

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	2372001418		
法人名	有限会社 たけのこ		
事業所名	グループホーム たけのこ(85番地・88番地)		
所在地	愛知県豊橋市駒形町字退松85番地		
自己評価作成日	平成22年11月10日	評価結果市町村受理	平成23年2月14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?JGD=2372001418&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	名古屋市市中村区松原町1-24 COMBi本陣 N203
訪問調査日	平成22年12月20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)】

(自己評価及び目標達成計画につきましては、別紙様式をご参照ください。)

【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)】

「ノーマライゼーション」を合言葉に、利用者が重度になっても、住み慣れた地域の中で暮らし続けることができるように、看取りまでの支援を行っている。そのための職員の資質向上への取り組みとして、職員は、「3つの研究会」(介護技術、リスクマネジメント、排泄)をつくり、職員同士で勉強会を続けている。その成果は、運営推進会議の際に発表会として発表し、会議の委員に審査、採点をお願いしていることで、職員の意欲を引き出し、その結果、職員の資質向上に繋がっている。さらに、利用者も職員と同じようにホーム内を自由に移動することができ、行動制限がない。他にも積極的な外出にも努めており、日頃の取り組みが、利用者の生き活きとした表情に繋がっている。また、ホーム代表者(管理者)と事務長は、自らの経験を活かしながら、若い世代が多い職場の中で、良き理解者となっている。
--

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)	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		「ノーマライゼーション」を基本に捉えながら、それを9項目にわたるホーム独自の理念に分け、その中の9番目の理念を毎年変更している。職員は、申し送り時に唱和しながら、最後に「スマイリー」と掛け声をかけ、笑顔を大切にしている。	
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		管理者が、町内会の連絡員を務め、市からの連絡事項を回覧板にして回している他、ゴミゼロ活動や溝さらいにも参加している。さらに、防災対策として、家族の方を講師にして、地域の方も参加した講習会を開催している。	
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			
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		会議の際に、職員で構成する3つの研究会の発表を行い、採点をしてもらうことで運営に活かしている他、ホームの活動状況をスライドで報告することで、出席した委員がホームの現状を理解しやすい努力を続けている。	
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		管理者、事務長が、市の担当部署に赴いて、ホームからの報告等を行っている。事故報告や行方不明の報告、成年後見に関する助言等、ホームのありのままを報告、相談し、必要な指導や指示を受けている。	
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		ホームでは、身体拘束を行わないことを基本としている。職員にも拘束のないケアを重視することを指導し、言葉による拘束にも注意している。玄関の施錠も行わず、見守りを重視しながらケアを行っている。	職員が身体拘束の理解が充分でない面があることが否定できない。理解不足から、管理者、事務長不在時に、身体拘束的な行為につながることも考えられる。職員の基本的理解を深める取り組みに期待したい。
7		○虐待の防止の徹底			

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
		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			

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			
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			
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		毎月、生活記録を家族に送付し、利用者の記録を報告している。その際に、家族より意見・要望を伺う用紙を同封し、返信をお願いしている。家族からの意見や要望は、職員で行うケア会議等に伝え、ケア向上に活かしている。	
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		職員は、勤務の最後に業務ノートを作成し、管理者に提出している。管理者がチェックし、必要な返事を記入して返している。ホーム内は、オープンであり、管理者、事務長も現場に近いため、職員も意見等を言い易い環境にある。	ホーム内がオープンであることで、職員にとってプライベートな空間が限られているのが現状である。事務長より十分な休憩を取るよう指導しているため、職員が休憩しやすい環境を整えることも望まれる。
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			
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			
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			

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			
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			
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			
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			
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			
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		家族の訪問があり、一緒に外出することもあり、馴染みの関係支援には、家族にも協力をお願いしている。しかしながら、入居期間が長くなっていることや重度化が進んでいることで、徐々に困難になっている。	
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			

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			
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		初期の段階では、センター方式を利用しながらアセスメントを行い、入居後は、週3回程度をケア会議として、職員と利用者にも出席してもらい、一人ひとりの意向や希望を話し合いながら、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			
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			
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		職員は、ケア会議や月1回のユニット会議で、利用者にも参加をお願いして話し合い、計画のモニタリングを行っている。話し合われた結果を基に、計画作成担当者が計画を随時見直しを行なっている。計画は、基本3か月までには見直している。	
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			
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			

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			
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		以前からのかかりつけ医の医療機関への通院は、家族にお願いしているが、希望の医療機関の継続か協力医療機関への変更かは、希望に添っている。家族による通院が困難な場合は、往診の医療機関へ切り換えての対応も可能である。	
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			
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。			
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		ホームでは、事前指定書を交わし、家族と看取りに関する同意を行い、かかりつけ医や入院先の医師等も意見も入れ、双方で確認している。ホームでは、利用者の重度化が進み、看取りへの取り組みは日常的であるが、実績を積み重ねることで、職員にも受け入れ態勢ができていると言える。	
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			
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		避難訓練を行い、職員も手順等の確認を行っている。スプリンクラーも設置し、防災対策を整えている。緊急時には、管理者が近所に住んでいることで、すぐに駆けつけることができる。地域住民とも運営推進会議等で、防災の確認を行っている。	避難訓練は行っているが、夜間想定での訓練が今後の課題である。また、備蓄品については、現状入れ替え中であるが、必要量を調えることにも期待したい。

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		言葉遣いや言動についても、職員は利用者一人ひとりを尊重した接し方に努めているが、自己評価の内容から、職員間で十分な配慮ができていないのではないか、という意見もあり、日々取り組んでいる最中といえる。	
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			
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			
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			
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		食材は、職員と利用者で買いに行っている。調理や配下膳には、利用者も参加し、食事の際には職員も同席している。食事中は静かであるが、話題によっては楽しく会話することもあり、ごく自然な雰囲気で行われている。	
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			
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に、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			

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		全居室にトイレが設置されており、職員は時間をみながらトイレ案内を行い、利用者は自分の居室のトイレで排泄を行っている。ほぼ寝たきりの方も、排泄の際にはトイレに移動していただき、オムツ内での排泄を減らしている。	
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			
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		毎日入浴の準備をしており、毎日の入浴も可能である。入浴日や入浴時間を決めず、利用者は入りたい時に入ることできるが、希望を言われぬ方も多く、現状は、職員が入浴を促すことも多い。	
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			
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			
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			
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支援している		日頃の散歩は日常的であり、重度の方も車椅子で外出している。外出については、利用者の希望も確認し、そのときの状況で外出している。外出の機会は多く、市内、市外を問わず、様々な場所へできるだけ多くの方が外出している。	

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			
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			
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		共用空間は、天井がなく吹き抜けになっていることで、全体的に開放的な雰囲気である。玄関横には、座敷とこたつが設置されており、そこで寛ぐ方もいる。ユニットの間には、スタッフルームがあり、行事の際には大勢が集まることも可能である。	
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			
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、タンスや衣料品等、馴染みの物が持ち込まれ、その人らしい居室になるように配慮されている。また、自分で窓を開けてテラスに出ることも可能であり、外で洗濯物を干す方もいる。	
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			