

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	2893000147		
法人名	株式会社 カームネスライフ		
事業所名	グループホーム ここから尼崎小田		
所在地	尼崎市西川2丁目37-3		
自己評価作成日	平成27年11月9日	評価結果市町村受理日	平成27年12月16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)】

<p>入居者様の安心を第一に考え、家庭的で落ち着いた環境を提供出来るようにすること。また、支える家族様の負担軽減(レスパイトケア)にも力を入れています。近隣医への送迎・付き添いなど可能な限り事業所での対応を図るように努めています。</p>

※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	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	尼崎市南武庫之荘2丁目27-19		
訪問調査日	平成27年11月27日		

【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)】

<p>大都市の住宅街の一角にあり、建物の構造上の制約がある中で、入居者に「安心した生活」を送って頂くために、職員がどう関わればよいかの視点で日々の支援に努めている。管理者は5年目を迎え、なかなか定着しない職員の悩みを抱えながら、対話を重視した職員の資質向上、夏祭りの共同開催の定着や、今年から始まった地元自治会主催による「ふれあい喫茶」の施設での開催等、地域との交流が進んでいる。契約医療機関・訪問看護により重度化しても、可能な限りホームで過ごしていただき、また家族とも協力して「看取り」にも積極的に取り組んでいる。</p>
--

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	法人としての理念・運営方針と共に、館として『安心』をキーワードに、職員会議など話をする事で、職員との理念の共有の機会としています。	法人の理念・運営方針を基に、利用者・家族に「安心をお届けする」ことを事あるごとに話し合い、職員自らに置き換えて、安心とはどんなことか問い続けている。	
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	地域の行事への参加(近隣診療所行事)や、共同開催の機会がある。また、ホーム内で自治会のふれあい喫茶を月1回開催しており、地域の方と共にカラオケを楽しんでいます。	花見や夏祭り等の行事でつながりがある。今年5月からは自治会主催の「ふれあい喫茶」を施設で開催する事になり、より交流が深まる。隣家から柿をいただき「吊るし柿」で季節を感じていただいている。	地域の自治会に施設のホールで「ふれあい喫茶」を定期的開催いただく等交流が深まっている。しかし、施設の利用状況は低迷している現状にあり、この地域との連携が利用者拡大に結び付くよう、さらなる工夫を期待したい。
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	前項のふれあい喫茶の場は、地域の方が館内に入ってこられ、入居者様との関わりの機会となり、認知症の方への理解を促す機会としても有効であると思っています。		
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	会議の中での取り組み状況等の報告はさせて頂くも、改善提案といった形での意見はなかなか頂けていない。	奇数月の第三水曜日に定例開催されているが、意見は少ない。しかし、事故報告については、その対応について聞かれることもあり、状況や結果を説明し理解・安心を得ている。	
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	日頃から連携をとっているという環境は無いです。尼崎市のグループホーム連絡会に参加している為、そこに市の職員が参加される機会に情報交換や共有の場としている。	日常的な対話の機会は少ない。尼崎市グループホーム連絡会に参加された時に、ホームの現状や取り組みを伝え、情報交換・共有の場としている。	
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	フロア・EV・階段の扉に鍵を掛けている現状がある。身体拘束については、勉強会や普段の指導の中で正しく理解してもらえるように努めている。	職員会議(月一回)で話し合いやビデオによる学習を行い、必ずレポートを提出させ意識の向上を図っている。継続して実施することで理解を深めている。	
7	(6)	○虐待の防止の徹底	虐待についての職員研修等を行っている。	不適切なケアについて話し合いをもち、	

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
		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	虐待についての職員アイスカンパニョの場を設けたり、勉強会を実施してその様子を掲示(館内貼り出し)をししたりして、意識の向上に努めている。	不適切なケアについて話し合いをしたり、ビデオを見て勉強会をしている。不適切なケアから虐待につながっていく恐ろしさを認識するようにしている。	
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	成年後見制度で後見人を付けておられる方が入居者様におられるが、リーダー職員が研修の中で学ぶなどの機会を設けているが、他の職員へのその制度についての知識を習得・習熟させるか機会を設けてはいない。	今後、成年後見制度を利用される入居者が増えることが予想される。まず、管理者・ケアマネジャーとリーダー職員が理解するよう努力している。	
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	契約時は、重要事項の項目全てを丁寧に説明させて頂いています。制度改正などに伴う改正などについては、新たな書面などにより理解頂け易いようにし、了解を頂いております。	最初が大事なので、一人約3時間くらいをかけて重要事項説明書に基づき丁寧に説明している。制度改正や変更があった場合は、書面に基づき説明し、同意書に署名・捺印いただいている。	
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	家族会(年2回)と運営推進会議の場、玄関に意見箱の設置をもって、その機会としています。それらの場で頂いた意見は、後に経過・結果の報告をさせて頂くようにしています。	年2回の家族会日の午後はイベントを開催することにより、多くの家族に参加いただいている。参加者も多く、日常生活の様子や今後の生活への要望・意見を聞く場となっている。	
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	面接の機会を設け、そこで意見を聞くことはもちろん、普段からコミュニケーションをとり、出た意見については可能な限り、現場にフィードバックできるようにしています。	年2回個人面談を実施している。ただ話すだけでなく、職員に介護業務チェックリストに基づいて振り返りをさせ、それに基づいてコミュニケーションを図り、日々の業務に活かすよう努めている。	
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・メンタルヘルスケアの実施など職員の負担の軽減と離職の防止の為の方策としています。また、就労条件なども出来る限り柔軟に対応するようにしています。		
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	それぞれの職員の性格や資質を考慮しながら、個々にあったスピードでトレーニングを進めるようにしています。また、法人内・外の研修への参加の機会も設けています。		
14		○同業者との交流を通じた向上			

