

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 光ユニット		
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21年 12月 13日	評価結果市町村受理日	平成22年3月3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.aichi-fukushi.or.jp/kaigokouhyou/index.html
----------	---

【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1丁目24番地 S101号室
訪問調査日	平成22年2月4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様な自立支援の援助。
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努めている。
3. 利用者・その家族・職員が一つの家族のように喜怒哀楽を共に出来る様努めている。
「光ユニット ・外出の機会を多く ・下肢筋力低下防止」

【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	気持ちよく自己実現が出来る援助。その人になって理解する。		
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。保育園や中学校、近くのお寺やお店などに出掛けている。地域の一品寄付、廃品回収、530運動に協力している。		
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	毎月機関紙エバ通信を家族、地域に配布し、施設内にも掲載している。		
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	月1回運営推進委員会議に利用者、家族の代表者、3校区の民生員の方々が参加し話し合いをしている。議事録を全職員が目を通し、サービス向上に生かしている。		
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	市の相談員が毎月来訪される。地域包括センターと市介護相談員が運営推進会議の委員である。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	身体拘束ゼロ委員会、安全管理委員会が定期的であり、全職員が議事録に目を通し、話し合いを行っている。基本的に身体拘束はしない。通所介護と共用の玄関はテンキーの為、入居者が外出したいそぶりがあれば、いつでもどこでも同行する体制である。		
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	研修報告や事故、ヒヤリハット等の事例に基づいて、職員会議で話し合いをしている。		

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
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	資料を配布し、話し合いの場を設けている。又、家族や地域に制度の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、解約また改定等の際は、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	契約時に細かく説明しているが、疑問や不安等その都度分かりやすく丁寧に説明する事を心がけている。		
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	運営推進委員会が隔月にあり、入居者や家族の意見や思いを伝える場としている。話し合いをし、記録に残し、サービス向上に努めている。委員各位と馴染みで心待ちにしておられる。		
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1回グループホーム、デイサービス合同でカンファレンスを行っている。主なことは、毎月法人役員会で報告し、助言等ある時は職員に伝達されている。		
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。介護職員処遇改善交付金の申請もし、休日出勤手当等が出来たり、託児所も開かれた。		
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	内部研修、外部研修の計画がある。年間各々40～50回の研修を受けている。毎月伝達講習で話し合いをしている。		
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	研修等で積極的に同業者と交流を持つ様にしている。良いものは話し合いをし、取り入れている。施設交流会もある。		

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	事前の訪問調査で不安や要望を聞き、情報を把握し、本人の気持ちを第一に考え、不安が軽減出来る様に話し合いをしている。		
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	家族の希望や不安、要望にも配慮し、様子を細かく説明すると共に、話し合いの場を設けている。		
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	家族、本人の希望や要望を把握し、他の職種にも相談しながらサービスを提供している。		
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	食事作り、洗濯、畑仕事等、一人ひとりのADL、特技を生かしながら、一緒に行う事で喜びや楽しみを共にしている。		
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	来訪時、月間評価を通じて現状報告をしながら、日常的な会話や表情等も伝えている。		
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	家族、友人等が気軽に来訪出来、又、行きたい所へ出掛けられる様な環境作りに努めている。面会や一時帰宅のおすすめをしている。家族が泊まる事も自由。		
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	利用者同士が楽しんで過ごせる環境作りを心掛け、他ユニットからも気軽に会いに来られる様にしている。又、職員が間に入り輪を広げている。		

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
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	ショートステイ等で利用された方が、継続的にデイサービスや共用型通所を利用され、連携を取っている。退職した職員がボランティアで関わっている。		
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	趣味や趣向、要望を把握し、生活の中に取り入れ、個別にも対応出来る様に心掛けている。		
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	生活歴や馴染み等を本人、家族に聞いて情報を集め、記録に残している。個別に対応出来る様話し合いを行っている。		
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	日々の過ごし方や心身状態を細かく記録に残し、意見交換、情報交換をしながら、現状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	本人、家族を誘ってカンファレンスを行い、介護計画の作成や見直しを行っている。毎月評価についても家族と話し合っている。		
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	日常の様子や気づいた事を個人記録、連絡ノートに細かく記録し、カンファレンスを行っている。その内容を介護計画の見直しに活かしている。		
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	デイサービスや隣接の老健、包括センターと連携し、ショートステイや共用型通所の受け入れ態勢が出来ている。又介護教室等共催している。		

