

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	2372001111		
法人名	医療法人 光生会		
事業所名	グループホーム エバグリーン 花		
所在地	愛知県豊橋市多米町字大門10番地		
自己評価作成日	平成22年12月5日	評価結果市町村受理日	平成23年3月8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-kouhyou-aichi.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2372001111&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『サークル・福寿草』
所在地	愛知県名古屋市中村区松原町一丁目24番地 COMBi本陣S101号室
訪問調査日	平成23年1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)】

1、ゆったりと暮らしを楽しむ中で、その人らしく自己実現が出来るような自立支援の援助。 2、地域の一住人として、日常的に社会参加し、施設も地域の一社会資源として活用される様に努めている。 花ユニット 1、ユニットの統一ケア 2、家族への情報提供

【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

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	「気持ちよく自己実現が出来る援助」のもと職員会議、カンファレンスを定期的開催。連絡帳を活用し共有している。職員は理念を元に年間個人目標を掲げ、3ヶ月毎に評価を行っている。		
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	年間行事の案内を市民館や地域に配布している。毎月の保育園お誕生会、お茶会や小中学校文化祭、健康教室、選挙他参加。地域の草取りも行っている。		
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	介護教室を開催。ボランティア、中学生、ヘルパー取得の実習生、看護学生等の実習生を受け入れている。また地域会合での講師など行っている。		
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	隔月1回運営推進会議に利用者、家族の代表者、民生委員の方々が参加し話し合いしている。委員各位は現場で利用者や話し合いの他、職員の態度も評価している。利用者や家族の声、評価を参考にして喜んで頂けるよう努めている。		
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	毎月市の介護相談員の訪問を受けている。運営推進委員に市職員の代理として地域包括支援センターの参加がある。市からキャラバンメイトを受託している。		
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	身体拘束は基本的にしない。身体拘束ゼロ委員会を設置。やむを得ない場合は本人・家族等に承諾を得て、理由、いつまで、どのような方法でを明記しておく申し合わせである。		
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	虐待について職員研修をしている。身体拘束ゼロ委員会や安全管理委員会、リスクマネジメント部会等の報告を職員会議で出し、内部研修としている。施設は地域の社会資源として、誰でもいつでも見学できるようガラス張りに努めている。		

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
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	管理者は入所者や家族に対し、制度について情報を提供している。		
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	管理者と共にユニット責任者は契約時に本人・家族に重要事項の説明を行い、料金、医療連携、対応できること、できないこと、契約解除等を十分説明行うよう努めている。		
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	苦情窓口を設置。「苦情処理のために講ずる措置の概要」を掲示。毎月の請求書と一緒に苦情・ご意見を伺っている。		
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	責任者は常にスタッフの意見を把握し、管理者はそれを受け職員会議やカンファレンスで意見を聴き、随時福祉部門会議で相談している。		
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	優良職員の表彰、希望休の配慮がある。各種責任者や実行委員を決め、モチベーションの一環としている。また資格取得や研修は最優先として応援している。		
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	エバグリーン独自の新人研修などを含む内部・外部研修および、自主研修の体制がある。職員は研修後に伝達講習を行う。法人としての内部研修などもある。		
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	愛知県グループホーム連絡協議会および介護保健サービス事業所連絡会等に参加。他事業者との意見交換をしている。また施設交流会も行っている。		

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
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	初期のころは不安を解消していただくため、時間を掛けている。又、安心出来る環境作りに努めている。 自己決定を大切にしている。		
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	安心していただけるように事前によく話を聞いている。家族の要望等には耳を傾け参考にしている。		
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	本人や家族の思いを基本に介護支援専門員の意見や、診断書、或いは主治医と相談したり、その時に最適な方法を話し合っている。		
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	本人の個性・興味のあるもの、得意とする事などの把握に努め、それを引き出せるように支援している。生活活動の中で共に支えあうように努力している。		
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	諸行事には一緒に食事を作ったり、遠足、一泊旅行等参加して頂き、本人と家族の絆を大切にしながら、共に支えていく関係を築いている。		
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	買い物、馴染みの理美容店など生活や、趣味の継続の支援をしている。		
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	車椅子でもモップで床掃除が出来る人、包丁裁きが上手な人、テーブル拭きの人など役割が出来ている。とんちんかんな話を相づちを打って聞いている人などさまざまだがお互いの係わりの中で支え合えるような支援に努めていく。		

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	退所された方でも必要に応じてデイサービスやショートステイ、短期利用の便宜を図っている。		
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	1人ひとりのニーズを把握し、家族にも尋ね、職員間で共有している。		
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	これまでの延長として、場所は変わっても、地域の一住人として、本人らしく暮らせるように努めている。本人家族の価値観が把握できるように努めている。		
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	1人ひとりの生活リズムを大切にしながら、体調面・精神面の把握に努めると共に穏やかに安心して生活ができるよう支援している。		
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	ケアプランの作成に当たっては、本人の意志、意見を尊重し、家族の意向を聞き、実践可能な具体的ニーズを考慮してプランニングしている。		
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	ケア記録は個別のファイルに書き、朝夕の申し送り他、常時手元において、全員が掌握し、ケアの実践を行っている。日勤・夜勤者は気付き記録している。		
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	介護職員は周辺症状の対応のコツなど、看護師は助言を、管理者は総合相談など。ヘルパーや看護・中学生の研修も受け入れている。希望があれば家族が付き添っての宿泊も可能。重度になっても繰り返し利用されるように話している。		

