

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	0170200448		
法人名	社会福祉法人 札幌恵友会		
事業所名	グループホーム 茨戸ふぁみりあ		
所在地	札幌市北区東茨戸2条2丁目4番1号		
自己評価作成日	平成29年5月2日	評価結果市町村受理日	平成29年6月5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	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_2016_022_kan=true&JigyosyoCd=0170200448-00&PrefCd=01&VersionCd=022
-------------	---

【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)】

その人らしい生活やご本人のお言葉をご家族に伝える為に、毎月利用者一人毎にお便りを作成し、送付している。
遠方に住まわれているご家族の方に、日頃の様子を写真と文章を通して、またはお電話にてお伝えすることで安心感を得てもらえるようにしている。
季節ごとの装飾など、利用者職員が一緒に作り上げ、ホームの雰囲気も一緒に作り上げている。

【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5月24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)】

緑豊かな札幌市郊外に位置する社会福祉法人が経営するグループホームである。同法人は特養や老健施設、グループホーム等を多数経営し、茨戸には本事業所も含めてグループホーム4事業所が同敷地内に位置しており、運営推進会議や行事等での協力体制が整っている。建物はログハウス風の本を基調とする落ち着いた造りで、全体が広くて天井が高く、天窗からの採光も適度に調整されている。各居室にはトイレ・洗面所・冷蔵庫・ベッドが備えられるなど設備も整っている。管理者交代から日が浅いが、市の介護保険課や関係機関に電話や訪問を通じて情報交換を行い、前回の外部評価時の課題については真摯に取り組み、全て改善している。毎月カンファレンスを行い管理者が職員の意見を聞き、職員同士が意見交換し、時には3時間を経過することもある。書類の更新も定期的に行われ、3カ月毎にアセスメントシートを更新し、フェイスシートは利用者の誕生日ごとに毎年見直されている。介護計画も毎月モニタリングし、3カ月から6カ月で更新し、状況が変化した際はその都度見直している。毎日の食事は食材会社を活用しているが、利用者の状況に応じてとろみを加えたり、デザートを工夫し、安価で良質なバランスのよい食事を提供している。入浴は、午前中に1人週2〜3回を基本に支援しているが、利用者ごとにお湯を取り換え、時間帯や入浴の回数も希望に沿って対応している。時にははず湯など入浴が楽しくなる工夫も行っている。

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 ↓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 3. 利用者の1/3くらい 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、活き活きと働いている (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している (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	各事業所ごとに独自の目標を作り、ユニット会議や施設内職員研修の折には、施設理念に基づき職員間で共有し、実践につなげている。	法人共通の基本理念、グループホームふぁみりあ共通の施設目標が掲げられ、事業所独自のユニット目標も共有されているが、地域密着型サービスの意義や役割を踏まえた内容にはなっていない。	事業所独自のユニット目標に地域密着型サービスの意義を踏まえた内容を盛りこみ、共有して実践につなげていくことを期待したい。
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	近隣の小学校行事への参加(運動会、学習発表会見学)や、町内会への加入、資源回収の協力など、地域の一員として交流しているが、日常的には行っていない。	現在、利用者の入替わりがある等の事情から、町内会等地域行事の参加は少ないが、小学校の行事に参加し、近所の子供達や地域の方々と気軽に挨拶を交わす等日常的な交流が深まっている。	
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	2か月に1度、運営推進会議を開催しており、施設として取り組んでいることを発信している。また、避難訓練時には町内会の方にご協力して頂き、認知症の方への対応や声掛けなどをお伝えしている。		
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	2か月に1度開催しており、利用者様の状況など事例として取り上げたり、町内会の方や包括・予防センターの職員から意見やアドバイスを頂き、サービスの向上に努めている。	2か月に1度、茨戸地区のグループホームふぁみりあ4事業所合同で運営推進会議を行い、町内会長、民生委員、地域包括支援センター職員、有識者、家族、成年後見人等が参加して情報交換を行っている。議事録も全家族宛に送付している。	
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	札幌市GH連絡会議や北区GH連絡会議に出席し、他事業所と情報を交換を行っている。また、相談などある場合は介護保険課と連絡を取っている。	管理者交代から日が浅いこともあり、疑問点は市の介護保険課や関係機関に電話や訪問を通じて情報交換を行っている。管理者は北区の管理者会議に可能な限り参加し、札幌市の連絡会議には全回参加している。	
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「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	身体拘束についての内部研修を行い、全職員が身体拘束をしないケアを業務を通して理解し、取り組んでいる。玄関にはセンサーを設置しており、出入りがわかるようにしている。	「指定基準において禁止の対象となる具体的な行為」11項目を事務室のタイムカード近くに掲示し、職員が出退時に確認できるようにしている。年間を通じて行われる研修や、毎月のカンファレンスにも身体拘束をしないケアの実践について話し合っている。玄関の施錠は夜間のみで日中は開錠している。	
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	身体拘束と同様に、全職員が業務を通して理解し、実践している。また、虐待への意識に関して、言葉遣いなどにも十分注意を払い、防止に努めている。		

