

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	1090500214		
法人名	株式会社ベルフラワー		
事業所名	グループホームききょうの里		
所在地	群馬県太田市只上町2317番地		
自己評価作成日		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.kaijokensaku.jp/10/index.php?action_kouhyou_detail_2014_022_kani=true&Jigvovocd=1090500214-00&PrefCd=10&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	サービス評価センターはあとらんど
所在地	群馬県高崎市八千代町三丁目9番8号
訪問調査日	平成27年1月13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)】

定期受診は家族の方が受診に行く方もいるが、職員同行で先生に様子を伝えている。現在5名は往診対応している。
少しでも普段と様子がちがう時は、早めの受診をしている。

【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)】

ショートステイと併設の事業所である。ショートステイは家族の意向が強いがグループホームは利用者の考えや想いを優先すべきと考えて支援している。時間時間で何かをやるということはなく、ゆったりと過ごしてもらっている。毎日入浴を実施し、入浴時間も夕方の5時まで入れるため在宅生活時に近い支援をしている。利用者のできることをしてもらえるように個別的な係わりに取り組んでいる。

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)	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
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	日常生活支援に努めている	法人理念を事業所の理念としている。職員に対しては利用者の思いに添えるように理念に沿って支援していくことを共有している。	
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	交流はほとんどない状態である	地域の住民との付き合いは課題だと考えている。ボランティアの訪問はあるが回数は少ない。近くの小学校の運動会には出席した。	
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	行っていない		
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	参加家族様や運営推進委員から意見をきき介護の参考になっている	定期的に開催されているが市の担当者や家族・運営推進委員の出席がない回がある。活動・行事・研修報告を行い、避難訓練も会議の場で行った。	市担当者の欠席が1回みられ、家族等の参加が少ない日もある為、市担当者の毎回の出席及び多くの家族参加の下での意見交換を期待したい。
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	運営推進会議参加時に話をしている	空き情報を報告したり解らないことを質問し、日常的な報告をしている。更新代行をケアマネジャーが行っている。	
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	入口に鍵をかけている 身体拘束はない	玄関は外からは自動ドアのため入れるが出る時には暗証番号を押さないと開錠できない。居室の窓はストッパーが付いている。身体拘束についての研修は出席し、出席者が伝達研修をしている。	玄関の施錠についても、身体拘束に値することを理解の上、利用者の精神面等に配慮したケアへの工夫をお願いしたい。
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	入所者様の身体に異常がないか観察している		

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	対象になる利用者様は入所されていない		
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	来所時や必要な時は電話で状況を伝え、記録を残している		
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	意見箱への利用はない 面会時や連絡があった時に声を聞く様になっている	家族には月に1度は面会をお願いしている。利用者の日頃の状況を説明し、何か意見はないか電話でも聞いている。本人にはバイタルチェック時に聞くこともある。歌番組の希望がありディスクに録画し見てもらっている。	
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	月1回会議をしている 必要な時は、その都度話をしている	会議には全職員が参加し、利用者の現状報告をして支援方法のすり合わせを行っている。申し送りノートに職員は意見を書きサインを共有している。勤務体制等の変更は希望によりできる。	
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	研修に出席できる		
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	研修に参加してもらう 会議の時に話し合いをしたり、利用者様個別の話し合いを必要時している		
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	行っていない		

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
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	要望に耳を傾け、信頼関係を築く努力をしている		
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	入所時、面会時に要望を確認し、個別ケアに活かす努力をしている		
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	入所時、本人や家族の要望を確認し、慣れただけのように支援している		
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	利用者様ができる事は、声掛けをしてやっていただくように支援している		
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	お互いに意見交換をまめに、家族の方と共に支える努力をしている		
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	居室や談話室を利用してすごしてもらう様にしている	利用者それぞれの個別の馴染みの物や生活は読み取れないと感じている。利用者の毎年のお歳暮の用意等希望に応じて支援している。計算の好きな利用者はドリルをしている。	
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	利用者様がお互いに声かけ話をしたり、下膳等してもらうと、お礼を言いあっている		

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	他施設に移ったり、亡くなられた方は特に無いが、他施設移った方については先方より問合せがあった時に答えている		
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	望むケアを実現したいと思っているが「家に帰りたい」との希望を叶える事は出来ない	利用者からは日常の会話や行動等から意向を汲み取っている。家族からは面会時や必要に応じて電話等で希望を確認し、検討している。	
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	入所時、家族から聞かすが、わからない家族もいる プライバシーの問題もあるので限度がある		
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	心身ともに変化の大きい方がいるので、特に観察に努めている		
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	本人、家族、スタッフが話し合い、望むケアを提供するように努めている	モニタリングを毎月実施している。3か月毎にサービス担当者会議を行い、介護計画の見直しが行われている。状態変化時は随時、見直しをしている。	
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	プランの実施記録を共有し、見直している		
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	定期受診、往診、散髪等のサービスを支援している		

