

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	4671200253		
法人名	(有)協愛介護サービス		
事業所名	グループホーム協愛		
所在地	鹿児島県霧島市国分新町一丁目6番52-17号		
自己評価作成日	平成22年6月25日	評価結果市受理日	平成22年9月1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.kagoshima-kaigonet.com/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 シルバーサービスネットワーク鹿児島		
所在地	鹿児島市真砂町34番1号 南光ビル303号		
訪問調査日	平成22年7月26日	評価結果確定日	平成22年8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)】

母体病院や居宅介護事業所に隣接されています。日頃より病院との連携を取っているため、体調変化への対応も早く安心して生活できます。地域の行事に参加したりボランティアの方々の来所も多く、施設内の行事にもご家族や地域の方も参加して下さいます。スタッフは全員いつも笑顔で利用者様との会話を大切にしています。

【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)】

市の中心部に近い地域に建てられたホームであるが、目の前には稲穂がそよぎ、季節を感じながらゆったりとした時間が流れている。職員は明るい笑顔を心がけ、常に利用者との対話を大切にしている。関連法人の医療機関と隣接しており、状態変化時や緊急時における支援体制が充実しているため、利用者やご家族は、大いに安心して生活することができる。町内会に加入しており、地域行事への参加や踊りなどのボランティアを招いた行事にも力を入れている。運営推進会議を兼ねた遠足には、民生委員や老人クラブ会長をはじめ、保険者である市担当者、地域包括支援センター職員が参加するなど、地域や行政と連携協力して運営に取り組む姿勢が伺える。

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。(グループホーム 協愛-A棟)

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、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			

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	4671200253		
法人名	(有)協愛介護サービス		
事業所名	グループホーム協愛		
所在地	鹿児島県霧島市国分新町一丁目6番52-17号		
自己評価作成日	平成22年6月25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.kagoshima-kaigonet.com/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 シルバーサービスネットワーク鹿児島
所在地	鹿児島市真砂町34番1号 南光ビル303号
訪問調査日	平成22年7月26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)】

母体病院や居宅介護事業所に隣接されています。日頃より病院との連携を取っているため、体調変化への対応も早く安心して生活できます。地域の行事に参加したりボランティアの方々の来所も多く、施設内の行事にもご家族や地域の方も参加して下さいます。スタッフは全員いつも笑顔で利用者様との会話を大切にしています。

【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。(グループホーム 協愛-B棟)

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、安心して暮らしている (参考項目:28) ○		

自己評価および外部評価結果

グループホーム 協愛(A棟)

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	地域密着型の運営理念を作成しており、スタッフルームに提示し、常に義務付け毎朝全員で唱和し、実践できるように努力している。	地域密着型サービスとしての意義や役割を考へて職員全員で話し合い、利用者の思いが叶うホームを目指した理念を作っている。理念は朝礼で唱和し玄関等に掲示しており、声かけや対応方法など、理念に基づいたケアの実践に努めている。	
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	町内会の地域行事に参加したりボランティアの方々の訪問など、交流が行われている。	町内会に加入しており、行事案内を受けたり、こちらからもホーム便りを町内会に回覧するなどして地域とのつながりを保っている。老人クラブからボランティア訪問に来てくださったり、ホームの行事に招待するなど、住民との交流を積極的に行っている。	
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	毎月のホーム便りを地域部落に回覧して頂き、今年度2回ほど見学に見えたが貢献まではいたっていない。		
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	運営推進会議での話し合いで具体的な意見はあまりないが、良かったこと・失敗談などによりアドバイスを受けるようにしている。	会議には、ご家族代表や住民代表、市担当者及び地域包括支援センター職員が参加している。ホームの活動や行事予定の報告のほか、出席者からの意見や提案、要望も出され、改善対策に取り組むなど、サービス向上に活かしている。ご家族の代表は交代で参加し、その他のご家族に対しては、ホーム便りに“運営推進会議報告”のコーナーを設けて報告している。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	介護相談員の受け入れを年に3回行い、ケアに対するアドバイスを頂いている。	地域のグループホーム協議会主催の行事や研修会に市担当者も参加しており、互いに連携協力している。運営推進会議の前後にも、利用者の暮らしぶりを見てもらったり、ホームの行事に招くなどして、協力関係を築いている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指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	玄関は常に開放して自由な生活をしている。又、スタッフ全員の見える場所に資料が貼ってあり、身体拘束について理解して日々ケアに取り組んでいる。	身体拘束廃止委員会を設置し、身体拘束をしないケアの取り組みについて職員の理解を促している。新入職員に対しては、新人研修の中で身体拘束について指導し、スタッフルームに関係資料を掲示して常に確認できるようにしている。	

