

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	0171200124		
法人名	株式会社 恵み野介護サービス		
事業所名	グループホームだんらん 1階		
所在地	恵庭市有明町1丁目8番8号		
自己評価作成日	平成28年9月11日	評価結果市町村受理日	平成28年11月4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_2015_022_kan=true&JigrosyoCd=0171200124-00&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28年10月13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)】

ホームの横に綺麗な川が流れ、春には渡り鳥が訪れ秋には鮭が遡上する等自然に恵まれ四季を感じられ、入居者様と毎年、楽しみに過ごしています。また、「ゆっくり」「いっしょに」「たのしく」をモットーに、入居者様に寄り添い・出来る事へ参加を大切に日々、元気な明るい職員と共に家事への参加・天気の良い日には周りの花々を見ながら散歩へ行き、近くの公園で近所の小さなお子様と触れ合いを持ち、入居者様の暮らしを豊かに・楽しく過ごして頂けるように支えています。また、ご家族との関係作りを大切に、2ヶ月に1回だんらん新聞を発行し、日常の様子を伝え面会時には、より詳しく様子を伝えるよう行っている。行事の際も、入居者様とご家族の絆を大切に一緒に過ごせる時間を作る工夫をしています。

【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)】

恵庭市内の幹線道路から近い閑静な住宅地の中にある2階建て2ユニットのグループホームで、1階には住宅サービス事業所も併設されている。目の前に小川が流れ、川沿いの遊歩道の緑も豊富である。近くにはスーパーやコンビニエンスストアもあり便利である。室内は広く明るい造りで、トイレや浴室が使いやすく造られ、エレベーターも設置されている。事務所から各部屋の入り口や共有空間が見渡せるようになっている。今年度、新しい管理者となったが、職員全員の連携が良く、職員は利用者になさしく話しかけ、利用者は穏やかに明るく過ごしている。利用者と一緒に地域の行事に参加したり、事業所の行事に地域の方を招いて交流することで、地域に根ざしたグループホームとなっている。また、市役所や地域包括支援センター職員が運営推進会議に参加し、市のグループホームネットワークの会でも市や他のグループホームとの連携体制を築いている。介護計画は、毎月のモニタリングと評価をもとに、担当者会議で職員の意見を集約してきめ細かく作成し、日々の記録も計画を意識した記録を行っている。外出支援の面では、日常的に散歩や買い物に出かけるほか、暖かい時期は毎月のように外出行事を行い、利用者の楽しみになっている。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№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、活き活きと働けている (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(1階)	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	会社理念、スタッフ理念を共有し利用者様が望む生活を送れるようチームで話し合いケアに繋げている	法人の理念と独自のスタッフ理念があり、その中の「住み慣れた地域の中で」という文言に地域密着型の意味を込めている。職員は理念を記したカードを携帯し、理解と共有に努めている。	
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	地元町内会に入会し、町内会長をはじめ回覧板を通し地域活動の情報を得たり夏祭り等ホームの行事に参加して頂いて、又、中学校から体験実習等、継続し交流を行っている	町内会に入会し、地域や神社の夏祭りに利用者も参加しており、事業所の夏祭りにも数十人の地域の方の参加がある。保育園児の来訪を受けたり、中学校の体験学習、話し相手や散歩のボランティアを受け入れている。	
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	運営推進会議時、ホームでの様子・取組・工夫等も報告し意見を頂いている。又、7月よりボランティアポイントという市の取り組みで地域の方がボランティアに來られ会話や散歩など一緒にいる。		
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ヶ月に1回会議を開催し、ホームでの現状・取組・工夫を説明・参加メンバーと意見交換を行い、意見や要望等を取り入れサービスの質の向上に繋げている。	会議は2ヶ月毎に開催され、市役所や地域包括支援センター、家族、法人関係者の参加を得て、防災や行事、熱中症、外部評価などのテーマで意見交換している。議事録や案内を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	運営推進会議や必要に応じて、グループホームネットワーク会議等に、市の担当者が参加して頂いたり利用者状況を毎月市の担当者に報告したり、協力関係を築いている	運営推進会議に市役所や地域包括支援センター職員の参加を得ている。市のグループホームネットワークの会にも参加し、市や他のグループホームと連携している。	
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	拘束委員会を設置したり、積極的に研修に参加し研修後は研修報告書を提出し閲覧できるようにしている。玄関の施錠も夜間以外行っていない。やむ得ずセンサー等を使用する場合は家族の理解と了承を得て承諾書を頂いている	身体拘束は行っておらず、禁止の対象となる具体的な行為を記したマニュアルを整備し、禁止事項を事務所に掲示している。玄関は日中は施錠せず自由に入出入りすることができ、ユニットから玄関への戸に鈴をつけ、出入りがわかるようにしている。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	年に1回必ず虐待防止の研修会に参加、報告会で全スタッフが身体的だけでなく精神的虐待について正しく理解できるようにし、日々虐待がないかを確認している		

