

# 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	2393000043		
法人名	医療法人寿光会		
事業所名	グループホーム上豊田(青空)		
所在地	豊田市若草町1-7-21		
自己評価作成日	平成22年10月11日	評価結果市町村受理日	平成23年2月8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://www.kaigo-kouhyou-aichi.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2393000043&amp;SCD=320">http://www.kaigo-kouhyou-aichi.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2393000043&amp;SCD=320</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『サークル・福寿草』
所在地	愛知県名古屋市中村区松原町一丁目24番地 COMBi本陣S101号室
訪問調査日	平成22年11月11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)】

個人の個性を大切に、大家族のような、家庭的な雰囲気となるよう、心掛けている。入居者の自主性を大切にしている。

## 【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)】

事業所は小規模団地に隣接、敷地は広く、施設は2ユニットながら平屋で中庭もあり、ゆったりとしたスペースで清潔。管理者、職員とも明るく活発で連携もよくできている様子。職員は自主的に勉強会をしており向上心旺盛。「その人らしさ溢れるカラーを作る」という理念の下、事業所として一人一人の利用者に対して丁寧な対応が出来ていると思われる。利用者や家族の意見は、居室担当による聞き取り、運営推進会議などで把握され、その結果は職員会議、ケアカンファレンスなどできめ細かくフォローされている。地域との付き合いに関しては、現時点では自治区と事業所の関係が希薄であり、今後、両者間による直接的及び行政を介しての関係作りが行われることを期待したい。

## 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
<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	出来ている。	理念は、ホーム立ち上げ時に職員で話し、ホームの特色を「虹色カラー」とし、理念を目につきやすいタイムカードの場所に貼ってある。職員もこの理念を共有し、各利用者に適したケアプランの作成と実践に努めている。	
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	散歩等を通じあいさつをしたり、近隣の小学生がボランティアに参加している。	運営推進会議への民生委員の参加、小学生のボランティア受入、消防署との連携、夏祭りに地域住民の招へいなどを行っている。自治会への加入、自治区との交流は出来ておらず、これからの課題である。	地域の方への理解と協力はあまり得られていない様子であるが、折りにふれ働き掛けを続けられたい。ホームでの認知症の講座等、相互の交流に期待したい。
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	近隣の方の訪問等が増えてきている。		
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	活かしている。	会議の中で家族から出された要望を実行に移したり(例:外出機会増など)、会議で紹介して貰ったボランティア活動者(料理ボランティア)を招いたりするなど、運営推進会議をホームの運営に活かしている。	
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	必要があれば連絡を取っている。	市主催のサービス向上連絡会や市からの調査依頼時(1回/3ヶ月)のやりとりなどの定期的な連携の他、日常的には電話にて相談したり情報の交換を行っている。	市主催の行事等への参画についても、特に依頼がないこともあり行っていないが、今後に向け、機会等をつかみながら、前向きな活動を行っていかれることを望みたい。
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	必要以外の身体拘束は行なっていない。	身体拘束は行っておらず、ベッド回り、衣服などにも身体拘束に結び付くようなことはしていない。ただ、利用者の安全性を考慮し、玄関およびユニット間の通路の施錠は行っている。	
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	成年後見制度を利用している方もいる為、理解している。		
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	必ず読み合わせを行なっている。		
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	意見箱の設置。運営促進委員会の開催	居室担当が自分の担当の利用者(2~3人)および家族からの意見・要望の把握に努めている。また、玄関に意見箱を設置したりホーム便り(虹色通信)を毎月発行するなど意思疎通を図る仕組みを設けている。	
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	随時、対応している。	職員は管理者に対して話し易い雰囲気であり、毎月の職員会議では様々な改善項目が提案され実施に移されている。(例:洗濯物の紛失予防策、ご飯の炊き方、施設の草取り、廃棄物棄て方など)	
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。人事考課の評価機会を設けている。		
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	法人内外の研修に参加している。		
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	交流会等に参加している。		

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
<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	事前面接にて聴取している。		
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	随時、対応している。		
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	本人・家族の希望を聞くようにしている。		
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	家事等を一緒に行っている。		
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	イベント等には必ず声を掛け、本人が職員に話せない事等を聞いてもらう様促している。		
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	友人・知人が訪ねてきやすい環境作りや馴染みの場所へ職員の付添いで行ける様努めている。	家族の面会についてはいつでも受け入れている。利用者の希望もあり、家族と一時帰宅することや、入居前から利用していた店(床屋など)に家族同伴で行くなど、馴染みの関係を支援している。	
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	孤立しがちな人には、職員による他入居との橋渡しに勤めている。		

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	必要に応じた対応に努めている。		
<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	できる限り本人の希望に沿う様努めている。	居室担当(利用者2、3人担当)制度を設けて、家族と同じような付き合い方の中で、利用者の意向のきめ細かな把握に努めている。その結果は3か月に1回のサービス計画の見直しにも反映している。	
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	事前の面接時に生活歴の記入をお願いしたり、日々の会話から情報収集している。		
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	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	定期的に作成している。	3か毎のケアカンファレンスで、居室担当の職員の意見を中心に、介護計画を作成している。急変の場合は、事後の時もあるが基本的には家族の意見で追加、変更などしている。全職員、計画内容を共有し、日々の介護に活かしている。	
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	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	要望に対し、できる限り柔軟に対応している。		