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
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	ボランティアの来訪がある		
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	利用者様の主治医に相談、指導を受けている	入居時に入居前のかかりつけ医か協力医に変更できることを説明し選択してもらっている。かかりつけ医の受診は基本的には家族だが職員も支援できる。協力医による往診が月に2回ある。必要時に訪問歯科を受診できる。	
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	看護職員がいないので利用者様の主治医と相談している		
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。	入退院時、情報の共有をしている 入院時は担当看護師と情報交換を行い、入院中の経緯を看護師から情報をもらっている 退院に備え連携室と連絡をとっている		
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	看取りはしていない 終末期は医療機関への入院になる	看取り支援はできないことを入居時に口頭で説明しているが指針は用意していない。医療が必要になった場合は主治医の判断を仰ぐ。	終末期に関する方針を文章化して、入居時に家族に説明して共有してほしい。
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	急変時は救急車を呼んでいる IMG吸引ノズルを置いている		
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回避難訓練を実施している 避難訓練は消防署により義務付けられている 良い評価をいただいている	併設の事業所と合同で、27年6月と10月に消防署の立会いなしで通報・避難・消火の総合訓練を実施。通報までは夜間想定で行い避難は昼間で実施した。10月の訓練には民生委員が参加している。備蓄は食料と水を用意している。	夜間想定訓練を実施すること、自主訓練を増加して、職員と利用者が避難技術を身に付けてほしい。

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
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	利用者を傷つけないような声かけや態度に努めている	命令や指示的な声掛け、無理強いをしないことを職員は共有している。洗濯物干しやたたみ、お盆運びなどできることをしてもらっている。同性介助を基本にしているができない時には同意を得ている。	
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	利用者様の思いを聞き、自分で決めていただく様に努めている		
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	日々の生活は利用者様のペースに合わせてるように努めている		
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	自ら髪の毛の乱れを気にされ、ブラッシングしている方もいる 外出時は特に気をつけている		
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	厨房があるので食事作りはしていない 手作りおやつをしたり、外食に出かけている	併設のショートステイの厨房で作った食事が運ばれる。事業所で作ることが無い為、おやつやうどん打ちを利用者と一緒に作っている。希望で一人の利用者には食後にコーヒーを提供している。行事食にはひな祭りやお節の伝統食が提供される。	献立を掲示して利用者に知らせてほしい。飲み物のメニューを作り利用者の選択の機会にしてほしい。
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	栄養士がカロリー計算をしている 水分はまめに摂っている		
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、声かけし出来る人は自分でしてもらい、他の人は手伝っている		

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	リハビリパンツ、パットを使用している人はいる 訴えがある時はトイレ介助し、訴える事ができない方は時間をみて声かけ介助している	チェック表を参考にトイレでの排泄を支援している。介助者が一人おり、誘導支援をしている。自立者として布パンツ使用者が4名おり確認はさせてもらい快適な支援を心がけている。	
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	水分を多目に飲んでもらう 主治医と相談し対応している		
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	毎日、入浴している人もいる 入りたい時に入浴できる様に努めている 介助者を指定する人もいる (男女の指定)	今日入りたいと希望する利用者もおり、毎日声をかけている。中には自分で曜日を決めて入っている人もいる。午前中から午後の5時頃まで入浴時間としている。	
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	朝日を浴びてもらう グループホーム内の散歩		
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	処方箋で確認している 自分で内服できる人は見守り、できない人には内服介助の支援をしている		
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	下膳、洗濯物を干す、たたむ、テーブル拭き、おしぼり巻き、食事カートを押す等お願いしている		
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	外食、散髪、受診、季節により出かけている	家族との通院時に外食をして来たり、外食ツアーとして月に1回出かけている。天気の良い日にはテラスに出ることもある。	

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	お金は施設で預っている 外食時は本人に確認していただき支払っている		
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	季節によりハガキが来る人もいる		
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	季節感を取り入れる様に努めている	清潔で臭いも無く明るい。利用者同士の会話が聞こえてくる。自立者が多くそれぞれ自由に過ごす空間になっている。	
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	同じテーブルの人と話をしたり、自分で移動し話をする人もいる ソファーや居室でくつろいでいる人もいる		
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	利用者様と家族の方が配置している	洗面台・エアコン・タンスが備え付けてある。身の回り品が整理されている。自立者が多く、居室も不快な臭いはしない。	
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	同じ環境を維持できるように努めている		