

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   | 0172000887             |            |  |
| 法人名     | 株式会社 尚進                |            |  |
| 事業所名    | グループホーム ふきのとう東館 第1ユニット |            |  |
| 所在地     | 北海道小樽市桜1丁目27番57号       |            |  |
| 自己評価作成日 | 平成28年10月5日             | 評価結果市町村受理日 |  |

【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)】

一人ひとりの人格を尊重し想いや要望に寄り添い、その方の持っている能力を生かしなが楽しみやハリのある生活が送れるよう、ご家族や地域の方々の協力を頂きながら支援している。又、医療との連携を図りながら、安全で安定した体調を維持できるよう努めている。

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

|             |   |
|-------------|---|
| 基本情報リンク先URL | <a href="http://www.kaijokensaku.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_2016_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0172000887-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_2016_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0172000887-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022</a> |
|-------------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                       |  |  |
|-------|-----------------------|--|--|
| 評価機関名 | 株式会社 サンシャイン           |  |  |
| 所在地   | 札幌市中央区北5条西6丁目第2道通ビル9F |  |  |
| 訪問調査日 | 平成28年12月19日           |  |  |

【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)】

「グループホーム ふきのとう東館」は、小樽築港駅から車で5分程の日本海や街並みを一望できる見晴らしの良い高台に立地している。近隣には公園もあり、自然環境にも恵まれた静かな住宅地になっている。大きな窓に面した明るい居間には、普段の楽しい様子が窺える利用者の写真や職員と一緒に制作した作品、季節の装飾などが飾られており家庭的な温もりが感じられる。事業所の夏祭りや避難訓練を通して地域住民と交流を深めたり、中学校の文化祭見学やプラスバンドの来訪、高校生の職業体験の受け入れを行うなど積極的に地域交流に取り組んでいる。管理者は、日頃から職員の意見や要望を聴き取りながら運営やケアに活かし、働きやすい職場環境の整備に努めている。馴染みの場所への外出や受診支援など、家族に代わって一人ひとりの利用者に応じた細やかな支援を行っている。介護計画は全職員で毎月カンファレンスを行いながら、各利用者の現状を把握して日々丁寧な支援を行っている。別棟の「生き生きホール」で毎月法人合同の行事を開催し、ボランティアによる手品や踊り、琴演奏などを楽しんでいる。職員は、車椅子使用者の方も、冬季間の催しに参加して気分転換ができるように、本人の意向を尊重しながら安全面に配慮して一人ひとりに応じた適切な支援を行っている。

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<br>↓該当するものに○印   | 項目   | 取り組みの成果<br>↓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<br>(参考項目:23,24,25)     | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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ます<br>(参考項目:9,10,19)  | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>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<br>(参考項目:18,38)            | <input type="radio"/> 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>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<br>(参考項目:2,20)                     | <input type="radio"/> 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>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<br>(参考項目:38)                 | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) | <input type="radio"/> 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>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とした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)  | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66 職員は、活き活きと働いている<br>(参考項目:11,12)                                      | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:49)                | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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                                       | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:30,31)       | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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                                   | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族等が<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:28) | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |  |   |

