

### 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	3370203006		
法人名	総合介護サービス		
事業所名	いちごハウス茶屋町 (1階ユニット)		
所在地	倉敷市茶屋町早沖1575 - 16		
自己評価作成日	平成21年11月15日	評価結果市町村受理日	

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://kaigo-kouhyou.pref.okayama.jp/kaigosip/informatiionPublic.do?JCD=3370203006&amp;SCD=320">http://kaigo-kouhyou.pref.okayama.jp/kaigosip/informatiionPublic.do?JCD=3370203006&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 ライフサポート		
所在地	岡山県岡山市北区南方2丁目13-1 県総合福祉・ボランティア・NPO会館		
訪問調査日	平成21年11月18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)】

一人ひとりの生活スタイルや生活のペースを尊重した日々を送っていただきたいと思っています。無理強いをしない。強制しない。入居者の意思や気持ちを大切にしています。

【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)】

『退屈させない楽しいホーム』をという代表者の思いを実践に移し、外出や行事を多く採り入れた支援をしている。広いホーム内を自由に行動できる開放感もある。2階で飼っている犬2匹も利用者の癒しを助けている。また、陶芸教室への参加を呼びかけるなど、地域との交流にも取組もうと努力している。  
記録や介護計画作成など手順や書類もきちんと整い、職員全員で会議をするなど話し合いもよくできている。看護職員がいて、医療連携体制が取れている点も安心である。欲を言えば、アセスメント情報を活かして、精神面の具体的支援をさらに強化して欲しい。

・サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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+)- + (Enter+)-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>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	会社からの冊子や会議などで勉強をしています。	代表者の思いを十か条あまりにまとめて玄関に掲示し、実践に向けて職員間で話し合いをしている。『利用者を退屈させない楽しく過ごせるホーム』をめざして努力をしている。	代表者の深く大きな志を実現するため、全職員にわかりやすい項目を年度目標に掲げ、一つずつ達成していくという、理念の掲げ方をしてみてもうでしょうか。
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	運営推進会議などを開いて行事への参加をお願いしてりして、交流を図っている。陶芸教室への参加(回覧板)。	ホームの行事に地域の老人会の人に参加してもらったり、学校帰りに小学生が寄ったりすることがある。また、開催している陶芸教室への参加を地区の人に呼びかけたりしている。	
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			
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	運営推進会議を定期的に行っている。行事報告や意見などを話し合っています。	運営推進会議は包括支援センター・老人会・家族の参加をえて、2ヶ月に1回開催している。ホームの状況報告や、地域の人にホーム行事への参加依頼をしたりしている。	
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に取り組んでいる	市町村との連携は相談や連絡はしているが、市町村に相談してもあいまいな所があります。	生活保護の利用者がいるので、市の福祉課とは手続や相談に連絡をとる。介護保険課には運営推進会議への参加要請は行っている。	
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	常日頃から身体拘束についてミーティングなどで話し合ったり、日頃から拘束に関しては口うるさいほど言っています。	センサーやナースコールなど安全策を施した上で、玄関に施錠せず、特に2階はエレベーターの利用など利用者が自由に行動できる。身体拘束について、ミーティングでさらに研修を深めたいとのこと。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待防止などの冊子などを読んでもらい、ミーティングなどで虐待防止についての話し合いなどを行っている。		

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
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	他のハウスでは活用もあるが、当ハウスでの支援はなく、職員も理解しているものは少ない状況です。		
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	契約時にはきちんと説明し、納得はしてもらっていますが、その都度疑問点があれば対処していています。		
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	意見箱を設置していますが、できれば家族会などを開催したいと考えております。	行事の案内などと一緒に利用者の様子を担当者がまとめた報告を、毎月家族に送っている。面会時や電話による家族の意見は連絡帳に記録し、本人の意見とともに、運営やケアプランに反映させている。	
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	月一度必ずミーティングを行い、職員からの意見や提案を聞き、話し合いをし、反映させている。	職員全員による全体会議を毎月1回行うほか、必要な時期にケアプラン会議を全員で行う。また、年3回事業所合同会議も行う。提案や疑問など職員の意見が出ている。	
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			
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	スタッフ会議や管理者会議、ハウスでのスタッフのミーティングなどを行っている。		
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	現在では他のグループホームとの交流会などは行っていません。		

