

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2892500022		
法人名	メディカル・ケア・サービス関西株式会社		
事業所名	愛の家グループホームとうじょう		
所在地	〒673-1341 兵庫県加東市南山3丁目23-27		
自己評価作成日	平成27年11月13日	評価結果市町村受理日	平成27年12月28日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	
----------	--

【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ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルグ兵庫福祉調査センター
所在地	尼崎市南武庫之荘2丁目27-19
訪問調査日	平成27年12月9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)】

入居者様たちが、施設に入っても浮世離れすることなく、社会生活を継続すること。南山の高齢者による体操教室・あざみ会(老人会的なもの)に、毎週参加しています。また、様々な町内の行事にスタッフも入居者様とともに、参加しています。(夏祭り・クリーンキャンペーン・餅つき大会・子供会との世代間交流会等)また、ホームの行事やホーム祭りのときにも、町内会のあざみ会・子供会・自治会を招待したり、ハーモニカ演奏や、こども太鼓の演奏を披露していただいています。日々の、日課として町内会を朝夕ともに、入居者様全員を出来るだけ散歩にお連れしています。週に1~2回は、ドライブに出かけたり、近くのスーパーに行ける機会をたくさん作る努力をしています

【第三者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)】

本人や家族の要望を聞き取り、スタッフで話し合って決めた結果が、出来上がった一人ひとりのケアプランの中に表れている。またそのプランに則って、スタッフが入居者一人一人に合った支援を行っていることがうかがえる。
町内会の行事に参加したり事業所の行事に地域住民を招待したりして、地域に馴染み、安心して暮らすことができる工夫と努力が積み重ねられている。
MCSの理念をさらに具体化し、スタッフが守らなければならない言葉遣いや行動を定め、毎日の朝礼時に唱和している。一人一人の人格と尊厳を大切にしている様子がうかがえる。

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 3. 利用者の1/3くらい 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る (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拡がったり深まり、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. 全くいない
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)	○	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、生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、安心して暮らせている (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				

自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			実践状況	実践状況	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ふ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	MCSの会社が掲げている運営理念がある。現在は、とうじょうの施設の実情にあわせた「クレド」を作り、朝礼のときに読み合わせている。	地域との共生が入居者の生活を豊かにするとの考えを職員が共有し積極的に活動している。また申し送り時、施設独自に作成した介護の基本的なことを確認事項として読み合わせをしている。	
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	毎週、公民館のいきいき百歳体操にスタッフと入居者様が出かけている。日々の、朝夕の散歩の中で、地域の方々と挨拶を交わしている。	新しい分譲地の中に事業所があり、地域の人々の理解もあって、公民館活動や夏祭りに参加したり、事業所の秋祭りに来ていただいたりして交流が活発にされている。	
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	キャラバンメイトとして、認知症のサポーターの研修を行っている。		
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	2か月に一度、実施。民生委員さんや、地元のボランティアの方、市の職員、家族様代表の方など、たくさんの方々に参加していただき、資料を作り、取組みを見える化して、お伝えしている。	2か月に1回開催されている。特に民生委員児童委員(2地区から)2人、民生協力委員2人の参加で地域の状況がよくわかる。また提供する豊富な資料が会議を充実したものにしている。	
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	市の、フォーラムや、イベントに出演させていただいたりしている。とくに、愛の家のタクティールケアが市政の中に取り入れられている。(総合事業)	市の信頼も厚、く市のフェスティバルや事例発表など、いろいろな行事に参加している。タクティールケア(緩和ケアの一つ)の良い点も理解されてきている。	
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「介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	身体拘束の具体的な行為は理解できている。昨年度は、施錠していなかったが、1年前に入所された方が、何度か他の方の介助中に外に出てしまったことが、3回ほどあり、それから、施錠している。	職員は研修会等で理解を深めている。マニュアルも整備されている。現在外に出てしまう入居者の安全を守るため施錠しているが安定したらやめることも視野にある。	玄関等の施錠も身体拘束であることを認識し、利用者が外に出なくなる場面や理由、行き先などを知り、安全を確保しつつ自由な暮らしを支援するための工夫に取り組んでいただきたい。
7	(6)	○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法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	スタッフ会議の折、毎月研修を実施している。また、MCSの取り組みとして、虐待・不適切なケアチェックシートを作成し、防止にとめている。	ケアチェックシートに基づいて日頃の職員の言動を反省し、防止に力を入れている。また年間計画を立て、研修や会議でも話し合われている。	

