

1 自己評価(1階ユニット)及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1870200217		
法人名	特定非営利活動法人つくし		
事業所名	グループホーム つくし		
所在地	福井県敦賀市天筒町8-55		
自己評価作成日	平成23年9月6日	評価結果市町村受理日	

※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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 福井県社会福祉協議会		
所在地	福井県福井市光陽2丁目3番22号		
訪問調査日	平成23年9月13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)】

個々の入居者に寄り添う介護を全職員が持ち、安心して楽しく過ごして頂き、常時、笑顔が多く見られるように日々の業務に取り組んでいる。又、職員の質の向上を図る為、研修・ミーティングを重ね、管理者との連絡を密にしている。

【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)】

当ホームは敦賀市の市街地北部の住宅街に立地している。建物は一般の住宅のような作りで、町内に馴染んでいる。経営者の「人として人間として普通に戻してやりたい」、「瞬間・瞬間を大事にしたい」という気持ちを理念に込め、日々のケアにあたっている。昨年11月に家族や本人の意向のもとホームにて終末期の支援を通じて、職員の技術の向上はもとより、家族や本人の意向を今後も大事に持ち続けることの重要性について再確認した。またパンフレットでホームのことをわかりやすく照会したり、回覧板で行事を地域住民に伝えるなど、地域への広報に努めており、今後が期待される事業所である。

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)	○	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 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 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 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と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、生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 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
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)	○	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				

自己評価(1階ユニット)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	家庭的な環境を提供し潜在能力を引き出し、個々の入居者がその人らしい生活が出来るように職員一人一人が日々理念に基づいたケアを実践している。	地域密着型サービスの目的と意義が組み込まれた理念を設け、玄関に掲示し家族や地域の人の目に触れるようになっているが、職員の入れ替えが多くあり、職員の共有までには至っていない。	理念とはその事業所がめざすサービスで常に立ち戻る根本的な考え方であるので、理念を管理者と職員が常に共有し実践につなげることが望まれる。
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	事業所が地域の一員として地域行事に参加している。又、地域のボランティアの方には演奏会や踊り、歌を披露して頂きながら交流をしグループホームについて理解を深めてもらうように努めている。	敦賀祭りなど地域の行事に積極的に参加している。また町内回覧板でホームの行事等を知らせるなど、ホームについて地域住民の理解が深めまるよう努めている。	
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	地域の会合で認知症理解の講演や避難訓練、ホーム行事の参加呼びかけを行なっている。		
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	2ヶ月毎に区長・民生委員・介護保険課職員・御家族代表・理事長・管理者・介護支援専門員を交えてホームの状況説明や近隣の方の意見・要望や評価結果を報告し、参加メンバーから多くの意見が出され有意義な会議になっている。	地域包括支援センター職員、家族などの参加を得て定期的に開催し、利用者の状況やホームの行事等について説明し、参加者から意見を得ている。	地域の中でホームがその役割を一層発揮することを目指し、老人会や民生委員や消防団など、地域の様々な関係者の参加が得られるよう日頃からの働きかけに期待したい。
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に取り組んでいる	市担当者と連携し、サービス向上の為、事業所の課題があれば相談するなど緊密に連携を図っている。	市の職員と意見交換を行ったり指導や協力を得るなど、関わりが強い。また、介護相談員も毎月受け入れている。	
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	全職員が日中は施錠しない・繋ぎ服の着用なし・ベットの4本柵なし(2本柵で対応)を行い、周知徹底した業務に取り組んでいる。	身体拘束に関する研修を行っている。日中は玄関を施錠せず、外出しようとする利用者には見守りを通して抱えている不安や混乱を取り除くよう努めている。	
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に注意を払い、防止に努めている	職員の意識向上と理解を深める為、新人研修・各研修に参加したり、全体ミーティングで意見交換を行い、周知徹底し業務に取り組んでいる。		

