

ふれあいの里 グループホーム わっかない絆
(別紙4-1)

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	0196700124		
法人名	日総ふれあいケアサービス株式会社		
事業所名	ふれあいの里 グループホームわっかない絆		
所在地	稚内市中央3丁目6番1号		
自己評価作成日	平成27年3月2日	評価結果市町村受理日	平成27年4月20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.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2014_022_kan=true&JigyosyoCd=0196700124-00&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27年3月12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)】

駅ビル内にあり、家族や知人も訪れやすく外出しやすい環境にある。 地域のイベント等もたくさん行われているので、この環境を活かし社会や地域との繋がりを継続できるように入居者や家族の皆さんを支援していきたい。
--

【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)】

新しい稚内駅ビルに開設されたこのグループホーム『ふれあいの里 グループホームわっかない絆』は、公共施設や商店街も近く、立地に恵まれた環境となっている。ベランダに出ると北海道最果ての駅から列車の発着を目にする事が出来、風情のある風景が広がっている。地元で馴染む「キタカラビル」では様々なイベントや街作りの催しが開催され、利用者は積極的に出かけ、楽しめる機会となっている。観光時期になると人も増え活気にあふれる様子も見られ、利用者と一緒に近隣の散策やドームの方まで出かけている。開設して3年が経過し、管理者と職員の利用者に対する姿勢も意欲的で、地元で馴染み・利用者一人ひとりの気持ちを大切に、安心安全の暮らしが続けられるように努めている事業所である。

