

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	0170400832		
法人名	有限会社 エヌ・ジェイ・エヌ共生		
事業所名	グループホーム蔵 発寒 せせらぎ館		
所在地	札幌市西区発寒2条2丁目3番20号		
自己評価作成日	令和1年11月1日	評価結果市町村受理日	令和1年12月13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.mhlw.go.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=0170400832-00&ServiceCd=320&Type=search
-------------	---

【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	令和1年12月2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)】

私たちグループホームが力を入れている点はホームにこもることなく、できるだけ外へ出ることです。思いついたら、車いすの方でもすぐに出かけられる行動力があります。また、地域との交流も定着して、老人クラブの定例会には毎月5〜6名参加し、散歩しているといつも地域の方から声をかけられます。子供110番や、「発寒の子供を見守る会」に登録して地域貢献を心がけています。さらに、利用者同士の仲間意識があり、和があることです。「和」を保つために、職員は個別支援と同時に利用者同士の関係性の構築のための支援も行っています。「笑い」が免疫力を高めると言われていますが、各ユニットはいつも笑顔や笑い声が絶えず、風邪等の罹患率も低くしようと努めております。

【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)】

地下鉄駅から徒歩10分ほどの住宅地にある2階建て2ユニットのグループホームである。共用空間は明るく家庭的で、壁には利用者の貼り絵作品、行事での写真、季節の装飾などが飾られている。雑誌や遊び道具が置かれ、活動意欲を引き出すようにしている。地域との関係では、5〜6名の利用者が月1回、町内の老人クラブに参加し、昼食やゲームを楽しんでいる。また、保育園児やボランティアの方が事業所を訪れ、利用者とは交流している。運営推進会議は、参加メンバー、会議テーマとも充実し、中身の濃い会議が開催されている。ケアマネジメントの面では、利用者の思いや意向を把握するため、利用開始時にセンター方式のアセスメントシートを作成するとともに、定期的にカンファレンスシートを作成して、利用者の情報を詳しく把握している。医療への受診支援は、往診体制や看護師による通院同行支援などが整っている。食事の面では、彩りの良い、家庭的な食事が提供されており、また、月に1回、利用者が献立作り、買い物、下ごしらえなどを手伝う日を設けている。外出支援の面では、暖かい時期は日常的に散歩を行うとともに、外出行事を企画し、花見や紅葉見学、外食など様々な行き先に出かけている。快適な環境と行き届いたサービスのもと、利用者が楽しく安心して生活できるグループホームである。

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(せせらぎ館)	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	毎週、月曜日の申し送りの際、スタッフ全員で唱和している。また、目が届く所に掲げている。	法人の理念と事業所独自の理念があり、どちらにも地域との関係を重視する文言を入れ、地域密着型サービスの意義を踏まえたものとしている。理念は共用部分や事務所に掲示し、月曜日に唱和して職員全員で共有している。	
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	毎月一回、老人クラブの定例会に出席したり、町内の新年会にも利用者、スタッフが参加している。	5～6名の利用者が月1回、町内会館の老人クラブの会合に参加し、昼食やゲームを楽しんでいる。年2回、保育園児が事業所に来て歌や体操を披露し、利用者と交流している。2か月に1回、歌や楽器のボランティアの来訪もある。	
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	運営推進会議を通して、認知症への理解や、総合避難訓練に地域の方も参加してもらい、認知症への理解や支援をしてもらっている。		
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	年6回の会議では、利用者の現状、最近の様子などを報告している。	会議は2か月ごとに開催され、地域包括支援センター、まちづくりセンター、町内会長、民生委員、家族、利用者などの参加を得て、防災や認知症ケア、働き方改革など多岐のテーマで意見交換している。議事録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	札幌市管理者会議に出席したり、運営推進会議の中で、地域包括センターの方や、区役所の生活保護課の方と連携をしている。	運営推進会議に地域包括支援センター職員やまちづくりセンター職員などの参加があり情報提供を受けている。地域住民を対象とした認知症サポーター養成講座や、地域の子供を守る活動に協力している。	
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	夜間以外は玄関に施錠せず、出入りが自由な状態にしている。やむを得ず、拘束をしなければならない時は、毎月身体拘束廃止委員会において、現状を見直し、記録に残し、スタッフ間で共有できるようにしている。	身体拘束の禁止行為を記したマニュアルを用意し、年2回程度の勉強会と、外部研修を受講した職員による報告会を行っている。身体拘束廃止委員会では毎月開催している。玄関は夜間のみ施錠しているが、日中は自由に出入りができる。利用者の出入りはセンサー音や、戸の開閉時のチャイム音で分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	外部、内部の研修に参加し、スタッフ間で共有している。また、毎月の身体拘束廃止委員会で検討する事により、常に意識出来るようにしている。スピーチロックについても、検討し注意し合っている。		

