

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	2372300745		
法人名	有限会社ケイズライフ		
事業所名	グループホーム町屋ユニット①		
所在地	愛知県瀬戸市水無瀬町137		
自己評価作成日	平成23年9月10日	評価結果市町村受理日	平成23年12月19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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2372300745&SCD=320&PCD>

【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23年9月22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)】

天然木をふんだんに使った木造の建物で温かいホーム。目指すは「ごく普通の家」

【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)】

ホームの外観が、昔ながらの日本家屋であり、ホーム内も木のぬくもりがあふれ、暖かい雰囲気を醸し出している。管理者が目指している「自分の家のようにくつろげ、わかりやすいケア」を職員全員が理解して行われている。職員も管理者に積極的に意見や提案ができる環境であり、双方の信頼感が築きあげられている。さらに、医療面では、24時間対応の体制で支援し、看取りケアもホームでは積極的に取り組んでおり、利用者・家族にとって、最期まで安心して暮らせる環境作りを支援している。また、管理者は、ホームに関わる人たちが、楽しんでくつろいでもらえるようにという思いから、ホーム玄関にかまど、ホーム庭に東屋を設置したり、創意工夫に取り組んでいる。

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	春の桜祭り、冬のもちつき大会、理念を共有し地域密着型介護を目指し、実践につなげている。	職員の提案から生まれた「ゆつくり、にっこり、1日を」をもとに、誰もがわかりやすいケアを職員全員で目指している。入社時に冊子を配布し、日々のケアにおいても、利用者のペースに合わせ、理念の実践を目指している。	
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	特に暑い時、寒い時を除き、日常的に近隣の散歩を通して、散歩している地域の方と声をかけている。	ホームの行事に、利用者、地域住民が共に参加し好評を得ている。特に冬に行われたもちつき大会を地域住民も心待ちにしている。今年は、利用者がもっと楽しめるような工夫をしようと職員間で検討している。	
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	なかなか機会を多く作ることは困難であるが、交流の場等を通してアピールできる機会を作ろうとしている。		
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	月一回の会議で報告話し合いができていて、サービス向上に活かされている。	2か月に一度開催し、ホームでの出来事を報告し、家族からの要望も積極的に聞くようにしている。また、月1回のユニット会議では、運営推進会議で出された意見を職員全員で話し合い、サービスの向上に活かしている。	現状、2か月に一度会議が行われているが、参加者の中に地域住民の出席がない。民生委員へ参加を促しているとのことであるため、継続的な働きかけに期待したい。
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取り組んでいる	十分にできていると思われる。	管理者は、市の担当者と、直接相談や助言を受け、日頃から良好な連携に努めている。また、市の主催する介護関係の講習会にも、管理者は講師役を引き受け、協力関係も築いている。	
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	身体的拘束は一切なく考えられない。	基本的に身体拘束は行わないケアをしている。管理者の方針もあり、日中玄関は施錠せず、利用者は自由に出入りできる。また、2か月に一度の勉強会において、職員にも日々業務を通じて意識づけがなされている。	
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	虐待防止は徹底されている。		

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
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	活用する機会は少ない。		
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	十分行なわれている。		
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	環境は整っている。	今年の6月に、ホームから家族に向けてアンケートを実施した。アンケートで書かれた家族の意見や要望を把握し、サービスの改善につなげている。また、家族の訪問時に寄せられる意見や苦情などもよく聞き、毎月の会議で話し合い運営につなげている。	家族の訪問頻度も様々であるので、利用者の生活の様子やホームの出来事などを、定期的にホーム便りとして出されることで、家族からの信頼を期待したい。
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	おおむねそうされている。	管理者は、口頭より職員との信頼作り心がけながら、コミュニケーションを図っている。毎月の会議においても、直接職員に意見を聞くようにしている。職員も会議の場で、提案や意見を言える機会や雰囲気を作られている。	
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	そうであると思う。		
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	教育訓練などを通し、研修も行ない進められている。		
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	あまり機会は少ない。		

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	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	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	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	重度の方を除いてそういう関係が築けている。		
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	来訪される度、その関係を大切にしている。		
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	なかなか十分には支援できないが、先方から訪ねて来られた時は支援していきたい。	利用者が高齢になり、状態も変わってきているため、友人・知人等の訪問も少なくなっている。しかしながら、先方からの訪問がある時には支援している。また、馴染みの美容院、法事や墓参等は、家族と協力しながら支援している。	
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	努めている。利用者同士も和気あいあいと暮らせている。		