グループホーム だんらん

自己評価	外部評価	項目	自己評価(1階)	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	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つようになっているが、新しい職員の勉強の機会が持てていない。ご家族さんには契約時に説明やアドバイスを行っている。		
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	契約時、解約時、改定等の際は細かい点まで説明を行い、ご家族様に確認しながら理解・納得を図っている		
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	ご家族様には訪問時等に問い掛けたり会話の中で出された意見や要望は、ミーティング等で話し合い反映させている	家族の来訪は多く、来訪時や運営推進会議の際に意見を聞いている。家族とのやり取りを面談記録に記載し共有している。2か月毎に「だんらんだより」を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	スタッフ会議や全体会議で職員の意見や提案を伺い反映させている	月1回の社内会議とスタッフ会議で活発に意見交換している。職員と管理者は随時の面談を行っており、社内の懇親会や忘年会もあり、働きやすい職場づくりを進めている。行事や新聞、身体拘束廃止などの係や委員を分担している。	
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	職員のやりがい等、向上心を持てる職場環境、条件について具体的な配慮や工夫できるように努めているが、スタッフの人数不足が続いており、ままならない状態		
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	事業所外で開催される研修会に多くの職員が参加し研修報告は会議等で発表し伝達に努めている		
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	GHネットワーク協議会があり、そこで勉強会やレクリエーションを行い、サービスの質の向上をさせる取り組み等を行っている		

自己評価	外部評価	項目		外部評価(事業所全体)	
		自己評価(1階)	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	サービスの利用について相談がある場合必ず本人と面談し、心身の状態や本人の思いに向き合い、スタッフが本人に受け入れてもらえる様な関係作りを行っている		
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、ご家族様にホームの見学をしてもらったり何度も面談を行い不安点・要望等を聞くように努めている		
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	サービス使用の前に生活状況の確認や、日常生活の様子を聞く等情報を提供してもらい、必要とする支援を提供出来る様努めている		
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	利用者様が主役である事を忘れず、スタッフとご本人それぞれが認め、協力し尊重し合える関係作りを意識している		
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	面会時にはご家族様に日々の暮らしの様子、変化がないか細かくお伝えし、そこから気づいた事を日々のケアに生かす事で、関係が途切れないようにしている		
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	ご本人に希望を聞き可能な限り周囲と連携し、行きたい場所や、会いたい人と会えるよう支援している	5名ほどの利用者に知人や友人が来訪している。家族と一緒に墓参りや美容室に出かける方もいる。車で昔住んでいた場所の近くを通ったり、島松の認知症カフェ、近くのスーパーなど、馴染みの場所への外出を支援している。	
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	利用者様の思いや個性を尊重しながら、一緒に楽しく協力しあえるよう調整となって、声掛けや雰囲気づくりを行っている		