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	制度を利用している入居者が在籍している為、管理者がミーティング時、スタッフに説明している。		
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	契約に際して利用者や家族に不安や疑問点、問題点などを入居契約者の書類と共に十分に話し合っている。入院などがある時は医療関係者の情報を基に御家族と、共に今後のあり方を話し合っている。		
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	2ヶ月に1回運営推進会議・家族会で利用者、御家族に意見や要望を出してもらい、不備がある場合には職員間で話し合い改善に努めている。	毎月1回家族に手紙と写真を同封し利用者やホームの状況を報告したり、面会の際には家族に積極的に話かけるなど、意見が出やすい工夫を行っている。また、年4回のケアプラン見直しの際には、ほぼ全家族から意見をもらっている。	
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	月1回の全体ミーティング、1階、2階のそれぞれでもミーティングを行い職員の意見の場を設けている。	管理者は月1回の全体会議や普段の業務の際に職員に気軽に話しかけ、意見を引き出すしやすい環境づくりに努めている。	今後さらに職員の意見に耳を傾け、運営に取り入れることを期待したい。
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	各自担当を決め、責任や向上心を持って業務に取り組めるような職場環境を整えている。		
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	介護支援専門員、介護スタッフに研修会、事業所内での勉強会の機会を設けている。		
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	介護支援専門員が二州ケアマネジャー連絡会、管理者・スタッフが認知症ケア研修会に参加し、同業者と交流し、サービスの質を向上する為の取り組みをしている。		

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	入居希望には事前に管理者・介護支援専門員より本人・御家族・医療関係者と面談を行い心身の状態・意向について情報を頂いている。		
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	家族の要望と事業所の方針について話し合いを行ないながらよりよい関係作り、信頼関係の構築に努めている。		
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	日々の入居者の状態を観察し状態の把握に努め、御家族、職員間の申し送りを密にして本人にとっての優先順位を決め対応している。		
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	日々のコミュニケーションの中から日中の過ごし方、食事内容、季節行事、レクリエーションを入居者と相談して決めている。		
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	外出・外泊の制限は無く、又、御家族の宿泊も出来るように環境を整えている。御家族が来所された時には、憩いの時間が過ごせるように配慮をしている。		
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	近所の喫茶店や、地域のイベントなどに参加して交流を楽しんでいる。	馴染みの美容室や毎月の地蔵まつり等に出かけ交流を図り、馴染みの関係の継続を支援している。	
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	全スタッフが利用者間の関わりが持てるような環境作りに取り組んでいる。		

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	退去された方の入院先に行って、様子を見に行ったりしている。又、御家族様からの相談にも対応している。		
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	入居者との日々の関わり、御家族様との三者面談の場で思いや希望を把握するように努めている。	普段の会話の中から意向等を把握することに努めている。	
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	御家族からの情報を得ながら、センター方式のシートの書き込みを行い把握している。		
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	本人の1日の過ごし方、行動、かかりつけ医の診断結果から現在の能力や生活状況を把握している。		
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	入居者の担当職員と介護支援専門員が日頃の生活の中での気づき・他の職員からの情報・家族の意向を踏まえ介護計画を作成している。	毎日の記録とモニタリング結果をもとに、3か月ごとに介護支援専門員と職員で話し合い評価をし介護計画が作成している。なお、評価内容は家族に報告している。	
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	食事・水分摂取量24時間排泄シートの記載をおこない異常がないかのチェックを行なっている。又、生活記録には24時間の様子を記入している。		
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	本人や家族の状況に応じて日常生活の事や医療面の終末期にいたるまで柔軟に対応できるように関わりを持っている。		

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
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	介護相談員が定期的に入居者との対話をしたり、地域住民との積極的な交流の機会を作っている。		
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	基本的には本人や家族の希望するかかりつけ医での受診が継続できている。受診結果については同行した職員が随時、御家族に報告している。	利用者や家族のかかりつけ医の受診希望を尊重している。病院への同行は職員が行っており、普段の体温や血圧、食事や水分の量等の記録を医師に報告している。また、協力医によるインフルエンザの予防接種を年1回行っている。	
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	看護職員は従事していない為、必要に応じ、電話や受診時に看護師に相談している。		
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。	協力機関の体制が出来ている。		
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	看護師不在であるが、訪問看護など医療機関との連携を図りながら終末期における介護についても本人や御家族の意向に沿って出来るかぎり支援していきたいと考えている。	重度化や終末期の際には利用者や家族の意向を聞き、できる限り対応する方針である。昨年11月には終末期の支援が行われている。	
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	消防署へ依頼し救命救急訓練を実施している。		
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	マニュアルを作成し避難訓練、消火訓練を行っている。	年2回消防訓練や避難訓練を行っており、回覧板で町内にも知らせている。また、土砂災害避難マニュアルも作成している。	地域住民の参加を呼びかけ、住民の協力を得た訓練が実施されることを期待したい。

