

### 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	4271102131		
法人名	特定非営利活動法人 ライフエイド長崎		
事業所名	グループホーム ひだまり		
所在地	長崎市香焼町1355-1		
自己評価作成日	平成22年12月14日	評価結果市町村受理日	平成23年4月15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	<a href="http://ngs-kaigo-kohyo.pref.nagasaki.jp/kaigosip/Top.do">http://ngs-kaigo-kohyo.pref.nagasaki.jp/kaigosip/Top.do</a>
----------	---

【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 福祉総合評価機構		
所在地	長崎県長崎市桜町5番3号 大同生命長崎ビル8階		
訪問調査日	平成23年2月15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日1500cc以上の水分摂取。1日1500kcalの栄養摂取。下剤を使わない排便管理。下肢の筋力を使う運動の促し。以上の4点を毎日丁寧に実施する。
--

【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)】

ホームは海を見下ろすことができ、近隣には住宅も点在している。「めし、水、くそ、運動」を理念に掲げ水分量、カロリー量、運動量など一定の基準をクリアするよう日々支援している。下剤を使わず、また、昼間はおむつを使用しないよう排便を管理し、なるべくトイレで排便するよう支援している。そのため、自分で歩けるようになってきたり認知症が軽くなったりして退所する利用者もいる。管理者は看護師でもあり介護や看護についてよく勉強しているため、情報や知識が職員にも浸透している。ホームの中はリビングのソファの高さを調節するなど、利用者が生活しやすいための小さな工夫がたくさん見受けられ、まさに利用者本位のホームとなっている。
---

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)	○ 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広がったり深まり、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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	1500cc/日以上水分摂取。1500kcal/日以上栄養摂取。下剤を使わない排便。下肢の筋力を使う運動。以上の4点を職員全員で地道に取り組んでいる。	「栄養摂取、水分摂取、排便、運動」について毎日丁寧に実施する事が、心身の活力の維持と症状の改善に繋がるという理念を掲げている。新人は、管理者と研修ノートのやりとりが行われ、理念の浸透が図られている。また、毎日のケア記録を丹念に行う事で、チェックと見直しの機能が自然に出来ている。	
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	利用者がもと住んでいた地域に、不定期ではあるが通っている。	計画作成担当者が、地域の商工会の婦人部のメンバーとなっており、イベントに参加している。この他保育所の園児の訪問があり交流がなされている。	
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	入居者の介護で手いっぱいのため、時間的に不可能。		
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	利用者が特定されるような話は禁じられている。よって、介護の向上に活かすことは論理的に不可能。	この1年では、3回実施している。行政は不定期の参加である。包括支援センターや地域の商工会婦人部からの参加もある。利用者の状況や、認知症についての話をしている。料金についての質問も上がっている。	運営会議を報告だけでなく、サービスの向上に活かしていく事を期待したい。また、開催回数を年6回とする事が望まれる。
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	取り組んでいない。	市役所とは、書類の書き方について質問をする他、運営推進会議での交流に留まっている。	市町村とは、ホームの運営や課題の解決に向けて共に取り組む姿勢が望まれる為、より良い関係作りに取り組まれる事を期待したい。
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	取り組んでいる。	玄関や居室の鍵はかけておらず、居室の掃き出し窓も日中は施錠していない。身体拘束をしない事は、職員にも伝えられている。1月に職員が外部研修を受講しており、研修報告も行っている。	
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	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	日常的に意識して支援はしていない。		
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	納得はしてもらっているのではないだろうか。		
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	介護上の問題点を明確化するために、必要な情報を家族等から聞いている。	家族の訪問頻度は週1回から月1回あり、その都度希望を聞き取るようにしている。職員は昼食と一緒に食べる事もありその会話の中から必要な情報を得るなど工夫している。利用者の好みの果物について提供するようになった事例がある。	
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	根拠に基づいた論理的な意見であれば、反映させる。	職員と管理者とのコミュニケーションは、日頃から密に取れており現場の職員の意見が通りやすい雰囲気作りがなされている。勤務のシフトについての希望が出され、事務室の電気スタンドの購入や加湿器の設置が実施されている。	
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	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	定期的に、外部の研修に行かせている。		
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	特にしていない。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	介護上の問題を明確にし、その問題を解決するための介護を行なっている。その過程の中で自然と関係が築かれている。		
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	介護上の問題を明確にし、その問題を解決するための介護を行なっている。その結果により、家族から信頼を得ている。		
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	丁寧なアセスメントを行なうことで、介護上の問題を明確にしている。		
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	自立支援を行なうことで、利用者が一方的に介護される立場から脱却できることを目指している。		
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	家族に対し、これといった働きかけはしていない。		
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	利用者がもと住んでいた地域に、不定期ではあるが通っている。	職員は墓参りや自宅へ行きつけの美容院へ通う利用者に同行支援を行っている。また、友人が訪ねて来る事もあり、馴染みの関係が切れないよう支援を行っている。	
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	利用者同士で、自然に関係が構築されている。		