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>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	要望や話しをしっかりと聞いて、不安を少しでも少なくするように、しっかりとコミュニケーションを図るようにしています。		
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	家族の方からの要望もきちんと聞き、可能なことであれば受け入れるように努力しています。		
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	どのようなことを求めているのか、本人や家族に話しを聞き、家族の協力が無いといけないこと、サービスでできることを話しをしている。		
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	職員として接する時もあるが、職員以上暮らしを共にする同志としての対応をしている時もある。		
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	家族との連携をとりながら、ハウスでも家族の一人という気持ちで支援をしていきたい。		
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	親しい人や家族に電話をしてもらったり、手紙を書いてもらったりしています。面会などもしてもらっています。	入居以前からの友人が訪問してくる利用者も中にはある。出身地などへドライブした時は喜ばれている。	フェイスシートに利用者の詳しい経歴や生活歴を記録しているが、職員がそれを充分活かしてきれていない。全職員が情報を共有して、以前の生活との連続性を保ってほしい。
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	入居者同士との間に入り、うまく利用者さん同士が仲良くできるようにコミュニケーションを図る。納得されるまで話しをしたり、話しをしっかりと聞いてあげる。		

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			
<b>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	起床・就寝・食事などの時間を決めていない。個々に合ったペースで生活してもらう。	ケアプラン作成時や日常会話の中から、利用者個々の気持ち・暮らし方・希望などを聞きだして大切に、一つで多くを実現して行こうとしている。生きがいを見つけてあげる努力をしている。	
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	きちんとアセスメントを取り、今迄の生活歴などを本人なり家族に聞いたり、日々の会話の中で昔の話をしてもらったりしている。		
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	一人ひとりに合った生活をしてもらうように、一人でできることや手伝えることは、一緒にしてもらったりしています。不穏時にはしっかり話をしたり聞いたりしています。		
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	ケアプラン会議を行っている。家族などに要望などを聞いている。ケアプラン会議での職員同士の意見交換。月に1度ハウスでの様子を記入し、家族へ送付しています。	ケアプランの見直しは3ヶ月に1度行い、本人の声や家族の要望を聞いてケアプラン会議でモニタリングを行い、新しい計画を立て直す。	ケアプラン作成の手順は適正にできているが、利用者それぞれに対する精神面のケアを具体的に決めて、取組んで欲しい。
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	個別の日誌を毎日つける。個々に気をつけたいといけないこと、ケアの実践記録などをこまめに記入している。申し送りなどで伝えていく。		
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	その時々に応じたケアサービスを行うため、日々本人の状態を把握し、早めの対応。相談しながら対応していく。		

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
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			
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	家族や本人とよく話し合い要望があればなるべく希望にそえるように対応しています。	個人のかかりつけ医へ職員が受診に連れて行くことを基本にしている。透析患者もいて、付き添い専門の職員が対応している。受診後に結果を記録している。往診の場合もある。	
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	小さなことでも看護師さんに相談したり、聞いたりしながら、対応しています。		
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。	入院時などは、様子などを家族の方などに電話してようすを聞いたりしています。退院後の対処方法などは病院に電話して聞いたりしている。		
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	ハウスで介護度が高くなり重度になってもハウスでの生活は可能だが、医療行為がある場合は受け入れが難しい(不可)と説明している。	入居時に家族と方針を話し合っておく。パートではあるが看護師が1名いるので、胃ろうでも受け入れ可能であるが、医療行為が必要になれば困難なため、医師との連携をとり、その時々に応じた対応をとる。	
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	急変や事故発生時には、血圧を測定し、管理者に連絡し、指示を受ける。		
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	消防の方に来てもらい、避難訓練を行い(年2回)指導をもらっている。地震災害時については町内地域の方たちと話しをしていかなければいけない。	年2回避難訓練を行い、内1回は消防立会いで行っている。2階はベランダへの避難を主としている。利用者の喫煙は職員付き添いとし、出火防止や初期消火の対策に力を入れている。	運営推進会議などをとおして近隣の住民に災害時の援助要請を行い、避難訓練などにも参加してもらおうようにしていきたい。