V. サービスの成果に関する項目(ユニット雅 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	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. 利用者の2/3くらいが			○	2. 家族の2/3くらいと
		○	3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある			○	2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが			○	2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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 (参考項目:36,37)	○	1. ほぼ全ての利用者が	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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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(ユニット雅)	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
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	平成26年度に理念を見直し職員と一緒に考えた理念がある。理念カードをネームプレートに携帯し実践に向け取り組んでいる。	昨年4月の全体会議で理念の役割を説明し、自分達が目指すホームの在り方を職員全体で話し合い、3項目の理念が出来ている。理念はホームの入口に掲示し、職員は所持携帯する事で確認している。利用者の役割や要望に応えられるよう実践につなげている。	
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	地域の清掃活動への参加や駅ビル前の花の水やりのボランティア等を入居者と一緒にやっている。又、商店街や駅ビルに入居者と一緒に買い物や散歩に出掛けている。	町内会に加入する事でつながりを大切にしている。清掃活動や花の水やり等、地域の美化活動へ協力し、回覧板の配布や管理者は総会にも出席している。ボランティアの協力による演芸には、4・5階の特定有料老人ホームに出かけ一緒に楽しむ機会もある。	
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	地域包括支援センターに依頼し認知症サポーター養成講座を駅ビルで開催するなど取り組んではいるが充分とは言えない。		
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	運営推進会議にて地域で考えられる防災について考え避難訓練の方法を検討し実施するなどサービスの向上に活かせるよう取り組んではいるが会議の内容や2か月に1回の定例開催が追いつかないなど課題が残っている。	今年度は職員不足や参加者の減少もあり、順調な開催とはなっていないが、前半に開催の運営推進会議では、行政職員・地域包括支援センター・消防職員・コンビニ店主・家族等の参加があり、ホームの活動状況の報告後、地域の防災対策について意義ある話し合いが行われている。	今年度は4回の開催に止まっているが、管理者の運営意欲も高く前向きな姿勢が期待できるため、運営推進会議の定期的な開催継続を期待したい。開催計画書を早めに送り、地域の方や多くの知見者に向けて参加を呼びかけるような取り組みに期待したい。
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	地域ケア会議や市主催の研修会に参加するなど地域包括支援センターや市担当者との協力関係を築けるよう取り組んでいる。	介護認定申請手続きや問合せ・相談は、直接窓口に出かけ、信頼関係を築けるように取り組んでいる。地域包括支援センターに認知症サポーター養成講座を要請し、職員のスキルアップや家族が認知症を理解する研修を持つ事が出来ている。	
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	切迫性、一時性、非代替性を要する場合以外は身体拘束を行わないことを家族にも説明し、身体拘束をしないケアを実践している。	契約書の第8条に「身体拘束・利用者の行動は制限しません」と定め、現在も全く行っていない。ビルの安全管理上、外からの入室についてはインターホンで解錠されるが、ホーム内からは施錠されていない。身体拘束の詳細な内容や言葉遣いも含め、研修の継続や周知が徹底されるように努めている。	
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逃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	虐待に関する研修など学ぶ機会を持つと共に職員間で虐待に繋がる言葉掛けや態度を注意しあい防止に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価(ユニット雅)	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 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、個々の必要性に関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	現在利用している方がいない為、職員各自の認識は薄い機会を持ち勉強会などで学びたいと考えている。		
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	入居の際に説明を行い、不安や疑問点を訪ね理解して頂けるよう努めている。それ以外にも面会時、電話連絡など不安や疑問点があればいつでも説明ができるよう対応している。		
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	玄関に意見箱を設置している。又、日頃から言いたいことを伝えられる関係性を築けるよう努めている。	面会時に要望や意見の話が聞けるように、雰囲気作りに努めている。要望があれば直ちに検討し、対応するようにしている。「グループホームわっかない絆便り」を毎月発行し、利用者の様子を文章で記し、日常の写真を個別に添付している。	
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	定期的に個人面談を行い意見や要望を聞く機会を設けるようにしている。	法人本部の職員が定期的に訪問し、管理者と一緒に個別面談の機会を設けている。毎月の会議では、利用者についてのカンファレンスや運営についての研修・勉強会、職員との意見交換も行われている。	
