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	0770700649				
法人名	株式会社想健				
事業所名	グループホームいにしえ(2階ひだまり)				
所在地	福島県須賀川市下宿町83				
自己評価作成日	平成23年12月5日	評価結果市町村受理日	平成24年5月18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.kaigo-fukushima.info/fukushima/Top.do

【評価機関概要(評価機関記入)】

62 軟な支援により、安心して暮らせている

(参考項目:28)

評価機関名	NPO法人福島県シルバーサービス振興会		
所在地	〒960-8043 福島県福島市中町4-20		
訪問調査日	平成24年2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)】

利用者様一人一人の時間を大切にしている。不安げだったり、落ち着かない利用者様とは1対1でじっくり関わりを持ち、気持ちを受け止め、安心して過ごせるように努めている。食事では、好き嫌いの多い人、食が細く痩せている人、主治医からミキサー食の指示がある人など、一人一人に合った食事の工夫して提供している。また、一人一人の「出来ること」をできるだけ続けていけるように働きかけを行っている。

【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)】

٧.	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 ↓該当する項目に○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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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 O 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 〇 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 O 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、活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 〇 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	
	利用者は、その時々の状況や要望に応じた柔	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

NPO法人福島県シルバーサービス振興会

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Alt+-)+(Enter+-)です。]

白	外		自己評価	自己評価外部評価	
自己	部	項 目	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
	里金!	こ基づく運営	3 (250 lb 1175	7 C P C T C T C T C T C T C T C T C T C T	7,000
1		〇理念の共有と実践 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	事業所、ユニット、個人理念を作成している。個人理念は、月1回振り返りを行い記録して次へ活かしている。		
2	(2)	〇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	夏祭りには隣近所に挨拶、招待して交流している。敬老会には、児童館の子ども達にお祝いに来てもらい交流を図っている。		
3		〇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	特に行っていない。		
4	(3)	〇運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、事業所の取組内容や具体的 な改善課題がある場合にはその課題について話 し合い、会議メンバーから率直な意見をもらい、そ れをサービス向上に活かしている	奇数月の第3木曜日に行い、ホームでの生活状況、事故報告や災害時の協力体制について意見交換を行っている。		
5	(4)		市の高齢福祉課の担当者と相談や連絡を 取っている。地域包括のケアマネには運営 会議に参加してもらっている。		
6	(5)	〇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	夜間以外は、施錠せず見守りを行っている。 いつでも自由に出入りできる状態になってい る。夜間の転倒防止には布団に鈴を付けた り足元灯をつけたりして見守りを強化してい 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注意を払い、防止に努めている	勉強会や外部研修で学び、意識してケアし ている。知らず知らず言葉でも嫌な思いをさ せないように注意している。		

自己	外	項目	自己評価	外部評価	
己	部		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	外部から、講師を招いて社内研修を行っている。		
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	契約書、重要事項を説明し、理解を得ている。		
10	(6)	〇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	運営推進会議と家族会において意見を伺い、反映している。また、面会時にも意見や 要望を伺っている。		
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	運営に関する意見を聞く機会を特に設けて いないが、要望や意見はその都度上司に報 告して反映できるようにしている。		
12			自己評価と個人面接を行い、個々の努力や 実績を賞与や給与に反映している。職場環境では、現場からの不満の声に対しては、 改善へ向けての話し合いを行い努力している。		
13		進めている	内部研修は、毎月1回行っている。外部研修は、一人一人の経験や力量に応じた研修に参加してもらっている。		
14		〇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	県グループホーム協会に加入しており、研 修に参加し交流している。		

自己	外	項目	自己評価	外部評価	ш
	部		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.5	を心と	-信頼に向けた関係づくりと支援			
15		〇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	実調時や入所後は特に本人の話をよく聴いて、何を望んでいるのか、何が不安なのかを探り、安心して生活していただけるように努めている。		
16		づくりに努めている	実調時に良く聞き取りを行い、入所後の要望などを伺っている。ケアプラン説明時、面会時などにも家族からの話しを伺っている。		
17		〇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	実調とリスクカンファレンスで必要としている 支援を見極めている。		
18		〇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	食事作りや掃除洗濯など一人一人が出来ることを気持ちよく行ってもらうようにして、手 伝いの後には必ずお礼の言葉を伝えている。		
19		〇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	毎週電話で家族と話したり、月一回面会時に家族と外出したりしている。スタッフも面会時には生活状況の報告を行っている。		
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	墓参りや法事や葬儀などに出掛けるなどの 支援をしている。家族や知人の面会の時間 を大切にしている。		
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	一人一人の性格を把握し、相性なども考慮 して関係を築けるように努めている。		

自	外	項目	自己評価	外部評価	ш
自己	部		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		の経過をフォローし、相談や支援に努めている	死亡退所が主の為、行っていない。		
		人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメン	-		
23	(9)	〇思いや意向の把握 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	利用者ごとに担当を決め、利用者との日々の会話、行動、表情など観察しながら希望は受け止めるようにしている。		
24		〇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	センター方式での情報収集を活用し、何気ない会話の中から情報を集めている。		
25		〇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	何が出来るか常に観察している。自分でトイレの訴えが出来ない人へは、表情や動きを 見極め声掛けしている。		
26		〇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ィアを反映し、現状に即 した介護計画を作成している	日々の生活状況や本人、家族との会話の中から気付いた何気ない事もサービス担当者 会議の中で話し合い検討している。		
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	日報、ケース記録に日々の様子や気づきなどを記入、ユニット会議、申し送りノートを活用して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、その時々に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	訪問看護サービスと契約をして医療との連 携を図っている。		

