

### 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	2873001487		
法人名	社会福祉法人きらくえん		
事業所名	グループホーム「いなの家」		
所在地	尼崎市食満2丁目22番1号		
自己評価作成日	平成26年6月24日	評価結果市町村受理日	平成26年12月15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 [x.php?action=kouhyou\\_detail\\_2014\\_022\\_kani=true&JigyosyoCd=287](http://x.php?action=kouhyou_detail_2014_022_kani=true&JigyosyoCd=287)

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ兵庫福祉調査センター		
所在地	尼崎市立花町2丁目13-32		
訪問調査日	平成26年10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)】

法人のノーマライゼーション理念のもと、最期まで“その人らしく”生活していただけるよう、ハード(建物や環境)とソフト(ケア)の両側面から入居者の暮らしを支援している。建物は高齢者に馴染みのある和風建築で、季節の移ろいを感じる中庭や、迷わずトイレを認識することのできる「舞良戸」を採用している。居室には馴染みの家具や大切にしていた物を持ち込んでいただき、安心して過ごせるよう慣れ親しんだ環境を再現している。ケアでは“その人らしさ”を大切にしたいケアを追求し、これまでどおりの生活を継続できるように、個々の生活習慣やリズムを大切に、役割や楽しみを持ちながらの暮らしを支援している。中でも、「自分達の生活は自分たちで決める」を合言葉に毎月開催される「入居者自治会」では、入居者一人ひとりが「生活の主体者」として自由に意見を述べる場として定着している。

【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)】

廻りは田畑等緑の多い静かな場所に和風作りの建物で、大変落ち着いた環境である。法人の理念はノーマライゼーション(どんなに重い障害があろうとも、ごく普通の当たり前の生活が保障されなければならない)の堅持と意志統一された職員のもと、日々利用者の為に支援に当たっている。その理念の基礎となる教育にも注力し、資格取得への支援・援助等により職員の質の向上を目指し、より良い介護支援にあたっている。又地域との交流も積極的に双方の関係を構築している。

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、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、安心して暮らさせている (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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	ノーマライゼーションの理念の堅持と、運営方針である「人権を守る」「民主的運営」の具体化に取り組み、全職員に対して入職時や施設内研修で繰り返し伝えると共に、日々の実践の中で指導している。	理念「ノーマライゼーション」と運営方針である「人権を守る」「民主的運営」の具現化に努めている。日々のケアの中で理念と実践が繋がっているかの振り返りと確認を行っている。月一回、理念推進委員会が開催され、常日頃のケアにおいて理念が具現化されているかを確認している。	
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	納涼祭やクリスマス会等、行事に地域の方を招待するなど積極的な交流を行っている。日常的な買い物や理美容や地域のお店を利用している。	地域とは納涼祭やクリスマス会(保育園園児の来訪)等の行事を通して積極的に交流している。日常的にも地域のお店へ買い物や外食に出掛けたり、理美容院を利用したりして交流している。	
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	施設見学や入居相談の際、「いなの家」の取り組みを説明すると共に、認知症の方への支援方法を伝えている。		
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	隔月で運営推進会議を開催している。前年度は権利擁護や独居高齢者の生活支援について報告してもらった。今年度は地域の現況報告や、「看取りについて」の学習会を行った。	管理者・部長・計画作成担当者・家族会のメンバー・地域包括支援センター職員・地区民生委員の参加の下2ヶ月に一回開催されている。運営推進会議の開催日に同時に家族会もあるので、会議には凡そ10名以上の家族の方の参加がある。事業所の現況報告と共に地域の現状を聞く場ともなっている。	
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	市町村の担当者とは必要に応じて随時連絡を取り合っている。また、市内の事業所で結成されたグループホーム連絡会で懇談する機会もある。	市の担当者とは必要に応じて随時連絡を取り合っている。グループホーム連絡会にも高齢介護課の職員の参加があり懇談する機会がある。	
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	玄関の鍵は施錠しておらず、いつでも入居者が好きな時に外出できる。また、どんな些細な身体拘束であっても決して許される事ではないという認識を強く持っている為、身体拘束は一切行っていない。	身体拘束皆無の方針を全職員が理解して業務に従事している。身体拘束廃止委員会が設けられている。	
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	「人権を守る」という方針を全職員で徹底しており、虐待に類する対応は一切行っていない。虐待問題に関する職員の意識も高く、折に触れ会議等でも話し合っている。	「人権を守る」という運営方針を全職員で徹底してケアにあたっている。年一回法人研修で学んでいる。月一回のユニット会議や年一回の学習会でも話し合いがなされている。	