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	定期的に管理者会議を行い、給与水準を上げるための努力ややりがいを持って働ける職場環境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	職員の経験年数に合わせた研修や目的別研修などの内部研修を年間計画をたて取り組んでいる。		
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	他法人のGHと交流する機会は少ないが、市内で行われる研修や地域ケア会議には参加するよう努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価(ユニット雅)	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
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	入居前にご家族や担当ケアマネジャー等と共に面談し身体状況や不安なこと、要望などに耳を傾け安心して頂けるような関係作りに努めている。		
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	本人も含め介護に不安や悩みを抱えている家族も支援していけるよう心掛けている。要望などにも前向きに取り組めるよう努めている。		
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	入居前の面談や関係機関からの情報をもとに必要な支援を本人、家族と一緒に考えられるよう努めている。		
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	本人を介護される一方の立場に置かないよう関係作りに努めているが生活支援のなかでお手伝いの感覚になってしまったり、入居者のできることを職員がしてしまう場面もみられる。		
19		○本人と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	面会時などの機会に入居者の喜んでいたりや支援でうまくいかない部分などをご家族に相談、報告し毎月お便りで近況をお知らせしている。何かあれば電話連絡し共に本人を支えられるよう努めている。		
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	大切な場所や人に会いに行けるよう外出の支援等をしている。又、馴染みの人達が立ち寄りやすい雰囲気心を掛けているが本人の自発的な思いを汲み取れ切れていないことが多く十分に支援しているとはいえない。	理美容については訪問の事業者を利用したり、馴染みの美容院に通っている利用者もいる。友人に会う為の送迎や、知人が面会に訪れた時の接待等も、利用者が安心して暮らせるように支援している。身内や親しい方へのお便りを代筆したり、写真を添えている。	
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	ケンカが大きくなったり、一方的になってしまうこともあるので必要時はお互いの気持ちに配慮し介入している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価(ユニット雅)	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 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	サービスが終了しても家族や本人に必要なとされる支援が行えるよう心掛けている。		
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	極力入居者には意向を尋ね、家族の意見も参考にし、直接表現できない入居者からは日常の何気ない会話や仕草、職員の記録から本人の視点に立って想いを汲み取るようにしている。	センター方式の活用で、介護支援専門員・計画作成者担当者が中心となり、利用者の意向や家族の思いを収集している。職員の記録や会議の報告から気が付いた事を聞き、情報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	本人、家族、関係機関からの情報をもとに把握できるよう努めている。		
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	介護記録、職員からの情報、病院受診時の情報、本人との対話などから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	月に1回行うユニット会議などで入居者の情報交換や共有を行い、現状に介護計画があっていない場合は見直しを行っている。	介護支援専門員・計画作成担当者が中心となり、モニタリング・評価を行っている。介護計画に沿ったサービス内容を職員が確認して記録する流れとなり、気が付いたことは特記として残している。日常生活の様子や、職員からの報告や記録からモニタリング時期に実施状況の確認と評価を行い、現状に即した計画となるようにしている。	記録については、介護計画の長期・短期目標について連動する事が必要である。現在はサービス内容について職員が実施できているかについての記録となっている。モニタリング・評価につなげるために、介護計画の目標が今日どの程度達成しているのか、何が出来ないで何処まで出来ているのか等を記載出来るように期待したい。
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	介護計画と連動した介護記録を毎日記入し職員間で情報を共有しながら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	できる範囲内で本人や家族の状況、ニーズに対応するよう心掛けているが事業所の多機能化や柔軟な対応という面では取り組めていない。		
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	本人、家族、関係機関の情報から入居者を支えている地域資源を把握できるよう努めているが活用には至っていない。		
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	入居開始時に家族と話し合い、受診対応について確認している。入居者や家族の希望でこれまでのかかりつけ医を継続できるよう支援している。	入居以前からのかかりつけ医を継続し、適切な医療を受けられるように、受診は管理者が同行支援をしている。家族が同行する時は、日常の様子を伝え、戻ってから情報を確認している。看護師の配置により、定期的に健康管理もしている。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価(ユニット雅)	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 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	看護師に24時間電話で連絡、相談ができ、週1回の体調管理の他に必要時に様子をみてもらえるよう協力体制を築いている。		