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	把握に努め、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	主治医の選考は本人・家族の意向に合わせている。	入居前のかかりつけ医を希望される方には、家族の付添いで受診して頂いている。内科、歯科はそれぞれ協力医療機関があり、歯科は月2回、看護師は医療連携体制にて月4回訪問あり、協力医療機関には職員も付添っている。	
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	記録簿を作り、報告している。		
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。	SWと連絡、連携を取っている。		
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	居取りの方針を定め、医療連携体制を敷いている。	看取の介護に関して、医療機関及び家族との連携を密にし、利用者の為に最善の介護に努めるということを方針としている。医療行為の発生した時は病院へ入院するという内容については、家族にも説明してある。	利用者や家族との希望や意向は状況によって変わっていくことや、急変したときの対応もあり、今一度、重度化に関する指針を確認しながら継続的な話し合いに期待したい。
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	定期的に講習を行なっている。		
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	定期的に訓練を行なっている。	避難訓練を2回/年実施し、避難時の課題を抽出して対応を話し合い意識を高めている。水や乾パンは7日分備蓄。来年度にスプリンクラーを設置する予定。避難訓練時、地区に声かけを行って協力を要請しているが実現には至っていない。	

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>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	実施している。	名前の呼び方、トイレ利用時の声かけ、着替え、おむつ交換時など、職員は利用者の誇りやプライバシーを損なわないよう気遣いをしている。職員は、目上の方への接し方として、丁寧な対応に心掛けている。	
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	実施している。		
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	1日のスケジュールは作らず個々のペースで生活できるよう見守り声掛けしている。		
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	出来ている。		
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	出来ることは、それぞれのレベルに合わせて行ってもらっている。食べれない食材は変更したりおやつ作りを一緒に行っている。	献立、食材準備は業者に委託しているが、調理はホーム内で行い、野菜切りや後片付けは利用者も参加している。好き嫌いや食べ易さへの配慮(細かく切るなど)もできている。	
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	チェック表を作成し、状態の把握に努め支援している。		
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	定期的に歯科の往診も行い、個々に合ったケアを行っている。		

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	チェック表を作り、排泄パターンを把握し、トイレ誘導を行っている。パットの使用も尿量によって分け自立と清潔保持に努めている。	出来る限りトイレを利用するよう個別に紙おむつを外すか薄いものに変更する配慮をしている。トイレの場所が分からなかった方について、居室をトイレの前にしたら、トイレの場所が判断できたなど、排泄の自立に向けた取り組みを行っている。	
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	チェック表を作成し、排便状況を把握し、状態に合わせたケアに努めている。		
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	曜日や時間の指定はしておらず、マンツーマンで、最位限の介助でゆったり入っていただいている。	週3回基本的に午前中であるが、希望があれば午後入浴も可能である。入浴を拒否される時もあるが、声かけを工夫しながら入って頂いている。それでも駄目な場合は、強要せず入浴の日にちをずらしている。	
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	実施している。		
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	処方せんを個人ファイルにはさみ重要事項は申し送り理解に努めている。チェック表を作成している。		
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	個人に合わせた楽しみ、やりたいこと等を見付け、やっていただいている。		
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	外出、買い物の希望があればご家族や職員で対応できるよう努めている。職員からも気分転換で近所の喫茶店や公園への散歩も促している。	居室担当が利用者の希望を聞いており、毎日曜日を外出日として、喫茶店、買い物、回転寿司、公園へのドライブなどに行くなどの支援をしている。また、家族と外出することもある。	



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
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	希望があれば買い物に出掛けて、本人に支払ってもらったりしている。		
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	している、又本人に替わって近況を写真や文書などで遠方の家族にお知らせしている。		
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	季節感のあるレイアウトや中庭に季節の花や野菜等を一緒に育てている。	居間は中庭に面して明るく置のスペースが設けられ、くつろぎ易く居心地よい共用空間となっている。中庭では利用者により野菜が作られている。廊下は広く手すりを完備。居室とトイレ、食堂、浴室の配置も合理的である。	
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	イスやソファを置き、自由に移動していただいている。		
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	使い慣れた食器や家具を持ってきて頂き少しでもくつろいで頂けるよう工夫している。	各室に洗面台と鏡が備え付けられ、押入れも作りつけである。位牌やつれあいの写真が飾られている。ベッドは貸し出しと持ち込みも可能である。小ダンス等、家具、テレビも置かれている。	
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	職員の見守りの中で食事作りや洗濯物を干したり出来る場所で活動して頂けるよう工夫している。		

(別紙4(2))

事業所名 医療法人寿光会  
グループホーム上豊田

作成日: 平成 22年 12月 8日

## 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	20	近隣が新興住宅街ということと、共働き世代が多い為、施設の行事等に参加してもらいづらい。	少しでも多くの行事に参加してもらい、地域の理解を得る。	ポスティング、チラシ等で、近隣への呼びかけを継続する。	6ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月