

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	2373000906		
法人名	(有限会社)ひかりサービス		
事業所名	グループホーム ジョイア永覚 新館ユニット		
所在地	豊田市永覚町欠畑21-1		
自己評価作成日	平成25年9月14日	評価結果市町村受理日	平成25年12月27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.kaigokensaku.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JigvosyoCd=2373000906-00&PrefCd=23&VersionCd=022
----------	---

【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	愛知県名古屋市中熱田区三本松町13番19号		
訪問調査日	平成25年10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)】

利用者様と共に毎日楽しく安心、安全で暮らしていくことをモットーに小さい声も拾いあげ実現できるように支援しています。また出かけた先へ一緒に行くことも大事にしています。ご家族様とも親睦を深めるよう連携をとり情報交換ができる関係づくりに努めています。日々の生活の中で、健康に過ごせるよう主治医や歯科医師、看護師とも連絡がとれる体制でいます。スタッフは、利用者様の満足のいく人生のお手伝いをしているのです。

【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) <input type="radio"/>	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) <input type="radio"/>
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) <input type="radio"/>	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) <input type="radio"/>
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) <input type="radio"/>	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) <input type="radio"/>
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) <input type="radio"/>	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12) <input type="radio"/>
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) <input type="radio"/>	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 <input type="radio"/>
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) <input type="radio"/>	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 <input type="radio"/>
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) <input type="radio"/>		

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	理念を知っている職員もすくないが、これから理念を職員と共有していきたいと思う		
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	日課の散歩を通じ近所の方とあいさつや会話をするなど顔なじみになり季節の野菜等を頂いたりコミュニケーションがとれている。		
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	地域で徘徊模擬訓練やサポーター研修などを開催し声かけをしている。		
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	運営推進会議の内容をミーティングで報告し、話し合うなどサービス向上に活かせるようにしている。ホームの行事についても助言して下さり助かっている。地域の行事などを教えて下さるので参加している。		
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取り組んでいる	介護相談員が月1回訪問されるので取り組み等を話している。		
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	身体拘束とわかっているが外に出て行かれる方が数名おり、安全確保のためにも玄関の施錠は常態化している。日中、外に行きたいという方がいれば業務を中断し付き添う、買い物に同行して頂くなど努力している。		
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に注意を払い、防止に努めている	年に一度包括支援センターが研修を行って下さる。参加できなかった職員には、ミーティングで説明。虐待について理解を深め職員間でのコミュニケーションを取り、防止につなげているカンファレンスでも話しをしている		

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	制度を活用されてる利用者がおられるためミーティングで勉強会を行った。		
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	契約時、十分に説明し、納得してもらっている。解約や改定時も説明をさせて頂いている。ご家族等の質問や不安にもお答えしている。		
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	利用者については、つぶやきから拾いあげている。家族さんからは、面会時に要望や意見を頂いている。反映できていると思う。		
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	スタッフから、あがってくる意見は、各リーダーから管理者、管理者から施設長に伝わっている。実行できている事もあるりこれからも意見を出してもらえようしていきたい。		
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	個々の能力に沿うように心掛けている。		
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	会社での研修があり職員は、参加している。個々で研修に行くスタッフも増えてきている。ミーティングで、勉強会も行っている。		
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	研修の場で、他事業者さんと交流をもつようにしている。会社の研修でも同業者の方と話す機会もありサービス向上につなげている。		

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	
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	実地調査で、要望や日課や生活習慣などを実際に知ること、本人との関係作りを目指す。情報を職員間で共有している。			
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	上記同様。はじめはまめに連絡をいれ状況を報告し安心して頂いている。			
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	今、何について困っているのか、何を必要としているかを見極め支援している。利用者の状態や経済状態等で特養の申し込みを進めたりはしている。			
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	一方的な立場ではなく、共に生活していると考え、助け合い支えあう関係作りに努めている。			
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	家族の絆を大切に職員と共に利用者を支える関係を築いている。			
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	なじみのスーパーに行き買い物したり、同級生や自宅の近所の方が面会に来て下さったりしている。個別で馴染みの場所へ行こうという計画がある。			
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	利用者間でトラブルが起きないように職員が間に入るようにしている。孤立しないよう気の合う利用者をそばに誘導したり配慮している。			

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
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	退居後、転居先での生活もあり関係はなかなか継続できていないが、退居された方の家族がホーム内のイベント時にギターで弾き語りをしに来てくださる。		
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	普段の会話の中から利用者の希望などを把握し職員間で共有し実現でき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	初期に行ったアセスメント、利用者との会話の中、家族さんからも話を伺ったりし、生活習慣を把握することに努めている。馴染みの物を持ってきて頂いたり今までの環境づくりに心掛けている。		
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	利用者の睡眠状態、食事量、会話の中からその日その時の状態を把握するよう努めている。		
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	日頃から職員間で利用者の情報交換し利用者の思いを知ることができているが介護計画、モニタリング定期的に行われていない。		
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	重要なことは介護記録の他に、申し送り時に報告し情報を共有するようにしている。		
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	可能な限り臨機応変に対応するよう心掛けているが、新たなニーズに対しては、その都度対応している。		

