

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	0171100365		
法人名	有限会社ケアリンクス		
事業所名	グループホームほくとの家		
所在地	千歳市北斗1丁目19番14号		
自己評価作成日	2017.10.14	評価結果市町村受理日	2017.12.27

※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	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_2017_022_kan=true&JigyosyoCd=0171100365-00&PrefCd=01&VersionCd=022
-------------	---

【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29年11月9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)】

利用者様、ご家族、職員の絆を大切にしています。
外部との関係、馴染みの関係を断ち切らない様に、外出の支援を行っています。
月に、自由献立を設け一緒に調理を楽しみ、一緒に作り上げる支援をおこなっています。
入居者様、ご家族、職員も楽しめる様に、夏期はBBQパーティ等を設け交流の機会を設けております。
職員は、介護経験年数平均、6年以上。安心して生活して頂ける環境下ににあります。
突発的な救急受診にも対応する事ができています。
GHほくとの家は皆が家族に様に、楽しく生活する事が出来る様にスタッフ一同努めております。

【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)】

千歳市の住宅地にあり、千歳駅から車で5分程度、バスの通る幹線道路から至近にある平屋建て1ユニットの事業所である。学校やコンビニエンスストア、スーパー、薬局なども近く、住環境に優れている。共用空間は2面に面した大きな窓があり明るい。事務所やキッチンから共用空間や玄関まで見渡すことができる。ソファを多めに配置し、壁には利用者の書道作品などを飾り、家庭的な雰囲気となっている。地域交流の面では、町内会の夏祭りや餅つき等に参加し、事業所の行事にも住民を招いている。最近では歌のボランティアや中学生の体験学習の受け入れが実現している。職員が活発に利用者へ話しかけ、利用者も明るく会話を楽しんでいる。介護度が高い中でも、外出支援に力を入れ、周辺の様々な場所に外食や入浴、イベントの参加などに出かけている。排泄や入浴の面でも能力や希望に応じた支援を行っている。家族への情報提供の面では、毎月、写真の豊富な「ほくとたより」を作成し、個別の手紙と一緒に家族に送付している。定例会議や申し送りの中で職員同士が活発に意見交換を行い、サービスの向上に取り組んでいる。事業所内の勉強会や、グループ会社の研修があり、職員の学ぶ機会が多いのも特徴である。良好な環境のもと、利用者が楽しく過ごすことのできるグループホームである。

V. 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)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 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 (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)	○ 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 (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 (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、活き活きと働けている (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		

自己評価及び外部評価結果

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			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
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	皆で共有し、実施している。3項目の基本理念を理解し日頃のケアにあたっている。地域密着を理解し、事業所で全ての支援を完結せず、インフォーマルサポートを利用し自分達も地域に貢献しているという、意識を持っている。	3項目からなる基本理念の中に「地域の方と利用者様の架け橋となり～」という文言を入れ、地域密着型サービスの理念として確立している。理念を事務所に掲げ、申し送り時に唱和している。また、印刷したものを職員に渡している。	
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	町内のイベント等の参加したり、運営推進会議に地域から参加頂いている。日常の挨拶も欠かさない。町内行事に積極的に参加している。	町内会の夏祭りや餅つき、清掃活動に利用者とともに参加している。事業所で行うバーベキューにも住民や子供たちを招いている。歌のボランティアや中学生の体験学習を受け入れている。	
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	主に運営推進会議の場での情報発信、面会に来られた方へ、普段の支援の方向性、リスクの説明をおこなっている。地域の方に認知症のありのままの姿を見て頂く様にしている。		
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	会議の中で報告し意見要望を直接聞く事が出来ている。イベント外出報告、事故、ヒヤリハットの報告を行い必ず1人一言の発言の機会を頂いているのでそこで出た意見を活かしている。	年6回会議を開催し、地域包括支援センター職員、町内会長、民生委員、複数の家族の参加を得て、防災、救急対応、感染症、行事などをテーマに意見交換している。今後は議事録を家族に送付する予定である。	
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	いち、職員が市町村担当者と連絡を取る事は無いが認定調査や生活保護受給者の諸々の連絡で協力している事は理解している。特別な取り組みは現在は無い。	運営推進会議で地域包括支援センターの参加を得ており、親密に相談できる関係にある。また、管理者が市内のグループホーム関係者が集まる「絆の会」に参加し、行政担当者と情報交換する機会もある。	
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「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	介護検討会議等で具体的な行為を学ぶ機会があり、拘束をしないケアに取り組んでいる。梗塞をしない事は理解している。	身体拘束を行っておらず、禁止の対象となる具体的な行為を記したマニュアルを用意し、年に数回勉強会を行っている。玄関は施錠しているが利用者でも簡単に開けられる鍵であり、外出希望があれば遮らず同行するようにしている。	
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	研修や資格取得の際に学ぶ機会があります。何度も虐待防止についての研修が十分に「あり理解しケアを行っている。		