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
8	(7)	○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	上記のように、スタッフ会議で、毎月テーマを決め、研修を実施している、その中で学んでいる。	施設では、現在、成年後見制度を利用している人はいないが、年間研修計画の中で学ぶ機会を持ち、いつでも支援できる体制を作っている。	
9	(8)	○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	重要事項説明書や、契約書、パンフレットを用いて、十分な説明を行っている。疑問点がないか、確認している。	契約時に関係書類について十分に説明し、理解していただいている。また、改定時も同様でいずれも同意書をいただいている。	
10	(9)	○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なら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	MCSが毎年実施している「家族様満足度アンケート」がある。ホームにではなく、本社に直接アンケートを送付していただき、本音を聞けるようにしている。	直接本社で集約するアンケートはいつも全国でよい結果が出ている。フィードバックされたものについては運営に反映している。また、家族には毎月施設の現状を知らせる便りを出している。	
11	(10)	○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	MCSの、取組みで、スタッフアンケートが、上記同様に本社と直接やりとりして実施されている。また、スタッフ会議や、申し送りの中で、提案や意見が広く取り入れられるようにしている。	職員からのアンケートを直接本社で集約することで現場を把握し、運営に役立てている。また、施設としては全体会議等で自由に発言できる雰囲気作りができています。	
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	キャリアパス要件がある。また、マイレボリューションという、評価システムがあり、客観的な、公正な評価が出来るようになっている。		
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	介護支援専門員 ■支援制度がある。また、現在は、常勤スタッフであれば、だれでも、初任者研修を無料で受講できるようにしている。実践者研修も希望があれば、費用はホーム持ちで、受講してもらっている。		
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	今、現在は、加東市民病院の看護師・STの方々と、タクティールケアの取り組みを行っている。月に一度、愛の家に市民病院の方々に来てもらい、一緒に勉強会・意見交換会を実施している。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			実践状況	実践状況	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 サービスを導入する段階で、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、本人・家族との面談を行い、生活状況、本人の状態、困っていることなどの、情報収集を行っている。また、入居されてからも、都度、話をする機会をつくり、悩み事を聞き出す努力をしている		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、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	最初の申し込みの、段階で、家族の困りごと、心配ごとを聞く。入居までも、都度、本人様の状況をお尋ねする。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、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	はじめに相談を受けたとき、本人と家族が、必要としている支援を見極め、必要な支援が受けられるようにしている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	入居者様の状態、身体能力に応じて、すべての家事作業を分担して行っている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、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	毎月、ホームだより、家族様への手紙を送付し、イベントや、最近の状態をお知らせしている。変わったことがあれば、都度家族様に、連絡し、相談している。ケアプランにおいて、実行する場合も、家族様の協力が必要となる場合は、協力をあおんでいる。		
20	(11)	○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	入所までに行っていた教会などに、月1度以上一緒に出掛けている。また、家に帰って掃除をしたい・・・などの、要望がある場合も、実行できるように、支援している。	「夢をかなえるケアプラン」作成のために家族や入居者から要望を聞き取り、多くは馴染みの人々や場所に行ったりして実現している。今後は3か月に1回のサイクルで実施できればと考えている。	月一度は、入所前によく訪れていた場所にスタッフと一緒に掛けている。入居者にとっては楽しみの一つであると思う。これからは「夢をかなえるケア」としてさらに内容に工夫を重ね継続していただきたい。
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	スタッフが、仲を取り持ち、レクリエーションも、ともに楽しめるような、支援をしている。散歩も仲のよい入居者様が、一緒に行けるようにしている。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			実践状況	実践状況	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	今、現在はとくに、何もしていない。		
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	(12)	○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	様々な機会を通じて、本人の希望を聞き、また本人に確認できない時は、家族の意向を聞き、本人様の希望や夢が実現できるように支援している。	日常会話や昔の写真を見ながら本人の希望を聞いたり、家族の話も参考にしながら、したいこと、行きたいところの実現に向けて努力している。	
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	本人の能力に応じて、すべての家事作業を分担して行っている。		
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	「できない」と決めつけず、まず本人にいろいろなことをやっていただく。そして、現状の力、出来ることできないことを見極め、さらなる発展を考える。		
26	(13)	○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	サービス担当者会議に、参加できない場合は、電話にて、意見をうかがうようにしている。スタッフには、それぞれにモニタリングシートを書いてもらい、さまざまな意見が、反映できるプランになるようにしている。また、一番、大切にしていることは、問題解決型ケアプランでなく、本人の夢がかなうケアプランを作成し、実行していくこと	各ユニットの全職員で本人の夢が実現できるようなケアプランを作成するための工夫がなされている。特に全職員が参加するモニタリングシートの採用は生活の質を高めるために大切である。	
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	ケア日報・介護記録・医療連携ノート・申し送りノート・排泄表・健康管理表などを、活用し、記録を行い、スタッフ間で、情報共有を行っています。		
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	上記にも書いたが、問題解決型のプランではなく、本人の希望・夢・やりたいこと…を中心に、ケアプランをたっている		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	毎週金曜日は、ハーモニーボランティア、毎週火曜日には、「体操教室」第一火曜日には、「あざみ会」、また散髪のボランティア、ピアノボランティア、お話ボランティアなど、町内の方々、地域包括の方々にたくさん助けられています。		
30	(14)	○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	体調不良時は、夜間、昼間にかかわらず往診に来てもらっている。また、レントゲンやCTを撮る必要のあるときは、ホームスタッフ同行で、診療所に出かけている。	24時間対応してくれる診療所があることは入居者の安全・安心だけでなく、家族や職員の安心にもつながっている。また診療所には職員が付き添うため家族は助かっている。	
31		○看護職との協働 介護職は、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	医療連携ノートの活用により、2人の看護師、ドクターに、入居者様の状態を伝え、また、相談し、適切な処置・医療を受けれるようにしている。		
32	(15)	○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、又、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。あるいは、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。	入院時は、介護サマリを作成して、持参している。また、入院時は、地域連携室の方々に情報をいただいたり、相談したりしている。また、病院の医療連携室は、普段より訪問するようにしており、病院スタッフとの、関係づくりをしている。	入院時は職員が病院を訪問して本人に会ったり、病院の地域連携室と情報交換したりして、病院関係者との良い関係づくりに努めている。	
33	(16)	○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	入居時、ターミナルケアの話をする。入居後も、状態が悪くなったとき、回復のみこみが亡くなった場合、医師や管理者から、状態について説明し、ターミナルケアについて、家族の意向などについて、再度確認している。それを、ケアプランに反映させ、同意をいただいている。	病状が悪くなったとき、医師や管理者が状態について家族に説明し、家族の意向を聞いている。ターミナルケアを希望されたらいつでも支援できるように体制を整えている。現在1名がターミナルケアを継続中。	
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、各ユニットや休憩室に掲示しており、都度対応について、確認している。また、心肺蘇生などの、応急手当についての研修を定期的実施している。		
35	(17)	○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	消防訓練は、年2回開催している。一度は夜間想定で行っている。また、緊急時の応急手当の研修も行っている。マニュアルも設置している。AEDも設置しており、各スタッフの研修も終了している。また、愛の家は、災害時の、避難施設として、指定されている。	年2回避難誘導訓練を実施している。スプリンクラーの設置、避難経路も確保し、非常時に備えている。災害時には避難施設として指定され、介護の必要な方を10名まで受け入れるようになっている。AEDを設置済み。	