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
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	月一回の会議に参加しており、報告を受けると同時に参加できない場合には議事録に目を通し、全員が把握し防止に努めている。		
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	特別に勉強会は行っておらず、色々なパンフレットをスタッフルームの目の届く場所においているが見るか見ないかは個人に任せている。		
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	入所時に家庭・利用者の意向や不安に思っている事等を聴き、納得いただけるまで説明を行っている。又、入所後も疑問に思っていること・質問だ度には責任を持って答えるようにしている。		
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	苦情・相談窓口を設けており、玄関に仕組みのパンフレットや苦情処理箱が置いてあり、重要事項説明書の中にも連絡先などが書いてある。	運営推進会議には、ご家族が交代で参加されている。介護相談員の受け入れを年三回行ったり、意見箱を玄関に設置することで、意見を聞く機会を設けている。また面会時には、お茶を飲んでいただきながら、相談や要望を引き出せるように努めている。	意見箱に加えて、メモ用紙や筆記用具を準備することで、さらに気軽に意見や要望を表出しやすい環境を整えていただきたい。
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	管理者は職員会議や申し送りなどで出た意見を必要に応じ運営者にも報告している。	毎月開かれる職員会議の中で、業務改善やケアの方法について話し合ったり、利用者の受け入れの報告を行っている。また、職員から行事計画についての提案を出してもらい、内容を協議しながら、サービスの向上に取り組んでいる。	利用者の受け入れに関して、決定前にも現場職員の意見を聞き、体制を整えるための話し合いも持つなど、職員の意見をさらに反映させる取り組みに期待したい。
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	管理者は運営者に、職員の業務に対する努力や実績などを書類などにより報告している。		
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	力量を把握している。新人研修や現任研修を行って実践にいかしている。		
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	霧島ブロックのグループホーム協議会主催の研修会に出席している。		

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	入所された時に蜜にコミュニケーションをとりながら、不安などを聞き出すように努めている。		
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	面会に来られた際に笑顔であいさつしたり、現状報告したりして家族が話しかけやすい環境づくりに努めている。毎月1回個人用にお便りを出し、利用者の日頃の生活を伝えて信頼を深めている。		
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	入所される際によく家族と話を必要に応じて主治医の指示をもらいリハビリを受けたリ作業療法を受けていただいている。		
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	毎食後のお盆拭きや食器拭き・洗濯物たたみ等、又、季節により野菜作りや花作りなどを一緒に行っている。		
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	行事などには必ず家族への声かけを行い参加をしてもらっているが、参加される家族は限られている。		
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	家族の協力をもらい可能な限り外出し、墓参りや友達との交流を図ってもらっている。	ご家族の協力を得ながら、外出して近所の方々と交流したり、墓参りをする機会を作っている。ボランティア訪問で来られた知人と会話を楽しむなど、馴染みの関係が途切れない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	利用者同士の係わり合いが難しい為、スタッフが間に入り会話が成り立つようにしている。		
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	退所される時は病院入院になるのが殆どなので、時々面会に出向いている。		

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
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	利用者本人からの希望・意向は聞かれないが、利用者の表情により把握するように努めている。	利用者の行動や表情、独特のサインなどから意向の把握に努め、申し送りや職員会議の中で話し合いながら本人本位にケアの方法を検討している。食事については、食材の調理方法を相談したり、バイキングの際に本人の嗜好を把握するように努めている。	
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	入所時、利用者本人や家族から、これまでの暮らし方などを聞きスタッフ間で情報を共有している。		
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	担当者会議や職員会議等の情報交換により個々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	担当者会議を開き、本人・家族の意向を取り入れながら個人にあった介護計画を作成している。モニタリングは3ヶ月に1回行っている。	担当者会議には、本人、ご家族、主治医及び看護師が参加しており、ご家族が出席できない場合は面会時に意向を聴取して介護計画を作成している。計画作成後は一ヶ月でモニタリングを行い、その後は三ヶ月に一回実施して、職員全員で話し合いながら現状に即した介護計画を作っている。	
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	ケア日誌や経過記録を記入し、職員間で情報を共有している。問題が生じた都度介護計画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	問題が生じたときには家族を含め話し合いながらサービス提供に努めている。		