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	研修や回覧等で理解を促している。権利擁護に関する学習会を年2回ユニットごとに開催している。	権利擁護に関する学習会を年2回ユニットごとに開催している。	
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	契約書と重要事項説明書を用いて、初期相談の段階から口頭と書面で説明を行うなど、丁寧な対応を心がけている。	契約時や改定時には、口頭と書面で説明を行い、理解・納得を図っている。	
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	入居者自治会を毎月開催して直接意見を聞く機会を設けている。また、第三者委員による苦情受付窓口や、施設内の意見箱設置など、意見が言いやすい環境を作っている。更に市から派遣される介護相談員が月2回訪問し、入居者の意見を直接聞き取っている。	運営方針の一つとして「民主的運営」を掲げている。その一つとして、「入居者自治会の保障」があり、入居者自治会を毎月開催して入居者の意見を直接聞く機会を設けている。運営推進会議や家族会でも家族の意見を聞く機会があり、運営に反映している。	
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	ユニット会議への参加や個別懇談を通じて意見交換を行い、職員とともにケア理念の具体化とサービスの質の向上に取り組んでいる。	年2回個人面談を行い、意見をきいている。ユニット会議の他、日常的にも意見や提案を聞き運営に反映するように努めている。	
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	人事考課制度を導入している。自己評価に基づいた個々の努力や実績の把握と、育成面接により一人ひとりの課題を明らかにし、意欲をひきだるよう努めている。		
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	個々の能力に応じたフォローアップ体制として、法人が研修を体系的に企画している。また外部研修等に参加させている。部内でも学習会を毎月が開催し、認知症ケアに関する情報共有や文献の提供等、現場で相互に高めあう雰囲気作りができています。		
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	市内の事業所でグループホーム連絡会を立ち上げており、情報交換や交換研修、討論会、勉強会、事例発表などを定期的に開催している。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	初期相談や入居申し込みを受けた後も、継続的な状況確認や待機者調査、相談対応等を行っている。		
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	初期相談や入居申し込みを受けた後も、継続的な状況確認や待機者調査、相談対応等を行っている。また必要に応じて田サービスや施設の空き情報を紹介している。		
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	相談対応を行う中で、本人・家族が必要とする支援を見極め、必要に応じて他サービスの紹介や、関係機関への紹介を行っている。		
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	人生の大先輩として敬意を表し、尊厳を守った援助姿勢を徹底している。認知症や障害があっても、生活の主体者として、その人らしい生活が継続できるよう支援している。		
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	施設の考え方を一方的に押し付けるのではなく、運営に参画しともにより良い暮らしを支えてもらう視点で家族会の活動を支援している。施設行事の企画・準備にも積極的な協力が得られており、職員との会食等の交流機会もある。		
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	馴染みの喫茶店や理美容店に出かける支援や、友人や関係者と過ごす時間を持つなどの支援を行っている。	馴染みの喫茶店や理美容院へ出掛ける支援をしている。自宅への帰宅、年賀状を出す支援や知人が来訪しやすいような環境作りをすること等で馴染みの人達との関係が途切れないように支援している。	
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	相性を考慮しながら、食事の席を配置したり、外出やアクティビティーなどの楽しい時間を一緒に過ごせるように配慮している。また、職員が入居者同士の会話を橋渡しするなど交流を支援している。		