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
<b>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	トイレ時の声かけに注意するようになっている。	利用者のありのままを受け入れ、その自由な動きを認めることでその人を尊重しようとしている。	利用者の気持ちを大切に、思いを引き出すために、もっと積極的な言葉かけがほしい。約半数いる男性職員は、女性の身体ケアにはやさしい言葉かけなど配慮を充分してほしい。
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	本人に聞き、自己決定できる人にはしてもらっています。自己決定できない人は家族に聞いたり、スタッフ同士で相談しながら決めている。		
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	職員の都合でのペースの方が多い。利用者の合ったペースで日々の暮らしをしていけるように努めたい。		
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	本人が洋服などを買いに行きたいと要望があれば、買物へ連れて行ってあげる。洋服も本人に聞いて身に着きたいものを着てもらう。移動美容室が来ている。		
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	調理の下ごしらえ・テーブルふき できる人に声かけし手伝って貰う。月に1度弁当の日を設けている。	ほとんどの人が自力で同じ調理法で量も同じ食事を食べる。手伝いや見守りをしながら職員も一緒に食べる。月に1度弁当の日には、利用者の好きな注文をして食事を楽しんでいる。	
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	水分に関しては水分制限がある方にはきちんと日誌上に記録をつけ、そうでない方にはこまめに水分摂取ができるように、声かけし飲んでもらう。		
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	2週間に1度口腔指導に来てもらう。食後や起床時、就寝時にはかならず口腔洗浄を行う。		

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	日誌上に排泄の時間状況を記入。個々にあった排泄パターンをつかみトイレ誘導。	排泄パターンを記録して、時間を見計らって、声かけや誘導をしている。尿量計測の必要な人以外は、全員トイレで排泄するよう誘導している。できるだけおむつ・パッドを使用しないよう心がけている。	
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	週に1度触診をし、おなかにはりがないかあるか調べる。便秘時には牛乳やヨーグルトを食べてもらう工夫やマッサージ、薬などで調整しています。		
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ず、個々にそった支援をしている	今現在、一人ひとりの希望に合わせた入浴はむずかしい状況です。	入浴は1日おきの人や2日おきの人毎日の人などそれぞれである。入浴拒否者には翌日声かけし、タイミングをとる。体調により清拭をする。	
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	起床、就寝の時間は決めておらず、個々に合った時間に寝てもらったり起きたりしています。		
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	薬の説明表を通院報告書と一緒にとじており、薬の目的や副作用が調べられるようにしています。		
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	月に1度行事があります。陶芸教室もあります。週に1度パンの販売がきています。		
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	毎月ハウスでの行事などで外出。職員と一緒に買物や散歩、ドライブに行ったりしている。家族と一緒に外出もされている。	ホーム周辺の散歩や天気の良い日のドライブなどよく出かけている。食材購入の買物にも利用者がついて行き、欲しい洋服などを買っている。花見や遠足など家族参加の外出も行っている。	

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
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	管理できている人は管理しています。管理できない人はイベント時、必要時に持って行き買物しています。		
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	本人により電話したい時にはダイヤルを回したり、手紙が書けるようなら声かけて書いてもらう。		
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	常に目をくばり、共用の空間に対しては気をつけているが、生活感や季節感を採り入れる工夫が足りない。	玄関には自動販売機や水槽がある。リビングルームの広い空間にソファや食卓、2階には畳の間もあり、その時の気分で座れる。1階にはり八ピリマシン、2階にはベランダがある。犬2匹も利用者の癒しとなっている。	
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	仲の良い入居者はソファで話をしたりしていますが、ひとりになる空間ははいです。		
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	入居時には使い慣れた家具や仏壇などの持ち込みをしてもらい、入居前の生活に近いようにと思っています。	居室も広い。利用者独自の家具や道具を入れて、独自の部屋となっている。家族の写真を貼ったり、陶芸の作品を並べたりしている人もある。仏壇まで入れている部屋もあるし、簡潔な部屋もある。	
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			