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	臨機応変で、そうするつもりです。		
<b>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</b>					
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	家族の意向が優先されている。	介護度が高くなり、本人の意向を聞き取ることが困難なケースが多くなっている中、食事についての希望を中心に聞き取っている。利用者毎の認知症のパターンを専門的に把握しており、声かけも個人別に工夫して行っている。	
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	生活歴を把握することは介護をするうえで必要不可欠なことであると思っている。		
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	アセスメントの一環として必要な情報を把握している。		
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	丁寧なアセスメントを行なうことで、介護上の問題を明確にしている。	介護計画の原案は、計画作成担当者が家族からの情報を基に、作成している。その後、職員へ説明を行い、本人、家族へ提示し、同意を得ている。日常のケアでは、ホーム独自の21の項目について実践している。半年に一度の見直しの際には、この記録を基に全員で検討が図られている。	
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	「アセスメント・計画作成・実施・評価」の循環を、日常的に行なっている。		
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	認知症対応型共同生活介護サービスを提供している。		

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	利用者にとって有効な地域資源がない。		
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	している。	内科に関しては緊急時等医療機関の協力を得やすくするため本人・家族の了承を得てほとんどが事業所が紹介した医療機関に変更している。また、心療内科や皮膚科等については入居前からの医師を引き続きかかりつけとしている利用者もおり、事業所で受診支援を行っている。	
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	管理者が看護師で、住み込みで勤務している。		
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。	病院側のソーシャルワークが、不十分であることが多い。		
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	施設側が、終末期であると判断した段階で具体的な話しを進めていくと、入所時に説明している。	終末期の対応については利用者が入所するときに説明しており、また、状態がその時期になったときにも再度説明している。看取りは以前経験しており事業所の方針についても職員は周知している。管理者が看護師であり医師と連携しながら対応するようにしている。	
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	マニュアルを作成している。		
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	地域との協力体制は築いていない。自然災害時の避難場所は把握している。	避難訓練は年に2回実施している。災害時の避難場所は近隣の福祉センターに決めている。また、夜間は、管理者家族が事業所に隣接して居住しているため夜勤者と併せて5名体制となる。ただし、地域住民との連携については現在のところ取れていない。	非常災害時には事業所及び地域が互いに助け合うが必要になると思われる。そのため日頃の訓練から地域住民に参加してもらい非常時の対応を取るよう希望する。

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	認知症タイプ別に応じた声かけをしている。	葛藤型など認知症のタイプ別に応じた対応をすることが、その人を尊重することと考え支援している。守秘義務は明文化しており、職員には入社時に誓約書を取り守秘義務や個人情報の取り扱いについて周知している。	
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	利用者を混乱させないように配慮しながらすすめている。		
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	不十分だと思っている。		
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	季節や気候に合わせている。		
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	ある程度の好みは反映させている。また、ある程度の準備を一緒にしている。	毎日のメニューはその日の材料を見て決め、利用者が嫌いなものはアレンジを変えて提供している。個別に外食に連れて行ったり誕生日などの行事食もある。職員は利用者と同じものを一緒に食べている。また、下ごしらえの手伝いをする利用者もいる。	
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	1500cc/日以上の水分摂取。1500kcal/日以上の栄養摂取を確実にこなしている。		
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、実施している。		

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	日中はおむつ使用なし。	トイレに行くことも運動であるため昼間はおむつをしないできるだけトイレで排泄するようにしている。夜はポータブルトイレとおむつの利用者が2名居る。カルテに個人の排泄パターンを記録しなるべく失敗の無いよう支援している。	
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	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	限られた職員を有効に動かすために、曜日・時間帯をある程度決めている。	日曜日以外は毎日入浴できるよう準備している。全てが同性介助ではないが異性の場合には了承を取っている。また、風呂に座ったまま入浴できるよう台を設置するなど配慮して入浴を楽しめるように支援している。	
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	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	職員は、主作用・副作用を理解している。		
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	不十分だと思っている。		
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	利用者がもと住んでいた地域に、職員が不定期ではあるが連れて行っている。	運動の一環として1日に1.5キロメートルを目標に公園を歩くようにしている。また、季節ごとのドライブや暖かい日には買い物へ行ったり受診を兼ねて利用者が住んでいた地域に連れて行ったりしている。	

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	職員とともに、買い物に行くことがある。		
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	利用者自ら、電話をかけたり、手紙を書く能力が、もはやない。		
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	生活感よりも、利用者の安全や、防犯防火を優先させた環境設定になっている。	共用空間の音や光、室温は適度に調節されている。立ち座りが楽になるようソファに足継ぎをして高さを調節したり、認知症の状態に応じてリビングの模様替えをしたりと利用者が居心地良く過ごせるような工夫をしている。	
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	スペースの関係上、困難である。		
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	安全に過ごせるように、工夫している。	居室は使い慣れたものが持ち込まれ機能的に使用できるようにしている。仏壇などもあり物品の持込も自由である。また、起きやすいようにベッドのマットを発泡スチロールに変え硬くするなどの細かい工夫も見受けられる。	
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	している。		