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	退居後も行事の案内や機関誌の郵送、ボランティアとしての受け入れなど、継続的な関わりを持っている。		
<b>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</b>					
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	入居前面接では可能な限り自宅へ訪問し、実際の間取りや生活の様子を写真や記録にまとめ、「その人らしさ」を知る手掛かりとしている。入居後も独自のアセスメントシートを活用し、暮らし方の希望や思いの把握に努めている。	フェイスシートやアセスメントシートを活用し、暮らし方の希望や思いの把握に努めている。入居者との故郷訪問同行は生活歴や歴史を知る機会ともなっている。	
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	本人・家族・担当介護支援専門員に協力依頼し、出来る限り詳しく生活歴や習慣、友人等との関係性などの情報把握に努めている。またこれらの情報をもとに、その人らしい暮らしの支援について職員間で情報を共有している。		
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	本人のペースを大切にすることを第一に「できること・できないこと」「したいこと・したくないこと」を見極めるようにしている。アセスメントした内容を元に、個々の能力や特性を生かした役割を担ってもらえるよう支援している。		
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	「望む暮らし」が実現できるよう介護計画の作成を行い、本人・家族に提示して同意を得ている。また職員間で計画内容を共有し、定期的な見直しと評価を行っている。	「望む暮らし」が実現出来る様本人、家族および必要な関係者(主治医・看護師等)と話し合い、介護計画の作成と見直しをしている。	
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	日誌とパソコン入力による個別記録を併用し、個人の変化を細やかに記録している。また対応した職員の気づきや考察、他の職員の意見を書き込めるようにし、ケア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	「認知症介護者の会」に加入し、会の運営と認知症の理解の啓蒙に協力している。また地域交流事業「おきらくや」と定期開催し、高齢者だけでなく地域の幅広いニーズに即した講座や、施設見学会等を実施している。		

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
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	市報や公民館、民生委員などから地域の情報を収集し、入居者の好みに応じた催しやサークル活動等への参加を支援している。		
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し、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	主治医は本人・家族の希望により、各診療科目の専門医が主治医となっている。常勤で看護師を配置し、各医療機関との連携に努めている。	主治医は本人・家族の希望を聞いて、納得が得られた各診療科(内科・皮膚科・皮膚科等)の専門医が主治医となっている。外来受診は家族同席を基本としている。	
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	グループホームに配置した看護師や、併設事業所の看護師と連携し、利用者の日々の健康管理を行っている。		
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。	入院時は必要な情報を申し送り、入院中・退院時のカンファレンスにも可能な限り参加している。また、病棟や医療相談室との顔の見える関係づくりを行っている。	入院時は入院先の病院に必要な情報を提供し、入院中・退院時はカンファレンスに参加するようにしている。医療相談室との連携にも努めている。	
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	入居時に「看取りの指針」を説明し、以降もケアプラン提示などに本人・家族と話し合う機会を設けている。また必要に応じて主治医にも同席してもらい意向の確認を行っている。話し合った内容は文書化して職員間で共有している。	入居時に「終末期ケアに関する指針」の説明書・同意書を下に説明している。ケアプランの提示時や身体状態が変わった時にも本人・家族と話し合いをもち思いを確認している。2年間に4人の方の看取りをされている。ターミナルケアについては入職時に学ぶ他、年一回勉強会がある。ターミナル委員会を設けている	
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	新規採用職員には救命救急講習を受講してもらっている。また吸引機やAEDについても看護師等から手技の指導を受け、急変時や事故発生時に備えている。		
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	年に2回(昼夜1回ずつの想定)避難訓練を実施している。また、緊急避難経路や、緊急通報システム・消火器等の場所をマニュアル化し、すべての職員で共有している。	避難訓練は消防署指導の下で年2回実施している。訓練は施設独自の目標を立て厳しく行い、地域の参加者も約30名あり、終了後も反省会をし改善点も確認している。津波対策は全員3階への避難を確認している。だが居室・事務所内の耐震防止対策が出来ていない。対策を望む。	訓練の目標・マニュアル化・設備・地域の協力体制等全ての点に於いて標準以上の体制は確保されているが、事務所・居室内のタンス・テレビ・ロッカー等の防止対策がされていない。改善を望む。