グループホーム蔵 発寒

自己評価	外部評価	項目	自己評価(せせらぎ館)	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	夜間以外は玄関に施錠せず、出入りが自由な状態にしている。やむを得ず、拘束をしなければならない時は、毎月身体拘束廃止委員会において、現状を見直し、記録に残し、スタッフ間で共有できるようにしている。		
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	入居時の契約の際、代表より丁寧に説明し、理解、納得をしてもらっている。		
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	家族会や日頃の来訪時などに、意見や要望を聞くことにしている。	年1回、家族会を開催し、半分ほどの家族が参加している。家族の意見は概ね来訪時に聞き取り、得られた意見を「ファミリーブック」で共有している。また「家族通信」を毎月作成し、利用者の状況を家族に詳しく知らせている。	
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	年度初めの事業計画の見直しの時や、毎月の代表、管理者が出席する会議に、主任副主任も出席して、行事や日々の運営に対して、意見交換をし反映させている。	月2回のユニットごとのカンファレンスで、運営に関することも意見交換している。定期的な個人面談はないが、管理者や代表者は必要に応じて職員と話し合っている。各職員は研修や行事、親睦会、防災などの係を分担し、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	スタッフが快適に休憩を取れるよう、腰かけ椅子にしたり、喫煙者のマナーを徹底している。急な早退で毎月の皆勤手当が消滅しないよう、ケースバイケースで対応している。		
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	内部、外部研修をスタッフ全員が受けられるよう配慮し、初任者研修、実務者研修、介護福祉士、ケアマネなどの資格取得に関しても支援している。		
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	西区グループホーム管理者連絡会に出席し、お互いに情報交換をしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価(せせらぎ館)	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	入居時に不安を取り除くため、家族に書いてもらったセンター方式を基に、会話や関りを多く持ち、要望や意向を引き出しやすいようにしている。		
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	契約する段階で、不安、要望などを聞き取り、サービスに反映させるように努力している。また、入居後、家族の来訪時に利用者の近況を伝え、信頼関係を築くようにしている。		
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	基本情報、診療情報、家族の記入したセンター方式の情報をスタッフ間で共有し、サービスの提供に努めている。		
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	本人の出来るお手伝いをしてもらったり、他の利用者さんの簡単なお世話をしてもらっている。		
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	家族の来訪時には、居室で家族と一緒に時間を過ごしてもらったり、家族には施設で過ごされている様子を伝えている。		
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	昔、通っていた市場へ訪ねて行ったりして、懐かしんでいただいている。	4名ほどの利用者に友人や宗教関係の知人が来訪している。手紙や電話の利用の継続も支援している。老人クラブへの参加で地域住民と馴染みの関係を築いている方や、行きつけの美容室に職員同行のもと通う方もいる。	
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	ほぼ毎日のように、みんなで体操、レクリエーション、手作業を日課として、支えあい、楽しんでいる。		

