

1 自己評価及び外部評価票

【 事業所概要(事業所記入) 】

事業所番号	2091900023		
法人名	株式会社 ライフサポート陽心		
事業所名	グループホーム和		
所在地	長野県東御市海善寺1101-1		
自己評価作成日	平成30年10月31日	評価結果市町村受理日	平成31年2月8日

※事業所の基本情報は、公表センター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://kaigo.nsyakyo.or.jp/modules/general/general_divindex.php?jigyo=2091900023
----------	---

【 評価機関概要(評価機関記入) 】

評価機関名	株式会社 マスネットワーク		
所在地	長野県松本市巾上9-9		
訪問調査日	平成30年11月28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) 】

<p>レク(特に歌)に力を入れている。歌に関しては大正～昭和まで様々な歌を歌ったり、聞いたり、それに合わせて踊ったりとしている。また、食事は毎回御利用者のそばで作り、暖かい状態でお出ししている。</p>

【 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) 】

<p>連なる山々を一望し、千曲の流れを眼下に見下ろす東御市北部に新興住宅地がある。その一角にグループホーム和がある。「気付く・気が付く・仕事ができる」ことを理念に、職員は入居者さんや家族を大切に「気配り・心配り・思いやり」を合言葉に、日々の生活をともにしている。施設の隣には、入居者さんやその家族、地域の人などが集えるカフェが設置されており、交流の場にもなっている。</p>

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。ユニットが複数ある場合は、ユニットごとに作成してください。

ユニット名(グループ ホーム和)			
項目	取り組みの成果 (該当する箇所を○印で囲むこと)	項目	取り組みの成果 (該当する箇所を○印で囲むこと)
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向をつかんでいる。 (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ます。 (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)
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。 (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させている。 (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)		

自己評価及び外部評価結果

〔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。	就業前に、出勤職員が理念を読み上げている。	職員は施設内に掲示された理念を共有し、個人目標を立て、日々努力している。	
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。	地域の高齢者部会と連絡を取りながらお互いの行事に参加するなど、日常的に交流がある。また、地域の清掃当番などで交流している。	地区の高齢者の会の行事に参加し、日常的に交流がある。区の一員として清掃活動当番があるが、入居者さんは参加困難なため、職員が参加している。	
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。	地域住民から個別に相談を受けた場合、支援の方法などを伝えている。また、11月末に地域の民生委員・高齢者部会など見学・説明を行う予定です。		
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。	運営会議で話したことは、次月の職員会議で話し合いを行っている。	年6回の開催を心がけ、区長、民生委員、家族代表、退所した家族が出席し、報告と活発な話し合いができています。	
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。	市役所に用事がある時は、福祉課、包括、社協に話をするようにしている。電話に関しては、あまりできていない。	市役所に行った時には、関連窓口にも声掛けし、現状報告や情報交換をしている。必要に応じ、電話連絡や相談をしている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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。	身体拘束などは行わないよう、職員間で意識の共有は出来ている。玄関の施錠に関しては、1ヶ月前までは日中に行っていたが、現在はしないようにしている。	身体拘束をしないケアの意識の共有はできている。職員の交代と新規入所者が重なり、職員会で検討し、日中やむを得ず施錠していたが、半年で施錠は解除し、現在はしていない。	
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。	事業所内の研修で利用者本位のサービス提供について毎回行っている。その中で虐待についても行っている。		

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
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。	今年度は成年後見制度に関する勉強会は行ってない。今のところ自立支援、後見制度を活用している御利用者はいない。		
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。	重要事項説明書など簡単な言葉に置き換えて説明し、なるべく理解できるようにしている。		
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。	家族会(年1回9月)を通して、要望などを吸い上げる。また必要時、職員が家族に連絡をとり、その中で少しずつだが要望を吸い上げている。	家族会は年一回行っているが、欠席する家族もあり、意見、要望の把握には面会時や電話、面接などで話を聴く努力をしている。	
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。	職員会議(月1回)を通して、意見提案を吸い上げる。吸い上げられた意見は精査し、必要性が認められれば反映させる。	職員会議(月1回)で意見、提案をする時間を設けるとともに、日常の執務の中でも遠慮なく意見が言える。	
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。	現在、就業規則の見直しを図り、労働環境など負担が少なくなるようにしている。		
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。	職員に対して外部研修・内部研修など参加するよう調整している。Ojtlに関しては職員同士で行っている。		
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。	福祉事業者連絡会などの参加を通じて勉強会などの情報をフィードバックしている。		

