

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	0197600299		
法人名	株式会社 アルファ・ヘルプ・サービス		
事業所名	グループホーム ベつかり海の家		
所在地	石狩市厚田区別狩92番地4 TEL0133-78-2222		
自己評価作成日	平成25年12月10日	評価結果市町村受理日	平成26年1月30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_2013_022_kani=true&JigyosyoCd=0197600299-00&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25年12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)】

札幌から車で一時間半ほどの海沿いの丘の上にある平屋建てのグループホームである。建物は共有空間が広く、トイレやお風呂などもゆったりしており、事業所のホールや広めのお風呂など共用施設も利用できるようになっている。室内は利用者の写真や手作りの装飾が施され海の眺望も素晴らしく、親しみやすく快適な環境が作られている。
運営推進会議や家族会などが定期的開催され、家族や地域への報告や説明が行き届いている。地区内の住宅地とはやや離れているが、地域との交流はできている。職員は笑顔絶えず利用者を大切にしながら、一人ひとりの力に応じた支援を行なっている。又、利用者と職員が共に喜び、家族のように暮らすケアに取り組んでいる。
H22年3月に2ユニットになり、一層のサービスの充実に向けて取り組んでいる。

【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)】

「グループホーム ベつかり海の家」は、海沿いの自然環境の豊かな小高い丘に立地し、四季を身近に感じることが出来る。広い敷地内に2ユニット平屋建の建物があり、周囲には畑や池を作り、散歩や戸外で楽しめる憩いの場を設けている。今年の5月に就任したセンター長は以前からケアマネージャーとして事業所とも関わりがあり、利用者とのコミュニケーションを大切にされた個別ケアを管理者や職員と話し合っている。身体拘束のマニュアルを作成し、研修で学びながら拘束のないケアを実践している。また更に前回の目標達成計画の課題に向けて真摯に取り組んでいる。地域の情報を得ながら行事に参加し、友人や地域の馴染みの人の来訪者も多く、住民と継続して交流している。事業所の夏祭りには、家族、老人クラブ、市の協力も得て140名ほどが集まり、ボランティアなどの催しを住民と共に楽しむ地域の大きなイベントになっている。運営推進会議時に避難訓練を行い、推進委員の参加を得ている。また当事業所を地震・水害時の避難場所として検討するなど、事業所と地域と行政とが一体になって防災にも取り組んでいる。職員は笑顔で利用者同行し、買い物や外出行事を数人ずつ交代で出かけられるように支援している。

V. サービスの成果に関する項目(ユニット1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る (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(ユニット1)	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	事業所の理念の中に「地域や家族とともに支えられ安心して生活ができるよう支援します」という文章があり、グループホームを地域に開かれたものとし、理念の意図を認識し実践に取り組んでいる。	地域との関わりを明確にして、ユニット毎に作成した介護理念を居間に掲示している。管理者は職員会議の中で折に触れて理念を説明し、職員も対応に困った時は理念の内容を意識してケアを行っている。	
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	回覧板など地域の情報を入手し、参加できる行事には参加している。日常的ではないが、少しずつでも交流が持てるよう目指している。	町内会行事や地域のイベントに参加し、子供との交流も継続して行っている。事業所の夏祭りには老人クラブや市からの手伝いもある。約140名が集まり、ボランティア、福祉関係の学生、太鼓クラブメンバーなどの催しがあり、住民と交流する大きな行事になっている。	
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	地域の老人クラブの方々の見学会や会食、相談を受けた場合、実践で積み上げた認知症の人の理解や支援方法などの確にアドバイスしている。又、地域包括支援センター、地区役員とも運営推進会議などで地域連携についても話し合う機会がある。		
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	二ヶ月に1回運営推進会議を開催。活動報告のほか、行事の検討、サービス評価などのテーマに意見交換をしている。談話形式ではあるも、貴重な意見と受け止め職員ミーティングの中で取り入れ、サービスの向上に繋がるよう心掛けている。	老人クラブ会長、連合会長、地域包括支援センター職員、地域の知識者2名の参加を得て、地震や水害災害を議題にし、住民の避難場所として当事業所を検討している。会議に家族の参加は1回だけで、会議案内や議事録の送付も現在行われていない。	テーマを設定して全家族に会議案内と議事録を送付し、家族の意見が会議に反映できるような取り組みに期待したい。また意見・情報交換が深まるような議事録の充実にも期待したい。
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取り組んでいる	区内で開催される「地域ケア会議」「ケース検討会」に参加、地域包括職員、地域の介護保険事業所、保健師の方々と情報交換を行なう。又、年に数回来訪する介護相談員にも取り組みなどを報告している。	介護認定申請などの訪問時に、区から新規の入居相談などもある。市の介護相談員の来訪時には利用者の思いや対応について話し合っている。生活保護担当者に常に連絡し、年に数回の来訪時には情報を交換している。	
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	社内研修、外部研修などから身体拘束の知識を深め、職員は常に介護方法の話し合いを持ちながら、拘束をしおないケアを心掛けている。しかし、玄関が死角の為外部からの訪問者の状況が把握できず不審者の侵入を防ぐ為に鍵を掛ける弊害を理解してもらっている。	「禁止の対象となる具体的な行為」の項目と、その事例を記載したマニュアルを作成し、内部研修で説明している。会議でベツ柵の使用の確認や自由な行動を押さえつけるような言葉遣いについても注意している。各ユニット入り口の出入りは自由になっている。	
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	内部研修、外部研修などから、高齢者虐待の知識を身に付け、虐待の無い介護に努めている。		