グループホーム蔵 発寒

自己評価	外部評価	項目	自己評価(せせらぎ館)	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	退去家族とは、年賀状のやり取りを通じ、家族、元利用者の近況を聴くようにしている。		
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	毎月一回、利用者全員の総合カンファレンス、個人カンファレンスを開き、生活の見直し、要望などを把握している。	半分ほどの利用者が言葉で思いや意向を表現でき、難しい場合も表情や生活歴などから把握している。個人および総合カンファレンスシートで利用者の現状や暮らしの希望などを把握している。	
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	入居時、家族の方にセンター方式を使い、これまでの生活歴を記入してもらい、情報を集めている。また、入居前の施設から季語転写などを提供してもらう事もある。		
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	夜間の様子や朝のバイタルチェック、日課の様子、食事量、水分量、排泄の様子でその日の身体状況を把握している。		
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	毎月一回、利用者全員の総合カンファレンス、個人カンファレンスを開き、スタッフで意見を出し合い、生活の見直し、状況に応じた計画を実行している。	3か月ごとにモニタリングシートを作成したうえで介護計画を更新している。見直し時のカンファレンス記録も個人ごとに作成することを検討している。日々の記録はシートの下部にケアプラン実行欄を設け、計画の実施状況を記載している。	
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	個人日誌に時系列で記録を残し、気づきや実践記録は、特記欄に記入し、スタッフがいつでも確認、共有出来るようにしている。		
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	フリープランという個人を対象にした、本人の「行きたい所」「食べたいもの」「買い物」などの外出支援に取り組んでいる。		
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	地域の老人クラブに毎月参加し、カラオケやビンゴゲームなどを通して地域の方と交流を楽しんだり、町内新年会にも利用者スタッフが参加している。		
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	月に2回、内科、歯科の訪問診療を受けている。必要があれば専門医の紹介や受診に結び付けられるよう協力体制にある。	全員が協力医によるユニットごと隔週の往診を受けており、内科以外の通院は事業所の看護師が同行して支援している。受診内容を「看護記録」に記載し、業務日誌にも記して職員間で情報共有している。必要に応じて家族に連絡している。	

グループホーム蔵 発寒

自己評価	外部評価	項目	自己評価(せせらぎ館)	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	利用者の身体の変化などは、その都度看護職員に報告し、医師には看護職員や管理者を通じて連携を図り、安心な医療を受けられるように支援している。		
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、グループホームでの身体状況を記した介護添書や、医師からの診療情報提供書などを提供し、利用者に適した治療が受けられるよう支援している。		
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	契約時、ターミナルケアに関しての説明をし、納得の上同意を取っている。入居中に重度化した場合も家族、医療関係者、職員と話し合いの上、全員が統一した見解で利用者の終末期に取り組んでいる。	利用開始時に「重度化に対応した医療連携体制の指針」を説明し書類を取り交わしている。重度化した場合はできる範囲で対応する方針とし、看取りの経験も積んでいる。看取りに入る際は「終末期生活支援に関する覚書」を結んでいる。	
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	今年度は、1月の職員研修時、救命講習をする予定をしている。		
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	年2回の総合避難訓練、毎月のミニ避難訓練の他、地震、水害対策の訓練も行った。また、運営推進会議の中で、秋の総合避難訓練をして地域の方との協力関係を築いている。	年9回ほど防災訓練を実施しており、夜間想定訓練や住民参加の訓練も行っている。一方、最近では消防署の直接指導を得ながらの訓練を行っていない。職員の救急救命訓練の受講も行われ、災害時に必要な備蓄品も用意している。	避難訓練のうち、数回に1回は消防署の直接指導を得ながら訓練を行えるよう、派遣依頼を継続することを期待したい。
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	トイレ、入浴に限らず、プライバシーには常に配慮して言葉かけをしている。	苗字や名前に「さん」を付けて呼びかけている。会議で職員の言葉かけは統一しているが、気になる場合は都度説明して命令口調にならないよう気を付けている。	
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	誕生会メニューは、本人の希望を聞いたり、外出時のおやつ選びは、好きな物を選んでもらうようにしている。		
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、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	外へ出てみたいという利用者には、多少寒くても止めることなく、外へ付き添っている。		
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	月に一度、訪問美容を受けられるようにしたり、季節に合った服装が出来るよう支援している。自分で選択できる方は、自由にしてもらっている。		

