

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 (0197100043), 法人名 (有限会社 ソーシャルワーク), 事業所名 (グループホーム りんこの里 (あかねユニット)), 所在地 (砂川市晴見3条10丁目3番2号), 自己評価作成日 (平成31年 1月 10日), 評価結果市町村受理日 (平成31年2月25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)】

創業理念『わが街で自分らしく生きていきたい』事業領域『生きる力の創造事業』と定めている。法人内に居宅・一般デイ・地域密着型認知症対応型通所介護・地域密着型通所介護・リハビリ特化型デイ・サービス付高齢者住宅を運営している。看護師を常勤配置し、疾患としての認知症の理解を基礎に、介護の工夫による生活の質の改善にも配慮し、バランスのとれた介護・看護がなされるようにしている。誕生会・季節の行事・ラフターヨガ等を通じ利用者に楽しんでもらい(快)の感情に働きかける事に力を注いでいる。各行事には、家族にも参加を促し、利用者と一緒に楽しんでもらっている。利用者の家族には、日頃より密に連絡を取り合い、信頼関係構築に努めている。小学生とのふれあい交流会・小学校への雑巾の寄贈、それに伴う(雑巾を縫う会)の開催・あいさつ運動の参加・町内の盆踊り参加等、地域へ積極的な関わりを持っている。又、地域の方を招待して夏祭りを行ったり、敬老の日には地域に住む高齢者に贈り物と労いの言葉をかける等、地域に根ざしたグループホームを目指している。地域住民にとっても必要な場としての役割を担っていきたくと考えている。

※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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action kouhyou_detail 2017 02 2_kan=true&JigyosvoCd=0197100043-00&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), 訪問調査日 (平成31年2月5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 comments.

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

Large 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 evaluation data for various service aspects.

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
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	玄関に理念を掲示している。ケア会議・ユニット会議において理念を確認し共有している。又、スタッフネームの裏に理念を記載し、常に意識するようにしている。		
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GH便りを町内会に回覧している。町内の廃品回収・盆踊り・あいさつ運動に参加している。小学生とのふれあい交流会を行っている。又、小学校へ雑巾の寄贈も行っている。		
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	施設長が『NPO法人中空知・地域で認知症を支える会』の理事、『認知症を抱える家族会 ひだまりの会』の役員として活動している。		
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	2カ月に1回定期開催している。利用者にも出席してもらい生の声を聴いてもらっている。出席者からの助言を生かしている。尚、出席できない家族には会議の資料等を送付し理解を得ている。		
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取り組んでいる	毎月GH便りを担当課・地域包括センター・居宅事業所・認知症疾患センターに送付し、相互理解に努めている。		
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	虐待防止推進委員会を設置。内部研修を行い身体拘束についての理解を深めている。夜間以外の玄関の施錠はしていない。		
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	虐待防止推進委員が中心となり内部研修を行っている。チェックリストを独自に作成し、それを使い日頃のケアの振り返りを行い、現状把握・改善点を明らかにするよう努めている。		

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 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	施設長自ら成年後見人として受託し啓蒙している。		
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	入居前・入居時に十分な説明を行い、理解・同意を得ている。		
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	玄関に「ご意見記入箱」を設置している。担当制を導入し、日頃から家族と密に連絡を取り、意見や要望を聞くようにしている。		
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	毎月ユニット会議を行い、意見や提案があれば出してもらい、必要な時はリーダー会議で話し合う体制が出来ている。		
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	リーダー会議等を通じ就業環境につき相談を受ける体制を整えている。必要に応じ個人面談を実施している。不明な点は確認をとり迅速な対応を行っている。		
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	内部・外部の研修会を案内し参加を促している。研修費用・交通費の助成を行っている。		
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	多職種事例検討会やGH施設間交流事業に参加し、意見交換・サービスの質の向上を図っている。全職員が年1回以上研修に参加している。		

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
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	事前に面談を行ったり、センター方式を活用しアセスメントを行い本人の理解に努めている。入居時にも会話の機会を多く持ち、信頼関係の構築に努めている。		
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	家族と面談しアセスメントを行い、問題点を抽出している。その上で家族の思いに添うよう努力している。		
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	センター方式のアセスメントの記入や面談の中で、入居時に予想される状況の理解に努め、その対応を想定している。		
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	本人の出来る事は行ってもらい、そのことに関して労いの言葉をかけるようにしている。又、出来ない事は一緒にいき共に学び支え合う関係を築いている。		
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	担当制を導入し日常の様子を伝えたり、情報交換を行い、安心して暮らせるよう協力してもらっている。来訪の少ない家族とは、手紙や電話で連絡を取り合っている。本人が不穏の時は、家族に電話で対応してもらう事もある。		
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	日用品の買い物に馴染の店に出掛けている。散歩がてら以前通っていた通所施設を訪れる事もある。		
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	利用者の性格や相性その日の状態を把握し、トラブルにならないよう利用者同士が自然に関わっていけるよう配慮している。		