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
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	地域の行事にも参加しており、定期的にボランティアの方々とも交流している。		
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	家族の理解のもと内科は近隣の協力病院と連携をとりながら受診している。他科受診はその都度家族に連絡し受診している。	利用者の体調不良時に、協力医療機関と連携して外来受診の支援を行っている。他科受診の際はご家族に連絡しており、主治医に紹介状を書いてもらい、適切な医療が受けられるように支援している。基本的には職員が同行している。	
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	特変があった場合は必ず報告している。必要があれば病院受診をしている。		
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。	入院された場合は少なくとも1日おきに面会に行き、利用者への声かけや家族・看護スタッフと情報を交換し、早期退院や退院後の介護に役立てている。		
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	早い段階から家族に説明し、話し合いをしている。担当医とも相談している。	利用者の状態が変化したり重度化した場合などは、その都度ご家族の意向を確認し、主治医や職員とも話し合いながら対応している。重度化や終末期におけるホームとしての支援体制や方針について、具体的に明文化したものは無い。	ホームとしての力量や体制を考慮し、現状で対応し得る最大のケアについて明文化し、職員を含む関係者間で方針を共有することが望まれる。
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	マニュアルは作成し、誰でも見れるところにおいてあるが定期的に訓練は行っていない。		
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、地域の協力をもらいながら消防訓練を行っている。	スプリンクラー及び自動通報装置が設置されている。年に二回、消防署の協力のもと、夜間想定での消防訓練を実施している。関連法人の病院が隣接しており、非常時の協力体制が整っている。	

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	その人にあつた分かりやすい言葉で声かけしている。トイレをしている際に見守りのためにドアを開けっ放しにしていることがある。	利用者に声かけする際には敬意を払い、失禁時の対応についても、羞恥心に配慮したケアを心がけている。	
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	本人の思いや希望を聞き、出来ることは実行できるように努力している。		
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	希望を聞くようにはしているが希望が聞かれない場合が多い。音楽をかけたり、リズム体操をしたりして利用者の反応を見ながら対応している。		
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	今、意思表示できる人は本人に服を選んでもらっている。意思表示のない利用者はスタッフがやっている。		
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	食事の準備など出来る人は居ないが、食事前から食事に掛けて献立の内容など会話をしている。片付けは数名の利用者をお願いしている	テーブルやお盆を拭いてもらうなど、利用者の力量を活かせるように取り組んでいる。献立は関連法人の栄養士が作成しているが、菜園で採れた野菜や差し入れの食材もメニューに加えている。また、誕生日にはケーキを作るなどして、食事が楽しみなものとなるように工夫している。	
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	食事や水分摂取量を記録し、摂取量の少ない人への対応を行っている。その人の好みに応じた工夫をしている。		
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	毎食後の口腔ケアを徹底している。その人に合わせた口腔ケアを行っている。		

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	排泄チェック表をつけており一人一人の排泄パターンにより支援している。	排泄チェック表に排泄回数を記録し、トイレへの誘導も時間を決めて行っている。利用者によっては、排泄の自立へ向けた支援計画が立てられているが、実際の取り組みは今後の課題である。	計画中の利用者について、自立に向けた支援を実行することで成果や課題を発見し、さらなるサービスの質向上に努めていただきたい。その上で、ホームの標準的なサービスとして、他の利用者に対しても積極的な取り組みを期待したい。
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	繊維質の多い物を食事やおやつに取り入れている。水分摂取が少ないためゼリーなど工夫しながら摂っていただいている。		
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	入浴時間は決められているがその人の体調や気分により時間をずらしている。入浴日ではなくてもその人のその時の状況で入浴していただいている。	週三回、午前中の中の入浴となっているが、外出後やその日の体調、本人の希望に応じていつでも入浴できるように柔軟に対応している。	
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	その人の体調や気分に応じて休息してもらっている。本人の希望に応じて支援している。		
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	内服管理表を作成しており、スタッフが目の届くところにおいてあり、症状変化の際には確認を行っている。		
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	一人一人に合わせた役割をしてもらっている。(カレンダーめぐり・お盆拭き・洗濯物たたみ)等。季節の野菜の収穫とか楽しんでもらっている。		
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	利用者からの希望は聞かれないがその日の利用者の状況を見ながら戸外へ連れ出したりしている。戸外への行事も1~2か月に1回は組んであり、家族や地域の方が参加される。	ファミリーレストランや百円均一ショップなどに出かけている。外出については担当者を決めており、事前の下見や打ち合わせを行っている。正月には、初詣にも出かけている。日常的には敷地内の菜園を見に行き、実った野菜を収穫するなど、なるべく戸外へ出かける機会を作っている。	