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	地域の催しや、学校、保育園の行事に参加し、多方面、多分野のボランティアの受け入れにより、様々な物に触れる機会を提供している。		
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	入所前からの主治医を尊重している。又、協力病院とも連携を図り、受診支援体制が出来ている。基本的に受診同行しているが、時には家族も一緒に希望等を報告している。		
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	日中は1人看護師がおり、常時入居者の健康管理を行っている。夜間は隣接する老健の看護師の協力、又、協力病院の外来等に助言を得ている。		
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。	定期的に入居者の状態を主治医に報告しており、状態の変化等、看護師を含め主治医や提携病院の医師に報告、相談している。緊急入院ができる。		
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	本人、家族と今後の事を話し合い、医療と連携を取りながら希望に沿った支援が提供出来る様になっている。事前に家族交流会や入所時の説明等で介護の限界(ゼリー食・プリンでむせる)を話し、必要時に、又個々の希望に合わせた最適なケアを話し合っている。		
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	常に看護師がおり、AED訓練を全職員が行っている。又、救急看護他、消防署の上級・普通救命救急を受講(研修の為日勤)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	防火管理者達(4名)が年間計画を立て、定期的に訓練を実施し、併設施設合同訓練、或いは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	一人ひとりの尊厳やプライバシーを尊重した声掛けや態度を心掛けている。職員間で気づきがあればその場で話し合い、市介護相談員や運営推進委員各位にも職員の対応を評価してもらっている。		
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	本人とゆっくり話し合う場を持ち、希望や思いを聞ける様にしている。出来るだけ色々情報を並べて本人に決定してもらえる様声掛けしている。		
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	入居者の意志を尊重し、一人ひとりに合わせた支援を心がけ、無理強いしないよう心掛けている。		
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	出来る限り本人の希望に合わせた服装が出来る様心掛けている。希望時、美容院や理容室、化粧品等の買い物に出掛けている。		
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	準備など一人ひとりに合わせ、出来る事を一緒に行っている。又、食べたい物や好きなもの等の買い物や外食に出掛けている。苦手な物は他のタンパク質に代えるなどしている。		
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	一人ひとりの状態に合わせた栄養や水分摂取を管理栄養士、看護師と相談し、摂取した物、時間、量など細かく記録に残して参考にしている。		
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、声掛け、見守り、介助で一人ひとりに合わせ行っている。夜間は洗浄剤を使用し、清潔を保っている。訪問歯科診療も受けている。		

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	一人ひとりの排泄パターンを把握し、声掛けや誘導を行い、トイレでの排泄を促している。ケーゲル(骨盤底筋訓練)体操を取り入れている。日中は出来る限り布パンツ着用で対応している。		
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	毎日排便の有無を確認し、栄養士、看護師と連携を図りながら水分摂取や食物繊維の多い物を出す様工夫している。散歩や体操で腸の動きを促したり、主治医から下剤の指示を受けている。		
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	本人の希望や声掛けにより入浴されている。拒否のある場合は時間をずらして声掛けを行い、仲の良い人と一緒に入れる様工夫している。		
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	空調や照明の調節、日中の活動量を増やす様に心掛けている。眠れない時は落ち着くまでゆっくりと話を傾聴している。		
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	服用中の薬の効果や副作用を一覧にし、職員全員が目を通し把握している。看護師、主治医に状態の変化や日々の状況を細かく記録し報告している。		
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	本人の好きな事(書道・縫い物・歌など)を一人ひとりに合わせて取り入れている。食事作り、洗濯等の生活活動への参加も声掛けを行っている。		
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	希望や声掛けで施設周辺や近くの公園、神社等に出掛けている。外食や買い物、喫茶などへも、希望に合わせて出掛けている。ゴミ出し、隣接の参道の草取り、ゴミ拾いを行っている。		

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
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	買い物や欲しい物がある時など、いつでも使える様になっている。希望で事務所で管理しているが、本人が管理出来る方は、定期的に残金の確認を本人と職員2人で確認している。		
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	分かりやすい所に電話を設置し、自由に使われている。希望がある時、本人と一緒に電話をかけている。		
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	玄関やフロアに四季の花を飾り、フロア壁面に季節感を取り入れた物を皆で製作している。不快や混乱ではなく、解りやすく、見て楽しめる様な環境作りを心掛けている。		
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	エレベーター前やTV前等にソファを設置し、自由に過ごせる様にしている。畳コーナーも活用されている。		
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	長年愛用していた物や使い慣れた家具や食器等を使い、家庭的な雰囲気の中で穏やかに過ごせる様に心掛けている。		
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	一人ひとりの状態に合わせた物を使用する様にしている。(畳や布団、ベッド、机、椅子など)状態の変化により、本人の了承を得て、移動、変更している。		

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		ADLの低下、認知症の進行により、排泄での汚染が増えてきている。	トイレでの自然な排泄	<ul style="list-style-type: none"> 一人ひとり排泄間隔の把握。 失禁予防体操を行う。 こまめな誘導と声掛け。 	6ヶ月ごと総合的評価実施
2		下肢筋力低下もあり、フロア内でのレクや、創作活動が多い。	外出の機会を多くする	<ul style="list-style-type: none"> 下肢筋力体操を行う。 室外でのレクリエーションを取り入れる。 日常的なフロアからの外出を増やす。 	6ヶ月ごと総合的評価実施
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。