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	更衣時、居室で行なうように支援している。排泄時の声掛けはトイレという表現をなるべく使用せず対応し必要時は耳元で小さな声で行なうように配慮している。	言葉をかける際は利用者の目線に合わせ、ゆっくり分かりやすく行うよう努めている。また排泄時の声かけなどを小声で行うなど、自尊心に配慮した対応を行っている。	
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	利用者とのかかわり合いを深め、その人の気持ち嗜好などを見極めそれを基に本人が自己決定出来るように努めている。		
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、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	基本的なスケジュールはあるが一人一人の体調などに配慮しながらその人のペースを大切にして自由に過ごして頂いている。		
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	家族様の情報を得ながらこの身の服を把握し、季節に応じた着衣が出来るように見守っている。		
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	残存機能の維持の為に食事準備(野菜の皮剥き、盛り付け、味見、)、後片付け(食器拭き)を職員と一緒にこなしている。	食事の準備や後片付けなどを利用者と一緒にしている。食事の後もすぐ片付けず会話を促すなど、食事の楽しみを大切にしている。	
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	水分摂取量を記録で確認しながら不足している入居者には随時、補水対応をしている。献立は記録に残し、週間メニューを参考にしバランスの取れたメニューを配慮している。		
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	毎食後口腔ケアを行っており、介助が必要な入居者には職員が行っている。		

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
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	介助にてトイレ誘導の利用者様には、なるべくパット内での排尿を避け、時間を考えトイレにて排泄、出来る様心がけている。	排泄パターンを把握し、紙パッド利用者にも声かけをし、なるべくトイレでの排泄を促すなど、排泄の自立支援に取り組んでいる。なおオムツ利用者が紙パットに移行するなど、成果が現れている。	
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	便秘予防の為、イージファイバ、ヤクルト、ラブレを飲用したり、軽い体操などをして頂く様取り組んでいる。		
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	利用者の日程に合わせて声掛けし無理強いする事を避け、入浴して頂いている。(夏場は皆様に声掛けし毎日、入浴をして頂いている。)	夏場は軽度者は毎日、重度者は二日おきに入浴を支援している。入浴できない時は陰部清浄を行い清潔感を保つよう努めている。	
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	利用者様の生活習慣に合わせ居室の温度調節を行ない、気持ち良く休息したり入眠出来る様、がけている。		
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	毎月かかりつけの病院に受診し体調面で変化があれば医師に報告し薬が変わった時はその都度、管理者に報告し医療関係のファイルに綴じ誰でもすぐに見れて確認出来るようにしている。		
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	ぬり絵、ドリル、手作業、テレビ鑑賞など利用者にあった楽しみ事を聞き出し気分転換に努めている。		
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	家族や職員と共に外出したり近所を散歩して頂く事を日課としている。	気比神宮やきらめき港館、地域のコンビニ等へ日常的に外出している。また毎月の地藏まつりに参加するほか、そうめん流しなど月1回行事を行っている。	

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	事務所立て替えて金銭管理を行い、毎月明細と共に御家族に報告している。		
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	電話対応や手紙のやり取りは自由に行なってもらって介助必要な入居者にはその都度、職員が見守り、対応している。		
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	ホールには利用者の書いた作品を展示し、庭には季節の花を植えてスタッフが利用者と一緒に手入れをし育てています。	木造の新築の建物で、事業所でありながら普通の家のような外見、内装となっており、家庭的な雰囲気が作られている。また、ホーム内のいたるところにソファや長いすを置き、利用者同士が会話できる空間を作っている。	
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	各個人部屋をプライベート空間として使い、共有するホールと部屋を自由に行き来している。		
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	お部屋にはご家族さんや和める動物などの写真や小物の飾りを施している。	居室は和室で、押し入れに荷物が整理され開放的な空間となっている。位牌や家族の写真や家具など、大事にしているものや使い慣れたものが持ち込まれている。	
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	車椅子から歩行車に変えて自力での歩行を促した結果、自分で立てるように変わった。		

1 自己評価(2階ユニット)