グループホーム 茨戸ふぁみりあ

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	利用者様を通して、成年後見人の方と接する機会があり、制度に関してお話を伺い、職員が制度に関して学ぶ機会が持っている。また、必要であれば区役所保護課に連絡している。		
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	契約の締結や解約時など、利用者・ご家族に細かな説明を行っている。その際、不安や疑問などお尋ねし、理解し安心して頂けるよう、詳しく説明をしている。		
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	御面会にいらしたご家族様に生活の様子などお伝えし、ご意見や要望を聞き取り、より良いケアやサービスに繋げている。また、玄関にご意見箱を設置し、見やすい位置に苦情相談窓口の案内を掲示している。	毎月1回以上家族が訪問している。週2回以上訪問する家族もあり、その都度管理者やケアマネジャーが対応し、利用者の様子を伝え意見を聞いている。意見は「連絡ノート・気づきノート」に記録し全職員で共有している。写真入りの「お便り」を利用者ごとに作成し毎月発行している。	
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	毎月開催しているカンファレンスや、日常業務の中でも職員間で意見や提案を出し合っている。不定期だが時間を作り、職員ひとり一人の想いや考えを聞き取り、業務に反映させている。	毎月カンファレンスを行い職員の意見を聞いている。3時間近くかかるときもあり活発に意見交換している。職員は、誕生会の企画や物品管理などを担当している。勤務体制や休日等は職員の希望を聞いている。	
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	職員それぞれが努力していることを把握し、介護者としてのスキル向上の為に研修などに参加したり、向上心を持って働けるような環境などを整えるよう努めている。		
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	毎月開催しているカンファレンスの際に、グループワーク形式を用いたり、実践形式を用いたりして内部研修を行っている。また、外部研修の案内を職員の目に留まる場所に置き、研修を受ける機会も確保している。		
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	札幌市GH連絡会議や北区GH連絡会議への出席や、外部研修を通し、同業者と交流する機会を持ち、サービスの質の向上を図っている。		

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	サービスの利用を開始する前に、ご本人から困っていることや要望や不安な事等をお聞きし、安心できる関係づくりに努めている。また、ご本人から新たな情報が得られた際には、申し送り時やカンファレンスにて職員が把握出来る様にしている。		
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	サービスの利用を開始する前に、ご家族の不安や要望を聞き取り、安心してサービスを受けて頂ける様に説明を行っている。サービス開始後も、面会時や電話にて日常の様子をお伝えし、都度お話をお聞きしている。		
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	サービスの利用を開始する段階で、ご本人・ご家族からの情報にて、その方が必要としている支援を見極め、サービスを提供していけるよう努めている。		
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	食器拭きや料理の盛り付けなど、職員と一緒にやっている。同じ時間の中にいることで共に笑いあい、悲しい想いなど、感情を共有しあう関係を築いている。		
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	面会時や電話、お便りにて近況をお伝えし、ご本人の想いをご家族と共有している。また、ご家族にも協力していただき、共にご本人を支え、ケアしていく関係を築いている。		
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	ご本人が通っていた美容室へ外出する機会があったり、ご友人の来訪などがある。関係が途切れないよう、ご家族にも協力して頂きながら、支援に努めている。	利用者は遠方出身の方が多いことから馴染みの人や場との関係継続は難しいが、宗教関係の知人訪問がある利用者があり、歓迎している。また、本が好きな利用者には毎月のように石狩図書館に車で送迎している。	
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	気の合う利用者様同士は同じ食卓テーブルに座ったり、時折居室を行き来されたりしている。体操やミニゲームなど、皆が参加し、一緒に楽しんで頂ける様にしている。		

