

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	0177100260		
法人名	有限会社 フローラ		
事業所名	グループホーム 上砂川		
所在地	空知郡上砂川町下鶉南2条1丁目3-1		
自己評価作成日	平成22年8月15日	評価結果市町村受理日	平成22年10月18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)】

運営理念に「心も体もゆったりと楽しく安心して自分らしく暮らす」を掲げスタッフ全員、「家族の様に利用者様に接する事」を心がけております。
また全国からたくさんの歌手、演奏家、プロレスの選手など数多くの慰問活動が行われており、認知症の進行防止、ADLの改善がみられております。
その他、スタッフ、地域の方が参加してオカリナ、横笛などの演奏で童謡などを歌う音楽療法を取り入れています。

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://system.kaigojoho-hokkaido.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0177100260&SCD=320
-------------	---

【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22年9月16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)】

自然に囲まれた住宅地の中にある1階建て2ユニットのグループホームである。玄関入口にガラス張りの事務所があり、事務所から両ユニットも見えるようになっている。各ユニットとも台所から全体が見渡すことができ、目の届きやすい造りになっている。共有空間には馴染みの調度品や遊び道具が随所に置かれ、家庭的な雰囲気がある。利用者や職員の表情は穏やかで、歌手やプロレスラー、その他のボランティアの訪問を受けるなど、楽しみも豊富である。近くの障害者福祉施設と交流して野菜やパンを購入したり、全職員がキャラバンメイトのメンバーとして地域のサポーター養成研修に協力するなど、地域と深く関わっている。ケアプランの作成に当たっては、職員全員がアセスメントシートを作成して、モニタリング時に全員の意見を反映して作成や見直しに当たっている。医療面の支援体制が充実しており、スプリンクラーや緊急通報装置、避難訓練の定期的な実施など災害対策も整備している。サービス評価の面でも地域理念の追加や、個人情報保護の面で改善を図っている。

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)	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)	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)	
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、活き活きと働いている (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、その時々々の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)			

(別紙4-1)

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
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	職員と共に話し合い地域に密着した理念を作成、支援しています。又職員採用時に理念の説明を行い理解してもらっています。	元々の理念のほかに地域との連携や支え合いを目指した「地域理念」を作成しており、職員間で共有している。職員採用時には理念について説明し、理解を促している。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	行事等の案内や声かけを行っています。また地域の方々からのお誘いにも出来るだけ参加し交流を深めています。	利用者の散歩の際に地域の方と話しかけ合い、交流を持っている。お祭りや敬老会にも参加している。近くの障害者施設から野菜やパンを購入したり、地域での介護教室や認知症サポーター養成研修に協力している。	
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	運営推進会議や認知症家族の会の地域の方々へ介護の知識やアドバイス等を理解してもらっています。又看護学生の実習なども行っています。		
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ヶ月に一度、地域包括支援センターの職員や認知症の会の方々に出席していただき意見交換、要望等を話し合ってサービス向上に取り組んでいます。	運営推進会議は2ヶ月毎に開催され、地域包括支援センター職員、民生委員、病院関係者、認知症の会の方などが参加している。地域連携や災害対策、研修、サービス評価等のテーマで活発に意見交換している。	
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	町内福祉課、地域包括支援センターに相談をし助言を頂いています。	運営推進会議に地域包括支援センター職員の参加を得て、情報提供してもらっている。町内唯一のグループホームとして町の担当者とは連絡を密に取っている。事業所が地域の認知症サポーター養成研修の実施に中核的な役割を担っている。	
6	5	身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束を学び理解し、身体拘束を行わないケアに取り組んでいます。	身体拘束に関する外部研修の参加者が知識を持ち帰り、内部研修を開催している。夜間のみ施錠しており、日中は玄関の鍵をかけず自由に出入りできる。玄関は事務所の前で見やすく、各ユニットの台所からも出入口が見やすくなっている。外出がある場合は職員が同行している。	
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、内部研修で学ぶ機会を持ち、身体の観察、日常生活の変化と観察報告を周知徹底しています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	管理者は個人では理解していますが、職員に対しては今後、内部外部研修の学習する機会を得ようと考えています。尚、現在は必要と思われるご家族はありません。		
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	入居時、退去時に時間をとり説明し理解、納得を得ています。		
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	苦情、相談があれば、迅速かつ的確に対処しています。	家族の来訪時やケアプランの更新時に意見を聞いている。年に1度、意見を聞くためのアンケートを実施し、要望を記入してもらっている。玄関には目安箱を設置しており、重要事項説明書に外部の苦情受付機関を明示している。	
11	7	運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	職員からの意見をその都度聞き入れ反映させています。	毎月のモニタリング会議や毎日の申し送り時に職員間で意見交換を行っている。管理者と職員も必要に応じて個別に相談している。過去1年に職員の異動はほとんどなく、メンバーが安定している。	
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	話す機会を少しでも多く持ち、向上心をもって働けるように努めています。		
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	毎月1度、各自学ぶ機会を提供しています。外部研修は職員の状況に合った研修に参加するように進めています。		
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	町内の認知症の会の勉強会に参加する機会や、ホーム内では認知症サポーター養成研修も行っています。		