自己評価及び外部評価結果

| 自己評価              | 外部評価 | 項目   | 自己評価(第1ユニット)   | 外部評価(事業所全体)  |                   |
|-------------------|------|--|--|--|-------------------|
|                   |      |  | 実施状況   | 実施状況   | 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<br>地域密着型サービスの意義を踏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   | 地域の一市民として過ごせるよう理念を共有し合いながら対応している。今年も招待頂いた町内の敬老会に2名参加。毎年の中学校の文化祭も参加予定。  | ケア理念に地域密着型サービスを意識した文言を掲げ、新人研修やミーティングで確認している。職員は、行事で地域住民と交流する時に理念を振り返り更に理解を深めている。   |                   |
| 2                 | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>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   | 週一度のヤクルト販売や定期的、町内のスーパーに買い物に同行している。又、町内のお祭りでは、神輿渡御に来て頂いたり、毎年、近隣の中学校の文化祭観覧したり、夏祭りや避難訓練には近所の方にチラシを配り、参加して頂いている。 | 事業所の夏祭りや散歩に出かけた公園などで、小さな子供達と触れ合っている。毎月実施している法人合同行事で、ボランティアによる踊りや琴演奏、手品などを楽しんだり、中学校のブラスバンドの演奏を鑑賞している。                                   |                   |
| 3                 |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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   | 高校生の体験学習を受け入れている。運営推進委員会で、日々の生活の関わり方等を説明したり、避難訓練などでは、実際に見学に来ていただくことで、認知症の方への理解を深めてもらっている。                    |  |                   |
| 4                 | 3    | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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                                      | 会議の中で事業活動を報告し、意見を頂いている。質問等に現状を説明し、理解して頂きながら、サービス向上に活かしている。   | 事業所通信に、会議案内と会議内容を記録して家族に周知している。外部評価結果報告や避難訓練の他、防犯対策など社会問題をテーマに取り上げて実施している。避難訓練後のアンケートを活かして、訓練にメガホンを取り入れている。                            |                   |
| 5                 | 4    | ○市町村との連携<br>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   | 分からないことがある時は、電話等で親切に教えて頂いている。最近では医療行為の件で市役所に問い合わせ相談をした。特に新しい入居者の方の情報提供等には協力を頂いている。                           | 管理者は、介護保険の更新申請などで市役所を訪問したり、利用者の在宅酸素について相談している。事業所の夏祭りには、地域包括支援センターの職員も参加している。何かあれば、すぐに相談できる協力関係が築かれている。                                |                   |
| 6                 | 5    | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者および全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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 | 身体拘束は定期的な勉強会にとりいれ、常に職員全員が周知していると思われる。緊急やむを得ない身体拘束も必要性は無かった。  | 「身体拘束ゼロへの手引き」を整備して、年1回ミーティングで内容を確認したり、外部研修後に報告研修を実施している。事例に沿って拘束につながらないような対応について話し合うこともある。玄関は夜間のみ施錠し、利用者が外出しようとした時は本人の思いに沿って一緒に出かけている。 |                   |
| 7                 |      | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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                                       | 言葉遣い気になるユニットなので、利用者を萎縮させる傾向にあるのではと定期的にミーティングで注意し合いながら改善に努めている。   |  |                   |

グループホーム ふきのとう東館

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価(第1ユニット)   | 外部評価(事業所全体)  |                   |
|------|------|--|--|--|-------------------|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況   | 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<br>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    | 11月時のミーティング時に「個人の価値を高める行為・低める行為」・12月の「グループらしさとな何か」で自立支援を話し合ったが、自立支援事業、成年後見制度についてはここの一年、改めての勉強会は行っておらず、数年は一度の勉強会に含みたいと思っている。                          |  |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>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                         | 契約時に十分な説明を行い、都度質問があれば答えている。入院等が長引きそうな場合も状態に合わせて説明している。   |  |                   |
| 10   | 6    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並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                      | 利用者様の要望を受け、隔月で寿司等が食べられるよう予算を組み昼食会等を催し満足していただく機会を設けるようにした。  | 面会時に家族の意見や要望を聴き取り、申し送りノートや支援経過に記録して分かりやすいように印をつけている。毎月のカンファレンスで記録した内容を再確認し、職員間で情報を共有している。                      |                   |
| 11   | 7    | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                      | ミーティング時やユニットの懇親会で(半年に1度)意見を聞いているが、常にユニットリーダー、CM、管理者、事務員は職員の意見に耳を傾けている。入居者様の食事や電化製品、物品等の交換について反映させている。  | 日頃から、職員間で活発に意見交換したり、カンファレンスやミーティングで課題を検討している。新人職員採用時には、業務の流れについて見直しをしている。管理者は、随時各職員と面談しながら意見や要望を聴き取るように配慮している。 |                   |
| 12   |      | ○就業環境の整備<br>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      | 個々の職員の能力や勤務状況を把握しながら、より以上のレベルアップや向上心が持てるよう、研修会参加や役職(手当に反映)への促しにつなげている。   |  |                   |
| 13   |      | ○職員を育てる取り組み<br>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         | 研修の案内を流し要望で研修が受けやすいようにしている。又、職員一人一人の力量を見極めながらスキルアップできるよう研修受講の誘導をしている。どちらもミーティング時に研修報告をする事で再度、研修内容の確認を行っている。  |  |                   |
| 14   |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 年に2度位、グループホーム協議会の交流会に参加していたり、毎月の研修会の参加でスキルアップを図っている。人員的に余裕のある時は5ユニット間の相互訪問で互いのユニット間の良い所、悪い所を見直し、即、居室内の整理整頓、遅番の申し送り方法等、ユニットのスキルアップにつながるよう取り入れ、実践している。 |  |                   |

