

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	2873300939		
法人名	ウェルフェア株式会社		
事業所名	ウェルフェア伊丹 グループホーム		
所在地	兵庫県伊丹市野間北5丁目7番20号		
自己評価作成日	平26年11月10日	評価結果市町村受理日	平成27年3月6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>地域に根付いた施設運営をしていくべくウェルフェア伊丹デイサービスセンターと協力し、地域に開かれた行事の計画や実施を心掛けていく努力を行っている。又、ご入居者の生活に関してはご自身のペースを尊重し規則正しい生活の中で柔軟な対応をする努力を行っている。</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	尼崎市立花町2投目13-32		
訪問調査日	平成27年1月23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>施設の立地は、公園・幼稚園が近くにあり、緑の残る住宅地で、1階がデイサービス、2階3階がGHという配置で、住環境としては日当たりがよく、明るい雰囲気である。また、併設施設との連携による地域との交流が期待でき、駐車場を利用した夏祭りの開催などが取り組まれているが、近隣の住宅地区には自治会が無く、エリアを一つまたいだ地域とは組織的なつながりが出来、運営推進会議にも参加がされている。日常的な取り組みとして、自主訓練的なりハビリ体操をDVDを使用して午前1回と午後1回と取り組まれている。対応するスタッフも、良いサービスを提供するうえで、自身の心身の健康を保持できるよう、お互いに注意しあうことに取り組まうとされている。</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	管理者と現場スタッフは理念を共有し基本理念をよく見える所に掲示し、実行につなげられる様に努めている。	法人理念は外来者からも良く目につく場所に掲げてあり、スタッフ全員が意識できるように取り組まれている。	
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	近隣にスタッフの友人の会社で餅つきに参加したりした。	併設のデイサービスと共同企画で、施設の駐車場で、夏祭りを企画し、地域との交流をとりくまれ、スタッフとの関係のある近隣事業所とも餅つき等の季節の行事を通じて交流する機会も持たれている。	
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	地域の認知症介護の相談窓口となっている。	/	/
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	運営推進会議は2ヵ月に1回開催し、民生委員、介護スタッフ、ご家族等でサービスの実際の取り組みや状況等を報告し、相互の意見交換を行い、より良いサービス向上に活かしている。	運営推進会議は2ヶ月に1回開催されている。家族の参加は難しいが、入居者自身にも時々参加してもらっている。	
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	地域密着型サービス事業所連携会や市の相談員が来所され、意見交換を行っている。質問等はその都度連絡を取り合っている。	近隣地域の地域密着型事業所連携会が4ヶ月に1回開催され参加している。介護保険課の出席もあり、情報交換や指導も受けることができ、協力関係ができています。	
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	現在、臥床時に歩行不安定な事を忘れられ立ち上がってトイレ等に行こうとされる為、ご家族の強い希望もあり、ベッド柵を使用し、臥床してもらっている。コールにて対応している。	ベッドでの横臥時に一人で動かれてベッドから滑り落ち骨折されることを繰り返されたため、家族からの要望もありベッド柵を使用されている。ご本人も性格も穏やかで、トイレの際はコールが出来ておられ、拘束されている感は見受けられない。	
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	毎年研修を実施し、スタッフの認識を忘れず、向上する様に努めている。日常の関わりの中でも悪いと思う所は指摘しあえる様にしている。	職員が講師となり、研修を実施している。スタッフ間もお互いに心身の健康を見守りあい、声掛けをおこない、虐待防止に向けた取り組みを意識することに努めるようにされている。	