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。	なるべくサービス開始時に職員が笑顔で積極的に話しかけ、お互いがどのような人間なのかを理解できるようにしている。また職員も自己開示を積極的に行い、話しやすい環境を作る努力をしている。		
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。	御家族が施設に気軽に来られるよう、初期の段階でいつでも来て良い旨を伝え、職員の方から積極的に話しかけるように努めている。もしくは御家族が話しやすいよう、なるべく忙しくないよう振る舞うことに努めている。		
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。	医療支援を必要としている御利用者と御家族がいるのでかかりつけ医や提携病院と連携しながら行っている。		
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。	職員・御利用者ともに役割を持たせ、なるべく同等の関係性を構築できるよう努めている。		
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。	家族が遠方に住んでおり、なかなか施設に来られない御家族などは本人に手紙を書くよう勧め、実際に出していただくようにしている。		
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。	馴染みの人もご高齢でなかなか会う機会を設けることが出来ない御利用者がある。海善寺地区のなかよしカフェに参加し、顔なじみに会える御利用者がある。	高齢化とともに外出、交流が困難になりつつあるが、関係が継続できるよう、職員は努力している。	
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。	御利用者同士の関係に関して、今までの生活環境等の違いで、掃除の仕方や食器の拭き方などが異なる。それに対して御利用者同士の関係が悪くなることもあるので職員が間に入るなどしている		

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。	契約終了後も運営推進会議に出席していた だけの御家族もおり、相談などを行っている。		
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。	職員会議または勤務中の職員同士で考えながらその都度、把握・検討している。	入所時のフェイスシート、生活歴を大切に、日ごろから入居者さんとの会話や表現が苦手の人には寄り添い、表情を汲み取り、職員が情報を共有し本人の意向を大切に支援している。	
24	0	○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。	フェイスシートや御家族の面会時、もしくは本人の行動などで把握するようにしている		
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。	新規の御利用者が増えたため、様子観察を行っている。また、連絡ノートに記入し、職員がわかりやすいようにしている。		
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。	全員が集まるのが難しいため、それぞれの意見を個別に聞き、調整している。なるべく本人の意向を第一に考え反映させる。	家族や会議に欠席のスタッフには個々に意見を聞き、利用者は日常の様子から推し量った上で職員会議の中で話し合っ て計画を立てている。モニタリングも月一回できている。	
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	記録を記入し、振り返り、介護方法へのフィードバックはしっかりとできている。		
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。	医療の受診など御家族が担いきれない事は相談しながら、こちらでサービスを代行している。		

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
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。	地域の団体、ボランティアと提携し、毎月歌教室などのイベントを開催し、御利用者楽しんでいただけるよう努めている。		
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。	施設入所前から利用しているかかりつけ医を継続利用。かかりつけ薬局ともこまめに電話などで連絡している。	入所前から利用しているかかりつけ医の継続受診を支援している。協力医療機関もあり、往診も可能。必要時には訪問看護も行われている。	
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。	看護職と報連相を密にし、連携を取っている。		
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。	サマリや連絡などで情報提供し、入院中は、こまめに面会しながら、看護師等と関係を作っている。		
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。	マニュアルを作成し、方針を職員同士共有できている。遠方の御家族には電話連絡し、状況を説明している。	入所時に重度化、終末期について説明している。重度化した場合には、かかりつけ医と相談しながら、利用者、家族、訪問看護師と話し合い、方針を共有し、希望に沿うよう支援している。	
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。	今年度の応急救急講習は人数の都合上参加できなかった。		
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。	現在、消防署と計画に関してやり取りの最中です。	年2回避難訓練を実施している。地区の防災訓練には職員が参加しているが、区が事業所の訓練には関わっていない。防災計画に関しては、消防署と相談中である。	火災以外の災害に対し、それぞれの具体的な方法の検討を望みたい。また、地区の住民や消防署の方の協力を得ることも大切と思われる。