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	本人になじみの介護支援専門員、地域包括支援センター、ボランティア、病院、民生委員、ソーシャルワーカーなど関係機関と連携しながら支援している。		
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	病院と連携を取っている。個々に主治医がいる。併設の老健の医師は認知症サポート医であり、随時相談している。入所後かかりつけ医を尊重している。		
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	日勤帯は常時看護師がいて、利用者の状態を随時報告し、対応・指示を貰っている。日曜・祭日・夜間は併設の老健の看護師の処置や助言を受けている。		
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。	サマリーを作り、状態や家族の意向を伝え、入院時も医療関係者と連絡を取っている。多くの場合、ホームへ帰りたいと強く訴えられるので早期退院に繋がっている。		
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	日ごろから家族の意向を職員全員が把握している。家族交流会等でもゼリー食やプリンがむせるようになればエバグリーンでの介護の限界を基礎としている旨を伝えている。		
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	救急に対するマニュアルを作成してある。救急救命の講習受講を推進し、全職員が内部研修でAEDを含めて勉強している。消防署の普通救命指導などを受講している。		
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3回防火管理者が計画し、訓練を実施している。そのうち1回は併設している老健と合同で行っている。また年に1回地域の合同訓練にも参加している。		

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
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	何度も研修を受け、徹底している。入所時に名前を出してよいか、取次ぎや表札、毎月発行の機関紙などに写真を掲載してもよいか確認をとり、同意書を貰っている。		
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	丁寧に分かりやすく情報を説明する事で選択しやすく、自己決定がしやすいように努めている。		
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	職員間の都合ではなく利用者個人の希望に合わせ、買い物、外出プランを立て援助している。		
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	爪きりや顔そりなど様子を見て行っている。月1回美容ボランティア、理容の訪問がある。		
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	管理栄養士の作成した献立表があるが、その日の話し合いで違うメニューにアレンジしたりする。見守り・声掛け・さりげない介助と一緒に食事作りをしている。肉が嫌いな人には魚、ゼリー食や減塩食もある。		
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	嫌いな物や制限のある人は管理栄養士と相談し代替りのものを用意する。卓上には常にお茶が準備されており、個人で水筒を持っている人もいる。夜間ゼリー飲料など水分補給を行い、水分量は記録している。		
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	口腔ケアの研修に参加。一人ひとりに声掛け・見守り・介助で毎食後必ず口腔ケアを行っている。義歯洗浄剤を使用して消毒している。		

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
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	個々の排泄に合わせて実施している。排泄チェック表を作成し、その人の排泄パターンをつかむよう心がけ、なるべく紙パンツ、パットの汚染のないようケアしている。		
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	毎日、排便チェックを行い、便秘時は看護師と相談しながら、個々に応じた下剤、時には浣腸を用いることもある。下肢運動を毎日行う。		
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	声掛けをし、一人ひとりのタイミングに合わせて、気持ちよく、入浴して頂ける様努めている。好みの温度を留意しながらゆったりと昔話をしながら、温まっていたいでいる。		
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	生活リズムを把握し、その時々状況に応じて、休息が出来るようケアに努めている。		
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	ケア記録に服薬管理ができる項目があり、記入を徹底している。すぐ目の届くところに薬の種類と効能の一覧が掲げてあり、全員で確認している。		
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	一人ひとりの趣味、得意なことを把握。個々にて、お茶をたてたり、塗り絵、折り紙等されている。充実した時を過ごせる様支援している。		
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	保育園の誕生日会には毎月参加している。個々にて本人の希望に沿って、散歩・買い物・洗濯干し・地域との交流を図るよう支援している。		

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
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	本人がお小遣いを持っている方もいる(菓子やパンを買っている)。外出、買い物の際には、預かり金より渡し、自分で支払いを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	利用者の訴えがある時、又様子を見ながら家族等に電話をされている。年賀状の差出人や文章を個人・家族に書いている。		
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	フロア等常に清潔にしている。料理の匂いや花の匂いがし、季節の花を飾ったりしている。トイレなどの表示を利用者の目の高さにして、混乱されぬよう気をつけている。		
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	趣味の活動が行えたり、談話ができる様機の位置など工夫している。テレビ前にソファを置いてゆっくり鑑賞できるように、また居室やフロアに写真や作品を飾っている。		
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	今まで使用していた馴染みの家具等を持参され、引き続き愛用されている。家族が用意できないものは本人と一緒に買い物に行き、選んでいる。		
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	居室内は本人に合わせ、手すりを設置している。トイレ・フロア・浴室にも設置している。バリアフリーである。		

(別紙4(2))

事業所名 エバグリーン 花ユニット

目標達成計画

作成日: 平成 23年 1月 5日

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	25	下肢筋力低下	下肢筋力低下防止	・体操(ラジオ・リハビリ・ゲージル 下肢・手指筋力向上) ・散歩、外出 ・サイクルマシーン	6ヶ月
2	24 25 37 38	意欲が出てこない	意欲を引き出し、 充実した生活を送っていただく	・自分で出来ることは行ってもらう ・こまめな声かけ、傾聴 ・生活リハビリを充実させる	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月