

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 | 平成22年11月17日    | 評価結果市町村受理日 | 平成23年1月25日 |

※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://system.kaigojoho-hokkaido.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0171100365&amp;SCD=320">http://system.kaigojoho-hokkaido.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0171100365&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 ニッポン・アクティブライフ・クラブ |
| 所在地   | 江別市大麻新町14-9 ナルク江別内          |
| 訪問調査日 | 平成22年12月16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)】

●千歳市街への移動などのアクセスも良好で、国道などの主要ルートが近いという、恵まれた立地環境にありながらも、自然や公園などもある、閑静な住宅街に位置しており、少人数、ワンユニットの環境の中で、より家族的な生活を提供出来るように心掛けている。●職員は資格取得への意欲もあり、各々のキャリアに合わせて外部研修や資格取得などを通して、家庭的なかでも専門的な介護力を向上できる様に日々努力をしている。●少人数だからこそ個別嗜好に対応した食事や行事企画などにも留意しており、状況に応じて対応させている。●千歳市の「地域密着型事業所」による「絆の会」にも加入しており、市内のグループホーム・小規模多機能事業所と共に合同で研修会や勉強会に参加しており、10月には絆の会主催の「大運動会」にも参加して入居者様の皆様にも家族様にも大変好評だった●認知症だからといって、施設に閉じこもることが無く、可能な限り社会資源を活用した中での営みを提供したいとの根本の理念を元に、会議やカンファレンスを活かした中でより自然な生活を提供出来るように検討を繰り返している。パーソンセンタードケアを主体とした中で、身体的なADLの維持、QOLの向上を、無理なく、ご本人の意向に沿った中で提供する事により、BPSDの減少、精神的な安定、充実した時間を提供出来ることを目標に日々の介護を行っている。

【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)】

静かな住宅街の中に位置し広々とした敷地に囲まれ、交通の便が良く、近くには公園やスーパーがあって、自然に恵まれた買い物にも便利な事業所である。「私たちは一つ屋根の下に住む家族である。家族と一緒にゆったりとした時間を自分らしく、楽しく過ごしたい。」を運営理念に掲げ、職員は利用者にしてあげる」の目線ではなく「共に行う」対等な立場を築き、利用者、家族、地域の人たち、人と人、心と心のふれあいを大切にし、日々の生活を支援している。食事中は、音楽を流し、おしゃべりしながらお互いに声をかけあい、楽しく、明るく食事をしている。日々ゆったりと、明るく、楽しく、笑い声の絶えない、たまにはけんかをしながら(長生き10ヶ条)生活を送っている。癒し役だったベットのうさぎが、亡くなったのは残念だが、管理者始め職員は経験豊かで、福祉資格を取得している職員も多く、運営やサービスに反映させている。

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)       | ○ 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る<br>(参考項目:9,10,19)   | ○ 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 利用者や職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)             | ○ 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)                     | ○ 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)                   | ○ 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<br>(参考項目:4) | ○ 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)    | ○ 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)                                      | ○ 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)                  | ○ 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                                       | ○ 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している<br>(参考項目:30,31)         | ○ 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                                   | ○ 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<br>(参考項目:28) | ○ 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  | 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 |
| <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   | スタッフが自分達で作成した基本理念を、朝夕の申し送り時に必ず唱和して、職員間の理念共有化を行っている。   | 利用者を「一つ屋根の下に住む家族として、ゆったりとした時間を自分らしく過ごす」の運営理念と6項目の基本理念を築きあげている。さらに長生き10ヶ条を掲示し、朝夕唱和して、日々楽しく過ごしている。                               |                   |
| 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   | ・可能な限り町内会の季節清掃などには参加している。・近所への散歩時、季節のお花を見せていただいたり会話を交わす等の交流がある。町内向けの広報誌を作り回覧板で閲覧してもらっている。                     | 町内向け広報誌「ほくとの家便り」を発行し、ボランティア団体「かけはし」、同業者の「絆の会」に参加し、地域との交流を深めている。今後はよりいっそう交流を深めるため、地域の「ふれあいさろん」に参加を検討している。                       |                   |
| 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   | 認知症の周知活動の場として、ボランティア団体「かけはし」を設立したが、一度他団体へ講義を行ったがその後活動が停滞している。   |  |                   |
| 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                                      | 2か月に1回の運営推進会議では、家族・入居者・町内会・地域包括支援センター・スタッフ等参加し、生活状況や行事など話し合う機会を持っている。   | 運営推進会議には、利用者、家族、町内会長、消防署長、民生委員、包括支援センター職員、絆の会、等多くの関係者の参加がある。会議は、行事、災害対策などを議題に取り上げ実施している。参加出来ない家族にはアンケートを取る等して意見を反映できるよう対応している。 |                   |
| 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   | 相談事項などは、管理者と市の担当者が綿密な打ち合わせを持って行っている。  | 市の担当者との交流を多くし、運営に関する相談、利用者、家族の意見等の情報交換をして利用者へのサービスを高める努力をしている。   |                   |
| 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 | 基本的にケア上での拘束はしないが、安全を確保する必要がある際には配置等、本人の苦痛にならない範囲で考慮する。2か月に1回身体拘束廃止推進委員会を開催し、自分達のケアが間違っていないか皆でケア状況の確認を繰り返している。 | 契約書に身体拘束をしない旨を明示し実施している。2ヶ月ごとに身体拘束廃止推進委員会を開催し、ケア状況を確認している。   |                   |

