

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	0193600319		
法人名	社会福祉法人 鶴川慶寿会		
事業所名	高齢者グループホーム ふきのとう		
所在地	勇払郡むかわ町田浦250番地		
自己評価作成日	平成28年9月9日	評価結果市町村受理日	平成28年11月22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://www.kaigokensaku.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2016_022_kan=true&amp;JigrosyoCd=0193600319-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2016_022_kan=true&amp;JigrosyoCd=0193600319-00&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11月4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)】

・地域から少し離れた場所に位置し、地域の方が訪問しにくい。地域の外出行事にはできるだけ出掛けるようにしている  
(食材の買い出しなど 月2~3回)  
・入居者の様子・状態の変化を日頃から観察し、報告。記録がその人の「言葉」で文章に残している。  
・ケアプランの援助内容が毎日の業務の中で評価出来る様に取り組み始めている。  
・職場内研修や職員の資質向上に認知症実践者研修等の自己研鑽に努めている。  
・地域から認知症についての講演や認知症サポーター、キッズサポーター養成講座で職員を派遣してほしいとの依頼が、あった時は、出席している。地域貢献や認知症についての理解を広めている。(ふまねっと運動)

【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)】

鶴川町の郊外にある平屋建て1ユニットのグループホームである。閉校した小学校の校庭の位置に建物があり、樹木や芝生に囲まれている。小学校を改築した同一法人の高齢者住宅が隣接し合同の行事などで交流している。建物は共用空間、居室ともゆったりと造られている。玄関や居間の窓が大きく開放的で、廊下にも大きな窓がある休憩スペースがある。居間や玄関は天井が高く、上部からも光が差し込んでいる。施設の所有者が町であることもあり、町とは設備や備品などで随時相談し、管理者が町からの講演の依頼を引き受けるなど連携を密にしている。地域との関係では、地域の2つの自治会に加入し、地域の交流会に利用者と一緒に参加したり、運営推進会議や避難訓練で協力を得ている。ケアマネジメントの面では、各種のマニュアルや記録類が整備されている。日々の記録はパソコンで行い、全職員がきめ細かな記録を行っている。外出支援の面では、日常的な買い物や通院の他、年間を通じて大型ショッピングセンターへの買い物や外食に出かけている。神社への初詣やお祭り見物、地域の交流会への参加、遠出でのバーベキューなど、行事が多彩である。ゆったりとした環境のもと、多くの楽しみごとがあり、利用者が明るく過ごしている事業所である。

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 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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	玄関の掲示・ミーティングや会議等で唱和を実践。理念にそって、「ゆったり、ゆっくり、共に生きる」業務に追われる時など、理念を振り返るようにしている。	事業所独自の理念の中に「住み慣れた地域で、共に支え合い」という文言があり、地域密着型サービスの理念として確立している。理念を玄関に掲示し、毎月のお便りにも載せている。また、ミーティングで理念を唱和している。	
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	自治会に加入。運営推進会議・地域行事参加 保育園児の訪問やクリスマス会等の交流を行っている。	近隣の2つの自治会に参加し、運営推進会議や避難訓練で協力を得ている。神社のお祭りに参加したり、近くの保育園児が事業所を訪れている。隣接する同一法人の高齢者住宅と合同の行事を行い、交流している。	
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	地域行事等へ入居者様と一緒に参加している。認知症の講演等の依頼があれば、管理者が行っている。社協で行っている赤い羽根募金の羽の袋詰め作業。ボランティアの皆さんと実施している。		
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	日常の活動や取組状況を報告。交流会開催等をしている。そこでの意見をサービス向上に努めている。	運営推進会議は年6回程度開催され、町職員や2地区の自治会長、複数の家族、法人関係者が参加し、サービス評価や災害対策、事故報告、重度化の指針などをテーマに意見交換している。議事録を全家族に送付している。	
5	4	○市町村との連携 市町村担当者とは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	運営推進会議では市町村担当者に入って頂きアドバイスを頂いている。普段の状況説明や相談に活かしている。避難訓練に参加してもらい、協力関係を築けるよう取り組んでいる。	運営推進会議に町担当者の参加があり情報提供を受けている。町から依頼があれば管理者が講演の講師を引き受けている。町の地域ケア推進会議のメンバーとなり、定期的に情報交換を行っている。	
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	日中は玄関の施錠はせず、いつでも外へ出掛ける方へ対しても安全確保の為に見守り、付添いを行っている。職員の少ない時間帯は防犯上、施錠し対応している。	身体拘束を行っておらず、身体拘束に関わる具体的な禁止行為を記した小冊子をマニュアルとし、会議の中で禁止事項を確認している。玄関は日中施錠せず夜間のみ施錠し、居間や玄関の窓が大きいので、利用者の出入りがあればすぐ気づくことができる。	
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	スタッフ会議等で勉強会を開き、防止に努めている。虐待防止等に関する研修に職員参加している。		