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1870200217		
法人名	特定非営利活動法人つくし		
事業所名	グループホーム つくし		
所在地	福井県敦賀市天筒町8-55		
自己評価作成日	平成23年9月6日	評価結果市町村受理日	

※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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 福井県社会福祉協議会		
所在地	福井県福井市光陽2丁目3番22号		
訪問調査日	平成23年9月13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)】

個々の入居者に寄り添う介護を全職員が持ち、安心して楽しく過ごして頂き、常時、笑顔が多く見られるように日々の業務に取り組んでいる。又、職員の質の向上を図る為、研修・ミーティングを重ね、管理者との連絡を密にしている。
--

【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)】

--

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)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 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 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 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 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と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、生き活きと働いている (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 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
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)	○	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				

自己評価(2階ユニット)

[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	家庭的な環境を提供し潜在能力を引き出し、個々の入居者がその人らしい生活が出来るように職員一人一人が日々理念に基づいたケアを実践している。		
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	事業所が地域の一員として地域行事に参加している。又、地域のボランティアの方には演奏会や踊り、歌を披露して頂きながら交流をしグループホームについて理解を深めてもらうように努めている。		
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	地域の会合で認知症理解の講演や避難訓練、ホーム行事の参加呼びかけを行なっている。		
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	2ヶ月毎に区長・民生委員・介護保険課職員・御家族・理事長・管理者・介護支援専門員を交えてホームの状況説明や近隣の方の意見・要望や評価結果を報告し、参加メンバーから多くの意見が出され有意義な会議になっている。		
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	市担当者と連携し、サービス向上の為、事業所の課題があれば相談するなど緊密に連携を図っている。		
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	全職員が日中は施錠しない・繋ぎ服の着用なし・ベットの4本柵なし(2本柵で対応)を行い、周知徹底した業務に取り組んでいる。		
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に注意を払い、防止に努めている	職員の意識向上と理解を深める為、新人研修・各研修・に参加したり、全体ミーティングで意見交換を行い、周知徹底し業務に取り組んでいる。		

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	平成23年度の管理者・実践者研修で講義を受けた職員が全体ミーティングで申し送り、説明を行っている。		
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	契約に際して利用者や家族に不安や疑問点、問題点などを入居契約者の書類と共に十分に話し合っている。入院などがある時は医療関係者の情報を基に御家族と、共に今後のあり方を話し合っている。		
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	2ヶ月に1回運営推進会議・家族会で利用者、御家族に意見や要望を出してもらい、不備がある場合には職員間で話し合い改善に努めている。		
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	申し送り時、ミーティング等で、自由に発言出来る体制を取り、意見の場を設けている。		
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	代表者は個々の職員の努力、実績を把握し各自がやりがいを持って業務に取り組めるような職場環境を整えている。		
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	管理者、介護支援専門員、介護スタッフに研修会、事業所内での勉強会の機会を設けている。		
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	介護支援専門員が二州ケアマネジャー連絡会、管理者・スタッフが認知症ケア研修会に参加し、同業者と交流し、サービスの質を向上する為の取り組みをしている。		

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	入居希望には事前に管理者・介護支援専門員より本人・御家族・医療関係者と面談を行い心身の状態・意向について情報を頂いている。		
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	家族の要望と事業所の方針について話し合いを行ないながらよりよい関係作り、信頼関係の構築に努めている。		
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	日々の入居者の状態を観察し状態の把握に努め、御家族、職員間の申し送りを密にして本人の「思い」や「要望」を第一に考えた対応に努めている。		
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	日々のコミュニケーションの中から日中の過ごし方、食事内容、季節行事、レクリエーションを入居者と相談して決めている。		
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	外出・外泊の制限は無く、又、御家族の宿泊も出来るように環境を整えている。御家族が来所された時には、憩いの時間が過ごせるように配慮をしている。		
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	家族の情報を基に、理容店、喫茶店、和菓子屋、大衆食堂などに行き、馴染みの人との交流を楽しんでいる。		
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	全スタッフが利用者間の関わりが持てるような環境作りに取り組んでいる。		