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
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	入居前に何度か利用者本人と面談を行い会話の中で困っていること、不安なこと、求めている事を聞き受け止め、関係づくりに努めています。		
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	面会時にご家族の不安、要望などに耳を傾け受け止めるよう努力しています。		
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	ご家族と相談し、ご本人に合った必要な支援に努めています。		
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	掃除、食事の準備、片付けなどを一緒に行い、時にはアドバイスを頂きながらコミュニケーションをとり支えあう関係を築いています。		
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	ご家族来所時等、職員も一緒に日常生活の話をし、共有出来る時間を作れるよう心がけ関係を作っています。		
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	ご家族様からの情報を頂き、ご友人、知人の方がいつでも来所出来るように努めています。	利用者の知人や友人の来訪を歓迎しており、中には一緒に鉢植えをしてくれる方もいる。また、電話や手紙のやり取りを支援したり、馴染みの床屋や金物屋に同行することもある。	
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	毎日の日常生活の中で利用者様同士が関わり合えるように努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	必要に応じてご家族様の相談に応じています。		
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	日々の言動、行動からご本人の暮らしの中での希望、思いや意向の把握に努めています。	個々の職員が各利用者のアセスメントシートを作成しており、モニタリング時に情報を共有する仕組みを取っている。利用者の希望や意向を話し合い、申し送り時にも共有を図っている。	
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	ご本人、ご家族様の情報をもとにこれまでの生活リズムに近づけ馴染みの暮らしに努めています。		
25		暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	日常生活の観察、見守りを行いコミュニケーションをとりながら把握するよう努めます。		
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	ご家族さまの意向、定期的なモニタリングを行い、情報、意見を取り入れ介護計画を作成しています。	個々の職員が行うアセスメントに基づいて介護計画が作成されており、計画の内容は家族にも説明されている。また、3ヶ月毎にモニタリングが行われ、見直しの内容を前回の介護計画に加筆記載している。	3～6ヶ月の定期的な期間で、モニタリングで見直した内容で介護計画を再作成し、利用者や家族に提供・説明されることを期待したい。
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	個別に記録を記入し、情報を共有し介護計画の見直しに活かしています。		
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	多機能化を活かしているとは言えませんが、状況や要望に応じて柔軟に対応できるように努めています。		
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	消防職員をまじえ避難訓練を行ったり、定期的に慰問を行い楽しむことが出来るように支援しています。		
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	適切な往診医療を受けられる医者がおり、入居前にご家族、本人に十分な説明を行い納得して頂いています。	提携医療機関による2週に1度の往診を受けており、必要に応じて神経科や眼科などの通院を支援している。歯科医も必要に応じて往診してもらえ、受診内容は業務日誌に記録し、家族と情報を共有している。	