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(18)	○一人ひとり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	人生の先輩として、尊厳の気持ちを込めた言葉づかいをするように努めている。毎朝、ホームの理念の読みあわせを、行い、常に意識するようにしている。	本社の定めた理念と、人生の先輩として尊重すべき言葉遣いや対応の仕方を書いたホーム独自の努力目標を朝礼時に読み合せている。	
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	嗜好に合わせた別メニュー、食事形態、飲み物の選択などの支援を行っている。起床時間や、就寝時間の取り決めは、なく、各自、それぞれに好きな時間に起きたり、寝たりしている。		
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	ご入居様の起きたい時間に起きてもらう。寝たい時間に寝てもらう、食事の時間も定めていない。		
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	散髪は、近隣の方が、来てくれている。衣服も、家族様に持って来ていただくか、スタッフが一緒に購入しに行っている。		
40	(19)	○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	全員で、盛り付け、配膳を行っている。また、具材や果物などのカットも入居者様にしている。食事後の、食器洗いや、お皿を拭く作業・ワゴンに首脳する作業も入居者様にしている。	献立は本社の管理栄養士が作成し、食材の購入はそれぞれの事業所で行っている。具材のカット、盛り付け、配膳、後片付け等、一人一人に合った作業を手伝っている。みんな楽しそうである。月2回は食べたい献立にしてスタッフが作っている。	
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	水分チェックシート・食事量チェックシートを使用し、毎日の食事量などが、わかるようにしている。また、好き嫌いに応じて、別メニューでも対応している。		
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、リボンで歯磨きができるよう支援している。また、自分でできない人に関してはスタッフが介助を行う。ポリドントも、洗浄はできない人に関しては、スタッフが手伝っている。週一度、歯科衛生士と歯科医による往診がある。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(20)	○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	排泄のサインを見逃さないようにし、適宜、トイレ誘導をしている。また、出来るだけ紙パンツの使用は避け、布パンツの使用を心掛けてもらっている。	排泄パターンを把握して、自尊心を傷つけないようにトイレに誘導している。布パンツにこだわっている。本人の希望で紙パンツの方もいる。	
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	起床時に冷水や冷たい牛乳を飲んで、交感神経を刺激する。朝晩の散歩、漢方薬を、飲んで腸の調子を整える。毎日、牛乳やヨーグルトを食べる。おなかをホットパックする。タクティールケアを実施する。		
45	(21)	○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	自分で入れる人は、好きな時間、好きな日に入っていたりしている。介護度の高い人は、ホームの都合が優先されている。	入浴したい日、時間に合わせて入浴していたりしている。入浴時間帯は午後が多い。お湯は清潔感を考慮して一人ひとり入れ替えている。また、ひとり入浴の際は、外から見守り安全に努めている。	
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	朝食の時間は設定していない。また、朝は、起きたい時間に起きてもらう。昼間、出来るだけ、活動してもらい、眠剤や、精神薬は使わない。現在、全員安眠している。		
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	医療連携ノートや、ケア日報に、内服のこと、内服の変更について、都度記載し、服薬の効能や、副作用については、介護記録に、薬情報を挟み込み、都度スタッフが読むようにしている。		
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	家事を得意としている人、園芸の好きな人、塗り絵、手芸の好きな人、生け花教室など、色々なメニューを提供している		
49	(22)	○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。又、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	毎日、午前と午後散歩している。希望時は、その日に買い物に行けるようにしている。また、町内会の行事、毎週の体操教室、ドライブ、外食など、月に何度も、出かけている。	毎日、朝夕の2回散歩している。またドライブを兼ねて外食、買い物、散髪等に出掛けている。時には気分転換になればとの思いから外気浴のためドライブに出かけることもある。	