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。	入院の際には医療機関への情報提供を行い、医師からご家族への説明の際には了承のもと参加させていただき情報を頂いている。入院中は面会や看護師に状態の確認を行っている。		
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	重度化に向けて家族と話し合いを行い本人にあった支援ができるよう取り組んではいるが終末期における意思確認書の整備や職員の技術習得、関係者とのチームケアには取り組めていなく課題が残る。	医療連携体制による「入居者が重度化した場合の対応に係る指針」を作成し、同意を得ている。看取りやターミナルケアの実施については、医療機関との24時間体制の連携、職員の技術習得の構築が出来ていないことから、取り組めていない。	終末期・ターミナルケアの対応は困難となっているが、家族や利用者の信頼・安心を確保する為に、ホームで出来る最大のケアについて明文化し、利用者・家族の安心につなげられるように期待したい。
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	救命救急講習を定期的に行っているが十分に実力を付けているとは言い難い。		
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	運営推進会議にて地域で考えられる防災について考え避難訓練の方法を検討し実施するが地域住民の参加は得られなかった。	年2回消防の協力で、避難訓練を行っている。緊急通報システムやスプリンクラーも設置されている。行政からはこの駅ビル自体が、避難場所として有効との話もあり、地域との相互協力の拠点と自覚している。備蓄についても少しずつ取り組み、行政からハザードマップを取り寄せ様々な災害について検討を続けている。	災害対策については万全と言う事はなく、今後も地域として考えられる対策や対応について検討を続け、地域の方の協力が得られるように取り組む事を期待したい。訓練時には、地域の方にも参加して頂き、ホーム内の様子や利用者の避難状況を確認してもらえるよう期待したい。
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、ひとりの人格に配慮しそれぞれにあった言葉掛けや対応を心掛けている。	利用者のプライバシー保護や人格の尊重、誇りを損ねないサービスについて話し合い、実践につなげている。個人情報に関するファイルや各種記録も適正に管理し、職員同志が、指摘し合える関係作りを目指している。	
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	本人の希望や思いを尊重するよう支援している。表出が困難な方でも表情や行動から読み取れるよう考慮している。		
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	本人のペースで生活できることを大切にしているが、職員が生活のペースを作り出してしまう場面もみられる。充分ではないが、ユニット会議などで利用者が望む生活になっているか話し合い希望に沿って支援できるよう努めている。		
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	行きつけの美容室へ出掛けたり、化粧をするなどその人らしいおしゃれができるように支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価(ユニット雅)	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 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	下拵えや準備など職員と一緒にできるよう支援している。外食や行事で季節にあわせたメニューを考えるなど食事が楽しみなものになるよう工夫している。	法人本部が作成しているメニューに添って各ユニットで職員と利用者が、手伝いながら調理している。利用者と一緒に職員も食事する事で、会話しながら楽しい時間となるようにしている。行事やイベントに合わせ変更もあり、出前や外食の機会も作れるように工夫している。	
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	食事量や水分量をチェックし食事量の減ってきた方には好みのものを提供したり栄養補助食品の検討などを行っている。必要な方には本人のペースに合わせ介助している。		
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	特別なこだわりや習慣がなければ毎食後に本人の能力に合わせた口腔ケアができるよう声掛けやセッティング、介助を行っている。		
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	本人の能力に会わせて極力トイレで排泄ができるよう支援している。尿意や便意を認識できない方には排泄のサインやパターンを把握し声掛けや誘導を行っている。	職員は利用者一人ひとりの排泄パターンを理解し、トイレ排泄を基本に声かけ誘導している。利用者の身体状況や習慣を活かし、夜間ポータブル対応で支援している方もいる。退院時や利用以前の排泄状況が、職員の取り組みにより大きく改善された利用者も多く、自立支援に努めている。	
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	排便確認や水分量のチェックを行い、飲食物や運動への働きかけなど自然排便に繋がるよう取り組んでいるが難しい場合は服薬に頼っている。		
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	曜日は指定しているが、入りたくない気持ちの時などは無理せず、本人のタイミングで入浴できるよう支援している。	月曜日から土曜日まで毎日入浴の機会を作り、少なくとも週2回は入浴出来るようにしている。仲の良い利用者と一緒に入ったり、一人ひとりお湯の入れ替えをして、入浴剤を入れ、気持ちよく楽しく入って頂けるように工夫している。	
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	リビング内のソファや居室で休息したり一人、ひとりに合わせた睡眠ができ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	個別ファイルに処方箋をまとめ随時確認できるようになっている。職員間で情報の交換や共有ができるよう努めている。		
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	気晴らしができるようコーヒーを飲みに行ったり、地域のイベントに参加したり、たばこ等の嗜好品が継続できるよう支援している。		