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	人生の大先輩に対して敬意を表し、人権を尊重した対応(尊敬語・謙譲語・依頼形の会話・アイコンタクト)やプライバシーの保護(排泄・入浴時の同姓介助、入退室時のノックや声掛け)を徹底している。また、会議等で職員一人一人が理念を再確認し、ケアを振り返る場を設けている。	入居者一人ひとりの人格を尊重して全職員が業務に従事することを徹底している。	
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	生活の主体者は入居者であることを踏まえ、意思や希望を表出しやすい援助姿勢と、自己決定を促す依頼形での声かけを徹底している。毎月定例の入居者自治会では、暮らしに関する様々な事柄について「自分たちのことはじぶんたちで決める」を合言葉に話し合いが行われている。		
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	介護者の都合に合わせた「介護」を行うのではなく、あくまでも一人ひとりの生活習慣とペースを尊重した「援助」を行っている。施設が定めた日課により活動するのではなく、あくまでも個々の生活習慣に合わせ、必要な支援を行っている。		
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	好みの服装や、髪型を大切に支援を行っている。希望の理美容店の利用者、毎日のメイクアップやネイルケア、外出時などTPOに合わせたおしゃれを支援している。		
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	買物と一緒に材料を選んだり、味噌汁づくりなど、個々の状況に合わせた関わりを支援している。また季節の料理や、厨房との協力により特別メニューの日を設けるなど、食の楽しみを継続できるように企画している。	食事改革プロジェクト「けま食堂」では「きざみ食」に替わるものとして、柔らかく見た目にもおいしい「味彩食」を開発し、提供している。調査時の昼食時には美味しく柔らかなミートローフが出されていた。厨房との協力により、特別メニューの日を設けたり、外食に出掛けたりして食の楽しみを継続できるようにしている。	
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	個々の嗜好や、嚥下・咀嚼機能に応じた食事を提供し、摂取量が少ない時は提供方法を工夫している。		
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	食後の歯磨きや義歯洗浄等の声かけや介助を行い、口腔内の清潔が保たれるよう支援している。また汚れがたまりやすい方に対して、歯科医院に歯科衛生士の派遣を要請し、定期的に専門的なケアを受けられるようにしている。		

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
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	個別の排泄パターンを把握し、適切な排泄方法を検討している。安易にオムツを使用せず、尿量や失禁の状態に合わせて声かけや誘導を行っている。また羞恥心に配慮したさりげない援助を徹底している。	個別の排泄パターンを把握し、適切な排泄支援をしている。羞恥心や自尊心に配慮したさりげない援助を徹底している。	
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	下剤に頼らない自然な排泄ケアをめざし、ヨーグルトや健康スープ等を提供している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	個々の希望や予定に合わせて時間帯(夜間浴にも対応)や入浴回数に柔軟に対応している。個々の自立度や身体状況に合わせた援助を行い、羞恥心とプライバシーに配慮しながら必要に応じた見守りを行っている。	1人ひとりの希望や予定に合わせて入浴して頂いている。同性介助で時間帯(夜間浴有り)や入浴回数(毎日入浴も可)にも柔軟に対応している。リフト浴も利用できる。	
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	夜間の良質な睡眠につながるよう、日中に活動的な生活をしていただけるよう支援している。また、夜間に眠れない入居者にはお話を聞いたり、温かい飲み物をすすめたり、足浴をするなど安心して眠りにつけるような援助を行っている。		
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	個別に処方されている薬の効能や、用法・用量を把握しており、副作用が疑われるときは、速やかに医師に症状の報告を行っている。また新たな薬が処方された時は、薬剤師から説明を受け内容を職員に周知している。		
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	入居者の趣味が活かせるよう、クラブ活動(書道・絵手紙・音楽等)や、地域の催しへの参加や外出を支援している。また入居者が役割意識を持って生活できるように、家事活動(炊事・洗濯・掃除)や作業に積極的に関わられるようにしている。		
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支援している	本人の意思や希望を尊重しながら、日常的に買い物や散歩に出かけている。また自宅への帰宅支援、ゆかりの土地への訪問、旅行、公園や喫茶店など個々の希望に応じて積極的な外出に取り組んでいる。	1人ひとりの希望にそって外出できるように支援している。日常的に買物や散歩にでかけている。墓参り・ふるさと訪問(近江八幡・松山等)・自宅への帰宅支援などはご家族の協力を得ながら支援している。	