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。	アンガーマネジメントなどの研修を行ったりしながら、職員が感情のコントロールをうまくできるように努め、言葉かけなどが荒くならないようにしている。	職員研修は個人情報保護、プライバシー保護の他に、アンガーマネジメントの研修も取り入れ、入居者さんの人格の尊重を心がけている。	
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	職員と御利用者との雑談や生活歴から、何がしたいかを把握できるよう職員が意識しながら接している。		
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。	業務中心になりがちなので、なるべく本人のペースに合わせるように努めているが、受診・イベントなどが重なった場合、職員側の都合で動くことがある。		
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。	着替えの前いくつかの服を見ていただき、どれがよいか聞きながら支援している。		
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。	利用者と一緒に食事を作ったり、洗い物をしたりとできている。	利用者は食材の買い物、調理の下準備、後片付け等、できる範囲で携わっている。食事中も、食材や献立についての会話が聞かれた。料理教室で、クレープを作り、食べることを楽しんでいる。	
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。	食事時間など利用者の状態に合わせて柔軟に対応している。		
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。	食後の口腔ケアは、しっかりとできている。		

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
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。	パターンなどは把握しているが、業務に集中してしまい、自立に向けた支援は出来ていない。	排泄の自立支援は、個々の状態により支援が行われている。声掛け、時間誘導、リハパン、パンツ等、工夫しながら実践できている。	
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。	ヤクルト、ヨーグルトなどの乳製品を、便秘気味の御利用者に提供しコントロールしている。		
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。	入浴日は設定していない。体調、温度、本人の意向を踏まえ、入浴していただいている。	最低週2回を目指し、利用者さんの体調、意思を尊重し、入浴時間、湯加減、リフト浴など、個人に対応し、支援している。	
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。	眠剤の調整、寝る前の足浴などなるべく快眠できるよう支援している。		
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。	薬の変更時は、申し送りノートに記入し、職員全員で薬の理解を行っている。また、ノートだけだと見落としもあり得るので、口頭で伝えている。		
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。	散歩、塗り絵、歌などのレクや洗濯物関連の作業などを分担し、職員も間に入って行っている。		
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。	安曇野への日帰り旅行などの行事として行っている。	日常的に施設周辺の散歩、買い物、理美容院など、希望する場所への支援をしている。年1回の小旅行も行っている。	

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。	お金がないと不安だという御利用者に対しては、御家族の了解を得て、少額ながら持っただけにしている。		
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。	現在は行っていない。		
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。	匂いや温度など五感に関する項目は、御利用者の表情、行動を見ながら対応している。	広い廊下、ガラス越しに見られる大きな石楠花食堂、居間の大きく開放された窓からの景色はゆったりとくつろげる。利用者と職員の会話には季節を感じさせるものがある。	
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。	共有空間から少し離れた場所にソファを置き、視界に入らないような工夫をしている。		
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。	個人持ちの家具や用具を居室に置いている。	居室には洗面台、ベッド、クローゼットが備えられている。その他、利用者が必要とする家具は使い慣れたものを持ち込み、個性ある居室になっている。	
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。	本人に合わせて福祉用具を使用し、本人がストレスなく過ごせるよう支援している。		

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	56	利用者家族アンケートに、施設(職員)側の対応について不満、不安、疑問を持たれている家族がいる。	御利用さまへのサービスの向上に、一層努めるとともに、家族の施設への理解、職員との信頼関係の向上に努める。	① 利用者・家族の個別の要望を把握し支援するように努める。 ② 利用者の生活の様子を、家族にこまめに伝える。 ③ 家族への丁寧な対応を行う。	12ヶ月
2					
3					
4					
5					

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。