| 自己評価                        | 外部評価 | 項目  | 自己評価(第1ユニット)   | 外部評価(事業所全体)   |                   |
|-----------------------------|------|---|--|---|-------------------|
|                             |      |   | 実施状況   | 実施状況  | 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<br>サービスの利用を開始する段階で、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 | 見学時に時間が合えばレクに参加してもらった事もあった。入居時のコミュニケーションには注意を払い(ケアプランにも掲げ)少しでも不安が軽減できるよう努めている。入居後の様子をアセスメントしながら居心地の良い生活環境を提供できるよう話し合いながら努めている。                         |   |                   |
| 16                          |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスの利用を開始する段階で、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            | 見学時や面談時、契約時等にご家族から色々情報や協力も頂き、入居後の面会時等にも入居後の様子ご家族様と何でも話せるように信頼関係を作れるよう努めている。  |   |                   |
| 17                          |      | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスの利用を開始する段階で、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        | 入居の相談及び面談時等に困っている事を聞きながら、入居前にアセスメント、援助計画書を作り、入居時、ご家族に要望の確認を行いながら説明をしている。   |   |                   |
| 18                          |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                           | 入居者様とのコミュニケーションの中で住んでいた土地柄等教えてもらう事も多い。お手伝いをお願いしながら共に支え合う関係を築くよう努めている。  |   |                   |
| 19                          |      | ○本人を共に支え合う家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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            | 体感痛みでその方の状態で生活サイクルを支援している方の奥様面会時には、食事介助、排泄介助の協力も頂いている。イベント等の一緒に観覧してもらったり、案内もしている。お盆や誕生日に居室でご夫婦で食事をした方もいた。面会の多いユニットだが、都度、近況報告を密に行いながら、利用者様を支える協力を頂いている。 |   |                   |
| 20                          | 8    | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                        | 入居前からの友人や知人との電話や面会の取次ぎ、長年かかりつけだった歯科受診同行もした。通院や美容院の帰りには、行きつけだった市場などに買い物に行かれている。   | 近所に住んでいた知人が来訪して一緒に居室で過ごしたり、家族と馴染みの喫茶店などに出かける利用者もいる。受診時に、病院の売店で買い物したり、小樽運河や朝里ダム、南樽市場など利用者の馴染みの場所に職員と一緒に出かけている。 |                   |
| 21                          |      | ○利用者同士の関係の支援<br>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                     | リビングでの利用者同士の会話やゲーム等で互いに助け合いながら楽しい時間を過ごされている。雑誌やテレビを見ながらの他者ともコミュニケーションが楽しめるよう間を取り持っている。体調が悪い方を気遣っている時も多い。   |   |                   |