グループホーム ベつかり海の家

自己評価	外部評価	項目	自己評価(ユニット1)	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	今後内部研修、外部研修で学ぶ機会を持ちながら、今後必要性のある入居者に対して、地域包括支援センターなどと連携を取りながら、活用できるようにしていきたい。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約時には必ず契約書・重要事項説明書を書面と口頭にて本人や家族が解るように話を進めている。心配事等を安心して話せる雰囲気を作り、不明な点の残らないように、理解・納得していただけるよう心掛けている。		
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	本人・家族が意見・要望を言いやすいような関係作りや雰囲気を作るよう心掛けている。又、入居時に重要事項説明書に外部の苦情受付期間を説明する。又、年に数回介護相談員の訪問があり、入居者の相談や話し相手になってくれている。	家族会はあるが、事業所の夏祭り行事に関わる程度なので、意見収集の場にならない面もある。家族アンケートも実施していないが、信頼関係の中で意見を頂いている。意見や連絡などは「入居者連絡ノート」に記録しているが、個人別に分かりやすい記録方法も検討している。	
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	各ユニット内のミーティングや月1回の職員会議にて、職員の意見等管理者より提案できる機会を設け、又、全職員が互いに意見を出し合い、意思の疎通、統一性を図っている。	ユニット会議での提案を職員会議に上げて検討している。司会者は参加できない職員の意見収集や、全員が意見を言いやすいように配慮しながら会議を進めている。法人代表との個人面談の他、センター長や管理者は業務の中で個別に話し合う場を設けている。	
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	代表者や管理者が職員の意見要望を受け止め、各自が向上心を持ち、働きやすい環境作りに努めている。又、外部研修の希望には、勤務の調整を行っている。		
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	法人内外の研修を定期的に行ないケアの向上を図っている。又、外部研修へ参加する機会を持つようになっている。又資格取得には環境を整え積極的に薦めている。		
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	管理者は年に数回開催されるグループホーム連絡会や地域ケア会議へはなるべく参加するようになっているが、管理者以外の職員も参加できる体制が必要。法人内の研修には参加でき交流・情報交換を行なう。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価(ユニット1)	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	見学时・契約時や相談電話などで本人・家族の困っている事・不安・要望等を十分に傾聴している。その後も継続して日常会話からも情報収集していき、安心できるサービスの提供を行なう事で良い関係づくりに努めている。		
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	入居するまでに本人・家族と面談し、要望や不安等情報収集を行なうようにし、安心して入居できるよう努めている。		
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	本人・家族の状況や現状で困っている事など情報収集し、情報や思いにそった支援の提供の為に、家族の了解を得る必要に応じて居宅や医療関係者より助言を得るなどしてより好ましい対応に心掛けている。		
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	一人ひとりの力に応じた作業、掃除・洗濯・調理・食事を一緒に行なう事で暮らしを共にするもの同士の関係を築いている。又、生活の様々な場面で教えていただく事で支えあう関係に繋がるように努めている。		
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	家族には暮らしの中の良い事も困っている事も伝え相談し意向を伺う事で共に支援している意識を積み重ねている。又、行事や本人の誕生会などに出席されるよう声掛けしている。		
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	入居の際、できる限り馴染みのある物を持ってきて頂いたり、馴染みの方が気軽に来て頂けるような環境作りに努めている。石狩市、厚田区、浜益区の職員の方が来訪した際には、各住んでいた地域の入居者への声掛けをして頂いている。	友人、知人、老人クラブの方などの来訪があり、月に2回ほど訪れる方もいる。センター長が居宅介護支援事業所を兼務している関係から、利用者が住んでいた各区の行政担当者の来訪も多い。職員が同行し、昔住んでいた近くの朝市を見学することもある。	
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	一人ひとりの性格や感情の変化を理解した上で関係性の把握に努めている。職員は状況予測し必要な働きかけと共に入居者同士が関わり支えあえる関係を築き、和やかな雰囲気づくりを心掛けている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価(ユニット1)	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	本人が入院や死去などでサービスの終了になる事が殆どだが、サービスが終了してもこれまでの関係を大切にしていきたい。		
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	一人ひとりの望む暮らし方や・好み・嫌な事を本人や家族などにより情報収集して生活に生かしている。日頃の様子(言葉・表情)から思いを汲み取り把握するよう努めている。	利用者の話を最後まで聞くようにし、表情などからも思いを読み取り、「入居者連絡ノート」で意向を共有している。担当職員は基本情報とアセスメント表を6か月毎に作り直し、情報を蓄積して介護計画に反映させている。	
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	可能な限り本人・家族・ケアマネジャーなどから情報収集を行なう。足りない部分は環境変化の中での変化を観察し、入居後も日頃の会話の中からの把握に努めている。		