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	要望があれば支援するという態勢はとられていると思う。		
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	希望に添えないことも多々あるが、努めている。	入居時に家族から得られた情報や、ホームでの生活より、行動や表情から、思いや意向を汲み取るようにしている。また、職員が日頃接している中で気づいた事をケース記録、申し送りノートに記入して、職員全員で把握できるようにしている。	
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	フェイスシートや家族等のお話より大まかには把握し、又努めている。		
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	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	計画作成者よりしている。	3か月に一度定期的に見直し、状態に変化があればその都度見直している。計画作成時には、計画作成担当者が担当者会議の前に、職員全員から気づきや意見をノートに記入してもらい、計画に反映させている。	
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	十分行われている。		
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	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	支援がなされている。		
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	支援がなされている。	利用者は、ホーム提携医の往診を隔週で受けている。皮膚科、眼科、歯科等の受診については、職員が支援している。また、状態に変化がみられる時や夜間の急変時も、看護師や職員が直接、医師に連絡をとり対応している。	
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	看護職と十分連携し支援している。		
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。	なされている。		
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	取り組んでいる。	ホームでは看取りケアが行われ、重度化した時や終末期において、早い段階から家族、医師、管理者で十分な話し合いを行いながら支援している。また、意思確認も書面で交わされ、24時間体制で、医師、看護師、職員がチームを組んで支援している。	
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	訓練を行っている。		
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	築いている。	避難訓練を消防署と打ち合わせをしながら、今年度は3回実施しており、利用者の避難訓練もスムーズにできるようになっている。夜間想定訓練を昨年実施し、法人代表者が近隣に住んでいることで、緊急時の支援も得やすい。	

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	している。	年長者として敬意を払った言葉使いに気を付け、日々の生活で自然にやわらかい表現での会話に配慮している。また、管理者が採用時に守るべきマナーについて話したり、会議の中でも折りに触れ、職員で尊厳について話し合っている。	
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	働きかけているが希望に添えないことが多々あるので、難しい点もある。		
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	できる範囲では支援できるが、多人数介護ではなかなかできない事も多い。		
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	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	できる方には一緒に片づけを手伝ってもらう機会を作っている。	食材は配達を利用し、調理は職員で行っている。利用者の嚥下状態により、刻み食、ミキサー食にも対応し、毎食事前には、全員で嚥下体操を行っている。また、食事の準備や後片付けもできる事をやってもらい、無理のないように配慮している。	
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	支援できている。		
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	できている。		

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	なかなか難しい。	排泄チェック表より排泄パターンを把握し、その人に合わせた時間誘導を行い、日中は全員がトイレで排泄をしている。夜間は必要時にオムツを利用し、交換もその人に合わせて支援している。また、毎日ボールを使い、簡単な失禁予防体操を採り入れている。	
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	心掛けている。		
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	方針による入浴になっている。	夏は毎日、冬は週3回位入浴できるよう支援し、季節で入浴剤を適宜使用し、入浴が楽しめるよう配慮している。また、入浴を拒んだ際も無理強いせず、時間や曜日を変更して対応している。また、床暖房・蒸気の利用で保温にも配慮している。	
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	十分されている。		
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	薬の効能等を確認し理解している。		
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	十分にはできないが支援している。		
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に支援している	ストレスのある時にはドライブにさそったりして気分転換を図っている。	毎日、朝・夕の散歩を行い、また時々、利用者に声をかけ、ホームの日用品を職員と一緒に買い物に行くこともある。普段行けない場所への外出が困難になったことで、利用者ごとの個別対応を重視し、外出を支援している。	

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	利用者が所持していないが使えるよう支援している。		
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	支援している。		
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	清潔を心掛けている。	吹き抜けの天井・大きな窓などで光が入り、明るく、ぬくもりのある空間作りとなっている。食堂や居間は一体的な作りで職員の視野に入りやすくなっているが、利用者がどこでもくつろげるように、畳の部屋、縁側なども作られている。	
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	なかなか難しい。		
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	工夫している。	今まで使用していた、タンス・仏壇・寝具などが持ち込まれ、利用者の居心地のよさを配慮している。また、各居室には木の表札、窓には障子をつけられ日本家屋の雰囲気を出し、室内には写真・花等が飾られている。	
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	おおむね工夫している。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム町屋

目標達成計画

作成日: 平成 23年 12月 2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		家族会を開催していない。	来年度、最低1回の開催を目標とする。	計画を立て実行する。	12ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月