自	外		自己評価	外部評価	I
自己	部	項目	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		〇地域資源との協働 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	入所前からの主治医の継続、馴染みの洋 品店を継続して利用している。		
30	(11)	〇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し、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	院している方、本人家族の同意を得て、事業所		
31		〇看護職との協働 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	週1回の訪問看護時に日頃の状態を報告し 不安なことを相談し助言や指示をもらってい る。緊急訪問看護や電話での相談や主治医 との連携も図っている。		
32		〇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。	入院時は、本人の基本情報を提供して。毎日スタッフが交代で見舞いに行き、状態観察し、看護師との情報交換を行なっている。		
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	終末期のあり方については、入所時に意向 を確認して署名捺印をもらっている。また急 変時にも再度確認して家族の意向を確認 し、訪看、主治医、家族、介護の連携をとっ 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	訪看からアドバイスをもらったり、AED心肺 蘇生の勉強会を行っている。		
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	2ヶ月に1回、夜間想定で避難訓練を実施している。地域との協力は整っていない。		

自己	外	項目	自己評価	外部評価	
	部		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
		人らしい暮らしを続けるための日々の支援			
36			トイレの声掛けは本人だけに聞こえる声掛けをし、必ずトイレの戸を閉めて行っている。		
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	買い物の際、何か欲しい物がないか伺っている。。毎週水曜日は希望食の日として一人一人の希望を聞いて提供している。散歩や入浴も本人の希望を聞いており常に本人が意思決定できるようにしている。。		
38		人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように	好きな時代劇を観たい、踊り場で外を眺めたい、1F利用者と話したいなどの希望に添って支援している。		
39		〇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	ロ紅、クリームなど人それぞれに購入している。外出時には外出着にする、スカートでおしゃれをするなどの支援をしている。		
40	, ,	〇食事を楽しむことのできる支援 食事に関連した作業を利用者とともに職員が行い、一緒に食事を味わいながら利用者にとって食 事が楽しいものになるような支援を行っている	季節感のある食材を取り入れ、筍、インゲン、など皮むき、筋とりなど一緒に行っている。週1回の希望食や祝い日の食事などを提供している。		
41		応じた支援をしている	食事がなかなか摂れない利用者様には主 治医と相談してエンシュアや高栄養プリンな どを提供したり、どうしたら食べられるのか 工夫している。食事量、水分摂取量を記録し 支援している。		
42			毎食後のうがい、夕食後はポリデントで洗浄している。自分で出来ない人には毎食後スポンジブラシで介助している。		

自	外		自己評価	外部評価	т
自己	部	項目	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)	〇排泄の自立支援 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	本人からの訴えがない方は定時誘導してトイレで出来るようにしている。夜間紙パンツ、日中は布パンツにパットで過ごすなどー人一人に応じた支援をしている。		
44		〇便秘の予防と対応 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	散歩や体操、歩行など運動を行なったり、オリゴ糖や漢方薬、Drの指示で便秘薬の内服をしている。毎日の排便状態を把握している。		
45	(17)	〇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	一人一人にその都度入浴の声掛けを行い、 その人のペースに合わせて入浴支援しており、1対1の関わりを大事にしている。自立で 毎日入浴している方にも声掛けしている。		
46		〇安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じ 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	日中は、居室で昼寝をしたり、足を挙上した り安楽な体勢で過ごしていただいている。夜 間は巡視を行い状態把握に努めている。		
47		〇服薬支援 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	処方された薬の説明書は受診ファイルに閉じている。内服薬の変更や臨時役処方時に もスタッフ全員が把握、確認できるように努 めている。		
48		〇役割、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	掃除や洗濯、食事準備などそれぞれ得意分野で役割を持ってメリハリのある生活が出来るように支援している。一日中ホールで過ごすのではなく、踊り場や外に出たりして気分転換をしている。		
49	(18)	〇日常的な外出支援 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	毎日の買い物に、利用者様が交代でスタッフと一緒に出かけている。スタッフがフリーの日に利用者様2~3名とドライブや外食に出かけている。家族面会時には墓参りや外食に出かけている。		

自	9 外		自己評価	外部評値	т
自己	部	項目	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		〇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カに応じて、お金を所 持したり使えるように支援している	ほとんどの利用者様はホームで預かり、本 人の希望で買い物をしている。自分でもお 金を持っていて自分で支払うこともある。		
51		〇電話や手紙の支援 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	週1回、家族と電話で定期的に話したり、自分から電話したいと希望の時には、スタッフが電話をかけて話してもらっている。切手やハガキを購入していつでも手紙を出せるように支援している。		
	(19)	〇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、季節ごとの飾り物を利用者様と作って展示したり、行事の写真を 飾っ他利している。		
53		〇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	ひとりひとりの居室があり、一人になりたい時には自由に戻っている。踊り場では、気のあった人と過ごしたり、コタツでくつろいだ出来るように支援している。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室、或いは泊まりの部屋は、プライバシーを大 切にし本人や家族と相談しながら、居心地よく、安 心して過ごせる環境整備の配慮がされている (グループホームの場合)利用者一人ひとりの居 室について、馴染みの物を活かしてその人らしく 暮らせる部屋となるよう配慮されている (小規模多機能の場合)宿泊用の部屋について、 自宅とのギャップを感じさせない工夫等の取組を している	自宅で使っていた家具や身の回りの物を持ち込んで頂くよう伝えているが、持ち込み品は少ない。本人が生活しやすいように、家族と相談して購入したりしている。		
55		〇一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	居室の入り口にかけてある暖簾はそれぞれ別々の物にしており、認識の目安になっている。トイレの場所の表示や日にちを分かりやすく表示している。歩行困難な人にはエレベーターで、階段昇降できる人にはスタッフが付き添って安全に昇降できるようにしている。		