

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	0871000196		
法人名	有限会社ヘルスケア下妻		
事業所名	ケアプラザうららグループホーム①		
所在地	下妻市下妻戊34-1		
自己評価作成日	平成22年3月10日	評価結果市町村受理日	平成23年11月30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)】

家族のように家庭的な環境の中でおもしろ、おかしく、いつもどこかで笑い声が聞こえてくるように努力している。

※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-kouhou.as.wakwak.ne.jp/kouhouv/informationPublic.do?JCD=0871000196&SCD=430
----------	---

【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)】

主要道路沿いに設置され、学童保育や託児所、介護サービスセンターが併設する多様な施設となっている。利用者一人一人が笑顔を決やせず、家庭的な生活が送られるように支援されている。また、利用者の要望にそって四季折々の外出やドライブ、等による継続的に安心した生活が送られている様子が伺われる。

【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23年10月18日		

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、安心して暮らしている (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	独自の理念をつくりあげている。	毎日の申し送りにて復唱している。また、月1回のミーティング時に振り返り、話し合っている。地域密着をふまえた理念の共有については継続的に検討している。	
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	自治会に加入し、地域の環境整備やお祭等に参加させていただいたりして、交流に努めている。	自治会に加入し地域交流に努めている。地域の夏祭りでは、子供みこしが出るので駐車場を開放して、休憩所として提供している。年1回の納涼祭には、ボランティアのダンスや生バンドなどが行われている。同施設内に、学童保育、託児所があるが交流はない。	
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	玄関、ホーム内に理念を掲示しており、面会や来所時に目を通して頂いたり、運営推進会議で説明をしている。		
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	2か月に一回の会議の中で、ホーム行事の実績や利用者様へのサービス内容について報告している。又、議事録を回覧し、スタッフに伝えている。	2ヶ月に1回の推進会議を行っている。現在の参加者は、行政、利用者家族、施設長のみとなっている。議事録については、面会時や支払い時に口頭にて知らせている。	以前は、区長も参加されていた。自治会に加入するなど、地域交流への働きかけは見られます。今後は、具体的な地域交流の見直しを行い、積極的な働きを期待させて戴きたい。
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取り組んでいる	入居状況を月1回報告しており、相談、意見交換などを行っている。	ケアマネージャーの連絡協議会に参加し情報交換を行っている。行政との連絡は、電話連絡にて入居状況などを報告している。以前近隣の中学校から依頼があった為、認知症についての講演を行い、体験学習の受け入れを行った。	
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	身体拘束をしないことを前提にしており、スタッフ全員でいろいろと考え工夫している。	基本的には身体拘束は行っていない。しかし、離床により転倒の危険がある利用者について、ベットマットを床に置いたり、皮膚疾患のある方はミトンを行っている。同意書はない。車椅子は随時点検している。	身体拘束について、研修会の参加や勉強会などを行い再認識して戴きたい。
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	ミーティングの中で話し合い防止に努めている。		

茨城県 ケアプラザうららグループホーム

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	運営推進会議に地域包括センターの方も出席されているので、相談をして学ぶ機会を持ちたいと考えています。		
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	契約、退所時に不安や疑問点を尋ね、それに対し説明をし理解・納得を図っている。		
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	日頃からのコミュニケーションの中で、さりげなく聞くようにしている。又、玄関にご意見箱を設置している。	意見箱を設置しているが利用されていない。面会時に意見を聞き、ミーティングを通してスタッフ間で共有し反映している。また、介護計画を立案して実践している。利用者からの要望により、低いベットを準備して要望に合わせている。	
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	月一回のミーティングで意見を聞き、事業者会議にて提案している。	月1回のミーティング、管理者会議、担当者会議を通して意見交換や情報交換を行っている。また、随時研修会や報告会を行っている。スタッフの面接も、随時行っている。	
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	職員が働きやすい環境を整備し、やりがいのあがる職場作りに努めている。		
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	内部・外部での研修参加に努めているが、研修等の機会確保がなかなか取れないのが現状である。		
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	県の協議会などに参加し、他事業所との交流をしている。		

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	必ず事前調査をし、時間をかけて本人とお話をしながら関係づくりに努めている。		
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	じっくりとお話をする機会をつくり、不安・要望を聞きながら関係づくりに努めている。		
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	ケアマネージャーやスタッフと相談しながらケアカンファレンスをし、対応に努めている。		
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	昔の様子を話して頂いたり、料理方法を教えて頂いたり和気藹々の関係を築いている		
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	面会時に対話に加わり、一緒に話をしたりしていろいろな情報を得ている。		
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	ご家族と相談・協力のもと、馴染みの人たちが気軽に面会に来られたり、外で会ったりできるように努めています。	利用者家族の許可の元、友人の面会や外出を行っている。要望により墓参りや自宅への外泊支援を行っている。また、介護者が高齢や遠方の場合は、手紙による関係継続支援を行っている。	
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	相性や日頃の関係を把握し、利用者同士の関わりや支え合いを大切にしています。		

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
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	退所の際、退所後も気軽に相談をして頂けるように説明している。		
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	一人ひとりとのコミュニケーションの中から希望・意向を聞いたり、ご家族に相談をしながら把握に努めている。	日々の生活を通して、思いや意向を聞き逃さず支援に繋げている。また、高齢のキーパーソンの面会についても、受診を通して会う時間の工夫を行い支援している。	
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	情報提供書やご家族から聴いたり、本人から聴いたりして把握に努めている。		
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	本人の訴えや毎日の経過観察・スタッフ同士の意見交換などを通して把握に努めている。		
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	ご本人とご家族の話を聴きながらケアカンファレンスを行い計画を作成している。	3ヶ月に1回のモニタリングを行い、1年毎、随時介護計画を修正、立案している。計画に沿った記録について工夫している。	
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	毎日の一人ひとりの生活状況を記入し、それを確認することにより情報の共有をし、計画に反映している。		
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	グループホーム以外でデイサービス・託児所・学童がありいろいろなニーズに生かすことができる。		