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	記録で一人ひとりの状態を詳細に記入している。一人ひとりの体調や気分はその都度違う為、いつも表情・動き・気分の観察に努め一日が快適に暮らせるよう配慮している。職員全員が把握できるよう申し送り前に記録確認している。		
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、必要の関係者と話し合い、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	本人や家族から聞き得た要望・意向をもとに、本人らしく暮らせる為に、必要な関係者と話し合い、意見を反映した介護計画書を作成。現状に沿った介護計画書であるよう毎月モニタリング・評価を実施し、必要に応じて随時変更している。	毎月モニタリング・評価を行い、基本的には6か月の期間で見直している。電話や来訪時に家族の意向を確認し、「介護計画・モニタリング表」を基に職員間で意見を交換し介護計画を作成している。記録様式を工夫して日々の記録を行っているが、介護計画に連動した記録として充分とは言えない。	短期目標に対して介護内容の変化などを記録することで、更に介護計画の見直しに繋がるような記録の工夫に期待したい。
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	日々の様子、検討したい内容、検討結果、受診内容等記録に詳細に記入している。常に職員間で情報を共有できるよう記録を読む時間を作り、実践内容や実践の見直し、計画の見直しに生かしている。		
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	面会や外出は自由であり、家族の都合により突然の外出・外泊・訪問等があっても優先且つ柔軟に対応し、本人や家族の満足度に繋げている。		
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	消防には定期点検や火災時の避難方法等による避難訓練の協力があるが、地域の方による定期的なボランティア利用は無い為今後検討していきたい。又、運営推進会議には地域包括支援センターからの参加がある。		
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	地域の協力医療機関で定期的受診を受けており、希望に応じてその他の通院支援も行なっている。受診結果についても適切に家族に報告する。又、週2回程度看護師職員による健康チェックを行なっている。	かかりつけ医を継続し、遠方の内科受診は家族と相談して近くの病院を紹介している。通院には、ほぼ職員が同行し各主治医に相談している。受診結果の詳細を連絡ノートに記録しているが、経過を把握できるように個人受診記録に整理する方向で検討している。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価(ユニット1)	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	日常生活の中で少しでも異変などに気付いたら早急に看護師などに連絡し指示や助言をもらう。週2回程度健康チェックを受け日々の心身の状態や情報、気づきを伝え指示を受けながら、利用者が適切な受診や看護が受けられるよう支援している。		
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。	入院時に看護添書を提示し適切な治療ができるようにする。又、随時医療相談員や病棟看護師などと情報交換し、再びの受け入れの際には態勢の整備に助言を頂いている。		
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、事業所です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	地域の診療所は市外から医師の派遣を受けており、土日祝など急な対応に制限がある事から、重度化や終末期についての対応も限界がある為、その旨を家族に説明し契約段階で重度化に伴う意思確認を取り交わしている。ホームの方針は職員間でも共有している。	利用開始の段階で、医療行為が継続する場合は対応が難しいことを説明し同意を得ている。状態変化に応じて、その都度主治医の説明の下で対応を話し合い、施設紹介なども選択肢に入れて今後の方針を確認している。	
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	消防署との連携で普通救命救急研修を実施、受講終了書を発行して頂くなど、実践力を身に付けるようにしている。又、緊急時マニュアルを整え日々確認し合っている。		
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	年2回避難訓練を実施、利用者の安全な避難方法を確認したり、災害時の協力は消防署の全面的な協力体制を築いている。今年度は運営推進会議において避難訓練を実施し、推進委員にも参加してもらい避難訓練の様子などを確認して頂いている。	運営推進会議時に避難訓練を行い、推進委員は見学で参加している。地域も含めた緊急連絡網を作成しているが、災害時の役割分担は特に決めていない。また、事業所内での災害時の対応や災害備蓄品類も充分とは言えない。	運営推進会議で避難時の住民の役割を取り決め、協力が得られるよう期待したい。また事業所内でも災害時のケア別の対応を話し合い、安全の確認と各種の災害を想定した災害備蓄品整備の実現を期待したい。
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	個々の力に応じ、声掛けや対応は行なっているが、職員が本人や家族の立場に立つたらどんな気持ちかを考えた言葉・態度をとるように都度カンファレンス等で意識を促している。基本的にはプライバシーを損ねるような対応にならないように努力している。	接遇研修で認知症への対応を学び、会議などで事例に沿って適切な支援方法を確認している。利用者から離れた場所で申し送りをしたり、居室内のオムツも見えないように収納するなど、プライバシーに配慮している。	
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	入居者の個々に合わせた話し掛け方、好み・心地良い事を把握して気分良く話したり動く事ができるように見守っている。特に表出できない方は表情やしぐさなどから思いを汲み取り自己決定に近づけるようにする。		
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	大まかな一日の流れはあるが、入居者は自由に過ごす事ができ、レクリエーションや体操の参加も無理強いせず、自由に参加して頂いている。起床や食事、入浴の時間なども状態に合わせた対応を行なっている。		
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	毎朝や入浴後に本人の希望にできる限り沿った、その人らしい身だしなみができるよう、その人の力に応じ支援している。		

