

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

Table with 4 rows: 事業所番号 (0170401772), 法人名 (日本体育施設株式会社), 事業所名 (グループホームやまのて), 所在地 (札幌市西区山の手6条7丁目2-17), and 自己評価作成日 (平成27年1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)】

Empty table box for business-specific points.

※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。

Table with 1 row: 基本情報リンク先URL (http://www.kaigokensaku.jp/01/index.php?action=kouhyou\_detail\_2014\_022\_kani=tr ue&JigvosyoCd=0170401772-00&PrefCd=01&VersionCd=022)

【評価機関概要(評価機関記入)】

Table with 3 rows: 評価機関名 (特定非営利活動法人 福祉サービス評価機構Kネット), 所在地 (札幌市中央区南6条西11丁目1284番地4 高砂サニーハイツ401号室), 訪問調査日 (平成27年2月25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)】

Empty table box for external evaluation points.

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

Main evaluation table with 4 columns: 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). Rows 56-62 contain specific evaluation items.

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   | 申し送りやカンファレンスの際に確認し、共有している。「介護理念」や「介護方針」はカードにして常時携帯している。毎朝、理念や介護方針を読み上げている。               |      |                   |
| 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   | 町内会に入っている。「やまのてだより」を隔月で町内会にも配布している。運営推進会議のメンバーや防災協力員にも参加して頂いている。地域の祭り等に参加している。           |      |                   |
| 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   | 「やまのてだより」に『認知症について』と題した欄を設けて、認知症の理解を深めてもらうように、また、相談事があれば連絡を頂くようにと案内している。                 |      |                   |
| 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                                      | 運営推進会議は2ヶ月ごとに開催し、近況報告や行事の内容等の報告を行っている。また、メンバーの方々からの情報やアドバイスを頂き、ホームの運営に役立てている。            |      |                   |
| 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   | 運営規定の変更などを行う際に、事前に相談している。  |      |                   |
| 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 | 夜間は防犯上内側からカギを掛けている。「身体拘束マニュアル」を作成し、緊急時には家族と職員がよく話し合ってから実施する事になっている。「身体拘束の弊害」など玄関に掲示している。 |      |                   |
| 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                                       | 身体的な虐待は行っていないが、言葉の使い方については職員同士で気をつけている。外部研修にも参加し、結果を全体会議などで報告している。                       |      |                   |

| 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 |
| 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    | 現在利用している利用者はない。必要な方には案内する。  |      |                   |
| 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                         | 管理者が行っている。  |      |                   |
| 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                      | 運営推進会議のメンバーに家族代表も参加している。新しい規約などは、家族に了解を得てから決定している。また、家族が面会や行事等に参加した際に話をする機会を設けている。        |      |                   |
| 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                                      | 毎月、全体会議と運営会議を行っている。職員から出された意見や提案は、反映するように努力している。  |      |                   |
| 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      | 当ホームの開設者は株式会社なので、保険や労務関係の規約は安心している。また、「キャリアパス」では資格取得のための制度も設けている。                         |      |                   |
| 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         | 「キャリアパス制度」を設けて、その中に研修制度を明確に文書で規定した。出来るだけ多くの職員が研修に参加出来るように調整を行っている。研修レポートで、研修内容を全員が共有している。 |      |                   |
| 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 | 職員同士だけでの交流はないので、少しずつでも機会を増やしたい。行事の際に近所の事業所との相互の訪問を行っている。                                  |      |                   |

| 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 |
| <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 | 入居前に本人と面談し、「センター方式」をゆっくりと思い出しながら記入してから提出してもらっている。                                   |      |                   |
| 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            | 入居前に家族と複数回面談し、「センター方式」をゆっくりと思い出しながら記入してから提出してもらっている。                                |      |                   |
| 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        | 初回の相談時には、相手の立場になって対応するよう心がけている。他の施設やサービスの案内もしている。                                   |      |                   |
| 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                           | 昔からの習慣や年次行事の方法などを聞いたり、季節の料理や住み慣れた地域での生活様式を聞いたり又は取り入れたりしている。                         |      |                   |
| 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            | ホームで生活していても、第一の介護者は家族なのだ伝えている。ホームの職員は、共に生活していても、家族の支えが必要であると伝えている。                  |      |                   |
| 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                        | ご家族などと外出や外泊する場合は、生活上の注意点を伝え確認し合っている。友人や知人の来訪も歓迎している。本人の希望する馴染みの店に買い物に行く事もある。        |      |                   |
| 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にご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                   | 気の合う同士で居室を訪問したり、他の人が出来ない事を助けてあげたりしている。各個人の性格やクセは職員同士で把握できているので、見守っていたり、時には介入する事もある。 |      |                   |

| 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<br>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                    | 退居時には、生活上の注意点(食事、服薬、排泄、その他)について、文書にして伝えるが、その後も分からない事や困った事があれば、相談に対処している。        |      |                   |
| <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   | 職員は、コミュニケーションを取りながら、本人の希望や思いを聞いて、援助に役立てている。                                     |      |                   |
| 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                                       | 入居時に分からなくても、ケース記録に記載された内容を次回のアセスメント票に記入していくと、繋がりが見えてくる。                         |      |                   |
| 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   | 毎日の申し送りや、月毎のカンファレンスの際に確認している。各人の生活リズムに合わせて、出来る事、出来そうな事は自分でやってもらうようにしている。        |      |                   |
| 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 | 毎月のカンファレンスなどで出された課題については、「生活援助計画書」等を使って、家族、医療機関、職員など関係者の協力で解決している。              |      |                   |
| 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                        | 「健康管理表」には、毎日の食事量、水分補給量、排泄状況、服薬確認などを、「ケース記録」には、1日の生活の様子やおしゃべりの内容等と職員の気づきを記録している。 |      |                   |
| 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               | 通院や買い物など、家族が同行できない場合などは、職員が行っている。必要なときは勤務シフトの変更もある。                             |      |                   |
| 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                         | 運営推進会議のメンバーには、地域の代表者や民生委員などがおり、地域の情報を共有できる。ホームの活用を地域の方にも提案している。                 |      |                   |
| 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                     | 協力医療機関があり、かかりつけ医が月に2回往診に訪れる。また、本人が入居前に利用していた病院を希望したら、家族か職員が同行して受診している。          |      |                   |