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
		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	尼崎市グループホーム連絡会に所属しており、その中での研修会・討論会などへ参加しています。		
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	初回面談の段階、またそれ以降の面会や体験入居などを通して、本人様が安心して頂けるように心がけています。また、家族様からの聞き取りにより、出来るだけ速やかに関係構築が出来るように情報収集に努めています。		
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	サービス導入の可否に関わらず、相談に来られた方・見学にこられた方には、十分に時間を取り対応するようにしている。お話をお聞きし、より適したケアサービスの提案なども行っている。		
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	しっかりと相談の内容をお聞きし、今必要な支援が何であるか、またどうされたいのかについて客観的視点で利用者本位・自立支援・レスパイトケアを含めた対応を行うようにしています。		
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	同じ場所における生活者としての視点と介護専門職としての視点から自立支援・尊厳保持に努めています。入居者様と一緒に出来る事は出来るだけ一緒にしながら、関係構築が出来るようにしています。		
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	家族様を含めたチームである事の説明をさせて頂き、本人様に必要と考えられる事、または家族として対応できる事に関してはやって頂くようお願いしています。家族様来館時には、最近のご様子をお伝えし、現状のご理解とご協力をお願いをしたりしています。		
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	入居者様により個人差がありますが、事業所近辺の本人様のゆかりの場所へ行ってみたり、お墓参りに行くなど、頻度は低ですが出来る範囲で実施を心がけています。	月1回位の頻度で面会に来られる馴染みの人が2名いる。頻度は少ないが施設の車で墓参りや昔参っていた寺参り等心掛けている。	
21		○利用者同士の関係の支援	日常の状況の観察から、関係性の把握に努		

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
		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	め、その方らしく過ごせて頂ける様配慮しています。また、リビングの広さが、どうしても他者を感じる距離になる為、良くも悪くも関わりを持たれる関係性になっています。配席を配慮したり、複数の方で作業やお手伝いをして頂いたりしています。		
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	入院退居の場合など、面会に伺うなどの対応に留まっています。		
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	申し送り表などにより、本人様の様子や言動を共有しながら、本人様が望まれている事・必要と思われる事について注意しながら支援にあたっています。	ケアプラン作成時に家族から伺うと共に、日々の会話で把握している。また、担当職員は日常会話の中で何気なく口にされる言葉から、思い出をキャッチするよう心掛けている。	
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	アセスメントを行い情報収集の努力をしています。また、ご家族様・ご本人様との会話からそれらの情報を得る事も多いです。		
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	申し送り表を活用し、日々の変化の気付きや健康状態の把握と対応の変更などを共有しながら支援に努めています。		
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	ケアカンファレンスにより、より本人らしく安全に健康に過ごして頂けるプラン作りを心がけています。家族様の意向を事前に確認したり、会議に参加頂いたりしながら行っています。また、状態の変化があった場合は、カンファレンスを実施し、介護計画を見直すようにしています	6か月ごとに見直している。家族の意向を伺うと共に、訪問看護(毎週)のナースにも様子を伺い計画に反映している。また現場で日々関わっている職員の声を大切に作成している。	
27		○個別の記録と実践への反映	介護記録、個人連絡ノート・全身チェック表・		

