

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	2873002709		
法人名	有限会社 シニアケア		
事業所名	シニアケアサザン塚口		
所在地	兵庫県尼崎市南塚口町8丁目3-21		
自己評価作成日	平成27年4月1日	評価結果市町村受理日	平成27年6月3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	http://www.kaijokensaku.jp/28/index.php
----------	---

【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・クラブナルク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4月20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)】

日々の暮らしの中で、職員主体となるのではなく、利用者お一人お一人がそれぞれの状態に応じて力を発揮できるような環境、関係作りに取り組んでいる。また、散歩や買い物など外に出ることで地域との交流を深め、地域での理解になるよう努めたり、ボランティア等も積極的に受け入れを行い、開かれた事業所になるよう目指している。職員は介護という視点だけではなく、「普通」や「あたりまえ」の暮らしにも視点を持って支援するように日々意識をとり取り組んでいる。また、法人内の認知症介護指導者を中心に研修体制も充実しており、職員個々の状況に合わせて勉強会や研修の機会を確保し、認知症介護の質の向上に取り組んでいる。

【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)】

介護・福祉の専門家が運営する施設として、外部からも注目されており、スタッフの意識レベルも高い。施設は華美ではなく、生活空間として落ち着いた佇まいがあり、地元地域に溶け込み、まさに地域密着型の施設にふさわしい運営が出来ている。近隣住民との日常的に交流があり、都市の抱える課題である高齢化の対応についても、地域からも頼りにされる施設となっている。今後、オレンジプランの取組や、若年認知症への対応などに、スタッフが力を発揮され、地域の拠点として今後、充実した取り組みが展開される事を期待したい。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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広がったり深まり、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、安心して暮らしている (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	わかりやすい言葉で理念を職員で作り上げ、日々のケアに活かしている。ケアで行き詰った際には、理念に立ち戻り皆で話し合いを行っている。	新しい職員にも理念を説明し、理解を深められるよう取り組まれており、ケアプランを立てるとき、モニタリングにおいて、理念が盛り込まれているか振り返りを実践されている。	
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	町内会の会合の場所として施設の一部を活用していただいたり、町内会の行事にも積極的に参加している。	町内会の行事に参加して、付き合いの継続性が望めるよう配慮されている。また、町内会の総会などにも施設の場を提供し、地域との交流が出来ている。	
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	運営推進会議等で認知症に関する情報発信を行っている。また、地域での認知症のサポーター養成研修も当法人の社員が行ったりしている。	/	/
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	運営推進会議では、地域の方から介護の相談をお受けする事が多い。実際に介護サービスの導入に至ったケースもある。ケアの内容ではないが、設備の環境面でアドバイスを頂き、即実践している。	運営推進会議の定例開催が実施出来ており、参加者の地域の方々から、介護の相談も持ち込まれるようになっている。住環境の整備について意見を寄せてくださることもある。	
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取り組んでいる	届出等の手続き以外でも、市内のグループホーム連絡会の会合に参加していただき、意見を伝えたり、情報提供等を受けながら関係を築いている。	長年継続されている阪神間のグループホームグループハウス連絡会もメンバーとして参加をし、行政も参加され情報交換が出来ている。	
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	どのような行為が身体拘束になるのかと言うのを会議や勉強会等で話し合っている。ケアにおいても、管理、制限するのではなく、見守りを気をつけることで身体拘束につながらないよう取り組んでいる。	施設のすぐ前が一般道路であり、安全面を配慮して外に面した門はロックされているが、一人で開閉できる利用者もおられるので、注意を払うようにされており、身体拘束にならない取組を実践し見守りをされている。	
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	会議での話し合いや勉強会を通じて、日ごろから不適切なケアや虐待にならないよう、職員がお互いに意識して注意し合えるよう、コミュニケーションを取りながらケアを行っている。	虐待のついて年間研修の取組として、2回同じ内容を開催し、勤務形態を配慮し、職員全員がもれなく学べるよう取り組まれている。	