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
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	希望に応じて財布を自己管理してもらっている。外出の際には自由に買い物ができるよう見守り、支払いやおつりの受け渡しなど、個々の状態に応じて必要な支援を行っている。		
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	入居者が希望すればいつでも電話を掛けることができる。共用の電話の取次ぎやダイヤル操作など、必要な支援を行っている。親族や友人との手紙や年賀状等のやり取りもあり、これまでの関係が途切れないよう支援している。		
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	入居者がくつろぐ居室は、隣接する中庭に咲く四季折々の草花が眺められ、自然の光を取り込んだ明るい空間になっている。入居者同士が会話を楽しんだり、ゆったりと過ごしておられる時は、BGMの種類や音量が妨げにならないよう配慮している。	玄関は車椅子で利用できる玄関と上り框のある玄関の二つがある。居間、食堂や廊下からは中庭を見渡せ四季折々の植物がながめられ、自然を感じることもできる明るい空間になっている。廊下には何カ所か備付けのベンチがあり適宜休憩することができる。	
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	生活音、コーヒーや味噌汁の香り、笑声に誘われて、一日の大半を共有部分で過ごす人も多い。気分や体調に合わせ、一人になれる時間や誰かと一緒に過ごす時間など、居場所の工夫をしている。廊下や援助員室の中にもベンチやソファを配置し、居間以外にも過ごす場所を設けている。		
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	私物の持ち込み制限はしていない。入居時には愛着や思い出のある家具や小物、写真や電話の持ち込みを推奨している。	私物の持ち込みは自由であり、使い慣れたものや好みのものでその人らしい居室を作り上げている。家具などの転倒防止策が十分ではない場所がみうけられる。	
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	管理面・安全性だけを考慮した施設的な機能よりも、残存昨日が活かせる「普通の住まい」を重視している。バリアフリー設計で、玄関からつながる通路には車椅子用のスロープがある。玄関の段差や浴室など危険個所には手すりを増設している。ベッドや洗面台、家具も低床タイプの物を採用している。		

## 基本情報

事業所番号	2873001487
法人名	社会福祉法人きらくえん
事業所名	グループホーム「いなの家」
所在地	兵庫県尼崎市食満2丁目22番1号 電話 06-6493-8400


【情報提供票より】 平成 26年 9 月 1 日事業所記入

### (1)組織概要

開設年月日	平成13年4月20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 12人 非常勤 6人 常勤換算	15.67人

### (2)建物概要

建物構造	鉄筋コンクリート造り
	2階建ての1~2階部分

### (3)利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

家賃(平均月額)	70,000円	その他の経費 出納管理費 2,000円(月額)		
敷 金	無	寝具リース料(希望者のみ) 2,500円(月額)		
保証金の有無 (入居一時金含む)	有り 2,500,000 円	有りの場合 償却の有無	期間6年	
食材料費	朝食	300 円	昼食	600 円
	夕食	600 円	おやつ	100 円
	または1日当たり ( 1,600 )円			

### (4)利用者の概要(平成26年 9月 1日現在)

	18 名	男性	2 名	女性	16 名
要介護1	2 名	要介護2	4 名		
要介護3	2 名	要介護4	3 名		
要介護5	7 名	要支援2	0 名		
年齢	平均 85.2 歳	最低 62 歳	最高 97 歳		

### (5)協力医療機関

協力医療機関名	尼崎市医療生協病院・戸ノ内歯科診療所
---------	--------------------

(様式2(1))

事業所名 けま喜楽苑グループホーム「いなの家」

## 目標達成計画

作成日: 平成 26 年 11 月 20 日

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	35 (17)	避難訓練は消防署指導の下で年2回実地している。訓練は施設独自の目標を立て厳しく行い、地域の参加者も約30名あり、終了後も反省会をし改善点も確認している。津波対策は全員3階への避難を確認している。だが居室・事務所内の耐震防止対策が出来ていない。	事務所・居室内のダンス・テレビ・ロッカー等の耐震防止対策を実施。	・事務所内の環境整備を実施。ロッカーを耐震突っ張り棒で固定し、ロッカー上にあった備品は撤去する。 ・家族会に居室の耐震対策についての説明を行い協力を依頼する。各居室で落下等の危険性の高いものの固定を家族と共に行う。	2ヶ月
2					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))

l,  
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="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> ⑤その他( )
2 自己評価の実施	<input type="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> ⑤その他( )