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 |
| 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         | 身体拘束廃止推進委員会において、日常のケア内容が適切か否か、打ち合わせや検討を繰り返し行っている。経験の少ない職員に関しては今後研修を行う。                      |   |                   |
| 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    | 個別で資格取得の為の学習は行っている職員もいるが、全体に周知させる為の研修などは現在行っていないので今後検討する。                                   |   |                   |
| 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                         | 事前に自宅に訪問し、ご本人・ご家族及び関係する福祉職員など(担当ヘルパー)から詳細情報を収集した上で重要事項説明書を説明しながら契約を行っている。その際に質問事項を承っている。    |   |                   |
| 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                      | 来所時に、お話を伺ったり。運営推進会議にて意見等を伺ったり、なかなか会議に参加できないご家族様の為に要望アンケート等を記載して頂くようにしている。                   | 家族の来所時には常に話し合いに努めている。来れない家族には、アンケートで意向・意見を求め、運営に反映している。                                 |                   |
| 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                                      | 全体会議や朝のミーティング時に職員間に意見を聞いたり、個別に意見を収集したり、などという場を設置した上で意見を収集する。                                | 職員は利用者や家族とのコミュニケーションを大事にし、日々の気づきを記録・報告している。職員の意見・提案は管理者に報告され、反映されるシステムができており運営に活かされている。 |                   |
| 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      | 役職者会議・スタッフ会議などを通して、職員個別の勤務状態を確認・評価・対応を検討している。仕事状況に応じて役職などを付与し、やりがいを見出すような環境をつくる。            |   |                   |
| 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         | 代表・管理者含めて個別のスキルを把握した上で、必要と思われる研修に参加する機会を持たせる。絆の会において「事業連携交付金」を活用し会主催で接遇・知識・技術の研修を開催し参加している。 |   |                   |
| 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 | 「絆の会」を活用して、事業者管理者レベルはもちろん、職員レベルにおいても交流が持て、情報交換やケア方法の比較や合同での研修会など互いに刺激を持ちつつ交流が取れている。         |   |                   |

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 |
| <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 | ご本人はもちろん、ご家族にも心理的・身体的負担や現状の心理状態を確認し、過去から今に至るまでの流れを把握した上で、今後の展望も加味しながらご本人の気持ちを傾聴しまずは信頼関係の構築に努める。 |   |                   |
| 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            | ご家族の介護状況や心理状態もしっかり傾聴した上で、複雑な心中を上手くフォローした中で利用者と家族との架け橋的な役割も行い、必要な助言やアドバイスを行う。                    |   |                   |
| 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        | まずは面談時にじっくりとご本人、ご家族様との話を傾聴する。精神身体機能と合わせてその方の環境も考慮した上で最良と思われる選択を提案させていただく。                       |   |                   |
| 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                           | 「してあげる」的な感覚は持たずに「共に行う」といった平等・共同の概念でケアすることを都度職員には指導している。   |   |                   |
| 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            | ご家族様には、ご本人の状況を伝え、面会時にはゆっくりと過ごしてもらえるように対応している。行事や外出の際には協力を依頼したりとお互いに情報を共有した中で対応を検討することが多い。       |   |                   |
| 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                        | 本人やご家族様からの会話を通して、ご本人の大切にしたい馴染みの関係や場所について理解しようとしている。外部からの接続についても支障がない限り援助している。                   | 利用者、家族の話をよく聞き、利用者のアルバム等から思い出の場所をさがり、ドライブしたり、利用者の馴染みの関係を大切にしている。 |                   |
| 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が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている                    | 入居者様の個性を理解し、各々の関係性を理解した上で職員が介入しながら円滑に関わりあえるように援助している。共同で生活している意識がとて強互いに支え合っている様子が見られている。        |   |                   |

