

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	2372002200		
法人名	株式会社 シミズ		
事業所名	グループホーム ジョイア・ミュキ 東ユニット		
所在地	豊橋市東幸町字長山8-1		
自己評価作成日	平成21年9月5日	評価結果市町村受理日	平成21年12月10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.aichi-fukushi.or.jp/kaigokouhyou/index.html
----------	---

【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1丁目24番地 S101号室
訪問調査日	平成21年10月7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)】

<p>入居者がそのその人らしくゆったりとした日々を過ごす事ができる。月に1回、ボランティアでタクトィールケアを行っている。</p>

【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)】

<p> </p>

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した表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	66	職員は、活き活きと働いている (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、安心して暮らしている (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	施設の理念を、職員が立ち寄る目立つ場所に掲示し、見てもらっている。		
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	自治会に参加し、地域の集いに積極的に参加している。又、地域の代表の方に運営推進会議のメンバーに入ってもらい、意見をいただいている。		
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	認知症サポーター養成講座を地域の公民館を使い、回覧板を使って参加を呼びかける。		
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	今年度の目標として、1年間をかけて地域とのかかわりを作り始めている。又、メンバーの意見を参考にして取り入れているところから始めている。		
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	積極的に市役所担当課に出かけて行き、担当者との関係を密になるよう心掛けている。		
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	身体拘束をしておりません。		
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	法律に基づいて職員全体で学ぶ機会はありませんが、十分に注意を払い防止に努めていると考えています。		

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
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	生活保護の入居者の金銭管理の事で、成年後見人制度の資格を得たかったが、施設の職員には該当しないと言われました。		
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	契約時、家族に充分説明をし、納得をいただいてから同意書、契約書にサインをいただいている。		
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	来所された家族には、出来るだけの時間を取り、話し合いをするようにしている。又、家族の代表の意見で、取り入れられる事からは運営に反映している。		
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	定期的なスタッフ会議を開催し、議題を設けそれに対する意見を出し合っている。		
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	資格手当や、賞与時の各職員の達成度合いにより基準を設けている。又、有給休暇が使いやすい体制を作るよう努力している。		
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	研修に積極的に参加するようにし、又、他の施設への研修を体験する機会を設けている。		
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	他のグループホームの職員同士の実地研修を行っている。又、地元のグループホームネットワークでの勉強会に参加してもらい、相互交流の場を設けるようにしている。		

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	事前情報と本人の入所後の様子や訴えなど、スタッフ間で共有し、本人が過しやすい環境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	家族と話をすることで、家族の思いを把握するよう努めている。		
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	本人、家族の要望や本人の様子など観察し、事前情報などを参考にして適切な支援が行えるよう努めている。		
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	見守り、支援は必要だが、本人が出来る事は本人に任せる事をなるべく心掛けている。		
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	利用者の現状の情報を家族と共有し、家族だから出来る支援もいただきながら、利用者支援を行っているが充分ではない。		
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	利用者全員に支援は出来ておらず充分ではない。		
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	利用者同士の馴染みの関係を把握する事や、家事、行事など利用者全員が参加して頂き、交流を図るよう努めている。他者と上手く馴染めず孤立してしまう利用者もおり対応が難しいときもある。		

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
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	退院後、他の施設、病院等へお見舞いに行き、その後の経過を見守っている。		
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	希望、意向の把握に努めている。困難な場合は職員間で話し合い検討している。		
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	生活歴等の把握をし、日々の中で馴染みの関係を築きながら暮らしを捉えていけるよう努めている。		
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	朝夕の申し送り、昼のミーティングで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	3ヶ月に一度のモニタリング、生活目標プラン、そして毎月のユニット会議で利用者さんの1ヶ月の過ごし方、心身状態を意見交換し、援助計画を作成している。		
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	毎月のユニット会議により、3ヶ月に1度の援助計画の見直し記録記入し、職員間での情報の共有は行われている。		
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	その日、その日の利用者の状況に応じ家族への伝達を行い、臨機応変に展開していけるよう努めている。		

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
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	公民館広場や町内の公園での散歩や、ピクニック、又地域で行われる行事に参加するようにしている。		
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	かかりつけ病院より月2回往診に来ていただき、入居者の状態を把握してもらっている。それぞれの入居者に対して、健康面でのアドバイスももらっている。		
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	1人1人の状態を把握して対応し、看護職と職員で連携し、家族の方に伝え適切に行う。バイタルチェック(8時、13時、16時)薬の管理等。月2回の往診を行う。		
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。	相談室の設置してある病院については、ケースワーカーとの連携をとりながら、退院までのバックアップに心掛けている。		
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	重度化した場合、職員同士の意思の統一と、担当医にアドバイスをもらいながらケアを行っている。		
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	定期的な訓練は行っていないが、マニュアルでの知識を身に付けるようにしている。		
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	職員間での緊急連絡網を設け、職員が災害時等に速やかに施設に来られる体制を設けている。又 年に2回の避難訓練を行っている。		

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
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	利用者が目上である事を意識し、言葉遣いに気をつけているが、時に危険な行為等が出た場合には強い口調になってしまう事もある。		
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	表情に表れる利用者への対応はその都度できるが、言葉も表情も反応が薄い方への対応は充分とはいえない。		
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	大体は本人様の希望とペースに合わせているが、動きや状態によっては職員側のペースになる場合もある。		
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	定期的に理容を利用している。家族と相談し美容院も利用している。マニキュアを楽しんでいただく。髪留めを自由にされている。洗面台にブラシを置いている。		
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	本人様それぞれが可能な作業を手伝われ、職員と一緒に準備、片付けをしている。		
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	本人様に合わせて食べる量を調整している。充分摂取が苦手な場合は、タイミングや声掛けで対応している。体重の増減を1ヶ月毎に記録して摂取量の参考にしている。		
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	朝晩の歯磨きと義歯はポリドント利用している。コップ、歯ブラシは週1回殺菌消毒している。歯磨きが苦手な方には一部介助、声掛けしている。		