グループホーム蔵 発寒

自己評価	外部評価	項目	自己評価(せせらぎ館)	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	行事や誕生会では個々に好きな物を献立にしている。食後は、出来る範囲に応じてお手伝いしてもらっている。	月に1度は利用者が献立を決め、食材の買い物や調理手伝いをして楽しめる「蔵'sキッチン」を開催している。外出に出かける事も多く食事でも得られる満足感と幸福感を大切にしている。	
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	水分量や食事量などの摂取量を個人日誌に記録している。普通食が食べられない方は、栄養士に状態を診てもらっている。		
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、口腔ケアを行い、仕上げは職員が行い、自分の歯がある方は、歯科衛生士に来てもらっている。		
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	利用者により、時間でトイレ誘導をしている。尿意、便意のサインにも注意している。	半分ほどの利用者は一人でトイレに行くことができ、誘導や介助が必要な方を中心に排泄記録を作成している。時間や仕草を観察して食事やおやつ、体操前に他者に気付かれぬような声かけでトイレに誘導している。	
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	薬に頼らず、毎日、オリゴ糖やのむヨーグルトを取り入れたり、体操、レクリエーションで身体を動かすようにしている。		
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	行事がある以外は、いつでも入れるように準備している。平均に入れるよう、入浴表をつけている。	毎日午前午後とも入浴可能で各利用者が週2回程度、好みの湯加減で入浴をしている。利用者によって町内の老人クラブで行く日帰り温泉やスーパー銭湯に出かけている。同性の入浴介助を望む利用者にも羞恥心に配慮している。	
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	日中の活動を工夫しながら安眠出来るように支援している。休みたい様子がある時は、無理をせず、休んでもらっている。季節に合わせた寝具を準備している。		
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	医師や看護師から薬の目的、副作用、用量を聞き、スタッフ全員の理解のもとで服薬してもらっている。誤薬のないよう二重、三重のチェックをしている。		
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	個々の出来る範囲、ADLに合わせてお手伝いしてもらっている。その方の好みで静かな場所にお茶を飲みに行ったりしている。		

グループホーム蔵 発寒

自己評価	外部評価	項目	自己評価(せせらぎ館)	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	日常では、天気良ければ日光浴に外へ出たり、生け花展や老人クラブ主催の日帰り温泉に参加したりする。	日々の散歩で事業所周辺、大空公園や毎月の老人クラブの集いにも歩いて行っている。外出も頻繁で、朝里ダム、宏楽園、五天山公園、百合が原公園、春と秋の遠足で円山動物園、沙流川、初詣のほか百貨店で生け花展、南樽市場などに行っている。	
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	所持に関しては、大きい金額ではなく、少額であれば制限はしていない。買い物に出かけた際は、スタッフがもっていったお金でレジで支払いをしてもらう事もある。		
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	家族から贈り物が届いた際は、お礼の電話をしたい、はがきなどが来た場合はその都度手渡しをしている。		
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	季節ごとに壁飾りや思い出の写真を飾って、雰囲気を感じてもらったり、入浴時は、プライバシー保護のため、脱衣場所をカーテンで仕切っている。	温かみの感じられる居間に季節の飾りや利用者の習字の作品を掲示している。ソファや畳椅子に腰かけ、趣味の雑誌を読んだり、体操や会話を楽しんでいる。夏場はエアコンで温度調節し、冬は暖房と加湿器で快適に過ごしている。職員が優しく寄り添い、共に暮らす仲間のいる場所になっている。	
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	気の合った利用者同士、隣の席で座ってお話してもらったり、居間の片隅にソファを置いて、くつろいで過ごしてもらっている。		
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	居室には入居時使い慣れたなじみの物を持ってきていただいている。昔のアルバムなどを見返しては、安心して穏やかに過ごしている。	温度計で確認し、パネルヒーターで利用者ごとの過ごしやすい温度にしている。壁にはカレンダー、時計、表彰状、家族の冠婚葬祭の写真を飾り自分らしく暮らせる部屋になっている。	
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	それぞれの居室には分かりやすく表札を掲げたり、トイレを大きく表示したり、作業で使う物は、利用者もわかるように名前をつけている。		

