

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	0874000193		
法人名	株式会社 スマイルケア		
事業所名	グループホーム「にこにこ」		
所在地	茨城県つくばみらい市福岡1272		
自己評価作成日	平成22年9月15日	評価結果市町村受理日	平成22年11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	http://ibaraki-kouhyou.as.wakwak.ne.jp/kouhyou/infomationPublic.do?JCD=0874000193&SCD=320
----------	---

【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認知症ケア研究所
所在地	茨城県水戸市酒門町字千束4637-2
訪問調査日	平成22年10月14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)】

一家和楽を理念とし、喜びも悲しみも入居者職員共に共有し、家族として日々を過ごしております。ホーム職員の皆さんへは行動目標をたて、各ユニットごとでは1年通した介護目標をたて、入居者の皆様にその方らしく生活して頂ける様、日々を送っております。

【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)】

主要な県道から奥に入り、季節の花々が咲く閑静な場所にあります。またデイケアサービスとの併設により、入浴サービスの支援についてホームの利用者が使用できるようになっています。日々の犬散歩や利用者の散歩により少しずつではあるが地域との交流が持てるようになってきている。オーナーが地元ということで、オーナー自らが部落への関わりを積極的に行っている。

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) ○	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	一家和楽という地域密着型になる前からの理念である。理念の共有実践は出来ている。	経営理念を下に、各ユニットが年間目標を立案している。目標は、日々の日報に記入され共有している。また月1回のカンファレンスで、達成の程度を確認している。	
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	具体的な活動はないが、散歩や買い物時でのあいさつなどを交わし交流している。	地元の利用者の方を通して、盆踊り、太鼓保存会、お正月の獅子舞、小学校の運動会、文化祭、クリスマスのリース作り、中学校の職業体験などの交流を行っている。	
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	特に無い。		
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	ご要望などを、伺いサービスの向上に努めている。	2ヶ月に1回行うように取り組んでいる。参加者は利用者家族の希望により各ユニットから2名に変更される状況である。民生委員、介護保険課、管理者、各ユニット長、ケアマネの参加にて行っている。議事録は、ホームへの要望が記入できるようにアンケート用紙を同封し家族に郵送している。	
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に取り組んでいる	取り組んでいる。	市のグループホームを中心に、連絡会が今年発足した。今後協議会を中心に、研修会、発表会、親睦会を行っていく予定である。	
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	事務室への掲示をし、身体拘束をしないケアの実践が行えている。また継続して意識をもってケアに取り組む。	身体拘束に疑わしい場合は、スタッフ間で確認している。玄関には、センサーが設置されているが職員と利用者の区別ができるような工夫がされている。車椅子の点検は、業者に依頼して月に1回行っている。	
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逃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	入居者が安全で安心して毎日を送れる様充分注意している。今後もホーム独自で勉強する機会をもつ。		

茨城県 グループホーム「にこにこ」

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	学ぶ機会をもっともつ必要がある。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	十分に説明し、同意を得ている。また、ホームの特徴も説明している。		
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	ご意見箱の設置の周知も行っていく。 運営推進会議では随時報告をしている。	意見箱を設置しているが、活用されていない状況である。家族会時や面会時に管理者、ユニットリーダー、担当スタッフが意見を聞くようにしている。傾聴ボランティアが、月に2回入っているが情報は特に入らない状況である。	
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	定期の会議や随時で話を聞く機会を設けている。全て反映出来ている訳ではない。	随時管理者やユニットリーダーが意見を聞くようにしている。ハード面に対する意見については改善できない状況があるので、管理者が意見を聞くようにしている。	職員の意見の反映は、日々の利用者への支援に影響することも考慮される。意見や提案を聞く機会を設けていただくよう検討を期待いたします。
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	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	法人内の定期研修会の開催、随時の外部研修参加を行っている。		
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	開始したばかりで、現在交流は管理者のみ。		