| 自己評価                               | 外部評価 | 項目   | 自己評価(第1ユニット)   | 外部評価(事業所全体)   |  |
|------------------------------------|------|--|--|---|--|
|                                    |      |  | 実施状況   | 実施状況  | 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<br>サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係を大切にしながら、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                     | 入院治療が必要で退居となった方のご家族から、退去後数年たってか亡くなった連絡を受け、葬儀に参列したり、挨拶、相談事の電話がはいたり頼りにして下さり信頼関係は続いていたと思われる。又、数名の方がふきのとうで看取りをさせて頂いたが皆さまとも感謝して下さっていたと思われる。 |   |  |
| <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<br>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   | 日々の生活の中での会話の中から希望や意向を把握できるよう努めている。外出、通院、買い物、散歩等はできるだけ要望に応じている。又、毎週及び要望時に買い物代行もしている。ユニット行事もできるだけ要望を取り入れ実践している。                          | 会話からはっきりした意向を読み取ることが難しい場合もあるが、職員は、表情や仕草、行動などから把握するように努めている。課題分析シートを定期的に更新しているが、趣味や嗜好などの情報は別記載で分かりやすい記録にはなっていない。 | 趣味や嗜好などの情報も課題分析シートを活用して追記や更新を行い、思いや意向の把握に更に活かすよう期待したい。 |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                       | 入居時に得た情報やコミュニケーションの中で今までの生活歴や趣味等を追いながら、個別の支援、声掛け誘導、援助計画の作成に努めている。  |   |  |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>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   | 毎日の申し送りや一日の過ごし方から心身状態を把握している。  |   |  |
| 26                                 | 10   | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | 看護師、医師、家族の助言をもとに月に1度、カンファレンスを行い、意見やアイデアを出し合っ介護計画の見直しなどを行っている。  | 毎月のカンファレンスを基に3か月毎に全職員でモニタリングを行い、計画作成担当者を中心に6か月毎に介護計画の見直しを行っている。介護計画は、家族と本人にも分かりやすく説明している。                       |  |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | 個人記録にその日の様子や実践、気づき等を記録し、大事な部分は赤線を引きながら申し送りや月に一度のカンファレンスで話し合いながら介護計画の見直しを行っている。   |   |  |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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               | 通院外出時に買い物やご家族と食事に行ったり、ご家族の「毎日ヤクルトを飲ませてほしい」との要望に応じてヤクルト販売に来てもらう事にした。  |   |  |
| 29                                 |      | ○地域資源との協働<br>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                         | 地域の方の協力を頂きながら避難訓練を行ったり、地域のイベント案内の参加で安全に豊かな生活を楽しめるよう支援している。   |   |  |
| 30                                 | 11   | ○かかりつけ医の受診支援<br>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                    | かかりつけ医への通院や、ご本人の要望や必要に応じて適切な医療機関へ受診できるよう、ご家族とも相談し、時には協力を頂きながら対応している。通院の頻度は多い。  | 協力医の往診の他、かかりつけ医の往診を受けている利用者もいる。受診は管理者や看護師が同行して、主治医と連携しながら適切な医療支援を行っている。受診結果は、「支援経過」用紙を活用して個別に記録している。            |  |

| 自己評価                             | 外部評価 | 項目   | 自己評価(第1ユニット)  | 外部評価(事業所全体)   |  |
|----------------------------------|------|--|---|---|--|
|                                  |      |  | 実施状況  | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容                                      |
| 31                               |      | ○看護職員との協働<br>介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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                      | 毎日、看護師も含めた朝の申し送りで利用者様方の身体状況を報告し治療及び指示をもらっている。又、必要に合わせ、係りつけ医との連絡をし、薬の相談をしたり、受診する事も多い。  |   |  |
| 32                               |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、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。又は、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。 | 入院時は近況の健康チェック表、アセスメントやADL等の情報提供を看護師にしている。入院後は週1度位の面会や電話等で状態を把握しながら出来るだけ、早期に退院できるよう情報をもらいながら努めている。   |   |  |
| 33                               | 12   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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 | ご家族・主治医との話し合いの上、ターミナルケアが必要になった場合について、事前に話し合える場を設けている。入居契約を交わす段階で、重度化した際の意向について伺い、当施設で対応できることを伝えている。終末期を迎えた時には、看取り対応について再度話し合い、希望されるご家族にはご家族の同意を頂いている。 | 利用開始時に「重度化した場合の対応に係る指針」と「看取りに関する指針」に沿って、事業所として可能な対応について説明し、同意書を貰っている。体調変化に応じて家族の意向を確認しながら、主治医の判断の下、家族と方針を話し合い希望に応じて看取りも行っている。 |  |
| 34                               |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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   | 避難訓練の際にAEDの使用方法や救命救急訓練を消防の方から指導を受けている。  |   |  |
| 35                               | 13   | ○災害対策<br>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   | 年2回の施設全体の避難訓練では消防の方から指導を受けている。又、地域住民の方にも参加して頂き、協力頂ける体制を整えている。年に数回の火元責任者会議を行い災害を意識できる体制を整えたり、毎月のミーティングでは火元責任者からの申し送りや注意事項に気を付けている。                     | 年2回、運営推進会議時に消防署の協力を得て昼夜の火災を想定した避難訓練を行っている。災害備蓄品を整備し、地域との協力体制についても確認している。法人として、災害時の具体的な対応に沿ったマニュアルの作成に取り組んでいる。                 | 法人マニュアル作成後、地震時などを想定して事業所としての具体的な対応について職員間で話し合うよう期待したい。 |
| <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   | ○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保<br>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  | 一人ひとりの性格を把握しながら、人格を尊重し誇りやプライバシーを損ねない声掛けや対応に注意している。特に注意が必要なユニットである事も自覚し都度、ミーティング時に話し合い注意をするように心掛けている。  | 内外の研修で接遇を学び、言葉遣いや対応で気になる時は常に話し合っている。申し送り時には名前を部屋番号で伝えたり、個人的なことを居室で聞くようにしてプライバシーに配慮している。                                       |  |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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   | 行きつけの美容室外出、買い物の要望、ヤクルト販売での選択購入等、できる限り自己決定できるよう支援している。   |   |  |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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                                   | 「今日は入浴をしたくない」「今は食事がしたくない」等、その方のペース(身体状況も含め)や要望にできる限り添えるよう日々の暮らしを支援している。   |   |  |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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  | 毎回、同じ服にならない木を配り、要望のある方は一緒に服選びをしている。下着や靴下は毎日交換、よだれや食事のこぼし等で汚れた時もすぐに交換するようにしている。通院等の外出時は女性はバック等も持参したり等、特に身だしなみに気を付けている。(ご家族の要望もある)                      |   |  |