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 |  |
| 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                     | 契約終了後は季節のお便りなどを半期に一度程度お送りして、近況を伺っている。   |  |                   |  |
| <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   | センター方式をベースとして、個別の意向や暮らしの希望は把握している。  | 利用者の基本情報を充実させて、これまでの生活歴を理解して、利用者本人の暮らしや希望を把握し、全職員が共有している。カンファレンスを通して、ケアプランに活かしている。                             |                   |  |
| 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                                       | 入所時。センター方式を活用して、それまでの生活歴などは大まかに理解している。その後はご本人との関わりの中で収集する。                      |  |                   |  |
| 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   | ケアプランやカンファレンスを元に現状の把握・職員間の共有に努めている。   |  |                   |  |
| 26                                 | 10   | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<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 | 担当職員と共にカンファレンスを実施している。ご家族様の面会時には状況報告し、要望を確認した上でケアプランに反映させている。                   | 利用者一人ひとりに担当職員を決め、その職員が窓口となりセンター方式を活用し、関係者で協力体制が出来ている。ケアプランに合わせて、定期的にモニタリングを実施している。3ヶ月に1回、利用者・家族に説明し、署名をもらっている。 |                   |  |
| 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                        | 詳細なケース記録記載を心掛けて職員間で情報を共有している。またケアプランに合ったケース記録を目指して都度記録の仕方について確認している。            |  |                   |  |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<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               | ご本人の希望に添えるように、買い物や外出など、個別での希望対応も行っている。状況や環境が可能であれば行事などにも組み込んでいる。                |  |                   |  |
| 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                         | 利用者の趣味等を考慮した上で、歌のボランティア等の受け入れをしている。今後地域にて「ふれあいサロン」が開始される予定になっており談話やゲーム等に参加する予定。 |  |                   |  |
| 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                     | 毎週水曜日提携医の往診があり、3ヶ月に1回採血など健康診断を行う。都度対応した上で収集データは全ご家族様に送付している。異状時はKP共に打ち合わせを行う。   | 毎週月・水曜日は、正看護師のチェックがあり、水曜日は、主治医の往診がある。3ヶ月に1回は、採血、検尿等を実施している。利用者本人のかかりつけ医への対応も実施している。                            |                   |  |

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<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                      | 週2回。提携医療機関正看護師に入居者の状況を報告して現状を理解して頂いた上で体調が変わった際には相談・対応して頂いている。連携が取れているので特変時の個別対応がスムーズ。         |  |   |
| 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。 | 入院の際には職員も定期的に訪問しなじみの関係の継続に努力している。入退院時には病院関係者との情報交換や相談を行った上で対応を検討している。                         |  |   |
| 33                               | 12   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<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 | 終末期のご本人・ご家族の意向についてはまず初回は入所契約時に確認させていただいている。その後、状況が変わった時医療的な諸問題を絡めた中で最終的な判断をして頂いている。           | 契約時、家族の意向を確認し署名・押印を得ている。状況に応じて提携主治医の判断のもと、本人、家族と相談しその都度対応している。 |   |
| 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   | 緊急時対応マニュアルを作成し、何度か対応方法についての訓練はしているが、新入職員の中では訓練回数も足りていない。今後定期的に開催が必要。                          |  |   |
| 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   | 消防主催の救急救命に関しては新入職員以外、全員参加している。年に2回消防訓練に参加したり、自治体主催の訓練にも参加。運営推進会議にも消防関係者が参加して講話を行い現状の把握に努めている。 | 年2回の消防訓練や自治体の訓練に参加している。運営推進会議では、座学も実施している。避難場所、経路も明示している。      | 前回評価の改善課題であった「避難口の段差解消及び手すり設置等」を期待する。夜間1人勤務なので、災害時の近隣住民との連携を期待する。 |
| <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  | 書類に関しては事務所内にて保存し、申し送りについてはプライバシーに配慮した上で事務所内で行っている。声掛けにも配慮しているが全体浸透までまだ指導が必要。                  | 面会簿は、単票式に改善され、他の書類同様に事務所で保管している。排泄等の声かけには、プライバシーに十分配慮している。     |   |
| 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   | 入居者様の会議を行い入居者様の希望を引き出した中で可能な限り対応できるようにしている。何かを行う時は極力選択できる場面を多く設定している。                         |  |   |
| 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                                   | 集団生活の中であっても可能な限り、その方の希望とペースにあった流れで生活出来るように支援している。   |  |   |
| 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  | 月に1回理髪店が訪問して整容してもらう。職員介助の元、自由に化粧や毛染めなどを行っている。衣類関係も職員同行にて購入。                                   |  |   |