茨城県 ケアプラザうららグループホーム

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	警察・消防に施設の存在を報告したり、救急救命講習でも消防の方々とお話している。又、地域ボランティアの方々に来ていただき、利用者の方も一緒に楽しんでいます。		
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	本人・ご家族の希望を優先し、その人に合った医療を受けられるよう支援している。	かかりつけ医の往診は行っていないが、1～3ヶ月毎に定期受診をしている。受診記録をスタッフ間で共有し支援している。利用者家族には、電話連絡や月1回の面会時に口頭により報告している。	
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	職員に看護師がいるので日常の健康管理について相談をしている。		
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。	入院時に介護サマリーを作成し病院側に渡しています。又、入院中に相談員、看護師等と状況確認をして早期退院に努めている。		
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、事業所の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	ご家族の意向を確認すると共に、医療機関と相談をしてケアカンファレンスにて今後の支援策を検討している。	看取りについての要望があるが、現状では関連病院への搬送を行っている。また、搬送に至るまでの病状変化は随時医師より家族に説明しているが同意書については使用していない。	
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	職員は定期的に救急救命講習を受けており、対応出来るように努めている。		
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	消防署員立会いの避難訓練(昼間)・夜間想定避難訓練(夕方)を一年に各一回ずつ実施し対応出来るように努めている。	日中夜間想定にて避難訓練を行っている。夜間想定については、時間帯を夕方に設定し工夫している。近隣の方の参加や連絡体制については具体的な話し合いは出来ていない。近隣の方へは、年2回の挨拶は行っている。	

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
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	言葉使いに注意をしながら声かけに心がけている。	日常支援を通して、一人一人に合わせた言葉かけや支援をしている。プライバシー保護について、入居時に確認している。	
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	利用者が希望や思いを言えるような環境作りに心がけ、支援をする前に意見・希望を聴くようにしている。		
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	利用者一人ひとりのペースやその日の状態に合わせて支援をしている。		
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	本人の希望にそった支援をしている。		
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	食べたいものを聞いてなるべく希望にそえるようにしている。又、利用者に声かけをし職員と一緒に片付けなどをして頂いている。	献立は、月毎に作成し、隣接するデイケアの栄養士が介入している。随時利用者と共に買い物に行っている。	
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	一人ひとりに合わせた分量・形状にて支援している。		
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	うがい・歯磨き・義歯洗浄などその人に合わせたケアをしている。		

茨城県 ケアプラザうららグループホーム

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	その人の状態に合わせてながら、最終目標を布パンツでトイレにて排泄できるように、自立に向けた支援をしている。	声かけや誘導を行いリハビリパンツへの自立支援を行っている。放尿や失禁の利用者については、チェック表を使用して支援している。	
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	一人ひとりの便秘状態を把握し、飲食物の工夫・医療機関への相談など取り組んでいる。		
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	入浴状況を見ながら声かけをし、曜日を決めずに希望にそえるよう支援している。	要望に合わせて、個別の希望を聞き園希望に随時対応出来る工夫をしながら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	休みたい時には休んで頂いています。居室ドアにはプライバシーカーテンがあり、安心して休んでいただいている。		
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	受診記録や処方箋にて確認できるようになっている。		
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	その人の生活習慣や力量に応じ手伝いをお願いしています。又、カラオケやビデオ鑑賞を取り入れています。		
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	希望にそえるように心がけています。買い物などに行くときは声かけをし希望の方へ行っています。又、場所によってはご家族と相談をして協力をして頂いています。	要望や四季折々に合わせて、外出、散歩や買い物支援を行っている。年間行事の他、随時外出支援や散歩を行っている。	

茨城県 ケアプラザうららグループホーム

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	希望のある方についてはご家族と相談の上、所持して頂いています。		
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	その人の希望によりご家族と相談の上、支援している。		
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	写真・植物などを飾り居心地の良い環境作りに心がけています。	1階と2階が居室となっている。2階の居室にはトイレの設置がされているが、随時清掃が行われて清潔にされている。共有空間では、利用者一人一人がゆっくり落ち着いた雰囲気生活されている。また、季節の花や各行事の写真の掲示がされ居心地良い空間作りがされている。	
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	居間にはソファー・中庭にはベンチがあり、思い思いに過ごせる環境になっている。		
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	使い慣れたものを置いて頂けるようお話をし居室に置いている。	馴染みの家具や、家族の写真の掲載がされ、居心地良い居室作りがされている。また、各居室が畳による落ち着いた雰囲気が感じられる。	
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	居室ドアには名前プレートが車イスの方が見やすい高さであり、トイレ・お風呂には見やすい高さでイラストいり大きく表示してある。		

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	4	運営推進会議をととして施設サービスの向上につながるべく行っているが、中々情報を発信しきれていない。	地域の方々へ多く情報発信し、施設サービス向上につながる様にする。	近隣の地域へ施設側から情報を発信し、声かけなどを積極的におこない、来やすい環境作りを行っていく。	12ヶ月
2	6	身体拘束についての研修を増やしていく。	研修の機会を増やし職員の意識向上につなげる。	社外研修や事業所ミーティング等で勉強するようにして日々確認できる機会を増やしていく。	12ヶ月
3					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。