グループホーム ベつかり海の家

自己評価	外部評価	項目	自己評価(ユニット1)	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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	一人ひとりの食事形態に配慮しながら和やかな雰囲気の中で食事を摂っている。準備から片付けまで個々の力を発揮して頂きながら、職員と共にこなしている。	今年の12月より、食材業者の献立を基に、畑で収穫した野菜を取り入れたり、年間行事や誕生日などに利用者の好きな献立にしている。ホットプレートなどを使ったおやつ作りも、定期的に行っている。	
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	栄養バランスを考え献立を作り、一人ひとりの食事、水分量が把握でき、その人の状態に合わせて食事の形態やメニューを変更している。又、日々の記録に摂取状況等を記録している。		
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	一人ひとりに力に応じた口腔ケアの支援を毎食後に行なう。自分でできない人にはきちんと介助をしている。		
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	昼夜通して排泄チェック行ない個々の排泄パターンや習慣を把握している。支援の必要な人には本人のリズムに合わせて誘導しトイレでの排泄を行っている。紙オムツ類も本人の状態に合わせてものを提供できるように家族の協力がある。	オムツをできるだけ使用しないような勉強会に参加したり、各利用者に応じた排泄の支援方法を全職員で検討して、トイレでの排泄が継続出来るように取り組んでいる。夜間も、睡眠状態に配慮しながら可能な限りトイレでの排泄を支援している。	
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	水分摂取、おやつの内容を工夫したり、個々に効果のある飲食物を提供し、できるだけ事前排便を目指している。又、主治医と相談し薬を処方してもらい、便秘の状態に合わせて調節する支援を行っている。		
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	最低週2回の入浴を実施、概ね曜日を決めているが希望があれば他の日の入浴も可能である。入浴拒否がある人には時間・日を変更して本人が希望する時に入れるようにしている。	午前から午後まで毎日入浴が可能で、受診や行事、各利用者の意向に配慮しながら好きな時間帯に入浴できるように支援している。希望に応じて同性介助で対応したり、1対1でゆっくり会話をしながら入浴が楽しめ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	個々の体調や生活リズムに合わせて適度な休息を設けている。日中は個々の居室や共有スペースのソファで自由に、夜間は入眠状況の確認を行ない、安心して気持ちよく眠れ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	薬の変更があれば記録や通院ノートに記入し職員全体で把握するように努めている。服薬時は職員が必ず立ち会っている。服薬の経過も主治医に観察報告し、好ましい服薬に努めている。		
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	その人の力に応じた役割を担ってもらったり、個々の希望に添った気分転換等にも対応できるよう支援している。又、日々の生活の中で役割や楽しみごとを見つけ出せるよう働きかけている。		