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	ご家族から成年後見制度について相談されることが度々あるので、制度についての概要を説明したり、事例を出して説明したりしてご家族の支援を行っている。	成年後見制度については現在2名の事例があり、家族と、司法書士が後見人としてつかれている。職員も制度の理解を深めるとともに、家族からの相談などについては、窓口責任者に繋げるようにされている。	
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	契約前はもちろん、契約後も適時わからない点等ないかお尋ねし、理解、納得していただけるように対応している。内容の変更時も、文章だけでなく対面して説明するようにしている。	契約時は事前に契約書を送付して、内容を確認いただき、改めて2時間程度の時間をかけて面談し、疑問な点についての質問なども受けて、理解いただけるよう説明がされている。	
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	来訪時にホームに対する要望や意見等を伺っている。また、家族会があるので総会には職員も参加させていただいているので、ご家族からの意見等を聞く機会を設けている。	家族の来訪時には、個別に要望をお聞きする時間を取っている。また、家族会の開催時にも日頃の情報を聞き取れるように取り組まれている。	
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	月に1回、法人内の各事業所に責任者と代表者が集まり会議を行い、運営状況等を報告している。また、勉強会や親睦会で代表者から職員に声をかけていただける。	責任者と職員は相互に意見が言い合えるような関係が形成されており、利用者のADLの低下に伴い入浴時に車いす型のシャワーチェアを導入してほしいとの要望があり、設置が実現している。	
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	責任者会議での報告をもとに、会社側も労働環境の整備や改善に取り組んでいる。		
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	法人内での勉強会を年間で計画している。また、個々の職員の経験年数に応じて外部研修に参加するよう勧めている。		
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	市内のグループホームで連絡会を作り、勉強会や交換研修等さまざまな事業を通じて、連携や交流を行っている。		

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
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	入居前にご本人と面談して、現在の困りごとや生活歴等を聞かせていただいている。入居時にご本人が安心して生活していただけるように状況をみながら環境を整えている。		
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	入居前にご家族とも面談をさせていただいている。入居に至る経緯やそれまでの生活歴等を聞かせていただき、入居後はどのように過ごしていただきたいか等もあわせて聞いている。		
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	サービスの導入が入居という形になるので、他のサービスというのは限定的になっているが、見学の段階では、グループホーム以外の選択肢も状況に応じて提案するときもある。		
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	利用者と一緒に掃除をしたり、料理を作ったり、買い物に出かけたりと一緒に生活行為を行いながら、関係を築いている。		
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	入居前からのかかりつけ医を継続される方もおられるので、定期的な受診の付き添い等はお願している。また、必要な物品があれば、ご家族に連絡して購入してもらったりしている。		
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	ご本人から出かけていかれることは少なくなってきたので、来訪や電話、手紙等があれば、すぐご本人に繋いでいる。	施設の近隣からの入居があり、近隣住民の知人が来訪される機会が増え、地域との交流の機会が増えた。また、ADLの低下から外出の機会が減っている方には、電話や手紙でも交流が出来る機会を配慮されている。	
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	「合う」「合わない」があるので、無理に交わることにはしないが、リビングでは一人にならないような環境をイスやソファの配置で考えている。		

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	サービスの終了がお亡くなりになられることが多いので、ご本人の支援はできていないが、ご家族のフォローやケアは行うよう心掛けている。		
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	(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	ご本人の思いや希望、意向を把握し日々の支援を行い、定期的に会議などでモニタリングやアセスメントを行っている。	常勤職員が2~3名の入居者を担当し、個人の好みや思いを把握するように取り組まれている。以前に稽古されていた書道の済が継続できるよう自宅から道具を持参頂き取り組まれている。	また、ケアが重度化する入居者についても思いに沿える支援に向けて、気心の知れた元スタッフのボランティア協力があり、その人なりの満足が得られるような取り組みが継続されることを期待します。
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	入居前にご本人に面談させていただき、生活歴や普段の暮らしの様子などを聞かせていただいている。入居時にも、馴染みの家具等を持ち込んでいただき、他の事業者とも連携してご本人の生活リズムが崩れないよう、ご本人に合わせて支援している。		
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	毎日介護記録をつけて、一人ひとりの状況や状態の把握に努めている。また、口頭でも職員間で連携を取り、情報共有を行っている。		
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	会議で、一人ひとりのモニタリング、アセスメントを行い、課題やケアのあり方について話し合いを行っている。ご家族にも、来訪時などにケアに関して希望や要望などをその都度伺っている。	担当職員は、様々な機会をとりえて、ご様子の把握を行い、ご家族の来訪時の意見も併せて、関係職員会議においてケアプランの見直しを検討している。また、来訪の機会が少ない家族には、機会をとりえて電話や書面で様子を伝えている。	
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	毎日の様子を記録している。体調面だけではなく、ご本人の言葉も記録に残し、その時の職員や利用者とのやり取りがわかるように工夫している。その記録を活用して介護計画に反映させている。		
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	ご本人やご家族のニーズに合わせて支援するよう努めている。グループホームという枠にとらわれないように柔軟に支援している。		