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 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	今現在はサービス利用終了後にご家族からの相談などはないが、逝去のご連絡を頂いた時など、ご家族からの了承を得て葬儀に参列している。		
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	ご本人の想いや希望をお聞きし、意向の把握に努めサービスに反映させている。困難な場合はご家族に相談し、本人本位に努めている。	言葉で思いを表出できない利用者には表情や行動から思いを把握するように努めている。また、3か月毎にアセスメントシートを更新し、フェイスシートを利用者の誕生日ごとに毎年見直している。	
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	サービス開始前に、これまでの生活環境や暮らし方などを、ご本人・ご家族・関係機関などから情報をお聞きし、馴染の暮らし方が出来るよう取り組んでいる。		
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	起床後は血圧・体温測定をし、体調の変化などを記録へ記入し、日々の過ごし方など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	毎月モニタリングを行い、カンファレンスにて話し合いを行っている。ご家族やご本人からの要望や、訪問看護師や主治医からの意見なども含めて、現状に即した介護計画を作成している。	利用開始時に介護計画を作成し、1～3か月後に見直し、その後は6か月毎に定期的に更新している。状況が変化した際はその都度見直している。日々の記録「生活(暮らし)アセスメントシート」も介護計画に沿って記録している。	
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	アセスメントシートへの記入や、連絡ノートに気づいた点やこうしたらいいのではという工夫など記入したり、話し合いにて職員間で情報を共有し、実践や介護計画の見直しに活かしている。		
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	一人ひとりに合ったニーズや、突発的な事でも柔軟に対応できるような支援に取り組んでいる。		
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	近隣の小学校からの招待などにより、運動会や学習発表会へ外出したり、誕生日会など行う際には出前などでお食事を楽しんでいただいたりしている。		
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し、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	月に2回、協力病院の訪問診療があるが、これまでのかかりつけ医を希望される場合は、ご本人・ご家族の希望を優先している。	協力医療機関の内科医師が定期的に訪問している。馴染みの医療機関の受診も自由である。通院支援は希望に応じて支援している。受診記録は「通院ノート」や「入居者情報(訪問等)」に記録して全職員で共有している。	

自己評価	外部評価	項目	外部評価		
			自己評価	実施状況	実施状況
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	一週間に一度、協力病院より訪問看護の看護師に来て頂き、日常の様子などを伝えたり相談している。採血などの処置なども行っていただいたり、主治医へ情報を伝達していただいている。		
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。	入院時は細かな情報を病院関係者へ書類を提出している。入院中も定期的に情報交換を行い、状態の把握に努めている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居契約時に重度化した場合における指針をご家族に説明して同意書を頂いている。事業所で出来る事や今後など、本人・ご家族と話し合いを行っている。また、必要であれば主治医との話し合いもしている。	利用開始時に本人及び家族に「重度化した場合における対応に係る指針」を示し、説明して納得の上で署名捺印を得ている。現状では看取りは行っていないが、希望する職員にはターミナルケアの研修受講を法人として支援している。	
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	緊急時対応マニュアルを作成し、すべての職員に周知・徹底を図っている。応急手当などの訓練は定期的に行っていない。		
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	災害時の備蓄品類を揃え、夜間・日中想定避難訓練を行っている。年に一度、消防署や町内会の方と避難訓練を行っており、地域との協力体制を築いている。	自主訓練で火災時対応の避難訓練と消防署協力の災害(地震)時避難訓練を各1回ずつ計2回行っており、町内会の協力をも得られている。災害時の備品も用意されているが、職員の定期的な救急救命訓練は今後の課題である。	職員の救急救命訓練を定期的に行っていくことを期待したい。
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	一人ひとりの人格の尊重や誇りを損ねないよう、細かな配慮に重点を置き、言葉かけや対応を行っている。	利用者への呼びかけは、名字或いは名前に「さん」付けが基本だが、本人や家族の要望により愛称等で呼ぶこともある。個人記録は事務室で記入し、ロッカーで安全に保管している。	
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	朝の更衣時など、好きな色や柄をお聞きし、どの洋服が良いか選んで頂いたりしている。自己決定が難しい方には、表情や行動から思いや希望を汲み取る様にしている。		
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	日々その人らしい暮らしが出来る様、お話や訴えなどを傾聴し、可能な限り希望に添い、ご本人のペースで過ごせるような支援に努めている。		
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	好きな色や柄など、ご本人やご家族からお聞きし、ご自宅で過ごされていた様子などを職員が把握し、その人らしい身だしなみやおしゃれができるよう支援している。		