グループホーム ベつかり海の家

自己評価	外部評価	項目	自己評価(ユニット1)	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	個別対応ができるように買い物や外出行事などは少人数で対応している。又行きたい場所を事前に確認し希望に沿った外出ができるようにしている。夏期は日常的に畑やホーム周辺の散歩など行ない、冬期は地域柄外出は困難になる場合がある。	天気の良い日は、車いすの利用者も一緒に広い敷地内を散歩したり、庭先のベンチやベランダで外気浴をしている。畑仕事や花壇の水やりなどを手伝う利用者もいる。お花見やサクランボ狩りに皆で出かけた。水族館や外食などに数人ずつ出かけている。冬季は、受診などで外気に触れる機会がある。	
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	現金所持は本人と家族に希望に合わせている。自分で所持されている方や他は外出の際に預かっているお金を渡し買い物を楽しめ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	家族や友人などから電話の取次ぎや電話を希望されている時に掛けれるように支援している。手紙など読む事が困難な方には本人の了解を得て職員が読み伝えている。		
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	共有空間には親しみやすい装飾をしており、明るさや温度も調整されている。トイレやお風呂も広く清潔であり、広い廊下、手摺りも十分に設置されている。居間が広く、日本海の水平線が見渡せる開放的で意心地の良い空間となっている。	両ユニットの中央にある広々としたホールは、カラオケ設備や書籍、テーブルとイスがあり、海を見ながら利用者が自由にくつろげる空間になっている。居間の壁や窓、食卓テーブルなどには、ユニット毎に工夫して季節感のあるクリスマス装飾を施している。殆どのトイレが男性用も設置された大きな扉で、車いすでも利用しやすい造りになっている。	
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	個々に過ごしたい場所を選んでもらっている。一人の場合は居室・共有ホールなど一人でも安全で穏やかに過ごせる空間がある。複数であればソファに数人で腰を掛け賑やかに過ごして頂けるよう配慮している。		
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	本人が家で使用していたものを持ち込んでもらい自分の部屋として安心して過ごせるようにしている。又、思い出の写真や品物がいつも視野の中にあり穏やかに暮らせるよう整えている。	事業所でレンタルしている電動ベッドを使用している利用者も多く、身体状況に応じた過ごしやすい居室作りが行われている。テーブルや椅子、タンスなどの使い慣れた物を持ち込んでいる。事業所で、湿度調節用の装飾小物を全部屋に備えている。	
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	ホーム内はバリアフリー設計で各箇所に手摺りを設置。居室・トイレ・浴室の扉の色分け判別しやすいようにしている。その人の力に応じた行動を見守り、安全に過ごせるように工夫している。		

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	0197600299		
法人名	株式会社 アルファ・ヘルプ・サービス		
事業所名	グループホーム ベつかり海の家		
所在地	石狩市厚田区別狩92番地4 TEL0133-78-2222		
自己評価作成日	平成25年12月10日	評価結果市町村受理日	平成26年1月30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1」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_2013_022_kani=true&JigyosyoCd=0197600299-00&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25年12月20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2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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、活き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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)		

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2)	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	事業所の理念の中に「地域や家族とともに支えられ安心して生活ができるよう支援します」という文章があり、グループホームを地域に開かれたものとし、理念の意図を認識し実践に取り組んでいる。		
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	回覧板など地域の情報を入手し、参加できる行事には参加している。日常的ではないが、少しずつでも交流が持てるよう目指している。		
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	地域の老人クラブの方々の見学会や会食、相談を受けた場合、実践で積み上げた認知症の人の理解や支援方法などの確にアドバイスしている。又、地域包括支援センター、地区役員とも運営推進会議などで地域連携についても話し合う機会がある。		
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	二ヶ月に1回運営推進会議を開催。活動報告のほか、行事の検討、サービス評価などのテーマに意見交換をしている。談話形式ではあるも、貴重な意見と受け止め職員ミーティングの中で取り入れ、サービスの向上に繋がるよう心掛けている。		
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	区内で開催される「地域ケア会議」「ケース検討会」に参加、地域包括職員、地域の介護保険事業所、保健師の方々と情報交換を行なう。又、年に数回来訪する介護相談員にも取り組みなどを報告している。		
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	社内研修、外部研修などから身体拘束の知識を深め、職員は常に介護方法の話し合いを持ちながら、拘束をしないケアを心掛けている。しかし、玄関が死角の為外部からの訪問者の状況が把握できず不審者の侵入を防ぐ為に鍵を掛ける弊害を理解してもらっている。		
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	内部研修、外部研修などから、高齢者虐待の知識を身に付け、虐待の無い介護に努めている。		