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
		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	ケアプラン実施チェック表などを活用し、情報共有に努めています。また、ケアカンファレンスにおいて職員からの聞き取りなどもケアの改善につなげています。		
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	病院受診の対応を送迎だけでなく、付き添いも対応させて頂いている。また、屋外への食事や買い物への付き添いなども実施している。		
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	近隣への散歩や、買い物など出来る限り、外へと繋がっていただけるよう配慮しています。		
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	ホームドクターをベースとした医療連携が主であるが、かかりつけの医師との情報のやり取りをしっかりと行いながら、日常の健康管理及び適切な医療への連携を行っています。	24時間サポート体制のある施設が契約する医療機関が安心を生み、かかりつけ医を移行される家族が多い。眼科・歯科等の紹介・手続きもサポート、入院が必要な場合も連携できている。	
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	立花みどりクリニック訪問看護との24時間ホットラインを含め、適宜必要な指示を受ける事が出来るように体制をとっています。また、それらの指示が、全員に行きわたるように申し送り表・訪問看護記録の活用をしています。		
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。	入院時情報提供を行い、連絡をとるようにしています。また、みどりクリニックからも診療情報提供を送って頂く等の対応をしてもらっており、退院時にスムーズに対応できるようにしています。また、普段は地域連携室に伺い、情報共有が出来るよう訪問するように努めています。	入退院時に際しては、連携医療機関としての日常のサポート体制が活かされている。病院の地域連携室には機会を作り訪問し、情報交換している。	
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	時期については家族様の精神面を考慮しながら医療を含め指針の確認を行うように取り組んでいます。また、救急搬送に備えて気管内挿管など希望するかどうかの確認を取っています。	入居時の説明と体調の変化の都度家族と方針を確認している。施設内での医療の指針を理解いただいた上で、看取りについては家族と協同で取り組んでいる。	

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
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	症状対応別マニュアルの作成しています。それらの事態に備えられるように努めています。また、実践的に動く為のマニュアルは各フロアに設置しています。また、緊急時のケア対応一覧を貼りだしており、みればわかるようにしています。		
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	火災訓練・避難訓練を行っています。それ以外の災害対策は緊急時用担架の配備や使用法の周知・備蓄品の周知・確認をしています。地域の連合会長との話す機会を設けています。	火災・地震や水害等想定に基づき、年2回定期的に訓練を実施している。しかし、消防署の協力は得られていない。消防署への要請を行うと共に、「ふれあい喫茶」で交流が深まりつつある地域との協力体制の確立が望まれる。	
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	職員ひとりひとりが丁寧な安心できる声掛けをするように周知・教育している。『高齢者虐待』『スピーチロック』などについてもしっかり理解していく事で、職業倫理の向上につながり、入居者様への接遇の向上につながるものと考えて実践しています。	管理者は「介護の基本」として、繰り返し職員に徹底している。一方的な教育だけでなく、職員同士のディスカッションを繰り返し、介護の質向上に努めている。	
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	意図的な感情表出の促しを行いながら、日常のコミュニケーションと関係性の中で、それらをしっかりと汲み取れるように尽力しています。		
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	個別性の重視によりケアプランにて課題や希望への対応を立案し、自立支援に繋がるようにしています。しかし、食事など全体の活動に合わせて頂いている時間も在りますが、それも無理強いせず、本人様のタイミングで、本人様の意向（自己決定）でお過ごしいただけるように対応しています。		
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	髪の毛、服装、汚れなどについてこちらでの支援が必要な方は確認を職員でさせて頂くようにしています。着る服の選択や髪をとくなどが出来る方には環境を整えて本人様にして頂くよう支援しています。		

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
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	食事摂取量や嗜好に配慮し、好きな物を食べて頂けるよういろいろ検討しながら提供させて頂いています。また、準備や後片付けは、入居者様のできる事は手伝って頂く様働きかけています。また、接取の状況により形態や内容を検討しています。準備に限らず、買い物と一緒に行くなどの支援をしています。	管理栄養士作成の献立計画に基づき、専門業者より食材を購入している。利用者も出来る範囲で調理や配膳・片付けを手伝っていただき、又季節の食材の買物に出かけることもある。	
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	水分摂取表や食事チェック表などを活用しながら、その方の状況の把握をし、必要な介助の提供をおこなっています。好きな物を提供するだけでなく、食器や食事形態などを見直すようにしています。しかしながら、こちらの考えるバランスの取れた食事の提供に拘り過ぎず、本人様が食べたい物、食べれる物なども考慮し「食べる」という事が継続できる支援を心がけています。		
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	毎食後の口腔ケアは必ず実施していただけるよう声掛け・一部介助を行っています。また、歯の状態や口腔内の状態に応じて歯ブラシの硬さや、口腔スポンジ、ガーゼの活用などを工夫しています。また、希望者・必要者には訪問歯科による治療や口腔ケアを受けて頂けるよう支援しています。		
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	尿とりパッドを利用され、パッド内に排尿や排便のある方でも、トイレ誘導を行い便座に座って頂き、腹圧をかけるなどによりトイレでの排泄を促しています。排泄のチェック表の活用により、排泄パターンの把握に努めています。	排泄チェック表を活用し個別に対応している。ほとんどがパッド・パンツであり、トイレでの自然排泄を促し、適切なトイレ誘導に努めている。	
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	水分をなるべく摂取いただけるように促しています。ゼリーでの水分摂取の対応をされている方などには、寒天を使用したゼリーにして食物繊維をとって頂けるよう配慮しています。		
45	(21)	○入浴を楽しむことができる支援	曜日や時間を固定して入浴はして頂いては		