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	退去された方の入院先に行って、様子を見に行ったりしている。又、御家族様からの相談にも対応している。		
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	入居者との日々の関わり、御家族様との三者面談の場で思いや希望を把握するように努めている。		
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	本人の希望を聞いたり、御家族からの情報を得ながら、センター方式のシートの書き込みを行い把握している。		
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	本人の1日の過ごし方、行動、かかりつけ医の診断結果から現在の能力や生活状況を把握している。		
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	入居者の担当職員と介護支援専門員が日頃の生活の中での気づき・他の職員からの情報・家族の意向、本人の希望を第一に考えた介護計画を作成している。		
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	食事・水分摂取量24時間排泄シートの記載をおこない異常がないかのチェックを行なっている。又、生活記録には24時間の様子を記入している。		
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	問題が起これば、職員間で情報を共有しいろいろな方向から問題点を見られるようにしている。		

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	介護相談員が入居者と対話されたり地域住民にも声掛けを行い、消防訓練、そうめん流し、バーベキューなどを行なっている。		
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	基本的には本人や家族の希望するかかりつけ医での受診が継続できている。受診結果については同行した職員が随時、御家族に報告している。		
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	看護職員は従事していない為、必要に応じ、電話や受診時に看護師に相談している。		
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。	協力機関の体制が出来ている。		
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	看護師不在であるが、訪問看護など医療機関との連携を図りながら終末期における介護についても本人や御家族の意向に沿って出来るかぎり支援していきたいと考えている。		
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	消防署へ依頼し救命救急訓練を実施している。。		
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	職員が危機意識を持ちながら年2回避難訓練実施、災害研修に参加している。。又、随時、地域住民の協力が得られるように働きかけている。		

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
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	更衣時、居室で行なうように支援している。排泄時の声掛けはトイレという表現をなるべく使用せず対応し必要時は耳元で小さな声で行なうように配慮している。		
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	職員が入居者と十分にコミュニケーションを取りながら、思いや希望を自分で決められ、実行できる環境作りに取り組んでいる。		
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	個々の入居者の生活スタイルやペースを把握しながら、その日、何をしたいのかを聞き、自由に過ごして頂いている。		
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	家族様の情報を得ながら好みの服を把握し、季節に応じた着衣が出来るように見守っている。		
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	残存機能の維持の為に食事準備(野菜の皮剥き、盛り付け、味見、)、後片付け(食器拭き)を職員と一緒にこなしている。		
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	水分摂取量を記録で確認しながら不足している入居者には随時、補水対応をしている。献立は記録に残し、週間メニューを参考にしながら栄養面に配慮している。		
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	毎食後口腔ケアを行っており、介助が必要な入居者には職員が行っている。夜間は職員管理の下、義歯洗浄を行っている。		

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
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	個々の入居者の排泄時間の把握、表情やしぐさや行動から排泄意思を読み取りトイレへ案内する。		
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	かかりつけ医の指示により緩下剤のコントロールを行ないながら、出来る限り自然排便が出来るように、乳製品や植物繊維等を多く摂取できるように配慮している。		
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	個々の入居者の生活習慣(ホームに入所する前から)、や希望、体調に配慮しながら対応している。		
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	居室での休息は自由に行なってもらっているが、生活のリズムが崩れないように、時計を見計らって起きて頂くようにしている。		
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	個人ファイルに処方箋を管理し、職員が内容確認出来るようにしている。処方変更があった時には申し送りで周知するようにしている。		
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	食器拭き、洗濯物干し、食事準備、清掃など役割りを担う場を提供している。又、散歩、体操、音楽鑑賞、もの作り(風鈴、折り紙で鶴を作る)		
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	外食、喫茶店、買物、神社参拝、など希望された時には状況に応じ対応している。又、地域行事、ホーム行事などの声掛けも行なっている。		

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	事務所立て替えて金銭管理を行い、毎月明細と共に御家族に報告している。		
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	電話対応や手紙のやり取りは自由に行なってもらって介助必要な入居者にはその都度、職員が見守り、対応している。		
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	リビング、玄関、廊下、テーブルには季節の草花や装飾をして入居者の視覚を楽しんでもらっている。		
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	くつろぎの空間としてソファや長いすを設置している。又、居室でお一人になられた時間を趣味などをしながら過ごして頂いている。		
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	居室には入居者のなじみの家具や生活用品を持ち込んで頂き、居心地のよい空間となっている。又、能力を活かせるように手すりを設置している。		
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	入居者のADLに応じた居室の工夫(畳使用、ベット使用)や手すりの設置を行い、安全かつ自立した生活を送れるよう支援している。		