グループホーム ベつかり海の家

自己評価	外部評価	項目	自己評価(ユニット2)	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	今後内部研修、外部研修で学ぶ機会を持ちながら、今後必要性のある入居者に対して、地域包括支援センターなどと連携を取りながら、活用できるようにしていきたい。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約時には必ず契約書・重要事項説明書を書面と口頭にて本人や家族が解るように話を進めている。心配事等を安心して話せる雰囲気を作り、不明な点の残らないように、理解・納得していただけるよう心掛けている。		
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	本人・家族が意見・要望を言いやすいような関係作りや雰囲気が作れるよう心掛けている。又、入居時に重要事項説明書に外部の苦情受付期間を説明する。又、年に数回介護相談員の訪問があり、入居者の相談や話し相手になってくれている。		
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	各ユニット内のミーティングや月1回の職員会議にて、職員の意見等管理者より提案できる機会を設け、又、全職員が互いに意見を出し合い、意思の疎通、統一性を図っている。		
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	代表者や管理者が職員の意見要望を受け止め、各自が向上心を持ち、働きやすい環境作りに努めている。又、外部研修の希望には、勤務の調整を行っている。		
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	法人内外の研修を定期的に行ないケアの向上を図っている。又、外部研修へ参加する機会を持てるようにしている。又資格取得には環境を整え積極的に薦めている。		
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	管理者は年に数回開催されるグループホーム連絡会や地域ケア会議へはなるべく参加するようにしているが、管理者以外の職員も参加できる体制が必要。法人内の研修には参加でき交流・情報交換を行なう。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価(ユニット2)	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	見学时・契約時や相談電話などで本人・家族の困っている事・不安・要望等を十分に傾聴している。その後も継続して日常会話からも情報収集していき、安心できるサービスの提供を行なう事で良い関係づくりに努めている。		
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	入居するまでに本人・家族と面談し、要望や不安等情報収集を行なうようにし、安心して入居できるよう努めている。		
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	本人・家族の状況や現状で困っている事など情報収集し、情報や思いにそった支援の提供の為に、家族の了解を得る必要に応じて居宅や医療関係者より助言を得るなどしてより好ましい対応に心掛けている。		
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	一人ひとりの力に応じた作業、掃除・洗濯・調理・食事を一緒に行なう事で暮らしを共にするもの同士の関係を築いている。又、生活の様々な場面で教えていただく事で支えあう関係に繋がるように努めている。		
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	家族には暮らしの中の良い事も困っている事も伝え相談し意向を伺う事で共に支援している意識を積み重ねている。又、行事や本人の誕生会などに出席されるよう声掛けしている。		
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	入居の際、できる限り馴染みのある物を持ってきて頂いたり、馴染みの方が気軽に来て頂けるような環境作りに努めている。石狩市、厚田区、浜益区の職員の方が来訪した際には、各住んでいた地域の入居者への声掛けをして頂いている。		
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	一人ひとりの性格や感情の変化を理解した上で関係性の把握に努めている。職員は状況予測し必要な働きかけと共に入居者同士が関わり支えあえる関係を築き、和やかな雰囲気づくりを心掛けている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価(ユニット2)	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	本人が入院や死去などでサービスの終了になる事が殆どだが、サービスが終了してもこれまでの関係性を大切にしていきたい。		
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	一人ひとりの望む暮らし方や好み・嫌な事を本人や家族などにより情報収集して生活に生かしている。日頃の様子(言葉・表情)から思いを汲み取り把握するよう努めている。		
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	可能な限り本人・家族・ケアマネジャーなどから情報収集を行なう。足りない部分は環境変化の中での変化を観察し、入居後も日頃の会話の中からの把握に努めている。		
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	記録で一人ひとりの状態を詳細に記入している。一人ひとりの体調や気分はその都度違う為、いつも表情・動き・気分の観察に努め一日が快適に暮らせるよう配慮している。職員全員が把握できるよう申し送り前に記録確認している。		
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	本人や家族から聞き得た要望・意向をもとに、本人らしく暮らせる為に、必要な関係者と話し合い、意見を反映した介護計画書を作成。現状に沿った介護計画書であるよう毎月モニタリング・評価を実施し、必要に応じて随時変更している。		
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	日々の様子、検討したい内容、検討結果、受診内容等記録に詳細に記入している。常に職員間で情報を共有できるよう記録を読む時間を作り、実践内容や実践の見直し、計画の見直しに生かしている。		
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	面会や外出は自由であり、家族の都合により突然の外出・外泊・訪問等があっても優先且つ柔軟に対応し、本人や家族の満足度に繋げている。		
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	消防には定期点検や火災時の避難方法等による避難訓練の協力があるが、地域の方による定期的なボランティア利用は無い為今後検討していきたい。又、運営推進会議には地域包括支援センターからの参加がある。		
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	地域の協力医療機関で定期的受診を受けており、希望に応じその他の通院支援も行なっている。受診結果についても適切に家族に報告する。又、週2回程度看護師職員による健康チェックを行なっている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価(ユニット2)	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	日常生活の中で少しでも異変などに気付いたら早急に看護師などに連絡し指示や助言をもらう。週2回程度健康チェックを受け日々の心身の状態や情報、気づきを伝え指示を受けながら、利用者が適切な受診や看護が受けられるよう支援している。		
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。	入院時に看護添書を提示し適切な治療ができるようにする。又、随時医療相談員や病棟看護師などと情報交換し、再びの受け入れの際には態勢の整備に助言を頂いている。		
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、事業所です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	地域の診療所は市外から医師の派遣を受けており、土日祝など急な対応に制限がある事から、重度化や終末期についての対応も限界がある為、その旨を家族に説明し契約段階で重度化に伴う意思確認を取り交わしている。ホームの方針は職員間でも共有している。		
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	消防署との連携で普通救命救急研修を実施、受講終了書を発行して頂くなど、実践力を身に付けるようにしている。又、緊急時マニュアルを整え日々確認し合っている。		
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	年2回避難訓練を実施、利用者の安全な避難方法を確認したり、災害時の協力は消防署の全面的な協力体制を築いている。今年度は運営推進会議において避難訓練を実施し、推進委員にも参加してもらい避難訓練の様子などを確認して頂いている。		