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
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	行事の際に慰問に来てもらっている方がいる。又、運営推進会議に知見者として出席してもらっている方もいる。		
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	会話・態度・表情・行動等 日々の変化や気づきを共有し、本人の思いを汲み取るようにしている。ケア会議においても検討している。		
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	本人・家族・ケアマネ等から情報を聞き、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	毎朝のカンファレンス・毎月のケア会議を通じ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	家族には事前に話を聞き、ケア会議に反映している。毎月開催されるケア会議や介護目標を意識できるケア日誌を活用しチームで介護計画の立案にあたっている。随時モニタリングを行っている。		
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	介護目標を意識できるケア日誌の作成・連絡ノートへの記載・カンファレンスを通じ情報を共有し、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	病院通院時、「認知症支援ボランティア団体ぽっけ」に通院ボランティアを依頼する事がある。		
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	毎月1回傾聴ボランティアに来てもらい、利用者の話を聞いてもらっている。又、マンドリン・ひまわり姉妹・クローバー合唱団の方にボランティアで来てもらい、楽しんでもらっている。		
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	協力医療機関の受診とともに、従来通院していた専門医療機関への通院も支援している。常勤看護師により利用者の体調の変化をかかりつけ医に報告し、迅速に対応している。		

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	日々利用者の体調観察を行い、随時看護師に報告している。看護師が常勤配置されており速やかに対応している。		
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、GHでの生活の様子がわかるよう基本情報を添付している。地域医療連携室と情報交換している。入院中の様子や病状の詳細は、砂川市地域包括ケアネットワークシステムにて情報を得ている。		
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	医療加算を算定していて、重度化した時は主治医との連携を図る事を家族に説明している。終末期に関する研修会に看護師と介護員が参加しスキルアップを図っている。家族には、終末期の希望や考え方を聞き話し合いを行っている。		
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	救命講習を受け、救命処置の方法・AEDの使い方・窒息時の対応の仕方・止血方法等を学んでいる。緊急連絡先名簿並びに職員の連絡体制は整備されている。		
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	避難訓練を年2回(うち1回は夜間想定)実施。地域の元消防職員の助言を受けながら行っている。近所にも声をかけ、参加してもらっている。災害時の備蓄品はリストを作成し徐々に揃えている。		
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	虐待防止推進委員会が、内部研修・チェックリストにおいて現状把握し、意識を高めるようにしている。		
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現したり、自己決定できるように働きかけている	閉鎖的な質問を避け、利用者自ら選択できるよう工夫している。		
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	その日の体調・心身の状態を見ながら、出来る限り本人のペースを尊重している。		
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	定期的に理美容室に訪問カットをお願いしている。服装・髪型等身だしなみが出来るよう声掛け・介助を行っている。		

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
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	ご飯とみそ汁はGHで作り、副食は食材業者からチルドになって送られてきた食材を湯煎し盛り付け提供している。回転寿司への外食や、手打ちそば・ラーメンの慰問に来てもらうなど食の充実を図っている。		
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	食事摂取量・水分摂取量を記録・把握し、過不足にならないよう配慮している。食事形態も個々に合わせて提供している。		
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	毎食後口腔ケアを促している。不十分な場合は介助を行っている。口臭のある人には、洗口液を使用してもらっている。必要に応じ歯科受診を行っている。		
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	排泄回数を記録し、一人ひとりの排泄パターンを把握している。時間を見計らってトイレの声かけや誘導を行い、失敗なくトイレで排泄できるよう支援している。		
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	排便の有無を記録し、現状を把握している。水分を多く摂るよう促している。又、看護師と連携し、個々に応じて薬剤の内服等に対応している。		
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	利用者の健康状態・保清状態を考慮し、本人の意思を尊重しながら、2～3日に1回は入浴できるように支援している。入浴時のお湯は1人ずつ張り替えている。		
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	利用者の健康状態や意思を尊重し、必要な睡眠時間や休息が取れるよう支援している。居室の温度・湿度・明るさ・寝具等にも配慮している。		
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	服薬情報は個人ファイルと内服確認表に記録している。内服薬が変更になった場合は副作用等について伝えてもらい、経過観察をしている。服薬方法は個々に合わせて支援している。		
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	掃除や洗濯物干し等、できる事はやってもらっている。レクや外出等で気分転換が図れるようにしている。又、季節の行事や誕生会を立案し楽しんでもらっている。		

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
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	買物レク・花見ドライブ(桜・菜の花・ラベンダー・ひまわり)・紅葉狩り・外食等に出掛けている。天気が良く暖かい日は近所を散歩している。		
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	利用者が希望し、家族の了解を得て自ら管理できる金額を所持している。(現在1名のみ)		
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	希望により、電話をかけたり、取り次いだりしている。		
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	共有空間では、音楽を流している。温度・湿度にも気を配り、年間通じて空間除菌を行っている。空間内は季節に応じた飾り物を施し、殺風景にならないよう、季節感が味わえるよう配慮している。トイレ内の臭いには、消臭剤を置き対応している。		
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	気の合った人同士で過ごせるように、座る席の配慮をしている。		
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	入居の際、使い慣れた家具や思い入れのあるものを持ってきてもらうようお願いしている。		
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	居室に名前をつけたり、トイレの表示を付けて「わかること」の維持に努めている。		