ふれあいの里 グループホーム わっかない絆

自己評価	外部評価	項目	自己評価(ユニット雅)	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 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	極力本人の希望時に外出できるよう支援している。	行事やイベントの年次計画が作成され、計画に沿った支援が続けられている。他に天候に合わせた散歩や買物、お茶に出かけたり、駅ビルで開催の催しの見学に出かける事もある。環境に恵まれた地域にあり、利用者に合わせた個別外出支援も行っている。家族と一緒に出かけられるような場面も、応援している。	
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	本人が希望しご家族の了承のもと少額なら所持できるよう配慮しているが必要なお金は立替払いで使えるよう支援している。		
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	能力に応じ携帯電話の所持や電話の代行、手紙のやり取りが行えるよう支援している。		
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	入居者の不快となる音を出さないよう配慮し、温度や湿度など快適に過ごせるよう調整している。季節を感じることでできる装飾を共用部分に展示するなど居心地よく過ごせるよう工夫している。	エレベーターホールを挟んで左右に各ユニットが配置され、どこに行っても温度の変化がなく、快適な空間となっている。数台の加湿器が設置され、洗面台やトイレ、脱衣室の使い勝手も利用者に優しく、自分の力が発揮出来るようになっている。大きなリビングには、季節を感じる事が出来る掲示物もあり、日中を過ごすソファも多く配置され、利用者が寛いでいる姿が見られる。	
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	共用空間に一人になれる場所はないが、ソファを配置し気の合った入居者同士テレビを楽しんだり、ゆっくりくつろげるよう支援している。		
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	本人が違和感なく生活できるよう使い慣れた家具や小物など持ち込んで頂きくつろげる空間、環境作りを心掛けている。	各居室には利用者が使い慣れた家具や寝具が持ち込まれ、鏡台や仏壇・家族の写真を配置する事で、不安なく暮らせるように工夫している。縦長に広い居室は、ゆったりとしてゆとりがあり、利用者それぞれが心地よく過ごせるようにしている。	
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	トイレや洗面所は車椅子でも使用しやすいよう工夫され全面バリアフリー構造になっていて、必要箇所に手摺りを設置している。		

ふれあいの里 グループホーム わっかない絆
(別紙4-1)

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	0196700124		
法人名	日総ふれあいケアサービス株式会社		
事業所名	ふれあいの里 グループホームわっかない絆		
所在地	稚内市中央3丁目6番1号		
自己評価作成日	平成27年3月2日	評価結果市町村受理日	平成27年4月20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)】

「ユニット 雅」に同じ

※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.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2014_022_kan=true&JigrosyoCd=0196700124-00&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27年3月12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)】