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 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	看護職員を確保し医療行為等が必要な際は相談し対応しています。		
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。	医療機関との関係を密にし対応しています。		
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	主治医やご家族の方々と話し合い方針を共有しています。	利用開始時、重度化や終末期に向けた事業所の方針を家族に説明しており、医療機関とも協力体制ができています。また、終末期や看取りに関する指針を事業所として作成しているが、家族に文書を提示するには至っていない。	看取りに関する事業所の方針を、なるべく早い段階で家族に文書を提示して説明されるよう期待したい。
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	不定期ですが訓練を行っています。またホーム内でも消防職員が来所し普通救命講習を開催しています。		
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	定期的な火災訓練を行っています。また自治会の協力を得て避難場所も確保しています。	年2回、昼夜を想定した避難訓練を消防署の協力を得て実施しており、地域の方も緊急連絡網に入ってもらっている。スプリンクラーや通報装置も完備されている。また、職員全員が救急救命訓練を定期的を受講している。	
・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	トイレ誘導などプライバシーを損なわないように声かけ対応しています。	「個人情報保護方針」を利用開始時に家族に説明し、職員も理解している。面会簿は廃止して、来訪者は業務日誌に記録している。個人記録は事務所やユニットで保管し、第三者に見えないように配慮している。	
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	ご本人様に合わせた話題や食後の片付け、掃除等の役割を提供し日常生活の中で自己決定が出来る機会を働きかけています。		
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	ご本人様の出来る限りの希望を重視して支援に努めています。		
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	ご本人の希望される理美容店に行けるよう努めています。また訪問美容も行っています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
40	15	食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	一人ひとりの好みや残存機能を活かし準備、片付けを行っています。また職員も一緒に同じ食事をとりコミュニケーションを図っています。	食事は食材に応じて利用者とその都度献立を相談しながら調理している。地元の障害者施設から新鮮な野菜などを購入して、季節感が味わえるように工夫している。時には市販のお弁当など、変化をつけた食事を楽しんでいる。	
41		栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	水分量、カロリー、食事量、形態を把握し必要に応じて食事形態の変更や主治医、看護師の指示をもらっています。		
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、緑茶うがいを実施、義歯は洗浄し消毒しています。		
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一人ひとりの能力パターンを把握し、出来る限りトイレでの排泄を支援しています。	排泄チェックシートを利用して利用者の排泄間隔を把握し、日中は全員トイレでの自立排泄を支援している。トイレ誘導は他の利用者に気付かれないように声をかけを工夫して支援している。	
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	飲食物の工夫をし、水分量、乳製品、食物繊維等の摂取や、主治医と相談しながら予防に取り組んでいます。		
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	一人ひとりの希望に沿ったタイミングを合わせていますが、夜間に対応していません。	入浴は利用者の希望に応じて時間や順番に配慮して、週2回以上入浴できるように支援している。ユニットにより週2回だけ浴槽にお湯を張る工夫で、入浴拒否者がいなくなるなどの効果を出している。入浴日以外の日に希望した時は他のユニットで入浴するなど、お互いに協力して清潔保持に努めている。	
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	睡眠パターンを把握し、その時々状況に合わせて支援しています。		
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	主治医、薬剤師より説明を受けて個人ファイル化し職員に周知しています。また変更時も送りノートで周知、確認徹底しています。		
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、嗜好品等の要望に出来る限り対応し喜びのある日々を過ごせるように支援しています。	一人ひとりの生活歴や力を活かした役割や、嗜好品等の要望に出来る限り対応し喜びのある日々を過ごせるように支援しています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
49	18	日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	日常的な外出支援は職員の配置により難しい面もありますが、出来る限り散歩をしたり、外出の機会を増やす支援をしています。ご家族様や認知症の会の方々の協力も得ています。	季節に応じて、近隣の自然環境を利用して外気浴や花見を楽しんでいる。可能な限り近隣を散歩したり玄関での外気浴など、利用者に応じて外出支援を行うように努めているが、十分に行われているとは感じていない。	利用者に応じて、地元の介護タクシーを利用したり、外食、行事などで、今後も少しずつ外出する機会が増えるように期待したい。
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	一部の利用者を除きホームで管理しています。		
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している	電話をかける際は時間帯等を考慮しています。また手紙や電話等は希望時対応しています。		
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	季節に合わせ小物等を飾っています。また天候や時間に合わせ室内灯や室温を調整しています。	事業所中央に位置する事務所の大きな窓からは玄関や戸外を見渡すことができ、開放感が感じられる。居間の天井窓からは明るい日差しが差し込み、利用者が気持ちよく過ごせるような造りになっている。可動式の畳コーナーは利用者が過ごしやすい配置に変えるなど、設備面でも工夫された共有空間作りに配慮している。	
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	入り口付近にソファーや居間に畳を設置し利用者様同士が過ごせる場所の工夫をしています。		
54	20	居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	ご自宅より馴染みの家具や小物を出来るだけ持参して使用していただいています。	居室にはクローゼットと物干し用のポールが備えつけられている。利用者に応じて、筆筒やテレビ、仏壇など好みの物や馴染みの物を持ち込み、工夫して配置している。本人が積極的に模様替えを行うこともあり、それぞれ個性的で居心地のよい居室になっている。	
55		一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	手すりや居室の配置など一人ひとりの身体機能に配慮した場所に設置しています。		