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	0170400832		
法人名	有限会社 エヌ・ジェイ・エヌ共生		
事業所名	グループホーム蔵 発寒 きさらぎ館		
所在地	札幌市西区発寒2条2丁目3番20号		
自己評価作成日	令和1年10月22日	評価結果市町村受理日	令和1年12月13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.mhlw.go.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=0170400832-00&ServiceCd=320&Type=search
-------------	---

【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)】

私たちグループホームが力を入れているところは、ホームにこもることなく、できるだけ「外に出ること」です。週に3~4回は散歩にいき、近くのショッピングセンターにもよくいきます。また、持っている力を引き出すために、「蔵'sキッチン」と名付けて食事作りやおやつ作りを利用者さんだけで行うことをしています。包丁つかいがとても上手だったり、煮たり、味付けしたりスタッフ顔負けです。さらに、地域との交流も定着しており、老人クラブの定例会には毎月5~6人の利用者の参加しています。町内会の行事にも積極的に参加し、「蔵さん」と呼ばれています。「子ども110番」や「発寒の子どもを見守る会」に登録して、散歩の際には腕章をつけるなど、地域の防犯に微力ながら貢献しています。スタッフ同士は仲が良いので、連携もとれており、毎日のチームケアが充実しています。認知症でも常に心地よく、安心して過ごせるよう「安心して生活できる介護を」を目標に掲げ、日々話し合い実践しています。

【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	令和1年12月2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(きさらぎ館)	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	毎週月曜日の朝にスタッフ全員で理念を唱和している。常に目の届く所に掲げ、いつでも確認ができるようにしている。「介護している」というより、共に地域で暮らす仲間ということを大切にしている。		
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	毎月1回老人クラブの定例会に出席したり、発寒川の清掃に参加したり地域の方と交流している。近くの保育園児が年2回位来訪する。利用者はとても生き生きし、楽しまれている。		
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	運営推進会議のテーマに「認知症の正しい理解」を取り上げたり、避難訓練に地域の方も出席してもらい、実践を通して関わりを持ち、認知症の人の理解や支援をしていただいている。		
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	年6回必ずサービスの実際や利用者の現状、最近の様子などを報告している。		
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に取り組んでいる	主に生活保護係の方とは連絡を取り、協力関係を築くようにしている。市の担当者とは書類を提出したり、情報を得て参考にしている。認知症の取り組みとして「地域見守り訓練」に事業所として参加している。		
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	夜間以外は玄関に施錠せず出入りが自由な状態にしている。ドアが開くとわかるように音がでるようにしている。身体拘束廃止委員会を立ち上げ、常に現状を見直している。		
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	外部・内部研修に参加し、ユニット全体で共有している。常に虐待について考え、不適切なケアを見逃さないようカンファレンス等で話し合ったり、仲間同士注意し合えるようにしている。		

グループホーム蔵 発寒

自己評価	外部評価	項目	自己評価(きさらぎ館)	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	定期的に行われている職員研修などを通して学ぶ機会を持っている。今年、一人成年後見人制度を利用し、後見人が決まった利用者がいる。		
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、代表が説明し、本人・家族が理解・納得をして契約している。		
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	2か月に1回運営推進会議を開催し、利用者・家族の方に出席していただき、意見・要望を聞く機会を設けている。必要に応じて運営に反映させている。		
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	毎月主任会議により、職員の意見や提案などを聞く機会があり、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	快適に休憩ができるように休憩室の環境を整えたり、毎月の皆勤手当が消滅しないようにケースバイケースで対応している。処遇改善加算もきちんと支給されている。		
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	色々な研修を受けられたり、試験等を受ける機会を支援している。		
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	毎月行われている運営推進会議等を通して他の同業者の方たちに出席してもらい情報交換している。グループホーム管理者会議主催の「地域見守り訓練」を行い同業者と協力し、地域の認知症の理解に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価(きさらぎ館)	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	入居の際、不安にならないように会話や関わりを通して安心してもらうようにしている。本人の思いをできるだけ聞き、思いに寄り添うようにしている。		
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	契約する段階で、不安、要望などを聞き取り、サービスに反映させるように努力している。また、入居後の来訪時などに利用者の近況を伝え、信頼関係を築くようにしている。		
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	入居された時には、基本情報や家族の記入されたセンター方式をスタッフ間で共有し、必要なサービス提供に努めている。		
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	本人ができるお手伝いをさせていただいたり、昔の知恵を聞いたりする事など共同生活を営むように努めている。		
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	家族の方が来訪された際、近況を伝えたりしている。ご家族と一緒に、食事介助を行ったり共に利用者を支えている。すべて自分たちで料理を行う「蔵'sキッチン」なども行っている。		
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	本人が行っていた美容室に行ったり、幼馴染の友人の来訪、住んでいた近隣の方の来訪などもあり、関係性を継続している。		
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	居間に集まって体操やレクなどをして、関わり合うようにしている。		