グループホーム ふきのとう東館

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価(第1ユニット)  | 外部評価(事業所全体)   |                   |
|------|------|---|---|---|-------------------|
|      |      |   | 実施状況  | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 40   | 15   | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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    | 食事を楽しんで頂けるよう昼食外出、向えの公園などで手作り弁当昼食会、すし出前やユニット内での好み焼きパーティー等、満足いく時間を提供している。又、その方のできる能力に合わせ、オシボリ洗い、たたみ、食器ふき、もやしの芽取り、米とぎ等も手伝ってもらっている。 | 献立と調理は委託会社が行い、味噌汁や焼き魚などの簡単なものは各ユニットで作っている。利用者により手作り弁当のおかず類を詰めるのを手伝ってもらったり、おやつ「いもだんご」作りを一緒に行い食事が楽しめるように工夫している。誕生日のカップケーキは利用者に喜ばれている。 |                   |
| 41   |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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         | 食事・水分量を毎日記録し、食事量が低下している方は医師に相談し栄養補助剤の対応や少しでも食べてもらえるよう、寿司や好きな食べ物や飲み物を色々提供していた。水分は一日、1000cc～1500ccを目標においた。                        |   |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                  | 毎食後の口腔ケアの声掛け及び介助は行っている。入居前から利用していた訪問歯科で口腔ケアの支援を受けている方もいる。   |   |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<br>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  | 個々の排泄リズムに応じて声掛け誘導を行っている。排泄記録をつけながら、個々の状態把握に努めている。尿カテーテル設置の方の管理及び医療との連携も行われている。  | 尿意がある時は布パンツに替えて状態を見守っている。本人の意向でポータブルトイレを使用する事もある。昼夜とも可能な限りトイレでの排泄を支援し、出来る部分を声かけしながら介助している。  |                   |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>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                  | 毎朝の申し送りで排便の報告を行い相談しながら、処方されている下剤や整腸剤で調整している。状態を見ながら看護師が浣腸対応している。毎食時はバナナヨーグルト等を提供している。   |   |                   |
| 45   | 17   | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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 | 週2回の入浴支援だが、拒否されたり、体調不良時は本人が納得される日に入浴して頂いている。間隔があく時は清拭対応。(陰部の清拭を毎日始めた。自立されている方は温かいタオルと提供し自分で行ってもらっている。)                          | 利用開始時に同性介助の意向を聞き、羞恥心に配慮している。身体的な状態を見て安全面から2人介助でシャワー浴を行い、各人の意向に沿って週2回の入浴を支援している。入浴中は職員と一緒に歌いながら気持ちよく入っている。                           |                   |
| 46   |      | ○安眠や休息の支援<br>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                   | 日中もリビングで居眠りをしているのを見かけた際には、自室でゆっくりと休んで頂いているが、夜間の安眠障害にならないように心がけている。  |   |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>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              | 常に申し送りをしながら、職員一人一人が利用者様方の処方箋で用法・目的等を理解するよう努めている。必要に応じて薬局に相談しながら指導を頂くこともある。  |   |                   |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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 | その日の体調や嗜好を考慮しながら、お手伝いをお願いをしている。台所仕事、もやしの芽取り、洗濯畳み、新聞畳みなどできることをお願いしている。天気を見ながら向かいの公園での日向ぼっこやドライブも支援している。                          |   |                   |