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	市民後見人の実習生受け入れの実績がある。	権利擁護についても、職員を講師として、研修が実施されている。市民後見人の実習受け入れについても実績があり、今後も依頼があれば受け入れの用意があり、スタッフの意識付にもなっている。	
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	年に1回家族カンファレンスを行い、プランや施設での対応について説明し、ご家族の意思も確認している。	入居時、変更時には必ず、理解を得られるように説明を心がけ、年に1回、年末年度末にご家族との連絡を取り、日常生活上の課題と、今後に向けたことについて、話し合うようにしている。	
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	2か月に1回生活や往診等の状況を各担当者より報告書を書き、送付している。	ご家族から直接面接や意見を聞く機会が中々とれないが、施設側からは、2ヶ月に1回は、入居者のご様子を報告書を作成しお送りしている。時折、返事を頂いている。	
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	職員から管理者へ随時報告しており、管理者からも随時本社での決定事項等の内容を報告している。	日常の業務の中で、意見交換ができる雰囲気作りを心がけ、フロア会議だけでなく、上がってきた意見は、内容を検討し、本社に挙げるようにされている。	
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	資格や勤務状況、サービスの実績により給与や賞与等に反映されている。年に1回管理者とスタッフで個人面談を行っている。		
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	法人外の研修はスタッフの人数に限りがあり休日に個々での参加を期待するしかない状況であるが、法人内では担当制により研修を行いスキルアップを図っている。		
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	市内での地域密着型サービス事業所との連携会を定期的に行い、情報交換の場を設けている。		

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	初め本音は読み取れず、アセスメント、センター方式の用紙に書き出し、カンファレンスを行っている。スタッフ間での情報交換を常に行っている。		
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	入居生活の様子を細かく報告して関わっていく事で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	入居前の面談の情報以外にも何かあるかも知れないので探る様に努めている。		
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	自主的声掛けにより食器拭き、洗濯物干し、洗濯量などの家事を色々している。		
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	面会に来られた際にはなるべく時間を共にしてもらい2か月ごとに生活状況を書面にて方向出来る様に送付している。		
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	馴染みの人と言えば家族の面会程度にとどまっている。	家族の面会は、あまり多くはないが、面会時間は、制限せず、配慮されている。傾聴ボランティアにいられた人にはなるべく継続してきてもらえるように声掛けなどもされている。	
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	同じテーブルの方同士自然と会話が出来る様お互いの関係性を考え、座席位置を決めさせて頂いている。他者との交流が困難な方には、職員がコミュニケーションの橋渡しが出来れる様に努めている		

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	退所されると連絡を取る機会が無いので知り合いの方から近況を時折お聴きする事がある。		
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	自分の意思を声に出せない方には、出来る限り表情等で気持ちを読み取る様にし、意思を口に出せる方も会話をし、気持ちを理解する様に努めている。	昔の話などからもいこの把握をするようにはされているが、今の生活を大切に、日常生活の中で出来る事を見つけて喜びにつなげられるような取り組みを重視されている。	
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	各人と出来るだけ長く話をする様にし、コミュニケーションの中から新しい情報等を聴く様にしている。		
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	スタッフ間で教えあったり助け合ったりして把握に努めている。		
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	最低月に1回ミーティングと日々のスタッフ間の伝達により変化や対応を考えたりしている。	個別の担当者が入居者をしっかりと把握し、家族との話からもフロア会議で出し合って職員全体で情報を共有し、意見を出し合い介護計画に盛り込めるようにされている。	
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	日々の生活記録を出来る限り詳しく記入する事によって色々な取り組みを考えている。		
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	ボランティア等による1階での行事参加や夏祭り行事での地域の方々との交流に努めている。		