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	理解力に乏しく、自己管理が出来ない方が多い為お金はホームで管理しているが、買い物行事などでは好きな物を選んで頂き支払うまでしていただいている。		
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	本人が電話など希望したときは取り次ぎ、自由に話ができるように支援している。手紙は投函などの援助を行っている。		
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	季節の花を飾ったり、季節の物を置いたり利用者の作品など展示したりして環境整備に心がけ、気持ちよく過ごせるように支援している。	ホールの天井は高く、天窓のステンドグラスを通してやさしい光が差し込んでいる。壁には七夕飾りなどの装飾品が飾られ、季節を感じられるように工夫している。ホールにはソファが置かれ、ウッドデッキも設置されており、利用者が思い思いの空間で過ごせるように配慮している。	
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	テレビ視聴されたり、読書・音楽を聴いたり・歌ったり・部屋でゆっくり過ごしたりと思思いに過ごせるようにしている。		
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	入所時に家庭より使い慣れたものを持ってきていただいたり、本人が生活しやすい環境を作っている。	ラジオや植木鉢など、利用者それぞれに慣れ親しんだ物が持ち込まれている。生活の動線に応じてベッドの位置を変えるなど、居心地良く過ごせるように工夫している。	
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	利用者の能力に応じてベッド横に手摺りをつけたり、滑り止めマットを使用したりしている。タンス引き出しには分別内容を書いて取り出しやすいようにしている。		

自己評価および外部評価結果

グループホーム 協愛(B棟)

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	地域密着型の運営理念を作成しており、スタッフルームに提示し、常に義務付け毎朝全員で唱和し、実践できるように努力している。		
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	町内会の地域行事に参加したりボランティアの方々の訪問など、交流が行われている。		
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	毎月のホーム便りを地域部落に回覧して頂き、今年度2回ほど見学に見えたが貢献まではいたっていない。		
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	運営推進会議での話し合いで具体的な意見はあまりないが、良かったこと・失敗談などによりアドバイスを受けるようにしている。		
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	介護相談員の受け入れを年に3回行い、ケアに対するアドバイスを頂いている。		
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	玄関は常に開放して自由な生活をしている。又、スタッフ全員の見える場所に資料が貼ってあり、身体拘束について理解して日々ケアに取り組んでいる。		
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	月一回の会議に参加しており、報告を受けると同時に参加できない場合には議事録に目を通し、全員が把握し防止に努めている。		

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	特別に勉強会は行っておらず、色々なパンフレットをスタッフルームの目の届く場所においているが見るか見ないかは個人に任せている。		
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	入所時に家庭・利用者の意向や不安に思っている事等を聴き、納得いただけるまで説明を行っている。又、入所後も疑問に思っていること・質問だ度には責任を持って答えるようにしている。		
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	苦情・相談窓口を設けており、玄関に仕組みのパンフレットや苦情処理箱が置いてあり、重要事項説明書の中にも連絡先などが書いてある。		
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	管理者は職員会議や申し送りなどで出た意見を必要に応じ運営者にも報告している。		
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	管理者は運営者に、職員の業務に対する努力や実績などを書類などにより報告している。		
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	力量を把握している。新人研修や現任研修を行っていて実践にいかしている。		
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	霧島ブロックのグループホーム協議会主催の研修会に出席している。		

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	入所された時に蜜にコミュニケーションをとりながら、不安などを聞き出すように努めている。	
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	面会に来られた際に笑顔であいさつしたり、現状報告したりして家族が話しかけやすい環境づくりに努めている。毎月1回個人用にお便りを出し、利用者の日頃の生活を伝えて信頼を深めている。	
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	入所される際によく家族と話を必要に応じて主治医の指示をもらいリハビリを受けたり作業療法を受けていただいている。	
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	毎食後のお盆拭きや食器拭き・洗濯物たたみ等、又、季節により野菜作りや花作りなどを一緒に行っている。	
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	行事などには必ず家族への声かけを行い参加をしてもらっているが、参加される家族は限られている。	
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	家族の協力をもらい可能な限り外出し、墓参りや友達との交流を図ってもらっている。	
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	利用者同士の係わり合いが難しい為、スタッフが間に入り会話が成り立つようにしている。	

