りや行事(外食ツアー、ドライブツアー季節ごとの行事)などで利用者同士の関係性を作っている。また利用者の誕生日では誕生日会を行いユニットの利用者全員でお祝いをしている。		

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
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	退居時にいつでも相談に乗る事を伝え、実際、退去者家族から相談の電話があり、対応している。又退去後のサービス担当者からの相談にも応じている。		
<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	生活で利用者への選択肢を多くしている。話す事が困難な場合は生活歴等から本人のニーズに答える事に努めている。		
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	入居時にアセスメントシートを活用し本人のニーズの把握に努めている。本人の認知症の中核症状を把握しアセスメントしケアに繋げている。		
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	利用者の一日の様子、心身の状態をスタッフと申し送りの時や普段の会話の中で共有して一人一人の現状の把握に努めている。		
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	利用者や家族にはそのつど思いを聞き計画作成者担当者が介護計画を作成している。また利用者担当者がアセスメントシートを作成し計画作成者担当者とカンファレンスを行いケアプランを作成している。		
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	介護記録を日々、記録し特に重要な事項については、申し送りをし、ケアプラン補強シートを使用しケアプランにも反映している。		
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、その時々にも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	利用者の変化についてスタッフ同士話し合いができる環境を作り、その日その日の状況にに対して柔軟に対応をしている。またPTに必要に応じて相談しケアにつなげている。		

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	給食ボランティア フラワーアレンジメントのボランティアなど受け入れ利用者が楽しく安心して生活できるように支援している。		
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	かかりつけ医との連携を密に築いており適切な医療が受けられるように支援をしている。特に協力病院と連携が取れており迅速に対応している。		
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	利用者の状態、薬の処方など把握し受診時、適切な情報を伝えている。また看護師との関係もとれていて利用者に対して優しく対応している。		
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。	入院している病院の医師、看護師そして家族を入れてカンファレンスを行い退院後の対応についても話しあっている。		
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	家族会でターミナルケアについて現在の希望についてアンケートをし各利用者家族と相談している。終末期の意向確認書を提出してもらい家族と話し合いをしている。主治医とも相談をしその都度対応出来るようにしている		
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	急変時の対応については研修会を行っている。消防署と区長との消防訓練を年に2回行っている。		
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	緊急時の電話連絡の訓練、年2回の消防署、区長との合同訓練を行っている。		

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
<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	職員研修や日ごろ職員同士で利用者への言葉かけや対応に注意している。		
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	入浴時は服を選んでもらえるように工夫している。		
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	毎朝、利用者の方とその日どのように過ごすか話し合い、フロアのホワイトボードに記入している。		
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	起床時お化粧をしたり洗面後、入浴後はコットンで化粧水をつけたりしている。		
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	料理作りの雰囲気のみたり、味見をしたり、出来る所を食事づくりや片づけをしている。		
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、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	水分表にて1日のトータルを確認して水分補給に努めている。 喫茶にてお好み飲み物を提供している水分も色々な種類をそろえている。		
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	認知症の進行により、うがいが出来ない利用者にはガーゼで口腔ケアを行っている。 それ以外の方は朝と夕方にうがいを行っている。		

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
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	利用者の排泄パターンを排泄表から読み取り個別にあった排泄ケアを行っている。		
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、バナナ、ヨーグルトを提供し人によっては繊維ファイバーを提供している。水分の適量摂取や散歩、主治医と連絡をとり医師の指示によりマグミットの調整を行っている。		
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	本人の安心して入浴ができるよ日時をアセスメントし入浴している。薬用入浴剤を使用し香なども楽しまれている。		
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	生活習慣やその日やその日の状況に応じて休息したり眠れるようにしている。安眠ができない方は寝る前に足浴をしている。		
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	服薬している処方薬はケース記録に綴じいつでも確認ができるようにしている。症状の変化については主治医と連絡を密に行っている。		
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	日常生活(食事づくり、洗濯、洗濯物たたみ、掃除など)の活動以外にも花の水やりや手芸などを行っている 又一人一人の生活歴に応じた色塗りや裁縫なども行っている。		
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	日常的には中庭や近所を散歩している。また、家族との外出支援の他に外食ツアーや買い物他に季節に応じてドライブや外出更には一泊旅行、日帰り旅行にも行っている。		

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	利用者の中核症状に合わせ、本人の意向を考え利用者がお金が管理できる人に支援を行っている。		
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	本人の希望により、家族や友人と電話や手紙のやり取りができる様に支援をしている。年賀状や暑中見舞いを家族に送っている。		
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	共有空間には、自然の光が入るようになっている。生活や季節を感じてもらおうようにカレンダーや季節の飾りつけの工夫している。		
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	和室やふれあい広場もあり気の合った利用者同士が居室で話したりと各自のニーズに対応した空間で過ごしている。		
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	家族と本人に使い慣れた物を中心に居室を整備してくれる様に話している。普段の整備を本人と職員で行っている。居室の展示も利用者と相談して展示して居心地のよい空間づくりに工夫をしている。		
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	建物全体がバリアフリーになっていてあらゆる所に手すりを設置している。車いすの利用者の方でも料理作りが出来るように工夫している。利用者の出来るところを考え表示をしている。		