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	心身の状態を考慮しながら、生活の目標をすすめている。 また、担当をつけ身近に出来る事から支援している。		
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	家族会や面会時、またその都度電話等で報告し、ご家族の意見や思いを聞く機会を多く作っている。		
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	努力している。		
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	職員の一方通行にならない様、また生活を共有している意義をもって支え合いの関係作りに努力している。		
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	ご家族の思いや希望に配慮し、互いに協力し合いながら、ご本人を支えている。		
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	ご家族の環境・条件等で、難しいケースもあるが努力はしている。	遠方からの友人や近隣の友人が面会に来ている。家族の協力をえながら、自宅への外泊を行っている。お墓参りの支援を行っている。	
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ご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	入居者各々の生活暦や性格、ホームでの思いや希望に配慮し、関係作りに努力している。		

茨城県 グループホーム「にこにこ」

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	今後、ホーム独自の支援・関係作りを考えていく必要がある。		
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	困難なケースの場合は、他機関に相談したり担当者会議などでご本人の意向に沿えるように進めている。	利用者の行動パターンを把握しテレビの位置を天井からつる工夫がされた。各ユニットリーダーや担当スタッフが、思いや意向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	経過をみながら再評価しなければならない所は、できる範囲で支援している。		
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	把握の継続をしながら、見直しが必要な状況がないか観察を行い対応している。		
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	かかりつけ医・ご家族・他機関の利用等、介護計画に活かしている。	各ユニット毎に、利用者の情報の共有に工夫がされている。計画は、6ヶ月毎の見直しを行い、事前にサービス担当者会議の要点、情報をまとめている。突起情報や早期対応が必要とされる場合は、利用者家族の協力をえながら家族と共に短期目標を設定している。	
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	業務日誌ケア記録支援経過それぞれに記録し職員間情報を共有している。		
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	リハビリ支援機関の利用や医療マッサージの利用等、今気づく範囲では行っている。		

茨城県 グループホーム「にこにこ」

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	ボランティアの受け入れがまだ少ない。今後のあり方等、課題点がある。		
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	月2回の訪問診療で、ご本人・ご家族も安心して受診している。急変時等、体調の変化ある時等がかかりつけ医との連携はかかせない。	長期通院治療については、家族が行っている。突発受診については、スタッフが付き添い電話連絡により家族に報告している。入所時に、緊急時のマニュアルとして、同意を下に搬送病院を決定している。	
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	かかりつけ医へ報告している。		
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。	主になる医療機関の地域連携室との連携を行っている。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	看取り介護については、ご家族へ説明を行い、希望の場合他ホームの情報やホームで最大限に出来ること等かかりつけ医へ相談・連携を計りながら、ご家族と共有の思いで支援している。	看取りについて、希望される利用者家族については、随時同意書を作成し行っている。利用者の病状変化に合わせて、その都度共有しながら行っている。	看取りについて、同意書をその都度作成している現状ではある。入所時に、看取りについて説明を行っている状況ではあるが、説明だけでなく、説明している同意書について検討をしていただきたい。
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	急変時の対応を勉強会等で学ぶ機会はあるが、実践の内容によっては限られる場合もある。		
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回の防災避難訓練を実施している。地域との協力体制は一部出来ている。	年2回、日中、夜間想定避難訓練を行っている。民生員の参加により近隣の住民の参加について検討している。避難訓練の結果、ハード面である避難経路について経営者、管理者との検討をしている。	避難訓練を通して、近隣住民の参加により利用者の避難誘導について再検討を行っていただきたい。また具体的な方法を見直していただきたい。