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
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	公民館の行事や地域での催しを活用したり、理美容や買い物等で地域と関わりながら、ご本人が生活を楽しめるよう支援している。		
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、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	ご本人、ご家族の希望を優先して、入居後も以前と変わらないかかりつけ医を継続される方もおられる。入居後は医療機関と情報交換を行いながら連携を図っている。	かかりつけ医は要望に応じて以前からの担当医が継続され、往診も対応されている。関係医療機関をかかりつけ医とされている方もある。それぞれの医療機関とは常に情報交換、連携が出来ている	
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	事業所内の看護師には適時、ご本人の状態などを報告、相談している。個別の訪問看護を利用しておられる方もおられるので、その方とも情報の共有を図りながら支援を行っている。		
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。	入院時には情報提供を行い、入院中も適時医療機関と情報交換させていただいている。退院調整時も退院後の生活が円滑にすすむように、関係機関と連絡、調整を図り、早期に在宅復帰できるよう支援している。	入院された場合も密に連携を取り、退院後の受け入れがスムーズに連絡調整を計っており、病院側も地域連携が強化され、相互に信頼関係が充実してきている。	
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	契約時に話をさせていただき、その後はご本人の状態に応じて適時相談させていただいている。終末期には医師、看護師、ご家族と密に連携を図りながら、最期までご本人が安心して暮らせるよう支援に取り組んでいる。	入居契約時に重要事項説明書の第8項の補足として「重度化の際の対応の指針」で説明、重度化や終末期には、契約時の本人・家族の様子を参考に、状況に応じて説明している。意識共有が出来るよう、ドクターの意見も聞きながら、家族の思いをお聞きしている。	
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	事務所にマニュアルや緊急時の連絡先を備えている。訓練は勉強会や避難訓練を活用してその時に備えている。		
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2回避難訓練を行っている。内1回は消防署の指導のもと、地域住民にも協力を依頼しながら行っている。運営推進会議時は災害時の相談なども行っている。	年2回の訓練が実施されている。非常階段の利用などに慣れていただくためにも、日常的には、散歩が無理な人にも、時折は、避難経路を確認しながら誘導が出来るよう取り組みがなされている。	

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
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	人生経験を積んでこられた先輩という意識と敬意を持ち、対応している。不適切な言葉かけにならないよう、職員同士でもお互いに気をつけ合っている。	共有スペースでは話ずらい内容の場合は、居室へ移動して話が出来るようにされている。言葉使いについても、尊厳を重視した対応が出来るか。職員同士が気をつけあうようにしている。	
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したり、自己決定できるように働きかけている	常にご本人に選択していただけるような声かけを心掛けている。画一的なケアではなく、その人に合わせて支援を行っているが、言葉でのやり取りが難しい方は、まだまだご本人への理解が必要である。		
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	ご本人のその時の気分や体調で一日の過ごし方をいつでも変えられるよう柔軟に対応している。		
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	いきつけの理美容へ出かけたり、訪問美容を利用されたり、女性の方は時には化粧やマニキュアを楽しんでいただけるような支援をしている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	一人ひとりの状態に応じて、調理や配膳、片付けなどに参加していただいている。また、献立も利用者の希望を聞きながら作成している。誕生日にはその方の好きなものが食べられるようにしている。	調理は、専門の職員を配置し、手作りで出来るようにされており、献立にも工夫が盛り込め、誕生日には好みのものを提供し、月2回程度出かける地域の産直市で、購入した品物が並ぶこともある。	
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	あた		
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	毎訪問歯科による口腔ケアの指導を行っていただいている。日々の取り組みは、起床時と就寝前は口腔ケアができていたが、毎食後は全員はできていないので、さらなる努力が必要。		

