

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24年1月8日	評価結果市町村受理日	平成24年5月18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	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24年3月6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の水分摂取。1日1500kcal以上の栄養摂取。下剤を使わない排便管理。歩行運動。以上の四点を、根気よく継続している。

【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)】

設立以来、「水分摂取、栄養摂取、排便管理、歩行運動」という理念を継続して、ケアに取り入れている。ケアの記録は介護日誌に記録され、理念が確実に実行されている事が確認できた。また、利用者の生活歴が重視されている点や、日常生活における様々な情報が職員から計画作成担当者へ確実に伝えられている点は、高く評価できるものである。管理者が、看護師、また計画作成担当者が作業療法士の資格を持っているため、専門的な知識に裏付けられたケアが行われている点も、事業所の強みとなっている。リビングのソファの高さの調整やトイレの手摺りの位置に関しても、利用者の立場に立ち、手作りで作られている点に細やかな配慮が表れている。
--

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、安心して暮らしている (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
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	水・めし・クソ・運動(1日1500ccの水分摂取。1500kcalの栄養摂取。下剤を使わない排便管理。歩行運動)を実践している。	「水分摂取、食事、排便、運動」について、毎日のケアで重点的にチェックする事が利用者の生活の質の向上に繋がるという理念を掲げている。介護計画に記されており、毎日のケアで実践されている。職員も理解しておりトイレに誘導の際、廊下を一往復する利用者を支える職員の姿があった。	
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。	餅つき大会の際には、餅を近所へ配ったりホーム周辺の草刈に参加する等、近隣の住民の方に受け入れてもらう努力が行われている。ただし、近隣の方が気軽に立ち寄りやすい関係には至っていない。	事業所の存在を地域の方に正しく理解してもらおう事が、利用者を地域全体で見守る体制につながると思われるため、今後、積極的な取り組みに期待したい。
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	入居者の介護で手いっぱい、時間をとることができない。		
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	介護の質の向上につながるような話し合いはできない。	包括支援センター、商工会の婦人部、家族の参加を受けて2ヶ月に1度開催されているが、平成24年2月は開催されていない。現状の報告や行事についての説明の他、施設長より虐待や認知症予防についての講義も行われており、認知症の理解の為に会議が活用されている。	平成23年2月以来、2ヶ月に1度開催され改善が進んでいる。但し、調査日直前の2月の実施がない為、運営推進会議をサービスの質の向上に活かすよう年6回の開催を期待したい。
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	取り組んでいない。	現在、日常的には包括支援センターとは運営推進会議の他、連絡を取り合っている。ただし、市町村とは書類の提出や監査の際に話をする程度に留まっている。	ホームの実情を市町村に認識してもらう事で、サービスの質の向上に向けた様々な取り組みにつながるよう、今後市町村とのより良い関係作りに期待したい。
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	身体拘束は、禁止している。	言葉による拘束を含めて、身体拘束は絶対に行わないという事が職員へ周知されている。外出したいという利用者には見守りながら付き添う事を大切にしている。職員は市主催の研修を受講しており、呼びかける際の口調にも注意が払われている。	
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	外部の研修に参加している。		

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
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	日常的には活用していない。		
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	家族は、弱い立場なので、納得せざるを得ないのではないのでしょうか。		
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	ケアプランを作成するうえで、必要な情報を聞いている。	利用者の生活歴を十分に把握する事に重点が置かれている。一人ひとりの症状や好み、個性に合った言葉かけや対応が行われている事が確認できた。家族からは訪問時にその都度要望を聞き取っている。	
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	論理的意見のみ、吸い上げている。	施設長の住居がホームと隣接しており、職員の夜勤の際にも職員とのコミュニケーションが密に取れる環境にある。職員間にて「ミニ会議」が開催され、そこで上がった行事や勤務シフトについての要望は採用されている他、マッサージや体操がケアへ取り入れられた事例がある。	
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	給与水準は、国の政策に左右されるので、独自の改善には限度がある。休暇の希望を、ほぼ受け入れている。		
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、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	取り組んでいない。		