グループホームほくとの家

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			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 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	個人で学ぶ事が多く、理解はしているがまだ支援に活用する事は無い。研修で学ぶ事は有ります。		
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	契約の際必ず面談し書面の同意は頂いています。質問が有った場合は丁寧に説明する様にしています。		
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	要望が有った場合必ず管理者に報告を行っています。運営推進で、発言の機会を頂いています。	運営推進会議や家族の来訪時に意見を聞き、得られた意見を連絡ノートや業務日誌で共有している。家族の意見をもとに畑の活用が実現されている。毎月「ほくほくたより」を作成し、個別の手紙と一緒に家族に送付している。	
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	全体会議で意見、提案を発言する機会が有り充分に聞いてもらう事が出来ている。会議、連絡ノート等で職員の意見は反映されている。	月1回全体会議を行い、職員が活発に意見交換している。管理者と職員はいつでも相談でき、必要時には個別面談も行っている。職員は食材や備品の発注、畑の管理、車両管理などを分担し、運営に参加している。	
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	有休制度、他福利厚生は整備されている。		
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	勤務年数、実績に応じた研修機会が有る。定期的に個々の能力に合った研修が実施されている。		
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	他事業所との、研修機会が設けられている。情報交換の場も設けられている。		

グループホームほくとの家

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			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
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	1日も早くなじみの関係を築ける様に生活歴嗜好を考慮し関係づくりを築いている。ホーム内の生活に馴染めるように環境整備、接遇を配慮し、ラポールを築ける様に努力している。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 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	利用者本人が居ると話しにくい事も有ると、理解し話しに耳を傾けている。家族も支援の対象と理解している。が家族に接する機会が有る場合不安、要望を聞く様にしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 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	自立できるところを見極める様対応している。情報提供と本人のその時出来る事出来ない事を見極め自立支援を行っている。GHの入居に至った経緯をしっかりと把握し本人の意向も確認する。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 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	本人の能力を見極めスタッフの手伝いをする事で満足充実感を味わい生活に張りを作っている。		
19		○本人を共に支え合う家族との関係 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	問題が発生した場合はご家族に相談し一緒に解決策を考えて頂いている。面会時に状況をお伝えしご本人とご家族と一緒に過ごす場を提供している。		
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	なじみの床屋、歯科に同行したり知人が訪ねてきた際も、対応している。入所まえから利用している店舗に通われている。	数名の利用者に対して近くに住んでいた知人が来訪しており、2名の方は仲のよいおかみさんのいる床屋に通っている。年に数回馴染みの銭湯に行く方もいる。外食を行う際は馴染みの飲食店に出かけている。	
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	利用者同士の相性、トラブルの原因となる者を離し円滑にコミュニケーションが取れる様に配慮している。利用者同士の関係には、トラブル以外は介入する事は行わず自然な関係が築かれる様に見守っている。		