| 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 |
| 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                      | 訪問看護師が毎週定期に訪れている。24時間の連絡体制が出来ている。状態に変化が見られた方についてその都度相談し、アドバイスをしてもらっている。また、他の医療機関からの診療情報も共有できるよう図っている。                 |      |                   |
| 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。 | 入院時には、かかりつけ医からの診療情報の提供を貰いホームでの生活情報も提供している。退院時には、退院前カンファへ家族と同席し、医療情報の提供もいただいている。また、ホームで対応できる状態に回復してから退院できるように協力を仰いでいる。 |      |                   |
| 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 | 家族には、ホームで対応できる内容を伝えてある。医療連携を結んだ協力病院と訪問看護を利用できる。   |      |                   |
| 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   | 緊急時の対応マニュアルはあるが、定期的な訓練は月に1回行う。AEDを設置している。   |      |                   |
| 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   | 年に2回、避難訓練を行っている。町内会の方に協力員をお願いしている。非常時の体制も整ってきた。   |      |                   |
| <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  | 個人の尊厳を守ることは職員同士で確認している。   |      |                   |
| 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   | 個人の性格や生活歴に合わせた声かけをしている。上手く表現できない方には、日々の生活の中でヒントを得て対応している。家族の協力も必要になる。   |      |                   |
| 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                                   | その日の体調に合わせて、柔軟に対応している。食事や入浴や運動、または、外出なども本人の意思を優先している。   |      |                   |
| 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  | その日の服装は、本人が決めている。更衣が上手く出来ない方は、手伝っている。殆どの方は、訪問理美容を利用している。爪切りや髭剃りの支援も行う。  |      |                   |

| 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<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         | オカズの盛付けや、後片付けなど出来る方にはその都度お願いしている。自然食品を多く使っている。嚥下体操を行っている。食事は職員も同じテーブルで食べている。                                     |      |                   |
| 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              | 食事の量や水分量は管理表でチェックしている。個人ごとにご飯やオカズの量を変えている。食事のメニューは栄養士さんに依頼してチェックしてもらっている。  |      |                   |
| 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                       | 毎食後歯磨きの声掛けを行っている。入歯は手で洗うよう指示している。また、週2回洗浄液で殺菌消毒している。訪問歯科利用している。  |      |                   |
| 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       | 原則としてトイレでの排泄を支援しているが、身体能力の低下等で歩行困難な状態になった場合は、リハパンのほか、ポータブル便器の使用もある。必要な方には、排泄管理票でパターンを把握し、トイレの時間を声掛けするなどして管理している。 |      |                   |
| 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                       | 慢性の便秘症の方には、医師から下剤が処方されている。野菜を多く食べられるように工夫したり、水分補給は管理表で確認している。また、運動を促しながら、定期的な排便が出来るようにしている。                      |      |                   |
| 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てしまわずに、個々にそった支援をしている | 一人で入浴できる方は、一人で入浴している。入浴拒否がある方には、職員同士で協力しあい、入浴出来るようにしている。   |      |                   |
| 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                        | 出来るだけ夜間に寝て、昼間は起きてるように日中の活動に参加を促し、夕食後は穏やかに過ごせるように工夫している。必要な方には、医師の協力を得て、眠剤を使用する。                                  |      |                   |
| 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                   | 服薬管理表を用いて、服薬の確認をしている。薬局から出された処方箋で内容を確認している。状態に変化があれば、主治医に連絡し、指示を仰いでいる。   |      |                   |
| 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      | 掃除や食器の後片付けを一緒にしたり、趣味を生かした活動を行っている。年間行事も色々工夫して行っている。酒やタバコも可能である。  |      |                   |

| 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 |
| 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                     | 近くの公園に散歩に出かけたり、本人の希望する店に買物に行ったりする。花見や温泉などへの外出行事には家族も同行したりする。  |      |                   |
| 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  | 本人と家族の同意を得て、小額の現金を本人が持っているが、多額の現金は、ホームで管理している。買物をして、自分で支払いできる方も居る。                                  |      |                   |
| 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   | 電話や手紙のやり取りに制限はしていない。自分で出来ない方には、職員が代わりに番号を押してあげるなどしている。  |      |                   |
| 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 | 行事の写真を壁に貼ったり、お花を飾ったりしている。ホーム内は全て床暖房で、大型のエアコンも設備しており、また湿度も常時40%以上を保つようにしている。                         |      |                   |
| 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  | テレビの前のソファに座ってテレビを見たり、話をしたり、時には横になって居眠りをしている。仲の良い方同士で居室を訪問したりしている。                                   |      |                   |
| 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  | 暖房は、全館床暖房になっており、リビングには、大型のエアコンを設置している。昔から使い慣れた家具などを持ってきて使っている。仏壇を持ち込んでいる方も居る。                       |      |                   |
| 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  | トイレや廊下など各所にてすりを設置してある。トイレには「トイレ」「便所」と併記してある。居室の前に表札を貼っている方も居る。何か、失敗があったら、次の失敗が無いように職員同士で話し合い対応している。 |      |                   |