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	ホームでの生活が中心となり地域との交流は少ないが、夏祭り行事や餅つきには参加している。		
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	月2回からの訪問診療を受診してもらっている。	入居前からのかかりつけ医がそのまま担当されている方もあるが、殆どが連携医院のドクターを入居時にかかりつけ医に変更され、定期往診を受けられている。他の専門医療機関への紹介もスムーズに照会が出来る。	
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	日常の変化や気づきは主治医に報告、相談し支援している。訪問看護利用の際にも情報を共有している。		
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。	入退院時にサマリを共有したり、退院後も相談する事もある。	入院中も病院と情報交換し、3ヶ月程度は居室を確保してスムーズに連携できるよう家族への状況報告もなされている。	
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	主治医からの指示で訪問看護を利用し、処置や点滴を受けている。年1回の家族カンファ内でも施設で可能な対応も繰り返し説明している。	入居時に医療の必要が重要になった場合には対応が困難であることは伝えられているが、日常的に、必要な医療的なサポートは主治医と連携し訪問看護などの利用についてご家族とも話し合い、対応がされている。	
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	訓練を受けているが、実践力を確実に身につけているとは言えない。		
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	訓練や研修を行っているが、実際の状況（特に夜間帯）で確実に出来るとは言えず、地域との協力体制も構築も必要であるが、自治会もなく困難な状況にある。	災害時についての本格的な訓練については、利用者の心理的負担なども考えて、実践的な訓練は実施しがたいと考えられている。しかしながら、夜間のスタッフ状況などを考えると避難誘導の対応実践を模索されている。	心理的負担にならないよう、通常時に、外出プログラムの一つとして、近くの公園までの誘導を避難訓練的な要素で取り組むことなどをスタッフ間で検討されてみてはどうか。

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	体力低下により介助を要する場面が多く なっている為、つつい一方的な声掛け をしてしまう事があり、スタッフ間で注意し あったりしている。	フロア会議において、言葉使いや対応につい て注意しえあるように話し合われた中で、入 居者も職員も同じ建物で暮らす家族としての 思いやりや親しみを持って、尊厳を重視する こととされている。	
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	認知症の進行により、自ら思いを表する事 はあまりないが、日頃より会話をしっかりす る様にし、本人の思いを汲み取る様に努め 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	体力低下に伴い、年々意欲がなくなって来 ている。本人の「好んでいる事、楽しんで出 来る事」は何かを考え、体調等に合わせ取 り組んでもらえる様に行きたい。		
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	本人に衣類を選んで頂いたり、介助のいる 方でも鏡の前に座って頂き整容している。		
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	主に女性入居者の方にお手伝いをしても らっている。車椅子使用の方は台所が狭い 為、リビングで食器拭きや野菜の皮むき等し てもらっている。	だんだんと手伝える方が少なくなっている が、少しでも出来る事には職員が一緒に様 子を見ながらしてもらっている。調理中のス タッフも対面キッチンで、手を動かしながら、 利用者への声掛けもされている。	
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	毎月体重測定を行い、摂取量の加減や個 人に合わせて食事形態の工夫をしている。 (粥、刻み、ミキサー)水分摂取量はチェック 表を活用し、確保している。		
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	起床時と夕食後の歯磨きは声掛けし、行っ ている。介助の必要な方は、スタッフが口腔 ケアし、義歯洗浄等を行っている。		

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
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	介助の必要な方へは最低でも2回以上はトイレ座ってもらっている。頻尿の方が多く時間を見て声掛けをしている。	個人別にチェック表で確認しつつ、状況に応じてパット、リハパンツの利用も使い分けをしている。また、自立度に応じてなるべくトイレでの介助を支援している。	
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	軽い運動や水分補給を重視又、医師と相談しながら薬の使用をし調整も行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴拒否のある方へは毎日声を掛け、足浴をしたり、ドライシャンプー、清拭をしたりする。	基本は週3回としているが、時間などは自由に状況により対応している。入浴拒否のある方の対応が困難であるが、清潔を保てること基本にこころがけている。	
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	体調に応じて臥床してもらったり、気分転換の為に自室で休んでもらったりしている。		
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	異変に気づいたら直ぐにDrに連絡を取り指示を仰いでいる。		
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	月に1度イベントを企画したり、ゲームをしたり、家事手伝いも細目にして頂いている。日曜日にはカラオケをしたりもする。		
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	時間がある時には公園に出掛けたりする。ご家族が面会に来られた時にも一緒に散歩に出られたりする。	季節や体調により、外出が困難な場合もあるが、1階のデイの行事と連携し、バラ園へのお出かけなども実施されている。	