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	個々の力に応じ、声掛けや対応は行なっているが、職員が本人や家族の立場に立ったらどんな気持ちかを考えた言葉・態度をとるように都度カンファレンス等で意識を促している。基本的にはプライバシーを損ねるような対応にならないように努力している。		
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	入居者の個々に合わせた話し掛け方、好み・心地良い事を把握して気分良く話したり動く事ができるように見守っている。特に表出できない方は表情やしぐさなどから思いを汲み取り自己決定に近づけるようにする。		
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	大まかな一日の流れはあるが、入居者は自由に過ごす事ができ、レクリエーションや体操の参加も無理強いせず、自由に参加して頂いている。起床や食事、入浴の時間なども状態に合わせた対応を行っている。		
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	毎朝や入浴後に本人の希望にできる限り沿った、その人らしい身だしなみができるよう、その人の力に応じ支援している。		

グループホーム ベつかり海の家

自己評価	外部評価	項目	自己評価(ユニット2)	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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	一人ひとりの食事形態に配慮しながら和やかな雰囲気の中で食事を摂っている。準備から片付けまで個々の力を発揮して頂きながら、職員と共にこなしている。		
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	栄養バランスを考え献立を作り、一人ひとりの食事、水分量が把握でき、その人の状態に合わせて食事の形態やメニューを変更している。又、日々の記録に摂取状況等を記録している。		
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	一人ひとりに力に応じた口腔ケアの支援を毎食後に行なう。自分でできない人にはきちんと介助をしている。		
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	昼夜通して排泄チェック行ない個々の排泄パターンや習慣を把握している。支援の必要な人には本人のリズムに合わせて誘導しトイレでの排泄を行なっている。紙オムツ類も本人の状態に合わせたものを提供できるように家族の協力がある。		
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、おやつの内容を工夫したり、個々に効果のある飲食物を提供し、できるだけ事前排便を目指している。又、主治医と相談し薬を処方してもらい、便秘の状態に合わせて調節する支援を行なっている。		
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	最低週2回の入浴を実施、概ね曜日を決めていますが希望があれば他の日の入浴も可能である。入浴拒否がある人には時間・日を変更して本人が希望する時に入れるようにしている。		
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	個々の体調や生活リズムに合わせて適度な休息を設けている。日中は個々の居室や共有スペースのソファで自由に、夜間は入眠状況の確認を行ない、安心して気持ちよく眠れ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	薬の変更があれば記録や通院ノートに記入し職員全体で把握するように努めている。服薬時は職員が必ず立ち会っている。服薬の経過も主治医に観察報告し、好ましい服薬に努めている。		
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	その人の力に応じた役割を担ってもらったり、個々の希望に添った気分転換等にも対応できるよう支援している。又、日々の生活の中で役割や楽しみごとを見つけ出せるよう働きかけている。		