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
		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	入浴時間は決めず、入居者の体調に合わせて個別に対応している。午前・午後希望を聞き入浴いただいているが、夜は実施していない。週3回は入浴いただくよう声掛け・誘導に苦心している。		
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	好きな時に居室に戻られ横になられたり、介助が必要な方でウトウトされている時は、臥床して頂く時間を設けるなどの対応をしています。		
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	薬の内容を把握し、本人様の状態に応じてお薬の変更などの提案を医療職にできるような状態観察を心がけています。また、薬の変更があった際など、本人様の観察が必要な状況においては、申し送りなどにより状態が把握できるように努めています。		
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、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	散歩や買い物、喫茶店での食事などを行っています。また、嗜好品の提供や自身で出来る事の継続(お部屋の掃除機がけ、調理の盛り付けなど)などにより役割を持っていただくように努めています。		
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	希望された時にそのタイミングでというのは困難な場合が多いですが、状況により可能な限り対応しています。特にそわそわされたりする際には、気分転換で散歩や他フロアへ行って頂くようにしています。基本的に天気の良い日は全入居様が外気浴が出来るよう努めています。	施設外への外出は難しいが、日々の散歩はテラスや1Fのホール、新聞取や荷物受取り等工夫している。天気の良い日を狙い近くの公園で外気に触れていただくと共に、個別には誕生日に食事や買い物に出かけていただくよう努めている。	
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	本人様持ちのお金は小銭程度にとどめています。一緒に買い物などに行く機会を通じて、支援しています。		

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
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	家族様からの電話を取り次いだりという事にとどまっています。		
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	温度・湿度・換気に注意している。また、リビング内に季節ごとの壁画作成や、カレンダーの設置などで、季節がわかるように工夫しています。	リビングは明るく、壁画や住器の配置により季節を感じる工夫がされている。特に温・湿度には拘りを持たれ、廊下にバスタオルを掛け、時間を決め湿らすなど湿度50%維持に努めている。	
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	TV前やリビング内にソファを設置している。		
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	以前本人が興味を持たれていたものなどを配置したりしています。昔の写真なども置かせて頂いています。	居室は利用者と家族に自由に飾って頂いている。担当職員も一緒になって居室作りをすることもある。居室にクローゼットが備えられ、室内はすっきり気持ち良い。	
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	手すりや必要な場所に表示を設けるなど、本人の残存機能を活かして生活が送れるように努めています。		

基本情報

事業所番号	2893000147
法人名	株式会社カームネスライフ
事業所名	グループホームここから尼崎小田
所在地	尼崎市西川2丁目37-3 電話 06-6498-392

【情報提供票より】平成 27年11 月9 日事業所記入

(1)組織概要

開設年月日	平成 20年3月1日		
ユニット数	2 ユニット	利用定員数計	18 人
職員数	15 人	常勤 11人 非常勤 4人	常勤換算 13.5人

(2)建物概要

建物構造	鉄筋造り陸屋根		
	地下1階地上3階建ての2・3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)	69,000円	その他の経費(月額)	管理費	240(円
			冷房費	2,500円
敷 金	100,000円			
保証金の有無 (入居一時金含む)	無し	有りの場合 償却の有無		
食材料費	朝食	300 円	昼食	600 円
	夕食	600 円	おやつ	100 円

(4)利用者の概要(11月9日現在)

利用者人数	13 名	男性	5 名	女性	11 名
要介護1	0 名	要介護2	6 名		
要介護3	4 名	要介護4	1 名		
要介護5	2 名	要支援2	0 名		
年齢	平均 86.6 歳	最低	82 歳	最高	96 歳

(5) 協力医療機関

協力医療機関名	尼崎中央病院 ・ 小林歯科
---------	---------------



(様式2(1))

事業所名 グループホームここから尼崎小田

目標達成計画

作成日: 平成27年12月12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	2	地域交流は少しずつ出来てきているが、『介護』『認知症』への理解を深めていったりするところまで出来ていない。	当館の1階スペースを利用した地域との新たな取り組みが行えるようにしたい。	まずは、ふれあい喫茶の中で単なる交流だけでなく、事業所側からの発信が出来るようにする。 ・認知症のこと ・介護のこと ・介護予防のこと ・介護保険制度のこと など	12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、行を挿入して下さい。

(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="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(上記③、④については、これから行う予定です。)
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()