高齢者グループホーム ふきのとう

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	研修機会が少ないのが現状。		
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	契約時には予め時間がかかることを伝え、十分に説明する時間を設けている。また、制度改正がある場合は、再度説明し同意を得ている。記名捺印を頂いている。		
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	家族懇談会を年1回開催。入居者の意見や不満がないか日頃から観察している。面会時には家族様からの意見を反映できるように努めている。制度改正時は回数を増やしている。	運営推進会議に複数の家族が参加するほか、年1回の家族懇談会にはほとんどの家族が参加し、多くの意見を得ている。家族の意見はパソコン上に記録し整理している。ホーム便りを毎月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	職員会議等での事業運営に関する意見を求めている。新人職員にはチューター制度にて職員が意見が言える環境を整えている。(法人の人事考課を行っている)	月1回、スタッフ会議とケア会議を行い、活発に意見交換を行っている。年1回、管理者やセンター長が職員と個人面談を行っている。職員は、広報や感染症対策の係を分担したり、行事を全員で担当し、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	目標管理シートを使用し給与への繁栄や定期昇格や資格取得で正職社員など意欲を引き出せるように努力している。		
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	研修の機会を多く取り入れ(研修の参加)勉強の場を作り、日々努力している。		
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	GH協会主催の研修に職員を参加。実践者研修の他施設実習等で交流し、行事等に参加している。胆振3町での交流を図っていく。		

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 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	入居前には見学や面談によって、要望に沿えるように援助している。			
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	入居前には見学や面談によって、要望に沿えるように援助している。申込の相談を受けた段階で本人と家族に対して見学を勧め、ホームの雰囲気を見て頂く。入居時からの費用等の相談援助をしている。			
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	家族と話し合い、入居前にはこれまでの暮らしシートを活用しながら、本人や家族が求めているものを実現できるように支援している。			
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	理念「ゆったり、ゆっくり、共に生きる」にもかけ、個々に努力をしている。本人の出来る事、継続できるように生活を共にし、信頼関係を築いている。			
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	面会時に現在の様子や近況報告(3か月1回、個人通信発行)を家族へ説明し、互いの理解が深まるように努めている。			
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	町行事に参加し関係が途切れない様になっている。町の敬老会など、出欠の意思確認し支援を実施している。	数名の利用者に友人が来訪している。同一法人が運営する隣接の高齢者住宅の利用者と交流したり、地域の交流会に参加することで、知人と馴染みの関係の継続ができています。苫小牧の美容院や町内の農協での買い物に同行支援している。		
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	会話のきっかけを作ったり、橋渡しなどスタッフが言い、日々入居者様同士が関わり合える様努めている。			

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	同法人の特別養護老人ホーム入所へ経過があり、家族との関わりを持てるように努めている。		
<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 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	ご本人の言葉を大切にし、記録に入力している。意思疎通が難しい場合にも寄り添ってケアに繋げていけるように努力する。	ほとんどの利用者は言葉で思いや意向を表現でき、難しい方の場合も表情やしぐさ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を更新しているが、趣味や嗜好などの情報は少ない。	アセスメントシートの趣味や嗜好などの記載を充実することで、本人の思いや暮らし方の希望などがさらに共有されることを期待したい。
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	普段から本人の言葉を記録に残して、家族からの情報を得るようにしている。		
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	日々の状態を観察し、本人が出来ることを探し実践。定期のケア会議により、日頃の状況について把握に努めている。		
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	毎月のケアカンファレンスで介護計画の評価、見直しを行っている。入居者、家族様にはその都度意見を求めて反映している。介護計画作成時は事前に家族様から要望を聞き、近況報告に努めている。ケアプランの援助内容が毎日の業務の中で評価出来る様に取り組んでいる。	介護計画を6ヵ月毎に更新している。毎月のモニタリングをもとに、更新時にサービス担当者会議を行い、次の計画を作成している。パソコン上で個人記録を行い、計画目標に対応する番号を記したり、必要に応じて記述内容の色を変えている。記録の際は本人や家族の言葉も載せるようにしている。	
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	担当者会議等を毎月行い、見直し情報を共有し、入居者の様子や状態の変化を日頃から観察し、記録がその人の「言葉」で文章に残している。		
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	個々に合わせ、その時の状況に合わせたケアを実践。(美容室等)		
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	地域で行われている行事や祭り等に出来るだけ出掛けるようにしている。地域資源を活用する機会がない。		
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	協力医療機関の受診は職員付添い行う。本人の心身状態に応じた医療機関(認知症専門病院や皮膚科等)を選択し受診支援に努めている。	利用者は協力医療機関または個々のかかりつけ医を受診しており、事業所で通院を支援している。受診内容をパソコン上で記録し、医療関係を抽出して見ることもできる。	