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	認知症勉強会の継続をしている。また、職員間での対応策等勉強・努力している。	スタッフ一人一人が認知症について理解し、勉強会を行い共有を図っている。方言やあだ名を用いて利用者一人一人に合わせ、また個別的ニーズに合わせた支援をしている。	
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	言葉や態度での表出が出来難い入居者には、こちらから出来るだけ働きかける様になっている。		
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	時には業務優先になりがちである。支援での個人差はある。		
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	おしゃれは楽しみにしている入居者もいる。ご家族の協力を得ながら出来る範囲の支援をしている。		
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	食事の準備が出来る方は出来る範囲で行って頂いている。また、食べたい物のアンケートをとることもある。	メニューについては、業者に依頼している。おやつや食べたい希望があるときは、随時利用者と共に作っている。家族、利用者の希望により、管理室での飲酒の許可をしている。利用者は、配膳下善をスタッフと共に言い、スタッフは利用者と一緒に食事をしている。	
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	一人ひとりの状態や病状に応じてその都度対応支援している。		
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	夕食後に口腔ケアを実施している。口腔内の状態や義歯等の違和感、破損等の観察を行い訪問歯科に受診している。		

茨城県 グループホーム「にこにこ」

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	一人一人の身体能力や排泄リズム、認知状況に応じて対応している。	声かけ誘導により、オムツ外しに取り組んでいる。また、夜間のポータブル使用している利用者についても、日中はトイレ使用の支援をしている。	
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	運動能力等、個人差がある各入居者の排便状況の観察と記録をし、かかりつけ医へ相談・対応している。便秘が及ぼす影響等は、ミーティングにのせていく。		
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	入浴日を決めており、一人ひとりの希望に沿えている人といない人がいる。	入浴については、週4日の入浴日を設定し外出支援を考慮し週2~3の入浴を行っている。また、汚染時や希望により随時入浴支援を行っている。	
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	ほぼ出来ている。		
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	薬の副作用・用法の理解が不足していると思われる。誤薬時はかかりつけ医へ相談し指示を受け、ご家族へ報告している。		
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	外出や食事、楽しみ事等、今出来る事を考えながら支援しているが、表現力の個人差はある。		
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	大きなイベントでは地域との交流がある。誕生日・食事外出等、計画的に個別で対応している。	利用者の希望による外出支援や買い物、食材などの買い物の同行を行っている。希望の利用者には、図書館への同行支援をおこなっている。また、地域交流やイベント参加については、事前に利用者家族への報告をしている。	

茨城県 グループホーム「にこにこ」

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	ご本人の希望を聞き自己管理をされている方もいる。ご家族のホーム管理希望の時はご本人と話し合いで決めている。		
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	行えているが個人差はある。		
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	危険や刺激がない様、また居心地良い環境を作る努力をしている。テーブルの見直しを検討している。季節感を取り入れる努力が必要。	木造住宅で落ち着いた雰囲気である。また、広々としたリビングとなっている。利用者一人一人に合わせた椅子が選択されている。掲示物は、四季折々のものや利用者が作った物など居心地の良い空間となっている。	
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	共有のスペースがもう少し必要。		
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	ご本人ご家族と話し合いながらその都度検討工夫している。	居室には、使い慣れた家具や希望により仏壇の持ち込み、写真、お花など居心地良い空間作りがされている。	
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	長期入居によるADLの低下により、不具合な部分があるが、職員の工夫で環境を作っている。		

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	7	運営に関する職員の意見反映について	意見や提案を聞く機会を設け、反映する。	全体会議を設け、所長や社長へ会議参加をしてもらい、職員の意見や提案を聞く機会を設ける。	12ヶ月
2	12	看取りについての説明と同意を頂いているが同意書にサインを頂いていない方がいる。	入居時に看取りの説明をし、同意を頂いた証を残す。	重度化に関する指針の説明を入居者ご家族へ行い、同意のサインを頂いていく。	12ヶ月
3	13	災害対策。	防災避難訓練時の近隣住民の参加が出来ていない。	6月と12月の防災避難訓練を近隣住民の方へPRする。 運営推進会議時に委員の方へ相談し、方策を練る。	12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、行を挿入して下さい。