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	自分でトイレに行けない場合、1～2時間毎にトイレ誘導する。歩行不安定の方は必ずトイレに座るまで見守りをする。トイレ後も手洗いを必ず行い、自席に座るまで歩行見守りする。		
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	水分が少ない方は、なるべく声掛けし水分を取ってもらう。廊下を使い歩行練習をする。午前、午後2回にわけ廊下を2～3回歩行練習する。歩行不安定の際スタッフが付き添い、見守りをする。		
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	2日に1回午後から入浴する。なるべく出来る事は自分でやってもらい、出来ないところのみ介助する。入浴する日、本人に聞き早く入りたい方、最後に入りたい方など、声掛けをし希望を聞く。		
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	夜間3回巡視し、居室の室温に気をつける。消灯時間までは、テレビを見たり談笑されたり個々の時間にし、特に入眠されたい方は自室で過されたり制限していない。		
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	服薬の際、必ずスタッフが管理し、服薬するとききちんと薬が合っているか、再度確認し、服薬する。薬を飲むまで必ず見守る。		
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	体操、折り紙、塗り絵など室内で行うレクをなるべく参加し、個人が好きな事をしていただく。体操などは、全員参加して体力作りをする。		
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	月に2～3回外出し、ランチや公共施設へ行き気分転換をはかる。また近所のお祭りや校区の運動会を見に行く。		

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	小額の場合等利用者様の状況に合わせ、自己管理していただく場合もある。また、買い物時等スタッフに代わり支払い、計算等をしていただく試みをしている。		
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	利用者様からの訴えがあった場合等、施設より御家族様へ電話連絡する等の対応をしている。		
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	季節に合ったフロア装飾作りや空調、衛生管理に気をつけ、落ち着いて過しやすい空間作りを心掛けている。また、居室等に写真や絵等を飾ったりし、家庭的な環境づくりをしている。		
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	フロアに2~3人掛け用のソファがあり、リビングスペースのようになっている。また、畳コーナーで横になり昼寝をされる方もある。		
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	入所時、家庭で使用していたタンスやお茶碗等をご用意いただけるようお願いする。		
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	居室入り口に手作りの顔写真入の表札をつけたり、利用者様の私物にほぼ全て名前をつけ混乱を避けている。トイレや風呂場等も大きい文字で分りやすくなるようにしている。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホームジョイア・ミュキ

目標達成計画

作成日: 平成 21年 11月 18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	19	家族関係の問題からもあるが、つながりが希薄になったり、足が遠のいていく方もいる。共に支え合う関係が不十分で、関わり大切さをどのように伝え、職員は関わっていくのか？	・家族と共に入居者を支援していきける。 ・気楽に足を運んでいただける施設作り。 ・短い時間でも面会、対話によって、関わりを実感していただく。	・年間行事に家族を招き、来所していただく等、共に過ごせる環境を作っていく。 ・通常の来所時も触れ合う時間を持っていただくよう働きかけていく。	12ヶ月
2	40	限定された入居者のみに、片寄ってしまった。	各々に出来ることを見つけ出し、職員も一緒となり行っていく。	・座ったままでも出来る食器拭きなどあり、全員で参加、行うようにする。 ・職員も参加、安全などに気を配る事。	6ヶ月
3	38	・職員のペースに合わせている場合がある。 ・こちらの事情として出来ない場合としていることが多い。	・入居者自身のペースで日常を過ごせるようにする。 ・入居者の意向にそった支援を行っていきけるようにする。	・一日々々のやりたい事を聞いたり、どうしたいか見出せない方にも、様子観察や、その人の習慣などから、その人らしい暮らしを営めるよう、提示していく。	12ヶ月
4	34	基本的な応急手当の知識や、実践力を身につけていない。	応急手当の基本的な知識や実践力を身につける。	チームに分けて、年2～3回勉強会を行っていく。	12ヶ月
5	47	与薬ミス、セットミスも見られるが、入居者服用の薬名、その効き目を、副作用について職員が理解しきれていない。	ミスを起こさない事はもちろんだが、薬に対しての知識を職員が持つ。	薬についての知識を深め、不明な事は、有識者(ドクター・ナース等)に問い合わせ、それを職員間で共有する。	6ヶ月

(別紙4(2))

事業所名 グループホームジョイア・ミュキ

目標達成計画

作成日: 平成 年 月 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	35	災害用の備蓄や、日中の避難訓練は行っているが、夜間帯に走ってきた災害を想定した事はない。	夜間帯を想定した、避難訓練実施。	施設内を暗くするなど、夜間帯に災害が起きたと想定、スタッフも夜勤者のみと想定し、マニュアルと合わせ行う。	3ヶ月
2	10	家屋会を行った事が無い。	家族会設立、定期的に行えるよう規格。	アンケートなど家族の意向を確認、他のグループホームに内容の相談、会議を通して開催期間や内容を決める。	1年
3	33	ターミナルケアの必要性、ホームとしてのターミナルケア対応準備。	・重度化した場合の対応のマニュアル化。 ・ターミナルケア研修会開催。	・ターミナルケアについての勉強会。 ・スタッフの気持の確認。 ・施設で出来る事、出来ない事を明確にし、マニュアル作成。	3年
4					ヶ月
5					ヶ月