高齢者グループホーム ふきのとう

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	臨時看護職員として雇用し、週4時間(火・金:各2時間)健康管理が維持できるよう支援している。体調面や日々の様子をを報告し、わからないことがあれば受診等に繋げている。		
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。	入退院時は担当の看護師やソーシャルワーカーと連絡を取り合い、早期退院できるよう医療機関と情報交換に努めている。		
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、事業所で行う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	看取りケアの事例発生はない。スタッフや家族と話し合い、介護度が重度化した時には同法人施設への入居申込等、必要に応じて医療機関の紹介などを行っている。「重度化した場合における対応および看取りに関する指針」を作成し、マニュアル図っている。	利用者や家族に、新たに作成した重度化対応指針(案)について説明している。医療行為が必要な場合などの看取りは難しいが、事業所で行う範囲の対応を行う旨を説明している。	
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	社会福祉法人施設等防火・救命実務研修に職員参加し、実践直を身につけ、定期会議等で伝達している。全職員が実践力を身に付けるように努力している。		
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	緊急時対応マニュアルを整備し、避難誘導を実践している。また、消防や近隣住民に協力要請を行っている。年2回消防演習の他に、2か月1度自主訓練を行っている。	年2回、昼夜を想定した避難訓練を行い、消防や地域住民の協力を得ている。地震対応の訓練も行い、災害時に必要な備蓄品の準備も行われている。救急救命訓練は受講時から期間の空いている職員もいる。	各職員が3年に1回程度、救急救命訓練を受講できるよう、計画的な取り組みを期待したい。
<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 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	会議等で言葉かけなどを心掛けているが、お互いに注意できていない。	名前は「さん」付けで呼び、内部研修で接遇を学んで言葉遣いに注意している。個人ファイル類は事務所に保管し、記録はパソコン上で記録し個人情報管理している。	
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	本人の思いや表出しやすいような関わりを心掛けているが全員とは言えない。希望が言い易い雰囲気作りにも努めている。		
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、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	個々のペースで生活して頂けるように努力している。心掛けてはいるが、一部ではまだ決まりや職員の都合が優先されている。		
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	外出時や施設行事などで化粧や洋服でのおしゃれの支援を実践。月を決めて整髪に心掛け、外出時支援を行っている。		

高齢者グループホーム ふきのとう

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	3食職員と共に食事。食事の片付けは皆さん手伝ってくれ、利用者も職員もお互いのねぎらいの言葉が見られる。	季節の料理や利用者の嗜好を取り入れて食事を提供している。食材の買い物に利用者で行くこともある。畑で採れた野菜類を食卓に添えたり、「いもだんご」を利用者と一緒に作っている。屋外でバーベキューを楽しんでいる。	
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	体重増加傾向のため。定期的に見直し、盛り付けや小皿を増やしている。個々の標準体重の把握に努めている。		
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	毎食後口腔ケアを実施。認知症の進行により義歯洗浄や外す行為の抵抗が見られる時には、無理強せず時間を置いたり対応。動作が継続出来る様に支援している。		
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	本人に合った排泄誘導時間の声掛けを行っている。安眠を考え、個々にパットを購入しながら、その人に合わせた支援を行っている。	排泄の状態をパソコン上に記録し、パターンを把握して昼夜ともトイレでの排泄を支援している。自力で排泄が出来る方の様子を見守り、誘導や介助が必要な場合は声かけに気を付けて羞恥心に配慮して行っている。	
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	毎日の排便を確認し、薬だけに頼らずに豆乳等を提供し、排便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	概ね時間は決まっているが、本人様の体調や希望により変更したり、入浴拒否の場合は無理強いせず、時間をずらして声掛けを行っている。	日曜を除き、午前中の時間帯に数人の入浴を行い、一人週2回を支援している。入浴を嫌がる時は家族と相談したり、気の合う職員が対応して週1回は入っている。身体の状態からシャワー浴を行うこともある。	
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	就寝時テレビを見ながら等、個々に安心して眠りにつく習慣を大切にしている。日中の活動の声掛けを行い、休息は本人のペースに合わせている。		
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	管理は看護師で行い、1日分ずつ内服管理している。毎日のバイタル測定。血圧・浮腫に気が付きかかりつけ医と連携して、薬の調整を行っている。		
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	一人ひとりの生活歴や得手・不得手を理解しながら、家事・買い物・畑仕事などに取り組んでいる。		