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	一人ひとりの排泄パターンを把握し。トイレで排泄ができるよう支援している。重度化されても、できるだけトイレで排泄できるよう、オムツの使用は極力控えるように努めている。	排せつパターンの把握とさりげない声掛けで、日中は、なるべく紙おむつを使用しないで過ごすことができている。それぞれの体調管理を配慮することで、無理なく、清潔保持ができている。	
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	下剤にたよることなく、運動や食べ物、飲み物で工夫して、スムーズな排便につながるように取り組んでいる。		
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ず、個々にそった支援をしている	基本的には夕方からの入浴としている。就寝前でも入れるようにしている。まれではあるが、朝の入浴を希望される方もおられるので、その際には柔軟に対応している。	基本的に夕方入浴を可能にするための勤務体制により、スタッフが無理なく対応できる。利用者も、自然な流れで、夜間の睡眠導入が可能となる。	
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	ご自身の使い慣れた家具を居室に持ち込んでいただき、安心して休める環境に整えている。日中もソファ等でくつろげるように配置をいろいろ検討している。		
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	ご本人の抱えておられる病気の理解と処方されている薬の理解にも努めている。特に薬の処方内容が変更になった際には、情報を周知して確実に服薬できるよう支援している。		
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	一人ひとりに応じた役割を持っていただき、それぞれの場面で力を発揮していただけるような支援を行っている。楽しみや気分転換もその人に応じて買い物や散歩、コーヒーやタバコなどで楽しいひと時を過ごしていただけるよう支援している。		
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	行きたいときにいけるように、職員の体制を工夫しながら支援している。ご家族の協力を得ながら、ご家族との外での時間を過ごされることもある。	元気な方は、日常的な散歩や定期的開催される地域の産直市へ出かけたりもされる。ご家族の誘いで、一緒に出掛けたり、ときには外泊もされておられるが、帰ってこられてから帰宅願望が出ることもなく、GHがご自身の居場所として認識されている様子である。	

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	基本的にはこちらで管理しているが、ご自身で財布をもたれている方もおられる。買い物の際は、支払いをしていただくなど、状況に応じて支援している。		
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	電話や手紙の希望があれば、取り次いだり、手紙を出せるよう支援している。		
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	季節ごとに室内の飾りを変えたり、ベランダや玄関、外壁の花を飾り楽しんでいる。夏には朝顔を育てて緑のカーテンとしても利用している。できるだけ家庭的な雰囲気に近づけるように必要以上に装飾をしないようにも心掛けている。	リビング兼食堂には華美な装飾はなく、普通の家の生活空間が整えられている。イベントや特別な行事があるときは皆さんと一緒に飾り付などをして楽しめる。ベランダや玄関周りには季節の花や緑が植えられている。	
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	ソファやテーブルの位置を工夫することで、いろいろな空間を作っている。また、2階にはフリースペースがあり、間仕切りもあるので、居室へ戻らなくても一人になる場所がある。		
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	入居時には、ご自身が使い慣れた家具等を持ち込んでいただく。なじみの環境をすることで環境の変化を少しでも抑えられるように配慮している。	入居者と家族の個々の考えに応じて、居室内が整えられており、生活の継続性が感じ取れる。	
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	居室にはネームプレート、トイレや風呂にはわかりやすいように表示をしている。階段や玄関の段差も色を変えることで、段差を認識していただきやすいようにしている。		

基本情報

事業所番号	2873002709
法人名	有限会社シニアケア
事業所名	シニアケアサザン塚口
所在地	兵庫県尼崎市南塚口町8丁目3-21

【情報提供票より】平成 25年 2月 28日事業所記入

(1)組織概要

開設年月日	平成15年8月15日		
ユニット数	2 ユニット	利用定員数計	18 人
職員数	20 人	常勤9 人	非常勤11 人 常勤換算7.6 人

(2)建物概要

建物構造	木造2階建
------	-------

(3)利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

家賃(平均月額)	96,900 円	その他の経費(日額)	円
敷 金	300,000		
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	円	昼食 円
	夕食	円	おやつ 円
1日893円			

(4)利用者の概要(4月10日現在)

利用者人数	18 名	男性	7 名	女性	11 名
要介護1	3 名	要介護2	7 名		
要介護3	4 名	要介護4	3 名		
要介護5	1 名	要支援2	0 名		
年齢	平均 88.3 歳	最低 81 歳	最高 95 歳		

(5)協力医療機関

協力医療機関名	白壁診療所・高田循環器内科・マサデンタルクリニック・徳永歯科
---------	--------------------------------

目標達成計画

作成日：平成27 年 5 月 27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		ひとり一人の思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めているが、自立度の高い入居者に比べ、重度化している人は、本当にそれぞれの思いや暮らし方の希望、意向を把握してケアにつなげる。	重度化された入居者も、必要なケアだけではなく、より生活が豊かになるように、再度その人らしさの理解から初めて、よりよい生活が送れるようケアにつなげる。	ご本人やご家族との連携をより密にし、これまでの人生や生活スタイル、趣味などを聞かせていただき、現状での本人らしさを追求し、日々の生活が少しでも豊かになるよう日々のケアに取り入れる。	6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()
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()