自己評価	外部評価	項目	自己評価(1階)	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	長期入院や他施設に入所され契約が終了しても、面会に行ったりして相談や支援に努めている		
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	1人1人の思い、希望を出来るだけ把握するように努め、プランに活かしている	思いや意向を表出できる方は半分ほどで、難しい方は表情やしぐさから意向を把握している。基本情報とセンター方式のアセスメントシートを作成しているが、情報の追加や更新は十分といえない。	センター方式のアセスメントシートについて、新たに得られた情報を追記したり、定期的に変更を行うなど、充実を期待したい。
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	プライバシーに配慮し、センター方式のツールを使用しながら、ご本人・ご家族に聞き生活歴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	利用者様、一人ひとりを、しっかりと観察し又、生活介護記録や申し送り等の情報により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	課題やケアのあり方について、スタッフ会議で検討し家族との話し合いの機会を持ちながら計画作成を行っている。	介護計画は3ヵ月毎に見直し作成している。毎月のモニタリングと評価をもとに、担当者会議で職員の意見を集約し、次の計画を作成している。日々の記録はプラン番号を記載しながら計画を意識して記録している。	
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	介護記録に沿った記録を個別に記載し、記録を読み伝える等の方法で共有化し、実践や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	ご本人やご家族様の状況に応じて、通院・送迎等の移送サービス支援を行っている。本人・家族の要望によっては個別支援等、要望に沿ったサービスを行っている。		
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	利用者様の希望に沿って、地域でのイベントや外食レク等、本人が楽しめるよう支援している、		
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、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	殆どの利用者様は協力医療機関を利用しているが、ご本人・ご家族様の希望に沿って、他のかかりつけ医師への受診の支援も行っている。家族同行の場合もあるが状況に応じてスタッフが対応している。	2名の方が往診を受け、その他は協力医療機関や個々のかかりつけ医で受診しており、定期受診は事業所で通院を支援している。受診記録を作成し必要に応じて家族に報告している。	

グループホーム だんらん

自己評価	外部評価	項目	自己評価(1階)	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	体調や些細な表情の変化を見逃さないよう、早期発見に取り組んでいる。変化があれば、訪問看護へ電話し、適切な指示を受けている。		
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。	入院時には、利用者様の支援に関する情報を医療機関に提出している。病院関係・ご家族との情報交換し早期退院に繋げられるよう努めている。		
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	重度化に伴う意思確認書を作成し、ご本人・ご家族と十分に話し合い、方針を共有し医療機関とも連携しながら取り組んでいる。又、本人・家族の意向に沿っては看取りの受け入れもを行っている。	利用開始時に「医療連携、重度化に関する指針」に沿って、事業所では対応可能な範囲を説明し、署名捺印を得ている。過去に3名の看取りを経験しており、今後も事業所で可能な範囲の支援を行う方針である。	
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	消防署の協力を得て、救命手当てや救命の研修会を実施しており、全職員が対応出来るようにしている。		
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	消防防衛会などで年2回、避難訓練を実施している。又、患庭のグループホーム合同での避難訓練も実施している。会議の中でも、話し合いをしている。	年2回、消防署や地域の協力を得て昼夜を想定した避難訓練を実施しており、救急救命訓練も定期的に受講している。災害時に必要な備品も準備されている。風水害や地震のマニュアルを用意し、話し合いを行っている。	

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	援助の際には、ご本人の気持ちを大切に羞恥心にも気を配り、安心して頂ける言葉掛けをするように努めている。	新人研修や外部研修で接遇について学んでいる。職員の言葉かけは優しく、明るい雰囲気である。個人記録類は保管場所を決め、取り扱いに留意している。	
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	一人ひとりの状態に合わせて、ご本人が自己決定できやすいように働きかけている。		
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	利用者様のペースを大切にし、それに合わせて対応している。重度になると介護量が増え、ご本人の意思確認も困難となる為、入浴時は職員側で決定する事もある。		
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	利用者様、一人ひとりにその人らしい身だしなみが出来る様に支援している。		