V. サービスの成果に関する項目(ユニット毎 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	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. 利用者の2/3くらいが			○	2. 家族の2/3くらいと
		○	3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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 (参考項目:18,38)		1. 毎日ある	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある			○	3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが			○	3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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 (参考項目:36,37)		1. ほぼ全ての利用者が	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. 利用者の2/3くらいが			○	2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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			○	2. 利用者の2/3くらいが
		○	3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが			○	2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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(ユニット煌)	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	平成26年度に理念を見直し職員と一緒に考えた理念がある。理念カードをネームプレートに携帯し実践に向け取り組んでいる。		
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	地域の清掃活動への参加や駅ビル前の花の水やりのボランティア等を入居者と一緒に行っている。又、商店街や駅ビルに入居者と一緒に買い物や散歩に出掛けている。		
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	地域包括支援センターに依頼し認知症サポーター養成講座を駅ビルで開催するなど取り組んではいるが充分とは言い難い。		
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	運営推進会議にて地域で考えられる防災について考え避難訓練の方法を検討し実施するなどサービスの向上に活かせるよう取り組んではいるが会議の内容や2か月に1回の定例開催が追いつかないなど課題が残っている。		
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取り組んでいる	地域ケア会議や市主催の研修会に参加するなど地域包括支援センターや市担当者との協力関係を築けるよう取り組んでいる。		
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	切迫性、一時性、非代替性を要する場合以外は身体拘束を行わないことを家族にも説明し、身体拘束をしないケアを実践している。		
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	虐待に関する研修など学ぶ機会を持つと共に職員間で虐待に繋がる言葉掛けや態度を注意しあい防止に努めている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価(ユニット煌)	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、個々の必要性に関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	現在利用している方がいない為、職員各自の認識は薄い機会を持ち勉強会などで学びたいと考えている。		
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	入居の際に説明を行い、不安や疑問点を訪ね理解して頂けるよう努めている。それ以外にも面会時、電話連絡など不安や疑問点があればいつでも説明ができるよう対応している。		
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	玄関に意見箱を設置している。又、日頃から言いたいことを伝えられる関係性を築けるよう努めている。		
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	定期的に個人面談を行い意見や要望を聞く機会を設けるようにしている。		
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	定期的に管理者会議を行い、給与水準を上げるための努力ややりがいを持って働ける職場環境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	職員の経験年数に合わせた研修や目的別研修などの内部研修を年間計画をたて取り組んでいる。		
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	他法人のGHと交流する機会は少ないが、市内で行われる研修や地域ケア会議には参加するよう努めている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価(ユニット煌)	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	入居前にご家族や担当ケアマネジャー等と共に面談し身体状況や不安なこと、要望などに耳を傾け安心して頂けるような関係作りに努めている。		
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	本人も含め介護に不安や悩みを抱えている家族も支援していけるよう心掛けている。要望などにも前向きに取り組めるよう努めている。		
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	入居前の面談や関係機関からの情報をもとに必要な支援を本人、家族と一緒に考えられるよう努めている。		
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	本人を介護される一方の立場に置かないよう関係作りに努めているが生活支援のなかでお手伝いの感覚になってしまったり、入居者のできることを職員がしてしまう場面もみられる。		
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	面会時などの機会に入居者の喜んでいたり支援でうまくいかない部分などをご家族に相談、報告し毎月お便りで近況をお知らせしている。何かあれば電話連絡し共に本人を支えられるよう努めている。		
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	大切な場所や人に会いに行けるよう外出の支援等をしている。又、馴染みの人達が立ち寄りやすい雰囲気心掛けているが本人の自発的な思いを汲み取れ切れていないことが多く充分に支援しているとはいえない。		
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	ケンカが大きくなったり、一方的になってしまうこともあるので必要時はお互いの気持ちに配慮し介入している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価(ユニット煌)	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	サービスが終了しても家族や本人に必要なとされる支援が行えるよう心掛けている。		
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	極力入居者には意向を尋ね、家族の意見も参考にし、直接表現できない入居者からは日常の何気ない会話や仕草、職員の記録から本人の視点に立つて想いを汲み取るようにしている。		
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	本人、家族、関係機関からの情報をもとに把握できるよう努めている。		
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	介護記録、職員からの情報、病院受診時の情報、本人との対話などから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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	月に1回行うユニット会議などで入居者の情報交換や共有を行い、現状に介護計画があっていない場合は見直しを行っている。		
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	介護計画と連動した介護記録を毎日記入し職員間で情報を共有しながら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	できる範囲内で本人や家族の状況、ニーズに対応するよう心掛けているが事業所の多機能化や柔軟な対応という面では取り組めていない。		
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	本人、家族、関係機関の情報から入居者を支えている地域資源を把握できるよう努めているが活用には至っていない。		
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	入居開始時に家族と話し合い、受診対応について確認している。入居者や家族の希望でこれまでのかかりつけ医を継続できるよう支援している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価(ユニット煌)	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	看護師に24時間電話で連絡、相談ができ、週1回の体調管理の他に必要時に様子をみてもらえるよう協力体制を築いている。		
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。	入院の際には医療機関への情報提供を行い、医師からご家族への説明の際には了承のもと参加させていただき情報を頂いている。入院中は面会や看護師に状態の確認を行っている。		
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	重度化に向けて家族と話し合いを行い本人にあった支援ができるよう取り組んではいるが終末期における意思確認書の整備や職員の技術習得、関係者とのチームケアには取り組めていなく課題が残る。		
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	救命救急講習を定期的に行っているが十分に実力を付けているとは言い難い。		
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	運営推進会議にて地域で考えられる防災について考え避難訓練の方法を検討し実施するが地域住民の参加は得られなかった。		
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、ひとりの人格に配慮しそれぞれにあった言葉掛けや対応を心掛けている。		
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	本人の希望や思いを尊重するよう支援している。表出が困難な方でも表情や行動から読み取れるよう考慮している。		
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	本人のペースで生活できることを大切にしているが、職員が生活のペースを作り出してしまう場面もみられる。充分ではないが、ユニット会議などで利用者が望む生活になっているか話し合い希望に沿って支援できるよう努めている。		
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	行きつけの美容室へ出掛けたり、化粧をするなどその人らしいおしゃれができるように支援している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価(ユニット煌)	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	下拵えや準備など職員と一緒にできるよう支援している。外食や行事で季節にあわせたメニューを考えるなど食事が楽しみなものになるよう工夫している。		
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	食事量や水分量をチェックし食事量の減ってきた方には好みのものを提供したり栄養補助食品の検討などを行っている。必要な方には本人のペースに合わせ介助している。		
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	特別なこだわりや習慣がなければ毎食後に本人の能力に合わせた口腔ケアができるよう声掛けやセッティング、介助を行っている。		
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	本人の能力に合わせて極力トイレで排泄ができるよう支援している。尿意や便意を認識できない方には排泄のサインやパターンを把握し声掛けや誘導を行っている。		
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	排便確認や水分量のチェックを行い、飲食物や運動への働きかけなど自然排便に繋がるよう取り組んでいるが難しい場合は服薬に頼っている。		
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	曜日は指定しているが、入りたくない気持ちの時などは無理せず、本人のタイミングで入浴できるよう支援している。		
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	リビング内のソファや居室で休息したり一人、ひとりに合わせた睡眠ができ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	個別ファイルに処方箋をまとめ随時確認できるようになっている。職員間で情報の交換や共有ができるよう努めている。		
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	気晴らしができるようコーヒーを飲みに行ったり、地域のイベントに参加したり、たばこ等の嗜好品が継続できるよう支援している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価(ユニット煌)	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	極力本人の希望時に外出できるよう支援している。		
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	本人が希望しご家族の了承のもと少額なら所持できるよう配慮しているが必要なお金は立替払いで使えるよう支援している。		
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	能力に応じ携帯電話の所持や電話の代行、手紙のやり取りが行えるよう支援している。		
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	入居者の不快となる音を出さないよう配慮し、温度や湿度など快適に過ごせるよう調整している。季節を感じることでできる装飾を共用部分に展示するなど居心地よく過ごせるよう工夫している。		
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	共用空間に一人になれる場所はないが、ソファを配置し気の合った入居者同士テレビを楽しんだり、ゆっくりくつろげるよう支援している。		
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	本人が違和感なく生活できるよう使い慣れた家具や小物など持ち込んで頂きくつろげる空間、環境作りを心掛けている。		
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	トイレや洗面所は車椅子でも使用しやすいよう工夫され全面バリアフリー構造になっていて、必要箇所に手摺りを設置している。		