高齢者グループホーム ふきのとう

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	日常の会話の中で、利用者から「行きたい所などを聞き取り」し外出できるよう心掛けている。家族との外出や外泊も行っている。(お墓参りや旅行、自宅帰省)	暖かい時期には日常的に敷地内を散歩したり、外出行事等で出かけている。苫小牧には紅葉見物で外食を楽しんだり、買い物に出かける機会が多い。地域の交流会や文化祭に参加している。冬季も通院や買い物をして外気に触れている。	
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	本人様の希望に応じて家族と相談し、所持している方もいる。買い物なども希望があれば、いつでも対応。職員付き添う。		
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	ご家族様から電話がかかってくることもある。希望に応じて電話支援を行っている。 携帯電話を所持し、家族との連絡取り合っている。		
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	わかりやすいトイレ表示や居間や居室に湿温度計等を使用し健康面に配慮している。壁紙は季節に応じた飾りを入居者と一緒で作成して掲示している。浴室内外に使い方に不便さがある。	広々とした共用空間の廊下に2カ所の休憩スペースがあり、数人で外の景色を眺めて過ごすことができる。居間は低い位置の窓が多く、明るく開放的で外の景観と一体感がある造りになっている。車椅子を使用している方もスムーズに入れるように浴槽を改修している。トイレも車椅子介助に十分な広さがある。	
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	独りになれるスペースにはソファ等をおいているが、皆が集まる居間で過ごしている。居間のソファの位置を工夫しながら気の合う同士座われるようにし、思い思いで過ごせるようにしている。		
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	ご自宅で使用していたベッドや馴染みの家具、写真等を持ってきて頂いている。仏壇を置かれている方もいる。好きな写真を飾って頂いている。	居室には大きな括りつけのクローゼットの他、温湿度計を用意して室内を調整している。自宅での習慣で布団を敷いて寝ている方もいる。各室に仏壇、テレビの他、籐椅子や坐り机などの馴染みの家具類を持ち込み、居心地よい居室になっている。	
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	できるだけ自由に動けるよう配慮している。転倒が起きないように見守りを行っている。分かりやすい目印や名前を貼る等の工夫をしている。		



## 目標達成計画

事業所名 高齢者グループホーム ふきのとう

作成日：平成 28年 11月 5日

市町村受理日：平成 28年 11月 22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	33	重度化や終末期ケアに向けたホームとしての指針は書式化されていない。	入居者の急変時や重度化した場合等における対応に係る指針 書式化	事業所で終末期ケアが出来るのか等を、家族や職員と一緒に考えながら、方針や指針について書式化を図る(昨年度の続き)。	1年間
2	3 35	災害対策(自然災害、台風等、火災、地震、津波)自治会と協議しながら対応しているが、今後も密に協議を勧めていく。 急変時の応急処置	・災害対策(自然災害、台風・洪水等)マニュアル整備。 ・消防と協議しながら普通救命講習の実施。	・毎年1度両自治会合同の避難訓練にて、災害対策について話し合いをしていく。避難訓練時 車椅子操作を実施 ・職員の緊急時の対応を学んでいく。	1年間
3	7 36	高齢者虐待防止防止法・身体拘束・入居者さんに対する言葉かけ等を人権(人格)の尊重に沿った対応を検討していく。	事業所内で、入居者さんに対する言葉かけについて、お互いに注意できるような環境作りを目指していく。	・認知症の研修(基礎研修・実践者研修)等の職員の参加を促していく。 ・外部講師・施設経営者等で人権尊重についての勉強会の開催を増やしていく。	2年間
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。