

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	3370300869		
法人名	有限会社ナイス ケアシステム		
事業所名	グループホーム 作楽 2		
所在地	岡山県津山市神戸571-1		
自己評価作成日	平成21年10月26日	評価結果市町村受理日	

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://kaigo-kouhyou.pref.okayama.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=3370300869&SCD=320
-------------	---

【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)】

- 1.入居後、自立支援に向けた取り組みの中で認知症の進行が止まり、
本人も生き生きと生活している。
- 2.相手の気持を出来る限り受け入れ、その人に必要な介護を続けて行くことにより
入居前と入居後の表情は良くなっている。
- 3.その人らしい生活を行ないながら機能低下を防ぎ、本人、家族、職員が共に良い
人間関係が保たれている。
- 4.代表者は事業継続に注力し、法務、税務に特化し、運営は管理者に全権委任している。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 ライフサポート
所在地	岡山市北区南方2丁目13-1 県総合福祉・ボランティア・NPO会館
訪問調査日	平成21年11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)】

作楽1と同じ

.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 る (参考項目:9,10,19)
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)	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 者とのつながりが拡がり深まり、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 おおむね満足していると思う
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)		

グループホーム作楽 2 自己評価及び外部評価結果

自 己 評	外 部 評	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	理念に基づき、年間の行動指針を立て、2ヶ月に1回、ミーティングで振り返りを行い、全職員に行動指針共有し、実践している。		
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	公民館の文化祭、おまつり、小学校の訪問、近所の方の交流、定期的なボランティアの訪問、展示会の参加等行っている。		
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	地域の中へ出ることで、自然な形で理解して頂き、介護のかかわり方を見てもらっている		
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	偶数月に開催、出席者の意見は職員伝達し、参考にする。市職員出席。運営推進委員、家族出席。前もって開催日、内容を知らせる。出欠の返事も確認。議事録は運営推進委員及び家族に送っている。		
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	社会福祉事務所、津山市高齢介護課、地域包括センターとの情報交換を必要時に行っている。		
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	玄関の施錠、窓の施錠、ベットサク、介護衣、すべての拘束なしで取り組んでいる。言葉の拘束もしない。運営規程にも身体拘束しないことを明記している。		
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	虐待について、身体拘束と同様に認識し、職員間で防止に努めている。職員間で注意できる関係を持っている。		

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
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。	成年後見制度に対し、研修している、社会福祉事務所等の意見交換も行っている。実施経験も有る。		
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。	改定に関しては文章化し説明している。契約の締結等は本人の今後のこともふまえて主治医と相談し、主治医からの説明を聞き、家族に対し納得行く説明をしている。		
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。	家族会、運営推進委員会、面会時等に意見を聞くようにしている。解決すべきこと、改善すべきことは、即取り組んでいる。		
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。	職員からの提案、意見はその都度聞き、即実施できることは実施し、出来ないことは、職員に出来ないことを説明、月1回のミーティングでも意見を聞き、その意見に対し対処している。		
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。	給与水準の見直し等を行い、昇給時期に行っている。年2回の賞与月にも見直しを行っている。		
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。	研修への参加は全員が受けるよう順番に出席している。資格試験等には、受験資格の出来た人には参加するよう推奨している。		
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。	津山市で「考える会」を作り勉強会を行っている。他施設にも訪問を行っている。		

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
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	利用者の生活を重視し相手のペースを尊重。笑顔、タッチングでしっかり相手の話を聞くように行っている。		
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	家族の話をしっかり聴き、介護計画に家族の要望等を盛り込むようにし、介護計画作成時には説明を行いながら信頼関係を築いている。		
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	本人、家族が今何を求めているかを聞き、他のサービスが必要な場合は、他のサービスを紹介する。		
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	介護の目的でもある、生活のパートナーとしての気持ちを忘れないようにし、介護を行っている。		
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	家族に対しては、身体的、精神的状態を常に報告し、理解して頂き、面会時には、家族との報告・相談等を行っている。		
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	家族に対する面会の要請、利用者が近隣の方であれば家族との外出を依頼している。		
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	趣味、今迄の生活暦の中から興味ある話をする、昔話の本、童謡、などで回想法を取り入れ、利用者が全員で話すようにしている。		

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	退居後には、家族に電話し近況を聞く、家族からの相談には入居時と同じ対応している。		
・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	日々の会話の中より、要望を聞き取りながら、出来ることは実施し、出来ないことは、どうすれば出来るか、ミーティング等で相談しながら方向を決めている。		
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	日常の会話の中で話を聞きながら、利用者のサービス内容と現状を把握し、次回の介護計画に反映させている。		
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	生活記録、観察記録で、現状把握に努めている。		
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	介護計画の見直しにおいては、生活記録、観察記録に基づき、ミーティング、カンファレンス会議を行い、家族からの要望も取り入れ、介護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	生活記録、観察記録で、介護職員が情報を共有し、次の介護計画に活かしている。		
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	利用者の変化、家族の要望等、重要な変化があれば、介護計画の見直しを、定期的介護計画以外でも実施し、家族への説明、承諾を取ってに行っている。		
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	町内の春、秋祭り、公民館での文化祭、とんど等に参加している。		
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	主治医、協力医への受診、訪問診療等、家族と連絡を取りながら、医療連携を日常的に行っている。		