グループホームほくとの家

自己評価	外部評価	項目	外部評価		
			自己評価	実施状況	
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	入院が長期になり退去された方にもお見舞いに行き励まされている。入院面会、葬儀にも出席しこれまでの関係性を大切にしている。		
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	生活歴、好み嫌いな事を把握し支援につなげている。自身の気持ちを表せないかたには、会話の中からくみ取っていく。会話の中からニーズを把握する様になっている。困難な場合は生活歴から検討している。	思いや意向を言葉で表現できる方は3分の1ほどで、難しい方場合は表情や仕草などから把握している。フェイスシートやアセスメントシートの他に、利用者の生活歴や嗜好などを記した独自のシートを作成し、思いの把握に努めている。	
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	フェイスシートに記載されて事柄を参考に把握し勤めている。情報交換、本人からの聞き取りしスタッフで情報を共有している。		
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	毎日の引き継ぎをしっかりと行い常に現状を観察している。自立支援を促しバイタル、身体チェックを行い日々の様子を観察。特変に直ぐに気づく様に配慮している。		
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	毎月1回会議を行い意見アイデアを出している。それを基にケアプランが作成されている。職員同士協議し介護計画の作成変更を行っている。	介護計画を3か月毎に見直ししている。毎月のモニタリングをもとに3か月毎のカンファレンスで意見交換を行い、計画を更新している。一方、日々の記録を詳しく作成しているが、計画目標と関連付けた記録は十分といえない。	計画目標の関連する記録について、目標番号を記したりアンダーラインを引くなど、ケアの実践や計画見直し時に活かせるような記録の作成を期待したい。
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	ケース記録は詳しく全職員に情報が伝わるように記載している。介護記録はこまめに記載し日々の変更確認事項は連絡ノートに記載し各自責任をもち確認している。		
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	外出外食等その時の状況にあわせた支援を行っている。福祉券を利用し外出がスムーズに行えている。インフォーマルサポートや本人の持つ力を活用しサービスを提供している。		
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	家族、親せき、知人近隣住民など、つながりを断たない様に支援している。		
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	定期受診、緊急受診に関わらず支援している。体調不良時には随時緊急受診をしているが、最近緊急の受診が増加し職員の負担が大きくなってきている。	全利用者が協力医療機関による2週に1回の往診を受けている。内科以外や他のかかりつけ医を受診する場合は家族または事業所で送迎している。受診内容を「医療対応報告書」に詳しく記載し、個人毎に整理している。	

グループホームほくとの家

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			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 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	看護職員はいない。		
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、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。	入院時に付き添い状況説明を行い退院時はメンテラに参加し退院後の環境を整えている。		
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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化の現状を随時家族に報告し今後の支援方針に向け話しあっている。管理者、ケアマネより家族に今後のケアの方向性、リスクについての話は充分に行っている。	利用開始時に「入居者様が重度化した場合の対応に係る指針」を説明し、同意を得ている。現状は事業所での看取りは難しいが、医療機関との連携体制が整えば、将来的に看取りを行う意向を持っている。	
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	避難訓練は2回。研修で応急手当の訓練をする事はある。訓練は行っていないが、緊急時速やかな対応が出来る様に個別のサマリーを作成している。		
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	避難訓練は年2回。火災、放火、地震設定で行っている。	年2回、夜間の火災や地震を想定した避難訓練を消防や住民の協力を得て実施している。一方、職員の救急救命訓練は受講後の期間が開いている職員もいる。災害時の備蓄品を用意している。	全職員が3年に1回程度、救急救命訓練を受講できるように、取り組みを期待したい。また、地震発生時に家具等が倒れる危険箇所がないか、定期的に確認を行うことを期待したい。

Ⅳ. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援

36	14	○一人ひとりの人格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	言葉掛けの方法は1人1人の性格に沿って行っている。心掛けてはいるが出来ない時もある。	呼びかけは「さん」づけを基本とし、希望により愛称で呼ぶ場合もある。外部研修や勉強会で接遇や言葉かけを学んでいる。実践の中で、現状の言葉かけの見直しの必要性を感じている。	対応方法を工夫し、より望ましい声かけを検討する意向であるので、検討の実施を期待したい。
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	要望を聞く様にしている。毎月自由献立を行い食べたいものを作ったり外出先を決定する事が出来ている。		
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	認知力が保持されている方へは勘違いを但し無理な方は見守る。その人のペースに合わせた支援を行っている。		
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	整容は清潔さを大切に支援している。本人の馴染みの化粧道具を使用し整容。季節に合った衣類をきています。		