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	0177100260		
法人名	有限会社 フローラ		
事業所名	グループホーム 上砂川		
所在地	空知郡上砂川町下鶉南2条1丁目3-1		
自己評価作成日	平成22年8月15日	評価結果市町村受理日	平成22年10月18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)】

運営理念に「心も体もゆったりと楽しく安心して自分らしく暮らす」を掲げスタッフ全員、「家族の様に利用者様に接する事」を心がけております。
また全国からたくさんの歌手、演奏家、プロレスの選手などの数多くの慰問活動が行われており、認知症の進行防止、ADLの改善がみられております。
その他、スタッフ、地域の方が参加してオカリナ、横笛などの演奏で童謡などを歌う音楽療法を取り入れています。

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://system.kaigojoho-hokkaido.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0177100260&SCD=320
-------------	---

【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22年9月16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)】

--

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)	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)	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、活き活きと働いている (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、その時々々の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)			

(別紙4-1)

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
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	職員間で話し合い作成した地域に密着した理念を作成しその人らしく生活できるように支援しています。また職員採用時にも理念の説明を行っています。		
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	おたがいの行事があるときには案内や声かけをして交流を深めています。		
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	運営推進会議や町内の認知症の会など、地域の方が参加する際に介護や認知症についてのアドバイスをしています。また地域の看護学生の実習も行っております。		
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ヶ月に一度、地域包括支援センター職員、町内の認知症の会などの方々に出席していただき意見・要望など話し合いサービス、ケアの向上に活かしています。		
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	その都度町内福祉課、地域包括支援センターに相談し助言をいただいております。		
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	身体拘束の基準を理解、学び、身体拘束を行わずにケアを実践しております。		
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	外部研修、内部研修で学ぶ機会を持ち、また身体観察、日常の様子の変化の観察、報告を周知徹底しております。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	管理者は個人で学んではいますが、今後は職員にも外部研修、内部研修など学習する機会を得ようと思います。なお現在は必要と思われるご家族様はありません。		
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	入居時(退去時)には十分な時間をとり説明、理解、納得を図っております。		
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	苦情、相談があれば迅速かつ的確に対処しております。		
11	7	運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	職員からの意見をその都度、または会議時に聞き入れ反映しております。		
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	個々と話す機会を少しでも多く持ち、向上心をもって働けるように努めております。		
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	毎月1度、各自学ぶ機会を提供しております。外部の研修は個々の状況にあった研修に参加するように努めております。		
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	町内の認知症の会に参加し勉強会に関わっております。またホーム内で認知症サポーター養成研修も行っております。		