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
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	看護師が勤務時間に居る場合は、看護師が対応、看護師が不在の場合は、看護師に連絡し指示をおおぎ対応している。		
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	主治医、協力医への入院、受診を依頼する場合、事前に医師と相談してから行っている。入院時には、医師の診断を聞き、入院期間等を確認し、後日医師と必要な事項を相談。確認し利用者の対応に当たっている		
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、事業所で行え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	契約時に、重度化した場合の説明は行い、重度化した場合には、家族との相談の上、家族の承諾をえて、看取り介護を行うようにしている。		
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	心肺蘇生法(AED設置)、避難訓練等を計画的に行っている。看護師3名常勤、緊急時の対応は看護師が行うようにしている。		
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	避難訓練の実施。年2回		
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	利用者の生活歴を把握しながら、日々の生活の中で、尊厳と誇りある生活ができるよう支援している。		
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	出来る限りその人の持っている力を発揮できるように、日々の暮らしの中で実行している。		
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	ちょっとしたヒントを与えてもらおう。例(天気が良い季節はいつですか)、自分からすすんで行動を起こす声えかけを行うよう努力している。		
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	更衣時自分で服を選んで頂きに身だしなみのサポートに取り組んでいる。		

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	食材の購入。野菜の下ごしらえから調理まで、食材を見て何の料理が良いか考えてもらう。		
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	疾患別での区別(塩分量、水分量)。個人の好み。高齢のための食事形態の考慮を行っている。		
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	6回～7回/日、口腔ケアを行っている。		
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	出来る限りその人らしさを保つため、布パンツを基本にしている。昼間 布パンツ、夜間 紙パンツ。オムツ使用の方も2回/日はトイレでの排泄を行っている。		
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	適度の運動(散歩)。食事、おやつ他の工夫。腹部マッサージ。水分量のチェック。緩下剤服用でコントロールを行っている。		
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	夕食後の入浴、就寝前に入浴を行っている。(但し、本人が入浴時見守りで良い方のみ)		
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	休息については昼食後1時間程度、臥休(個々により違う)、安眠については眠前に足浴、暖かい飲み物を飲んで頂くよう行っている。		
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	お薬手帳の利用。看護師に確認する習慣にしている。薬剤師の方との連携に努めている。		
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	何が出来るか、出来ないか、を生活の中より確認。できることを役割として行ってもらっているが強制はしない。本人の気持ちを大切にしている。		

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
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	天気の良い日は近くの公園へ行く。何が食べたいと質問すると「うどん」「喫茶店」等の要望には外出に行く。家族会、運営推進会議、ボランティアで花見等を行っている。		
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	現在1名のみ所持している。他の方はスーパー等に行った時、お金を渡し支払う等の支援を行っている。		
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	本人希望時には電話を使用してもらう、手紙は2ヶ月に1回、手紙の書ける人は書いて頂き、書けない人には、介護職員が近況報告を書き家族に送っている。		
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	天気の良い日は、全室及び居間等の窓を開け、空気の入替行う。居間等ではタベストリーの交換、生花(季節の花で)、常に音楽を流している。居室での時間の長い人は居室で音楽を流している。		
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	ソファの設置、畳の設置場所、中庭・裏庭へベンチの設置等を行い、ゆったりとした時間が過ごせるようにしている。		
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	家族が居室に泊まる場合は、畳を使用してもらい、居室でゆっくりと話しが出来るようにしている。居室には使い慣れた物や、好みの物を居室に設置している。		
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	建物内はバリアフリーで居間も広く、自由に動ける。両ユニットの交流が常にあり、勤務者全員で見守っている。		

目標達成計画

【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	ケアカンファレンスで当日参加できない方の意見を照会シートに記載したものが無い。	ケアカンファレンスは利用者、家族、職員、かかりつけ医、関係サービス事業所から意見を聞き、その意見を参考により良い話し合いができるようにする。	面会時や往診及び受診時、かかりつけ医から聞いたコメントや市町村、包括支援センターなどの意見も当日参加できなければ、照会シートを活用し記録に残し、カンファレンスにて情報を共有する。	3ヶ月
2	27	介護計画書との連動を確認する記録がない。	介護計画書の短期目標やサービス内容が日々の介護に連動して実施し、質の良いケアを提供する。	介護計画書のサービス内容の項目が日々のケアで実施できているか確認できるようにする。取り組みとして生活記録用紙空白欄に記入する。	3ヶ月
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。