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	希望時は買い物と一緒に出掛け、本人の好きな物を買っていただいている。自分で、お金を自己管理していただいている人もいる。(家族様の同意の上)		
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	月に一度、手紙を家族様に出している。年賀状や、暑中見舞いなども、入居者様に、家族様宛に書いていただいている。希望時には、電話もかけていただいている。		
52	(23)	○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	リビングには、温度計・湿度計を設置し、スタッフの個人的な個人的な思い込みによる、温度調節にならないようにしている。音などについては、CDの音やテレビの音が大きくなりすぎないように、気をつけている。	入居者の作品や行事の写真がリビングや廊下の壁に飾られている。日常生活の一端がよくわかる。ユニットごとに介護度に合わせてテーブルの配置を変えて休みやすく、移動しやすいように工夫されている。	
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	共同空間に関しては、気の合った仲間同士がグループで座れるようにしている。		
54	(24)	○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	入居時は、出来るだけ家にあつたものを持ってきていただき、思い出の品や写真を置いて、本人にとって和める空間を作っている。	本人が落ち着ける居室になるように、家で使っていた馴染みの品を持ち込んでもらっている。ベット、テレビ、鏡台、家族の写真、仏壇等。 入居者の介護度や性格でそれぞれ工夫がなされている。	
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」「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	テーブルの高さは、身長によつて変更している。また、入居者様が自分たちで、食器やカップを取ることが出来るように、ワゴンを利用している。常にテーブルの上には、ポットを置き、好きな時に、自分でお茶が飲めるようにしている。		

基本情報

事業所番号	2892500022
法人名	メディカル・ケア・サービス関西株式会社
事業所名	愛の家グループホームとうじょう
所在地	〒673-1341 兵庫県加東市南山3丁目23-27 電話 0795-47-6510

【情報提供票より】平成 27 年11月13日事業所記入

(1)組織概要

開設年月日	平成20年10月1日		
ユニット数	2ユニット	利用定員数計	18 人
職員数	18人	常勤14人	非常勤4人

(2)建物概要

建物構造	鉄骨造り2階建て 延べ床面積496.86㎡
------	-----------------------

(3)利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

家賃(平均月額)	57,000 円	その他の経費(日額)	円
敷 金	150,000円		
保証金の有無 (入居一時金含む)	無	有りの場合 償却の有無	
食材料費	朝食	円	昼食 円
	夕食	円	おやつ 円
1日当たり1,080円			