グループホーム だんらん

自己評価	外部評価	項目	自己評価(1階)	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	利用者様の好みや食べやすい物を考慮し、メニューを決めるようにしている。又、利用者様と職員が同じテーブルで、会話しながら楽しく食事が出来る様に雰囲気作りを心掛けている。	2ユニット統一の献立であるが、週2日はユニット独自のメニューを提供している。季節に応じた食材や行事食、レストランでの外食、お弁当など、食事を工夫している。利用者は調理や後片付けの役割を担っている。	
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	食事量も個々に合わせ確認しており、ご本人の好きなものや食べやすい物を出すようにしている。水分量も把握しながら、とれやすい様に工夫し支援している。		
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	食後、自分で出来る方は声掛け・見守りし、出来ない方は介助し口腔ケアに努め嚥下状態による誤嚥防止に努めている。		
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	排泄チェック表を使用し、個々の排泄パターンを把握し、時間や表情・動作を見ながら排泄出来る様に支援している。又、紙パンツ・パット類など、その方に合わせて検討している。	全員の排泄チェックを実施している。排泄誘導は、一人ひとりのタイミングや状況に応じて声かけを行い、他者に気づかれないよう配慮している。夜間、重度化の方は、ベッド上で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	排泄パターンを記録し、十分な水分補給や毎日の体操・歩行運動に誘い、腸の働きが良くなる様支援している。水分量が少ない方には、水寒天を提供するなど工夫している。		
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	利用者様の希望を確認し、無理強いせず入浴して頂いている。入浴中もコミュニケーションを取り、楽しい会話等しながら、ゆっくりと入浴して頂ける様に工夫している。又、浴槽の出入りに安心感を持ってもらえるよう支援している。	入浴日は決めず、利用者の希望に沿って週に2回の入浴を支援し、同性介助が可能な体制である。現在、入浴を拒否する利用者はいない。湯加減や入浴順、湯道具など、本人の意向に合わせている。	
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	一人ひとりの体調や希望などを考慮しながら出来るだけ日中の活動を促し、生活リズムを整えるよう支援している。安心して気持ち良く眠れるように室温や寝具等に気を配っている。		
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	利用者様の薬の処方・効能・副作用の説明をファイルに保管し、全職員が理解し支援出来る様に徹底している。		
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	一人ひとりの力に応じて、出来そうな仕事や希望に沿って、外出・外食など喜びや楽しみを感じてもらえるよう支援している。		

グループホーム だんらん

自己評価	外部評価	項目	自己評価(1階)	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	利用者様が外出しようとする様子を察知した時は、さりげなく声をかけたり、一緒に外へ行ったりと安全面に配慮している。又、近所を散歩したり買い物に行ったりする事で近所の方やお店の方との交流出来る様に支援している。	近くの遊歩道や公園が散歩コースであり、冬場も積極的に外気に触れている。週に一度の食材の買い出しや年間行事の買い物ツアー以外に、その都度、本人の希望の買い物に対応している。暖かい時期は毎月、外食に出かけている。	
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	金銭管理が困難な方は、スタッフがお預かりし、その方の希望・力量に応じて、所持頂いたり買い物出来る様に支援している。		
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	スタッフルーム設置の電話は希望時に利用でき、ご家族にもその事を、お伝えし電話でもお話出来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	認知症高齢者は刺激に弱い事を学習にて取得し出来るだけ刺激を取り除く環境作りを工夫している。行事や日常生活などの作品を貼ったり季節感を感じてもらい、思い出しながら楽しんでもらえるよう支援している。	居間の窓から周辺の自然の景色が目に入り、全体的に明るい造りである。椅子やテーブルの配置を工夫し、利用者が安心して寛げるようにしている。季節を感じさせる写真や絵画、利用者の作品を掲示している。廊下に一休みできるソファを配置している。	
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	空間作りの大切さを学びながら、その時の利用者様に合った居場所の工夫を模様替えしながら行っている。		
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	入居前に本人の馴染みの物への説明を行い、ご家族や本人と話しながら、居心地の良い環境作りの支援を行っている。	居室の入り口に氏名や花飾りなどを工夫し、自室が分かるようにしている。仏壇、テレビ、馴染みの家具などが持ち込まれている。家族写真を飾ったり、お気に入りの球団のカレンダーを掲示するなどしている。	
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	ご本人の出来る事、出来そうな事は声掛けし、職員で声掛けの仕方や援助方法等、話し合い情報交換し少しでも自力で行える事が増えるよう工夫している。		