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
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	持っていないと不安な方にはご家族と相談の上少額のみ持って頂いている。		
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	本人の希望でご家族に電話される方も居られます。頻繁に訴えのある方には携帯電話を預かり、希望等あれば家族了解のもとかけてもらっています。		
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	季節に合わせてフロア内に飾り付けをしたり、廊下に行事ごとの写真を貼り出しています。リビングでは歌のビデオや音楽を流したりしています。	施設の設置が2階3階部分であり、いずれも日当たりがよく明るい。湿度の管理においても、単に加湿器などを置くだけでなく、リビング内には、タオル掛とタライを使用して湿度を保てる工夫がされてあった。	
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	入居者同士の交流が持ちやすい様にテーブルの位置や席の変更をしています。日中、新聞やTVを見ている方が大半です。		
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	寝返りやベッドからも立ち上がり等ご本人の基本動作の状態、ご本人の動きに合わせてベッドの位置を整える工夫をしています。	思い出の品やお仏壇なども配置され、朝夕の勤行が気兼ねなく出来るようにされている。また、手創りの作品なども飾られている方もある。	
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	全体的に認知機能の低下していますが、安全に過ごして頂ける様に廊下にトイレの場所がわかるような張り紙をしたりし、利用者さんにわかりやすい様にしています。		

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	法人の理念を各フロア玄関に掲示したり、フロア会議や内部研修等の機会に話し合っている事は理念に基づいている事を確認している。		
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	事業所が主催する夏祭りに地域の方々を招いたり、地域住民が主催する餅つきの催しに参加させて頂いたりと交流を深めている。		
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	地域の認知症介護の相談窓口となっている。		
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	介護スタッフ、民生委員、家族等が参加する運営推進会議を2カ月に1回開いている。施設での取り組み状況の報告や各参加者の意見交換し、サービスの向上に活かしている。		
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	市の担当者を交えた地域密着型事業所連携会で意見交換をしている。随時相談に乗って貰ったりしている。		
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	内部研修で身体拘束の事例を取り上げ、望ましいケア方法を学習している。安全の確保と危険に注意しながら出来る限り行動を束縛しない様に配慮している。		
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されることがないように注意を払い、防止に努めている	毎年研修を繰り返し開き、虐待防止の認識を高め、その人の尊厳を最大限守る様に努めている。		

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	市民後見人の実習生の受入れた実績がある。前向きに取り組んでいる。		
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	契約時にご家族に丁寧に説明し、毎年家族カンファレンスも開催し、意見も聞きながら行っている。		
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	利用者の日頃の生活状況、健康状態を報告書にまとめ2カ月に1回ご家族へ報告している。家族からの意見要望は随時運営に活かす様にしている。		
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	定期的に行えられるフロア会議で意見交換を行っている。職員の意見や提案はいつでも取り上げ、必要によっては本社へ提案している。		
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	資格や勤務状況、サービスの実績により給与や賞与等に反映されている。年に1回管理者とスタッフで個人面談を行い自己評価等を確認する機会を設けている。		
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	法人外の研修を受けるには、スタッフの人数にも限りがある為、休日に個々での参加を期待するしかない状況であるが、法人内では、担当制により講師役をすることである程度はトレーニングにもなりスキルアップにもつながっている。法人として外部への研修もサービスへ影響が出ない様な体制作りが検討されている。		
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	市内で地域密着型サービス事業所での連携会を定期的開催し、情報交換の場を持っており、市の職員及び地域包括の職員にも参加して頂いている。		