(4)利用者の概要(12月9日現在)

利用者人数	18 名	男性	0 名	女性	18 名
要介護1	5 名	要介護2	7 名		
要介護3	1 名	要介護4	3 名		
要介護5	2 名	要支援2	名		
年齢	平均 86 歳	最低 74 歳	最高 97 歳		

(5)協力医療機関

協力医療機関名	加東市民病院・早川内科・やすらぎの森診療所・あきら歯科
---------	-----------------------------

目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び第三者評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。

目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【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	6	昨年度までは、玄関の鍵は、まったく施錠していなかったが、昨年に入居された方が、何度かスタッフが、他の方の介助中に、外に出ようとされたことが3回ほどあった為(出でずぐ、気が付き事故には至っていないが)現在、施錠をしている。	以前のように、玄関の施錠をしないようにする	まず、全員が「どうしたら施錠しなくてすむようになるか」ということを、話し合い、それに向けたケアプランや、取組みを具体的にたてる。それに向けて実行していく。	6ヶ月
2	15	私達は、入居者様の困りごと、言葉を本当に真摯にうけ止めて聞いているかな、ということに、最近疑問を感じ始めました。	バリデーシヨンの技術では、ないですが、しっかりと入居者様の言葉を、受け流すことなく、正しい姿勢で聞く。	スタッフ一人ひとりが、「認知症の人だから」と、表面的な言葉を聞き流すのではなく、その方の真の言葉の意味を聞き出せるスキルを持つよう、研修を実施する。また、振り返りも行う。(振り返りについては、月1回)	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注)項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。

(様式2(2))

サービス評価の実施と活用状況(振り返り)

サービス評価の振り返りでは、今回の事業所の取り組み状況について振り返ります。「目標達成計画」を作成した時点で記入します。

【サービス評価の実施と活かし方についての振り返り】	
実施段階	取 り 組 ん だ 内 容 (↓ 該当するものすべてに○印)
1 サービス評価の事前準備	<input type="checkbox"/> ①運営者、管理者、職員でサービス評価の意義について話し合った
	<input type="radio"/> ②利用者へサービス評価について説明した
	<input type="radio"/> ③利用者家族へサービス評価や家族アンケートのねらいを説明し、協力をお願いした
	<input type="checkbox"/> ④運営推進会議でサービス評価の説明とともに、どのように評価機関を選択したか、について報告した
	<input type="checkbox"/> ⑤その他()
2 自己評価の実施	<input type="checkbox"/> ①自己評価を職員全員が実施した
	<input type="radio"/> ②前回のサービス評価で掲げた目標の達成状況について、職員全員で話し合った
	<input type="checkbox"/> ③自己評価結果をもとに職員全員で事業所の現状と次のステップに向けた具体的な目標について話し合った
	<input type="radio"/> ④評価項目を通じて自分たちのめざす良質なケアサービスについて話し合い、意識統一を図った
	<input type="checkbox"/> ⑤その他()
3 外部評価(訪問調査当日)	<input type="radio"/> ①普段の現場の具体を見てもらったり、ヒアリングで日頃の実践内容を聞いてもらった
	<input type="radio"/> ②評価項目のねらいをふまえて、評価調査員と率直に意見交換ができた
	<input type="radio"/> ③対話から、事業所の努力・工夫しているところを確認したり、次のステップに向けた努力目標等の気づきを得た
	<input type="checkbox"/> ④その他()
4 評価結果(自己評価、外部評価)の公開	<input type="radio"/> ①運営者、職員全員で外部評価の結果について話し合った
	<input type="checkbox"/> ②利用者家族に評価結果を報告し、その内容について話し合った
	<input type="radio"/> ③市区町村へ評価結果を提出し、現場の状況を話し合った
	<input type="checkbox"/> ④運営推進会議で評価結果を報告し、その内容について話し合った
	<input type="checkbox"/> ⑤その他()
5 サービス評価の活用	<input type="radio"/> ①職員全員で次のステップに向けた目標を話し合い、「目標達成計画」を作成した
	<input type="radio"/> ②「目標達成計画」を利用者、利用者家族や運営推進会議で説明し、協力やモニター依頼した(する)
	<input type="checkbox"/> ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)
	<input type="radio"/> ④「目標達成計画」に則り、目標をめざして取り組んだ(取り組む)
	<input type="checkbox"/> ⑤その他()