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	0171200124		
法人名	株式会社 恵み野介護サービス		
事業所名	グループホームだんらん 2階		
所在地	恵庭市有明町1丁目8番8号		
自己評価作成日	平成28年9月11日	評価結果市町村受理日	平成28年11月4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_2015_022_kan=true&JigrosyoCd=0171200124-00&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)】

ホームの横に綺麗な川が流れ、春には渡り鳥が訪れ秋には鮭が遡上する等自然に恵まれ四季を感じられ、入居者様と毎年、楽しみに過ごしています。また、「ゆっくり」「いっしょに」「たのしく」をモットーに、入居者様に寄り添い・出来る事へ参加を大切に日々、元気な明るい職員と共に家事への参加・天気の良い日には周りの花々を見ながら散歩へ行き、近くの公園で近所のお子様と触れ合いを持ち、入居者様の暮らしを豊かに・楽しく過ごして頂けるように支えています。また、ご家族との関係作りを大切に、2ヶ月に1回だんらん新聞を発行し、日常の様子を伝え面会時には、より詳しく様子を伝えるよう行っている。行事の際も、入居者様とご家族の絆を大切に一緒に過ごせる時間を作る工夫をしています。

【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10月13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(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、活き活きと働けている (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せている (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(2階)	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	会議等で理念を共有し、振り返りを行っているが新しい職員が増え、実践へ繋げる為に努力している。		
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	散歩や行事等、地域の方と交流を図っている。また、町内会で行う行事にも出来るだけ参加し交流をもてるように行っている。		
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	運営推進会議でホームも様子や取り組み等を報告し意見を頂いている。地域の方への発信が不十分。		
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	運営推進会議ではサービスの実際・評価への取り組み等を報告し意見を頂いている。意見など受けサービス向上に活かしている。		
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取り組んでいる	運営推進会議やGHネットワーク会議で市の担当者が参加して頂いている。又、ホーム行事等で協力関係を築く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	身体拘束について、常日頃からスタッフ間で話し合いを持っている。やむを得ずセンサー設置する際には、御家族様に説明し承諾書を頂いている。常にモニタリング・評価しセンサー等必要の有無を話し合っている。		
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	虐待防止の研修会に参加し学ぶ機会を持っている。研修会に参加した職員からの伝達や日頃から虐待を見過ごしてないか注意し話し合いを持っている。		

グループホーム だんらん

自己評価	外部評価	項目	自己評価(2階)	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	研修会に参加する機会は持っていたが、新しい職員の研修参加が出来てない。活用でき支援に繋げられるよう学ぶ機会を作る。		
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	契約時等、利用者様や家族の不安に耳を傾け、話しやすい雰囲気を作れるように説明を行っている。理解・納得を図れるよう行っている。		
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	家族面会時には声をかけ、意見・要望を聞くように心がけている。また、運営推進会議やスタッフ会議等で話し合いを持ち反映させている。		
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	日頃から職員の意見・提案を聞く機会を設けている。ミーティング時・スタッフ会議で話し合い反映させている。		
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	日々、勤務状況を把握し労働時間・やりがい等を含め努力しているが、人手不足もあり行事・緊急時など残ってもらう事がある。常に職場環境・条件の整備に努め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	職員に研修の参加を促し、研修後には会議で伝達講習を実施している。研修報告を全員が読み、把握する事でスキルアップに繋げている。		
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	市内のGHネットワーク会議に約月1回参加している。またネットワークの勉強会や活動に積極的に参加し交流をもち情報交換する事でサービスの質の向上に向けて取り組んでいる。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価(2階)		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	ご本人の要望や困っている事はないか、意向を伺い、心身の状態をアセスメントしている。ホームで安心して過ごせるよう傾聴し寄り添うよう努めている。			
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	ご家族様の要望や不安な事・困ってる事、これまでのご本人の生活や暮らし等を伺い、どのように支援していけるのかを話し合い、意向に沿えるよう努めている。			
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	ご本人や家族様の思いや状況を理解しニーズを把握した上で必要としている支援を見極め、対応に努めている。			
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	職員は、ご本人と一緒に家事や作業をしたりレクや散歩等の余暇活動の楽しみを、その方の暮らしのパートナーとしての関係を築くようにしている。			
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	御家族様の面会時にはご本人の様子を伝え、外出時や受診に付き添って頂いたり、ホームの行事に参加して頂いたり、共にご本人を支える関係を築くように努めている。			
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	馴染みの方は、家族や親類の方が殆どだが、馴染みの美容室を定期的にご利用されたり長年、暮らしてきた自宅に外出・外泊される方もいる。ご家族との関係が途切れないよう誕生会や行事のお誘いをしている。			
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	職員も一緒に作業や活動をしなが、声をかけあう事で互いに馴染みの関係になり交流されている。社交的ではない方・発語が少ない方には職員が間に入り、少しでも交流できる雰囲気作りに努めている。			