グループホーム蔵 発寒

自己評価	外部評価	項目	自己評価(きさらぎ館)	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	「退居家族の集い」という会を開催したり、入院されて退居された方には利用者を連れてお見舞いに行っている。		
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	月1回総合カンファレンスや個人カンファレンスを通して生活等の見直しや改善などの検討をしている。		
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	入居時、家族の方にセンター方式で生活歴を記入してもらい情報を集め、以前の施設からも介護添書等を提供してもらうこともある。		
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	夜間の様子や朝のバイタルチェック、午前中の学習プリント、体操の様子などでその日の身体状況を把握している。		
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	月に一度、スタッフ、管理者によるカンファレンスを開いている。生活の見直しや状況に応じた計画を作成している。		
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	気づきやケアの実践結果などは、個人日誌の特記事項の欄に記入し、スタッフが確認、共有できるように、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	フリープランという個人を対象にした本人の行きたい所、食べたいもの、買い物などの外出支援に取り組んでいる。(地下鉄に乗ったり、温泉に行ったりなど)		
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	地域の老人クラブに毎月参加し、カラオケなどを楽しんだり、町内行事の河畔の清掃、日帰り旅行などに参加している。		
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	月2回、かかりつけ医の訪問診療を受けている。必要があれば専門医の紹介や入院にむすびつけられる協力体制にある。		

グループホーム蔵 発寒

自己評価	外部評価	項目	自己評価(きさらぎ館)	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	利用者の身体の変化など看護職員に報告し、医師には看護職員や管理者を通して連携をとり、安心な医療を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。	入院の際、身体状況等の情報を提供し、利用者に適した治療をうけられるようにしている。早期に退院できるよう、入院中も出向き、状態の確認など行っている。ソーシャルワーカーとも連携し、情報交換をしている。		
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	早い段階でターミナルケアについての説明をし、同意書をいただいている。家族、医療などと連携し、統一したケアを取り組みようとしている。アドバンス・ケア・プランニングも少しづつ行っている。		
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	年1回必ず、職員研修を行い、心肺蘇生法やADEの使用法などの講義と実習を受けている。		
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	春と秋は、地域の方々にも参加していただく、総合的な訓練をし、それ以外の月は各ユニットごとに避難訓練を実施している。		

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	利用者さんに声をかける際、声のトーンや強弱などに気をつけながら対応している。「ちゃん」付けをせず、態度にも気をつけ、丁寧な声かけをしている。		
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	食べたいもの、行きたい所などを聞いたり、選んだりしてもらっている。		
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	「外に行きたい」と言えば職員側の都合で止めずに、本人のペースに合わせて対応している。		
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	月に一度の理美容を受けられたり、クリスマス会などの行事の際、お化粧をしたりおしゃれの支援を行っている。		