グループホーム 茨戸ふぁみりあ

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	季節行事として、行事食を組み込み、四季折々の食事を楽しんでいただけるよう支援している。食前には盛り付けを一緒に行ったり、食後は一緒に食器拭きなど行っている。	毎月、食材会社のメニューを活用しバランスのよい食事を提供している。誕生日の職員手作りケーキや季節の行事食、個別の外食も利用者の楽しみになっている。職員は利用者とは話をしながら同じ食事をとっている。	
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	栄養バランスについては、提携している食品会社の栄養士が献立を作成しており、しっかりと管理されている。水分量についても、一人ひとりの状態を把握し主治医と相談しながら水分確保している。		
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	毎食後、必ず口腔ケアを行っており、口腔状態を確認している。コップや歯ブラシのセッティングを行うことで、ご自身で出来るかたや、うがい以外はお手伝いを行ったり、一人ひとりの力に応じた口腔ケアを行っている。		
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	一人ひとりの排泄状況を、日々の生活記録から確認しパターンの把握に努めている。声掛け誘導にてトイレでの排泄を支援し、パットなど使用している方は定期的に交換し不快感を持たないように留意している。	自立している利用者も半数いるが、全員の排泄状況を「生活(暮し)アセスメントシート」や「排便表」に記録し、自力で排泄が難しい利用者には尊厳を重視した言葉かけでトイレ誘導している。便秘気味の際は、寝起きの冷水や牛乳で自然排便が出来るよう支援をしている。	
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	自然排便に繋がるよう、起床時は牛乳を提供したり、体操にて座った状態でもも上げを行ったりしている。それでも排便がみられない場合は主治医に相談し、連携を取りながらコントロールを行っている。		
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	一人ひとりの状態や様子を見ながら、週1~2回の入浴が出来るようにしている。その日入浴を断られた時には、日時を変更して清潔の保持に努めている。	入浴は、午前中に1人週2~3回を基本に支援しているが、利用者ごとにお湯を取り換え、時間帯や入浴の回数も希望に応じて対応している。ゆずやミカンの皮を浮かべて、歌ったり話したり、気持ちのよい時間となっている。	
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	リビングにて傾眠されていたり、疲労の表情がみられた際には休息の声掛けを行っている。ご本人の希望にて居室にて休んでいただけるよう支援している。		
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	一人ひとりが使用している薬の作用などについて職員が理解し、薬を管理している。錠数の確認などは服薬表を作り、変更があれば職員へ周知している。		
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	山登りが趣味だった方には、ご本人からの希望のもと、ホーム周辺を散歩し気分転換を図っていただいたり、洗濯物たたみなどの役割を持って生活していただいている。		

グループホーム 茨戸ふぁみりあ

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	高齢者の入居者の方は外出の機会が減少しているが、近隣を車椅子で散歩したり、職員と一緒にコンビニまで出かけたりしている。本人からの希望のもと、図書館やドライブに出かけたり、一人ひとりの希望に応えられるような支援に取り組んでいる。	天候の良い時期には、希望者は毎日でも町内を散歩できる。ウッドデッキから花壇を眺めて外気浴をする他、個別の買物や外食、外出行事でモエレ公園の散歩や戸田記念公園の花見など希望にそった支援を行っている。冬場は回数は少なくなるが、毎月図書館に行く利用者もいる等、希望に沿った外出支援を行っている。	
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	金銭管理は事務所にて行っているが、近隣でのお祭りなどに外出する時などは、ご本人に確認してもらいながら支払いをしたり、使えるように支援している。		
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	手紙のやり取りを希望される方はいないが、電話をかけたいなどの希望があれば対応できる体制を整えている。		
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	季節や行事ごとの装飾を施したり、共有空間全体の清掃や温度、湿度にも配慮している。親しみを感じてもらいながら、居心地良く過ごせるよう工夫している。	広い吹き抜けの明るい居間には季節ごとの装飾が施され、利用者の写真や作品が飾られており温かみのある共用空間となっている。廊下や階段、浴室は手すりが多く設備も整っている。利用者は居間で職員と会話したり、ソファに腰掛けてテレビを見る等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 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	テレビ前にソファを設置したり、ひとりで作業（編み物や豆より）できる居場所をもうけたり、一人ひとり思い思い過ごしていただけるよう工夫している。		
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	居室内での移動はトイレのみに限定されている方は、歩行状態が悪いため、なるべく距離を短くするための工夫をしたり、ご本人が長く愛用していたタンスなどを置いたり配慮している。	居室にはトイレや洗面台の他、ベッド、冷蔵庫、クロゼットが備え付けられている。利用者は、各自使い慣れた本棚やテレビ、姿見、ソファ、時計、カレンダー等を持ち込み、家族の写真も飾られ、安心して落ち着ける空間になっている。	
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	リビングから居室まで、廊下には手すりが設置されており、歩行される際には手すりを使っていただくように声掛けを行い、状態に応じて手引き歩行している。		

目標達成計画

事業所名 グループホーム茨戸ふぁみりあ

作成日：平成 29年 6月 1日

市町村受理日：平成 29年 6月 5日

【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	1	地域密着型サービスの意義や役割を踏まえた、ユニット独自の目標が立てられていない。	ユニット独自の、地域密着型サービスであることを踏まえた目標をたてる。	カンファレンス開催時に職員同士で意見を出し合い、地域密着型サービスとしてのユニット独自の目標を設定する。	2か月
2	35	災害時の避難訓練などは年2回は必ず行っているが、職員個々の救急救命訓練を定期的に行っていない。	2~3年周期で、職員全員が救急救命訓練を受講できるようにする。	全職員の最終受講日を集計し、随時講習を受講出来るよう、勤務調整を行う。	1~2年
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。