グループホーム だんらん

自己評価	外部評価	項目	自己評価(2階)	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	積極的なフォローや相談は特にしていないが、御家族様から電話連絡・来訪されたり、お話があった場合には応じている。		
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	支援するにはご本人に確認してから行うようにしている。又、ご本人やご家族から話を聞き、どのように支援を行っていくか検討し希望・意向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	具体的にわからない生活歴・生活環境などは会話の中でご本人に聞いたり、ご家族に情報を頂いき、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	生活の様子を記録に残し出来る事に参加して頂けるように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	毎月スタッフ会議を行い、相談しながら計画とモニタリングを行っている。又、担当者がご本人・ご家族の意向を確認し、現状に即した介護計画の作成に努めている。		
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	毎日の記録や気づきを元に、管理者・主任が中心となり日々、話し合ったり会議にて介護計画の見直しを行っている。		
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	利用者様の必要に応じ福祉用具の販売やリース等を行っている。他、受診時の移送サービス支援もしている。		
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	地域との交流は少ないが、散歩時や近くの公園に行つた際に子供との交流や挨拶を交したり、庭の草花を見せていただく等、楽しむことができるよう支援している。		
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、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	希望に沿った、それぞれのかかりつけ病院へ受診している。また、緊急時など都度、ご本人・家族さんに相談しながら支援している。週1回の訪問看護師とも連携取りながら適切な医療を受けられるよう支援している。		

グループホーム だんらん

自己評価	外部評価	項目	自己評価(2階)	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	職員は日々、健康チェックを行い早期発見に努めている。状態の変化があった時には訪問看護師に報告・相談し適切な受診や看護を受け支援している。		
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。	入院時には看護添書を提出し、ご本人の状態について情報提供している。また、早期に退院出来る様、情報交換に努めている。事前に、状態が悪化した場合について医療関係者に相談し関係作りを努めている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化した利用者様のご家族に終末期の医療方針やケアについて、管理者・ケアマネが説明し話し合いの場を設けている。病院・訪問看護と連携し、本人・ご家族の希望・同意を得ながら早い段階から支援に取り組んでいる。		
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	緊急時の対応については、マニュアルがあり確認しているが、定期的な訓練や学びの機会がない。職員の介護経験のばらつきもあり、実践力は十分とはいえない。		
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	年に2回、想定を変えて避難訓練を実施している。運営推進会議で地域の方や町内会に呼びかけしているが不十分。地域での協力体制作りが今後の課題。		

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	プライバシーに配慮しながら、本人の気持ちに寄り添い一人ひとりに合った声掛けや対応をするように心がけて対応している。		
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	日々の生活の中、ご本人の希望や思いを確認し、状態に合わせて自己決定しやすいように働きかけている。		
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	利用者様のペースを大切に希望に沿って支援できるよう努めているが十分とはいえない。		
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	個々の好みなどを把握し、その人らしさを大切に身だしなみが保てるよう支援している。		