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	退所される時は病院入院になるのが殆どなので、時々面会に出向いている。		
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	利用者本人からの希望・意向は聞かれないが、利用者の表情により把握するように努めている。		
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	入所時、利用者本人や家族から、これまでの暮らし方などを聞きスタッフ間で情報を共有している。		
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	担当者会議や職員会議等の情報交換により個々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	担当者会議を開き、本人・家族の意向を取り入れながら個人にあった介護計画を作成している。モニタリングは3ヶ月に1回行っている。		
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	ケア日誌や経過記録を記入し、職員間で情報を共有している。問題が生じた都度介護計画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	問題が生じたときには家族を含め話し合いながらサービス提供に努めている。		

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	地域の行事にも参加しており、定期的にボランティアの方々とも交流している。		
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	家族の理解のもと内科は近隣の協力病院と連携をとりながら受診している。他科受診はその都度家族に連絡し受診している。		
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	特変があった場合は必ず報告している。必要があれば病院受診をしている。		
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。	入院された場合は少なくとも1日おきに面会に行き、利用者への声かけや家族・看護スタッフと情報を交換し、早期退院や退院後の介護に役立っている。		
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	早い段階から家族に説明し、話し合いをしている。担当医とも相談している。		
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	マニュアルは作成し、誰でも見れるところにおいてあるが定期的に訓練は行っていない。		
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、地域の協力をもらいながら消防訓練を行っている。		

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	その人にあった分かりやすい言葉で声かけしている。トイレをしている際に見守りのためにドアを開けっ放しにしていることがある。
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	本人の思いや希望を聞き、出来ることは実行できるように努力している。
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	希望を聞くようにはしているが希望が聞かれない場合が多い。音楽をかけたり、リズム体操をしたりして利用者の反応を見ながら対応している。
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	今、意思表示できる人は本人に服を選んでもらっている。意思表示のない利用者はスタッフがやっている。
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	食事の準備など出来そうな人は居ないが、食事前から食事に掛けて献立の内容など会話をしている。片付けは数名の利用者をお願いしている
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	食事や水分摂取量を記録し、摂取量の少ない人への対応を行っている。その人の好みに応じる工夫をしている。
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	毎食後の口腔ケアを徹底している。その人に合わせた口腔ケアを行っている。

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	排泄チェック表をつけており一人一人の排泄パターンにより支援している。		
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	繊維質の多い物を食事やおやつに取り入れている。水分摂取が少ないためゼリーなど工夫しながら摂っていただいている。		
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	入浴時間は決められているがその人の体調や気分により時間をずらしている。入浴日ではなくてもその人のその時の状況で入浴していただいている。		
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	その人の体調や気分に応じて休息してもらっている。本人の希望に応じて支援している。		
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	内服管理表を作成しており、スタッフが目の届くところにおいてあり、症状変化の際には確認を行っている。		
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	一人一人に合わせた役割をしてもらっている。(カレンダーめぐり・お盆拭き・洗濯物たたみ)等。季節の野菜の収穫とか楽しんでもらっている。		
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	利用者からの希望は聞かれないがその日の利用者の状況を見ながら戸外へ連れ出したりしている。戸外への行事も1~2か月に1回は組んであり、家族や地域の方が参加される。		

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	理解力に乏しく、自己管理が出来ない方が多い為お金はホームで管理しているが、買い物行事などでは好きな物を選んで頂き支払いまでしていただいている。		
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	本人が電話など希望したときは取り次ぎ、自由に話ができるように支援している。手紙は投函などの援助を行っている。		
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	季節の花を飾ったり、季節の物を置いたり利用者の作品など展示したりして環境整備に心がけ、気持ちよく過ごせるように支援している。		
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	テレビ視聴されたり、読書・音楽を聴いたり・歌ったり・部屋でゆっくり過ごしたりと思い思いに過ごせるようにしている。		
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	入所時に家庭より使い慣れたものを持ってきていただいたり、本人が生活しやすい環境を作っている。		
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	利用者の能力に応じてベッド横に手摺りをつけたり、滑り止めマットを使用したりしている。タンス引き出しには分別内容を書いて取り出しやすいようにしている。		