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	図書館、公民館、公園など利用している。近所のコンビニやスーパー、薬局に散歩がてら行ったりしている。まだある資源の活用に努めたい		
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	事業所の往診医が主治医のかたは些細な変化も主治医や看護師に報告している。今までの主治医継続されてる方で家族が遠方で受診が難しい時は事業所の主治医に受診できるよう支援している。		
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	利用者の些細な変化に気を配り、常に気にかけて看護師に報告し指示を仰いでいる。		
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。	入院の際出来るだけサポートし病院側や家族の方と情報交換し退院後、施設で出来るケアや対応をその都度考え、早期退院につなげていけるよう心掛けている。		
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	家族には入居時に説明してあるが、職員にはまだ実感がない。今後、勉強会をしていきたい。		
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	行っていない。管理者、リーダーが社内研修の中の救急蘇生法の研修にしている。		
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	避難訓練は年2回、夜間も想定した通報の仕方を訓練している。近所の方にも避難訓練時、訪問し、文書にて災害時の要請をお願いしている。また消防署の方にも来て頂き、一緒に行っている		

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、声かけには気をつけている。よくない声掛けをみた時は、注意できる環境でいる。		
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	利用者様が自己決定できるように促し、会話や、表情から読み取りスタッフは、常に働きかけている。		
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	利用者のその時のペースに合わせることに努めているが、職員側の都合優先になってしまうこともあるので今後、気をつけたい。		
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	起床時、入浴準備時は本人に選んでいただく。外出時も外出用に選んで頂くようにしている。月1回の出張カット、男性利用者は毎日ひげそりをしている。		
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	食事作り、盛り付け、配膳、片付けなど皆さんと行っている。ホットプレート使用の時は利用者が主にやってくれている。		
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	食事量、水分量をチェックし利用者の状態を把握するようにしている。お茶が苦手な方には甘い飲み物を。利用者の好みの温度の飲み物にしている。		
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	毎食後口腔ケアの声をかけし見守っている。ご自分でできる方も最終確認をさせて頂いている。歯科往診が随時。		

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	日中は布パンツ、体調の悪いときはリハパンにするなど使い分けていて、トイレでの排泄を目指している。		
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	毎日の散歩で運動の働きかけをしている。水分摂取やコーヒーに多めの牛乳を入れるなどしている。乳清品も取り入れている。便秘で体調不良になる方には下剤を使っている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	職員の勤務上、決まった時間の入浴になり、「寝る前に入りたい」というかたには希望に沿えない。その日のタイミングで入浴して頂いている。1度断られても時間をおいて再度声かけする。		
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	就寝時間はまちまちで居室へ行かれる。日中休まれる方はご自分で居室へ行かれて休まれる。		
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	利用者全員が服薬しており、薬の数が多い方もおり、名前、目的、副作用までは理解できてない。用法、用量は指示通り。飲む前に、名前・日付・朝昼夕を声出し確認し利用者にも確認して頂いてから服用している。		
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	自信を持って出来る役割を考え実行している。買い物時に好きなものを買ったり、気分転換の為に散歩にでかけている。		
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	散歩に雨の日以外は毎日出かけている。利用者の個人的な買い物や希望に沿え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	お金がない事に不安のある方はお金を所持している。買い物などにいった時などご自分で支払われている。		
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	自筆で手紙を出される方もいる。電話は希望があればかけて頂いている。		
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	共同の場は毎日利用者と一緒に掃除をしている。散歩で摘んできた花を飾ったり、畑で季節の物を育てている。季節感を大事にしている。		
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	気の合った利用者同士会話が弾んだり、ソファで一緒にテレビ見たり、居室で過ごされる方、1人ひとりの過ごし方を大事にしている。		
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	使い慣れた家具を持ってきて頂いている方が多い。居室でゆっくりと自分の時間を過ごされている。居心地のよい環境作りを進めたい。		
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	トイレ、廊下、階段に手すりを設置。エレベーターの使い方がわからないかたにはその都度説明している。何気ない目印でトイレ、風呂、居室と掲示している。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホームジョイア永覚

目標達成計画

作成日: 平成 25年 12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	49	現状、重度の方が増えてきており、全体での外出が無理になってきている。	11月より少人数の外出レクを企画、実施している。これからは、もっと個別に行きたい所に出かけて行きたい。	個別に事前アセスメントをして、利用者の思いを知り、行きたい所に行かれるよう取り組みたい。	6ヶ月
2	35	ユニットの建物が離れているため、緊急時の対応に課題あり。職員同士や違うユニットの利用者の顔と名前が一致しない点	各ユニットの交流の機会を作り、緊急時の対応もカンファレンス等で伝え全員が把握できるようにしたい。	各ユニット会議で話し合い取り組みを考えて合同の企画から交流をはかりたい。緊急時の対応は、2人ずつ説明をしている。ユニット会議でも話すようにしている。	1年
3	52	本館ユニットのリビングは、築10年を越え壁紙も汚れていたり、剥れている。居心地のいい空間作りが課題としてあげられる。	利用者の家と言う事を忘れず明るい共有空間を作っていきたい。居心地の良い場所が目標。	明るい色を使い、季節感ができるようにしていき、スタッフが利用者と共に作りあげられるよう取り組んでいきたい	6ヶ月
4	33	重度化した利用者に対する支援や看取りを見据えた支援が課題としてあげられる。	チームケアを中心に終末期を含んだケアをしていく事を目標にしたい。	新しいスタッフが増えた事もあり、会社での研修等で、勉強し終末期の方のケアを職員全員が把握できるようにしていきたい。	1年
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。