グループホーム ふきのとう東館

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価(第1ユニット)  | 外部評価(事業所全体)  |                   |
|------|------|--|---|--|-------------------|
|      |      |  | 実施状況  | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 49   | 18   | ○日常的な外出支援<br>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。また、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                     | 暖かい季節は月に1度はユニット行事を設け、昼食外出、花見・紅葉・など外出できる機会を設けている。個別要望の買い物は、通院帰りを利用しながら行ける範囲で近くのスーパーや市場へ出かけた。ご家族にも協力を得て、外出や外泊、旅行へ出かける方もいた。今年も2名の方が新しい町内会館で敬老会の参加ができた。 | 事業所前の公園で散歩したり、ドライブや買い物に出かけている。花園公園での花見や朝里ダムで紅葉を見物し、水族館に行くなど、意向に沿って小樽周辺をドライブしている。寿司料理を中心に外食にも出かけている。冬季も毎月法人のホールで行われる催しに参加したり、受診で外気に触れている。 |                   |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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  | 大きなお金を自己管理されている方もあり、買い物時は自分で支払いをしている。他にも数万円は持参し買い物時に支払いされている。   |  |                   |
| 51   |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | 少しでも寂しさが軽減できるよう、積極的にご家族や友人との電話の橋渡しをしている。手紙が来た時は御本人に確認したうえで分を読んであげたり支援している。  |  |                   |
| 52   | 19   | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | ユニットが明るい雰囲気になるように季節ごとに壁紙作りを行い、季節を感じてもらっている。テーブルには季節の花も飾っている。窓からは日本海を眺めたり、見事な朝日や夜の車の車のライトで心地よさを感じて頂けると思われる。  | 居間や廊下の窓から日本海や街並みを見渡すことができ、高台から景観を味わうことができる。居間の窓側にソファを設置して寛ろぐ場になっている。共用空間に利用者も参加した作品やクリスマスの飾り付けで、全体的に温かな雰囲気である。                           |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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  | 窓際に座りやすいソファが置いてあり、日に何度かは気の合った方々が楽しそうに会話を弾ませている。   |  |                   |
| 54   | 20   | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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  | 今まで過ごされていた家から、使い慣れていた物を持ってきていただいたり、家具やソファを持参して頂いている。  | 居室には、馴染みの家具類や使用していた小物類を持ち込み、生活感のある居室も見られる。家族や本人が最も楽しかった時の記念写真、好みの写真等を飾り居心地よい居室作りをしている。   |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」や「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  | トイレの場所がわかるように、張り紙をしたり、転倒防止のため、ベッド柵に鈴を付け、音で訪室できるよう工夫している。入浴時でもできることは行って頂き、出来ない部分を介助している。「出来ること、わかる来こと」のアセスメントを行いながら自立した生活の支援をしている。                   |  |                   |



## 目標達成計画

## 【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    | 9    | 趣味や嗜好などの情報も課題分析シートを活用し、追記や更新を行い、思いや以降の把握にさらに活用するよう期待したい。 | 入居される時点で個々の利用者様の特技や嗜好、移行などの情報収集を重点にできる限り行い、アセスメントし、コミュニケーションやケアプランなどで生活支援を行っているが、入居後に徐々に把握できることもあり、更新するアセスメントの中で一目でわかるようなシートに変更する。 | ケアプラン更新時に作成している「できること」「わかること」シートの中で必要のないと思われる項目を「好きなもの」「以前の趣味や得意だったこと」「してほしいこと」に変更する。また、入居時に作成しているセンター方式C-1-2シートにも「趣味や得意だったこと」「好きなこと、好きなもの」をかきたすこととする。 | 平成29年度中    |
| 2    | 35   | 法人マニュアル作成後、地震などを想定して事業所としての具体的な対応について職員間で反し合うように期待したい。   | 今年度入にマニュアルを完成させ、ミーティングなどで職員に周知する。  | 北海道より通知のあった「非常災害対策策定に当たって検討が必要な項目」に習い、防災マニュアルを作成する。  | 平成29年度中    |
| 3    |      |  |  |  |            |
| 4    |      |  |  |  |            |
| 5    |      |  |  |  |            |

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入して下さい。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加して下さい。