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
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	入居前に何回かの面談を行い、会話の中で困っていることや、不安、求めていることなどを聞き受け止める努力をしております。		
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	面会時にご家族様の不安なこと、要望、意向を傾聴し受け止めるよう努力しております。		
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	ご家族様と相談しご本人にとって一番必要な支援をしております。		
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	掃除、食事の片付けなど一緒に行ったりすることでコミュニケーションし、アドバイスを頂いたり、支えあう関係を作っております。		
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、職員も一緒に日常生活の話をしたり共有できる時間を作るように心がけております。		
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	ご家族様から情報を得て、ご友人、知人などがいつでも来所出来るような支援をしております。		
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	毎日の体操や会話の中で、利用者様同士が関わり合えるように努めております。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	必要に応じてご家族様の相談に応じております。		
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	日々の言動、行動などから思いや意向、希望の把握に努めております。		
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	ご本人、ご家族様からの情報を基に生活のリズムなどその人らしい生活を把握しております。		
25		暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	日常生活で観察、見守りを行い、コミュニケーションを図りながら把握するように努めております。		
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	ご家族様の意向、定期的なモニタリングなどでの情報、意見などを取り入れた介護計画を作成しております。		
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	個別に記録を作成し、情報を共有し計画の見直しに活かしております。		
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	多機能化を活かしているとはいえませんが、状況や要望に応じて柔軟に対応出来るよう努めております。		
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	消防職員が参加して避難訓練を行ったり、定期的な慰問を行っております。		
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	適切な往診医療を受けられる医者がおり、利用前に十分な説明をご家族様に行い、納得して頂いております。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	看護職員を確保しており医療行為など相談し対応しております。		
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。	医療機関との関係を密にし対応しております。		
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、事業所の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	主治医、ご家族様と話し合いをし方針を共有しております。		
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	不定期ながら訓練を行っています。またホーム内でも消防職員が来所し普通救命講習を開催しております。		
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	定期的な火災訓練を行っております。また自治会の協力を得て避難場所も確保しております。		
. 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	トイレ誘導などプライバシーを損なわないように声かけしております。		
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	ご本人様に合わせた話題や食後の片付けなど役割を提供し日常生活の中で自己決定出来る機会を増やせるように努めています。		
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	ご本人様の出来る限り希望を重視して支援に努めております。		
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	ご本人の希望される理美容店に行けるように努めています。また訪問理美容も行ってあります。重ね着など合わない服装をされていた場合は自尊心を傷つけないように着替えて頂いております。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
40	15	食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	一人ひとりの好みや力を活かしながら準備、片付けを行っております。また職員も一緒に同じ食事をとりコミュニケーションを図っています。		
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、カロリー、食事量、形態を把握しております。また必要に応じて食事形態を変更したり、主治医、看護師の指示をもらっております。		
42		口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後、口腔ケアを実施し、義歯は洗浄消毒しております。		
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、一人ひとりの能力、パターンを把握し出来る限りトイレでの排泄を支援しております。		
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	飲食物の工夫(乳製品、食物繊維、水分量)などを考慮し、また主治医とも相談しながら予防に取り組んでおります。		
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、個々に合わせた支援をしている	曜日を決めずに出来る限り希望にそった支援を行っておりますが、夜間に対応出来ておりません。		
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	睡眠パターンに応じて日中の生活時間の提供、また不眠時には会話や飲み物の提供を行っております。		
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	主治医、薬剤師より説明を受けて個人ファイル化し職員に周知しております。また変更時も申し送りノートで周知、確認徹底しております。		
48		役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、楽しみを支援し、また新しい事(メールなど)にもチャレンジ出来るような支援をしております。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
49	18	日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	日常的な外出支援は職員の配置により難しい面もあるが出来る限り散歩したり、外出の機会を増やす支援をしております。ご家族様、認知症の会の方々の協力も得ております。		
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	お金は一部の利用者を除きホームで管理しております。		
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	手紙、電話など希望時対応しております。また電話をかける際は時間帯なども考慮したうえで対応しております。		
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	居間に季節の花、小物など飾っております。また天候や時間に合わせて室内灯、室温など調整しております。		
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	ユニット入り口にソファを設置して利用者様同士が過ごせる居場所があります。		
54	20	居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	ご自宅より出来るだけ使い慣れた家具、小物など持参して使用しております。		
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	手すりなど一人ひとりの身体機能に配慮した場所に設置しております。(浴槽、居間、トイレなど)		

目標達成計画

事業所名グループホーム上砂川

作成日：平成22年10月1日

市町村届出日：平成22年10月18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	定期的な期間でモニタリングを行っていますが、見直し時に利用者や家族にその都度、提供・説明を行っていない。また期間も1年間で作成している。	3～6ヶ月の期間で、本人・家族の意見や情報を十二分に取り入れた、介護計画の作成、反映の実施。	3～6ヶ月の定期的な期間で、モニタリングで見直した内容で介護計画を再作成し、利用者・家族に提供・説明をします。	3ヶ月
2	33	利用開始時、重度化や終末期に向けた事業所の指針・方針を家族に説明していますが、家族に対しての文章での提示を行っていない。	家族との重度化・終末期に向けた方針・指針の共有の徹底。	重度化・終末期に向けた事業所の方針・指針を文章化して、家族に早急に説明します。	1ヶ月
3	49	利用者への日常的な外出支援が十分に行われていない。	日常的な外出支援の提供。	利用者に応じて、地元の介護タクシーを利用したり、家族の協力で、少しずつ外出する機会が増えるような支援をします。	3ヶ月
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。