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<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    | 食材の購入、料理の味見、盛り付け、配膳、調理や片付けをスタッフと行い楽しく食事している。メニューのリクエストも入居者より頂く事も多い。時には雰囲気を変えて外出も楽しむ。            | 食事の準備、片付けには、利用者も参加している。食事中も音楽を聴きながら、口ずさんだり、お話をしたり、また暖かい日はベランダでバーベキューをするなど、明るく楽しく食事をしている。 |                   |
| 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         | 水分、食事などの摂取量はチェック表で把握して疾病も合わせて考えた中で管理している。摂取不良の場合は代用にて対応したり、提携医に相談したりと行っている。                     |  |                   |
| 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                  | 起床時、毎食後必ず口腔ケアを実施している。   |  |                   |
| 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  | 排泄パターンを記録して把握した上で、状況に応じてトイレ排泄できるように自立支援に力を入れている。  | 職員は、利用者の排泄パターンを把握し、時間をみて声をかけ、トイレまで同行し、見守りながら自立支援に努めている。                                  |                   |
| 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                  | 乳製品や繊維質の摂取。または腹部マッサージなど自然な形の排泄を促している。それでも難しい場合は提携医に相談した上で服薬対応にもなる。                              |  |                   |
| 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 | 入浴日は特に決めず、その日の体調・希望を考慮した中でその日の入浴者を決める。入浴がお好きな方に対しては、事前に血圧などバイタルをしっかりと確認した上で、可能な限り回数を増やして対応している。 | 全ての利用者のバイタルを確認した上で、本人の意思にそった入浴支援を行うようにしている。  |                   |
| 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                   | ご本人の希望で、日中は居室やリビングソファなど、お好きな場所で休憩して頂くようにしている。   |  |                   |
| 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              | 服薬情報は個別ファイルに保管している。セッティングは管理者が行い、お薬を渡す際には日時・氏名を読みあげて確認の上飲み込むまでの確認をする。                           |  |                   |
| 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 | 外出や日光浴、散歩、ドライブ、行事などその季節や気候、体調に合わせて気分転換を図れるような支援をしている。   |  |                   |

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 |
| 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                     | 本人の希望に耳を傾け、健康状態を把握しながら外出の機会を増やしている。又、遠方への外出・ドライブも利用者の意見を尊重した上で検討し、実施している。                         | 職員と一緒に、利用者の好きな、思い出の場所、例えば「苫小牧のぷらっと港市場」、海や山など季節の場所に出かけ感動を共有している。   |                   |
| 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  | 認知の状態に応じて、本人の希望により自分で買いたい物を選び精算できるような支援をしている。   |   |                   |
| 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   | 希望にそって電話利用している。又本人への電話の取り次ぎも行っている。手紙は必要なものに関してでは用意している。   |   |                   |
| 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 | 入居者にとって、不快・混乱を招く事が無いよう配慮し、季節感を取り入れた装飾を行っている。トイレ使用時はプライバシーカーテンを利用し換気をしている。ゆっくり落ち着いて過ごせる環境づくりをしている。 | のんびり、ゆったりしたりリビングには、大きな日付と当日勤務の職員の顔写真が掲示してある。カーテンを利用した採光や換気に気をくばり、利用者の不快・不安をなくしている。利用者は、ソファに寝たり、歌ったり、和気藹々と自由に過ごしている。 |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<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  | ウッドデッキで過ごしたり、ホールソファでゆっくりくつろげる空間がある。   |   |                   |
| 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  | 使いたない家具衣類、馴染みの品を持ち込み使用し、違和感無く自宅同様の生活を送って頂きたいと思って支援している。   | 居室の壁には思い出の写真や飾り物をかけて、利用者は居心地良く過ごしている。   |                   |
| 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  | 一人一人の能力を活かして、安全に生活出来るように廊下・トイレ・浴室などにも手すりを多数設置している。トイレ・居室にはコールも設置いつでも職員を呼べるようになっていく。               |   |                   |