グループホーム蔵 発寒

自己評価	外部評価	項目	外部評価		
			自己評価(きさらぎ館)	実施状況	実施状況
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	誕生会などの際、好きなものを献立にしていたり、食器洗い、拭き、テーブル拭き、盛り付け、運んだり、毎日お手伝いをしている。		
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	一人一人水分量は違うが、その人に合わせて乳製品等を摂取してもらっている。月に一度栄養士の指導を受けている利用者もいる。		
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	毎食後口腔ケアの声かけをしている。自分ではできない方はスタッフが介助している。週に何度か歯科衛生士に口腔ケアしてもらっている。		
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	人によって違うが、毎食前後や時間ごとにトイレ誘導をしている。日誌に未排便の日数を記入し、情報を共有し、スタッフ全員統一したケアができるよう話し合っている。		
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	起床時、「飲むヨーグルト」を毎日飲んでいただいている。体操や散歩、レクレーションを通して、腸の働きをよくするように体を動かしている。		
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	行事がある時以外は、毎日入れるような体制をとっている。概ね週2回くらいの入浴支援をしている。個人によって同性介護などの対応をしている。スタッフが分かるように入浴表をつけている。		
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	日中身体を動かしたりして安眠できるように支援している。休みたい時は、無理せず本人のペースで休んでもらっている。		
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	業務日誌やお薬情報を通して、スタッフ同士理解をして誤薬や服薬忘れがないようスタッフ同士でチェック体制をとったりしている。		
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	午前中、学習プリントや体操をしたり、午後から散歩やレクレーションを行ったりしている。ドライブに行ったり、おやつを食べに行ったりと気分転換の支援をしている。		

グループホーム蔵 発寒

自己評価	外部評価	項目	自己評価(きさらぎ館)	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	本人の生活歴や要望を聞き、温泉好きには温泉に行ったり、信仰している宗教の集まりの場にいけるよう、家族と協力したりしている。		
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	所持に関しては、大きい金額ではなく、少額であれば制限はしていない。買い物に出かけたときは、スタッフが持って行ったお金でレジの支払いをしてもらうこともある。		
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	本人宛に荷物が届いた際、お礼の電話をかけたり、はがきや手紙がきたら渡し、返事は電話ですることもある。		
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	壁飾りで季節を感じてもらおうと、利用者にも協力してもらい、飾りを創っている。お風呂の脱衣所にはカーテンで仕切ってプライバシーを保護している。		
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	共用空間は、あまり広くはないが、ソファを置き、個々に過ごしてもらえるような対応をとっている。		
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	居室には、本人のなじみの物や写真などを置いたりして不安なく安心して過ごせる環境作りをしている。テレビや小物類、仏壇など以前使用していた物を持ってきてもらっている。		
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	それぞれの居室前には、表札を掲げたり、トイレや緊急時に避難する目印をつけてある。		

目標達成計画

事業所名 グループホーム蔵 発寒

作成日：令和 1年 12月 10日

市町村受理日：令和 1年 12月 13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	35	年9回ほど防災訓練を実施しており、夜間想定訓練や住民参加の訓練を行っている。一方、2年くらい消防署の直接指導を得ながらの訓練を行っていない。	年1回長くても2年に1回は消防署の直接指導を得ながらの訓練を行う。	毎年、9月に派遣依頼をし、断られている。逆に、消防署の都合のいい月や空いている月などを把握し、開催時期を臨機応変に設定するなど、消防署に合わせた日程調整で、直接指導を得られるようにする。	1年
2	26	チームでつくる介護計画とモニタリングという点で、介護計画更新時、見直しカンファレンスで見直しをし、記録は行っているが、個人ごとの記録を作成していない。	介護計画更新時の見直しカンファレンスで個人ごとに記録を作成する。	新たに様式を作成し、見直しカンファレンス時、個人ごとに記録を作成する。	3か月
3	10	年1回の家族会や来訪時に意見や要望を聞いているが、十分把握できていない。ファミリーブックというものはあるが、十分機能していない。	発言だけではなく、行動などからも家族の思いや要望などを把握する。介護計画更新時、家族の思いや傾向をまとめ、職員間で共有する。	現在あるファミリーブックを、毎日の業務日誌のそれぞれの個人の前に綴り、来訪時日付、来訪者、対応した職員、内容、感想など記載できるよう項目を作成する。他の職員は「見た」というサイン欄にサインをする。様式をリニューアルしてみる。	6か月
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。