目標達成計画

事業所名 ふれあいの里グループホームわっかない絆

作成日：平成 27年 4月 18日

市町村受理日：平成 27年 4月 20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	26	ケアプランと連動した介護記録の記載ができるよう改善していきたい。	ケアプランと連動した介護記録の記載ができ、モニタリング・評価につなげる。	・介護記録の記載について研修会の開催 ・ケアプランの見直し	12ヵ月
2	33	家族へホームとして出来る最大限のケアを示すことができているので不安の解消や安心のためにホームとして出来る最大限のケアを示していきたい。	家族へホームとして出来る最大限のケアを示し理解を得ることが出来る。	・現在の力を見極め明文化し、家族に説明、同意を得る。	12ヵ月
3	4	地域と関わり地域に開かれたホームにしたい。	地域に関わる様々な人が運営推進会議に参加出来るようになる。	・開催計画書を早めに送る。 ・幅広い知見者のメンバーを募り近隣の方など誰でも参加できるよう地域への呼び掛けを行う。	12ヵ月
4	35	災害時や火災時に地域と協力できる体制を築きたい。	避難訓練時には地域の方にも参加して頂き、ホーム内の様子や利用者の避難状況を知って頂く。	・避難訓練に参加して頂けるよう呼び掛けを行う。	12ヵ月
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。