グループホーム だんらん

自己評価	外部評価	項目	自己評価(2階)		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	利用者様の好き嫌いを考慮し、好みのものを提供出来る様に工夫し楽しみをもてるように、それぞれの能力に合わせ職員と一緒に食事準備・片付けの参加をしている。			
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	個々の食事状態を観察し、その方に合わせた食事量・栄養バランスを考え提供している。水分が摂りづらい方は、水分チェックし好みの物を取り入れ工夫している。			
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、声掛け誘導し行っている。嫌がる方などタイミングや工夫しながら清潔の保持に努めている。			
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	排泄チェック表を使用し間隔を確認しながら声掛け誘導を行っている。また、その方の動き・表情の変化に留意し支援している。			
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	体操や歩行運動を取り入れ適度な運動を実施している。また、水分を促し、ヨーグルトなど乳製品を取り入れ予防に取り組んでいる。			
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	入居者様の希望に沿って支援している。希望を伝えられない方に対しては、その日の体調を確認し、無理強いのないよう気をつけ支援している。			
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	一人ひとりの表情・体調の変化に留意し休息して頂いている。また、安心して気持ちよく眠れるよう、心配・不安の訴えがあった時には耳を傾け寄り添い工夫しながら支援している。			
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	個々の薬の説明ファイルを活用し全職員に対し注意事項は別途で張り出したり周知出来る様に工夫し支援している。追加・変更があった場合は、記録に残し確認に努めている。			
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	一人ひとりの力を活かし、料理の参加や台所の片付けの支援を行っている。また、散歩・買い物などの気分転換出来る様に支援している。			

グループホーム だんらん

自己評価	外部評価	項目	自己評価(2階)		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	一人ひとりの希望や、利用者様の行動を察知し外へ出掛けられるように支援している。日常の会話から行って見たい場所を聞き、計画をたて、ご家族様の協力を得ながら出掛けられ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	希望・力に応じ、ご本人・ご家族に同意を得てお金を所持して頂いている。また、一人ひとりの希望に沿って欲しいものを職員と一緒に購入出来る様に支援している。			
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	利用できる方は、家族からの電話があった時には取り次いだり、希望に沿って支援している。困難な方については職員が代行しご家族にお伝えし支援している。			
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	・食堂は季節に合わせた飾りを、利用者様と一緒に作り、利用者様に見て頂きながら飾りつけを行っている。 ・利用者様と話す時は声のトーンを意識し、また、物音等には気を配り支援している。 ・気温の変化に注意し掛け物など配慮し支援している。			
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	気の合った利用者様同士、自室で写真を見て会話されている。また、安心出来る居場所を大切に職員間、情報を共有し環境を整える工夫をして支援している。			
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	利用者様が作った展示物であったり、趣味の物など、今まで大切にしていた物を活かして安心して生活出来るよう、ご本人・ご家族さんと相談しながら支援している。			
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	場所など、わかり易いように工夫したり、出来る事を声掛け・見守りし残存機能を維持しながら自立支援に努めている。			

目標達成計画

事業所名 グループホーム だんらん

作成日：平成 28年 10月 30日

市町村受理日：平成 28年 11月 4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	23	<思いや意向の把握> センター方式のアセスメントシートについて新たに得られた情報を追記したり定期的に更新を行うなど、充実を期待したい。	全利用者のアセスメントシートを見直し、新しい情報の追記や更新を行えるようにする。	1、ご本人、御家族様に確認のうえ支援のあり方について、3ヶ月毎見直しを図り、職員間の情報を共有する。 2、センター方式のアセスメントシートについて変更(追記・日付等)があった場合、赤ペン等で記載し、全員がサービス内容の変更が分かるようにすると共にカンファレンス時、再度変更の確認を行う。	1年間
2					
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。