グループホームほくとの家

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			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 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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事ペース、食べる物が偏らない様に順番をかえたりしている。口腔内の状態により、野菜等をスムージーにし、安楽に召し上がって頂く様にしている。	グループ会社の献立を基本に変更を加え、外食や行事食、出張出前寿司など、多彩な食を楽しんでいる。おかずの配膳順を工夫し食が進むようにしている。誕生日の手作りケーキも好評である。	
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	ペースト食1名。嚥下状態にあわせ提供している。1日の飲食量をチェックしチェック表に記入し管理。1日水分摂取量1800mlは全員達成できている。		
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	食後口腔ケア実施。うがいに力をいれている。肺炎防止の為。口腔内の残差物除去を行っている。		
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	トイレ回数、排泄物の状態、全てを見守り確認している。定期的にトイレ誘導を行っている。	全員の排泄チェックを行っている。パターンを把握し時間で誘導したり、様子等で声かけを行い介助している。リクライニング式車椅子を使用する重度化の利用者の場合は、居室にて排泄支援を行っている。	
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	水分摂取量を統一し、便秘を回避している。疾患の為便秘の方に関しては下剤使用している。		
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ず、個々にそった支援をしている	定期的に入浴できるよう支援行っている。1日2～3人程入浴。汚染時は、肌の状態が悪化しない様に随時入浴し清潔に保つよう努めている。	時間帯を取り決めず、その日の受診、行事や利用者の希望に応じ、柔軟に対応している。好みの湯温やトリートメントなど、個々に支援している。年に1～2回、近隣の銭湯へ1対1対応で出かけている。	
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	自由に居室で休んで頂く。午睡もその方に合った方法をとっている。その日の疲れ、精神状態を考慮し居室で静かに休める様に支援しています。		
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	担当者の処方箋を随時確認。落薬防止に努めています。		
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	それぞれの、出来る事、好みを理解し外出、お手伝いなどに反映させ楽しく生活できるように支援しています。		

グループホームほくとの家

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			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 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	車椅子の方でも外出出来る様に工夫しています。その日の希望に沿っての外出は出来ていないが、月に3回から4回程の外出支援はできている。	散歩は特に近隣の公園へ出かけたり、ウッドデッキで外気に触れている。いちご狩り、千歳空港、ビール工場、ウトナイ湖、千歳神社、お寿司やステーキレストランなど、四季を通し、五感刺激たっぷりの戸外を楽しむ支援を積極的に行っている。	
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	行えていない。		
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	要望があれば対応しています。		
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	夏の暑さ対策が不十分。猛暑日にはクーリングを行っている。ハード面で整備が必要である。季節感を取り入れたレイアウトを行っている。生活館を中心に取り入れた空間づくりを行っている。	共用空間の居間は広く明るい造りで、大きな窓があり開放感がある。ダイニングコーナーの他、ソファコーナーを3箇所設け、好みの居場所で過ごせる工夫がある。壁には利用者の作品などを随所に掲示している。洗面台は流し場が広く、トイレには、男性用便器を設置している。	
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	自由に過ごせるよう工夫している。皆がくつろげるよう配慮。		
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	本人の馴染みな物を使用していただく、様に配慮している。安全に過ごせるように配慮している。	居室にはクロゼットが備え付けられ、趣味の書道やおしゃれなどを楽しめるよう、利用者の生活スタイルに応じた設えとなっている。状態に応じ、床式マット布団に移行するなど、居室内の安心安全に配慮している。	
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」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	居室内は自由に過ごせるように工夫している。		

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	26	計画目標に関連する記録記載が不十分である。(記録に関しては、1時間おきに細かく記載しているが、何の、計画目標に対しての記録なのか、という記載が無い。)	指摘が有ったように、例えば目標番号を記録に記載したり、アンダーラインを引くなど、実践計画に活かせるような記録記載を行う。	目標は、来年度からの実施とする。尚、日数が少なく出勤の非常勤や、年配の職員を考慮し、計画作成、管理者、常勤職員がメインとなり実践を行う。	2か月
2	35	消防訓練、地震、他、訓練は行っているが、救命救急の講習等は、一部の職員しか受講出来ていない。	最低でも1年に1回は、職員が救命救急の講習を受講できる体制を作る。	消防に依頼し年2回の避難訓練とは、別に救命救急講習を実施する。	6か月
3	36	基本的にお名前でお呼びしているが、ご家族ご本人の希望で、愛称でお呼びする事も多い。認知症状が激しかったり、危険行為、汚染行為が多く精神疾患の強い方に対しては危険性の高い場合、声掛けが大きくなってしまふ事もある。	接遇を意識し、声のトーン、表情にも気を遣う必要がある。職員全て。(管理者も含む)	合同研修等、接遇に関する研修には積極的に参加する。 日々、少しずつ意識を持つよう心掛ける。月1回の全体会議で、今月は目標まで達したか、職員同志意見をやる時間を設ける。	6か月～1年
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。