グループホーム ベつかり海の家

自己評価	外部評価	項目	自己評価(ユニット2)	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	個別対応ができるように買い物や外出行事などは少人数で対応している。又行きたい場所を事前に確認し希望に沿った外出ができるようにしている。夏期は日常的に畑やホーム周辺の散策など行ない、冬期は地域柄外出は困難になる場合がある。		
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	現金所持は本人と家族に希望に合わせている。自分で所持されている方や他は外出の際に預かっているお金を渡し買い物を楽しめ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	家族や友人などから電話の取次ぎや電話を希望されている時に掛けれるように支援している。手紙など読む事が困難な方には本人の了解を得て職員が読み伝えている。		
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	共有空間には親しみやすい装飾をしており、明るさや温度も調整されている。トイレやお風呂も広く清潔であり、広い廊下、手摺りも十分に設置されている。居間が広く、日本海の水平線が見渡せる開放的で意心地の良い空間となっている。		
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	個々に過ごしたい場所を選んでもらっている。一人の場合は居室・共有ホールなど一人でも安全で穏やかに過ごせる空間がある。複数であればソファ等に数人で腰を掛け賑やかに過ごして頂けるよう配慮している。		
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	本人が家で使用していたものを持ち込んでもらい自分の部屋として安心して過ごせるようにしている。又、思い出の写真や品物がいつも視野の中にあり穏やかに暮らせるよう整えている。		
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	ホーム内はバリアフリー設計で各箇所に手摺りを設置。居室・トイレ・浴室の扉の色分け判別しやすいようにしている。その人の力に応じた行動を見守り、安全に過ごせるように工夫している。		

目標達成計画

事業所名 グループホーム べつかり海の家

作成日：平成 26年 1月 27日

市町村受理日：平成 26年 1月 30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	介護計画は基本的に6ヶ月の期間で見直し、電話や来訪時に家族の意向を確認し「介護計画・モニタリング表」を基に作成するが、日々の介護記録は介護計画に連動した記録として充分とはいえない。	短期目標に対して介護内容の変化などを記録することで、さらに介護計画の見直しに繋がるような記録になるよう工夫する。	介護記録用紙に短期目標に位置付けて、目標の達成の有無がわかるようにする。	6ヶ月
2	35	地域を含めた緊急連絡網を作成しているが、災害時の役割分担は特に決めていない。又、事業所内での災害時の対応や災害備蓄品類も充分とはいえない。	運営推進会議内で非難時の住民の役割を確認し協力が得られるような体制を作っていく。又、事業所内でも災害時のケア別の対応を話し合い、安全確認と各種の災害を想定した災害備蓄品の整備を実現する。	運営推進会議において災害時に関するテーマを決め話し合う。又、事業所内の会議においても各種の災害を想定した対応に関して話し合い、災害備蓄品類は準備に取り掛かる。	6ヶ月
3	4	運営推進会議は過去家族の参加は1回のみで、その後時々会議案内は送付しているも、毎回ではない。又、議事録の送付も行われていない。	運営推進会議内は毎回テーマを設定し全家族に会議案内と議事録を送付し、家族の意見が懷疑に反映できるような取り組みを目指したい。又、議事録は会議の流れや意見・情報交換などが充実しているものになりたい。	2ヶ月に1回の運営推進会議はその月の状況等に応じてテーマを決め、家族の意見など反映した会議内容に取り組む。又、議事録は毎回作成し推進委員や家族に送付する。	6ヶ月
4	30	受診内容の詳細を受診記録や連絡ノートに記録しているが、各個人の受診経過がきちんと把握されていない面がある。	個人受診記録を整理し受診経過や受診時の内容、現病状(症状)をきちんと把握することができるようにする。	今迄受診記録の他に受診内容を連絡ノートに個人別にせず時系列で記入していたが、個別的に受診記録ノートを作成し、今までの経過と合わせて一本化する。	6ヶ月
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。