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
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	自立支援介護の過程で、自然に関係が構築されている。		
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	入居者の、自立度が上がる。もしくは、状態がよくなれば、自然に信頼関係が築かれていく。		
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	介護上の問題を明確化し、予後予測を提示している。		
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ように努力している。		
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	家族からは、ほぼ任されている。		
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	入居者が、もと住んでいた地域に、不定期ではあるが通っている。	家族の訪問がある他、病院への受診の際に、利用者が住んでいた地域を訪れるなどして、馴染みの人や場所との関係を大切にしている。整髪に関しては、訪問可能な理容室に依頼している。	
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	臨機応変に対応する。		
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	家族の意向を優先せざるを得ない。	利用者一人ひとりの個性や生活におけるのこだわりを十分に把握し、ケアの中に活かしている。職員にも申し送りノートやミニ会議の場で共有化が行われている。発語が困難な方のトイレの誘導には特に注意が払われている。	
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	ケアプランを立てる上で、必要不可欠なことなので、必ず行なう。		
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	hつよう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	必要な情報をもとに、介護上の問題を明確化している。	家族が訪問した際に希望を聞き取ったり、遠方の家族とは電話で連絡を取り合い、計画に反映させている。医学的に分類された認知症のタイプ型に沿って、一人ひとりの症状にあった計画を立てている。見直しは、おおむね6ヶ月に1度実施され、ミニ会議で出された職員からの意見を参考にして作成している。	
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	介護実践の細部については、その都度、臨機応変に見直ししている。		
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	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	入居者にとって有効な地域資源が、あまりにも少ない。		
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。	かかりつけ医は全員ではないが継続され、他の医療機関へ移行する場合は本人の了承を得ている。夜間や急変時対応できる医療機関があり24時間対応している。また、心療内科の受診や歯科の往診も実施されている。	
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、住み込んでいる。		
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。	早期退院に関する、病院側の意識が低すぎるので対応に苦慮している。		
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	明らかに終末期であると判断できる状態を迎えた段階で、再度話し合いをする。	終末期への対応については入居時に家族に表明しており実際にその段階になったとき同意を取るようになっている。医療機関との連携は24時間取れるようになっている。また、終末期に関する指針があり職員には内部研修等にて周知している。	
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	火災時の対策は立てている。自然災害に関しては避難場所を把握している。	年に2回の避難訓練のうち1回は夜間想定で実施し、消防署立ち会い時に消火訓練も行っている。また、避難場所は近くの介護施設となっており、備蓄品として水を1週間分準備している。なお、火災想定以外の避難訓練は実施されていない。また避難訓練時に近隣の住民の参加は今のところ行われていない。	災害は、火災だけでなく事業所の立地状況で色々と想定されることもあり火災以外の想定での避難訓練を実施す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	利用者が混乱をきたさないような対応をしている。	利用者が混乱しないよう認知症のタイプに応じた対応をすることが利用者への最大の尊重と考えて支援している。また、重要書類は事務所に保管し、職員への守秘義務等については入社時に誓約書を取っている。	
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	利用者が混乱をきたさ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	不十分であると思っている。		
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	好みはある程度反映させている。食事時に混乱をきたさないように配慮している。	好き嫌いについては入居時、食べたいものについてはその都度尋ねてメニューに反映させている。野菜の皮むきや片付けなど利用者ができることはお願いしている。職員は利用者と一緒に同じものを食している。誕生日や正月など行事食もあり食事が楽しみになるよう支援している。	
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	1500cc/日の水分摂取。1500kcal/日の栄養摂取を行なっている。		
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	実施している。		

グループホームひだまり

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	膝関節が極度に拘縮している入居者を除き、日中のおむつ使用なし。	排泄チェック表や日誌に排泄の記録を残しできるだけ失敗しないようトイレでの支援をしている。現在、昼はパッドやりハビリパンツ、夜もおむつは2名のみという状態で入居時に比べ改善が見られる。	
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	施設側で、ある程度の曜日、時間帯を決めている。	基本的に週に3回の入浴となっているが、毎日、入浴できるよう準備しているためその日の気分で入浴してもらっている。介助はなるべく同性で行うようにし、浴槽に入りやすいような設備の工夫が見られ、ゆず湯や菖蒲湯など入浴が楽しめるよう支援している。	
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	不十分であると思っている。		
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へ、不定期であるが、通っている。	一人ひとりの希望によりスーパーへの買い物や散歩、散髪など運動を兼ねて外出をしている。気候の良い時期には週に1回程度、利用者が住んでいた地域へ外出するなど支援している。また、車椅子の利用者も月に1回は外出す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	金銭管理を、施設で全面的にしている。所持や使うことの支援はしていない。		
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無い。		
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	開設当初と比べると、明らかに生活感がそがれている。	共有空間の音や光、温度など利用者が不快に感じる刺激がないように配慮され、一人になれるスペースも準備されている。リビングにあるソファは利用者が座り立ちしやすいよう座面を高くするなど工夫が見られる。但し、若干ではあるがトイレの臭気が認められた。	玄関を入った際にトイレの臭気が若干認められた為、トイレの環境整備に改善を期待したい。
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。	居室への持込み制限は無く、本人の好みのものを活かして配置している。清掃は毎日1度、早出の職員により行われ清潔に保たれている。また、利用者の状況に応じてベッドに手摺を付けたり、高さを調整するなど居心地よく過ごせるよう工夫している。	
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	している。		