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	初め、本音はなかなかわからない為、寄り添って身近な会話から入り、関係を築いていき、スタッフ間で情報交換を常に行う。		
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	入居生活の様子を細かく報告し、ご家族の不安を少しでも和らげる様にし、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	本人が思っている事の裏側でも何かあるかもしれないので模索して行く様にしている。		
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	自主的、声掛けにより食器拭き、掃除など家事を色々している。		
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	面会時は、共に過ごして頂き、あまり面会に来られない所もある為、2ヵ月ごとに文面にて生活状況報告をしている。		
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	時が経つにつれ忘れて行ってしまい、話をし思い出してもらおうとするが困難になっている。家族には電話を掛けたいと訴え時には時々している。家族の人にも協力してもらい、なじみの人に出来るだけホームを訪ねてもらおうと呼びかけている。昔よく行ったという店や公園等には一緒に行き昔の思い出を語ってもらっている。		
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	レクリエーションを通じ利用者同士の関わりを持ったり、リビングで座る席を配慮している。		

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	退所されると中々話をする機会がないので近所の方や知り合いの方から時々偶然に出会い近況を聞く事がある。		
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	利用者やご家族との会話の中で希望があれば意向に沿った支援を提供している。		
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	利用者との会話の時間を作り、これまでの暮らし方を把握している。		
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	朝夕のバイタルチェックや食事量、表情等を観察する事で現状の把握をしている。		
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	計画的にケアカンファを実施している。		
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	介護日誌の記入は、極力詳細に記入し、申し送りの際は変化等の気づきに対しての意見交換をしている。		
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	対応出来る限りの柔軟な支援を提供できている。		

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	地域との交流は少ないが夏祭り行事や餅つきに参加は出来ている。		
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	定期往診にて主治医との連携をしっかりとる事が出来ている。直接Drからご家族へ連絡して説明して頂く事もある。		
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	往診時に聞きたい事を書くノートを用意し活用している。緊急を要する時には電話にて報告している。		
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。	入退院時にはサマリを活用している。電話でも連絡して連携をとる事もある。		
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	主治医からの特別指示書により訪問看護を利用し、処置や点滴を施行している。年に1度の家族カンファにて家族の意向も聞き、施設の方針を説明している。		
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	研修を毎年行っているが確実な実践力として身につけているとは思えない。		
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	訓練や研修を行っているが、実際の状況でパニックになると思われる為冷静に対応出来る様にして行きたい。夜間帯は各フロアにスタッフ1名ずつの配置では連携も厳しい状況にはあると考えられます。		

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
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	利用者さんのプライバシーを損ねない様に対応している。		
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	利用者さんの希望や要望を常に聴き対応している。		
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	体調の悪い時や不穏な状態にある時は、本人のペースに合わせて生活して頂いている。		
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	利用者さんに合わせて支援している。		
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	無理強いせず、本人の意向や意欲を大事にしたりしている。		
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	水分摂取量が少ない利用者さんには声掛けをし摂取を促す様になっている。		
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	利用者さんの状態に合わせて声掛けから介助まで支援している。		

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
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	利用者さんの状態に合わせて声掛けから介助まで行い、全介助が必要な方へは最低3時間おきには排泄確認を行い、清拭をしている。		
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	水分摂取を促したり、トイレ内でも付き添わせて頂き、排尿や排便を促す様に声掛けをしたりする事もある。Drの指示のもと薬の調整も行っている。		
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	週3回の入浴を支援しています。利用者様によっては、入りたくない方、体調が悪い方などご本人の状態に合わせて援助しています。又声掛けで入浴したいと希望があれば、毎日入浴の方もおられます。排便の状態により下痢になられた時もその都度日中帯に対応しています。		
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	夜間良く眠れるように日中帯にラジオ体操などをして身体を動かし、又、利用者同士で会話をして過ごして頂きご本人が昼寝をされたいと希望があれば臥床して頂いています。		
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	服薬は、職員が十分管理して薬のセットは3回チェックを行う。又、随時変更もある為、表に一括化し把握に努めている。毎日の服薬については飲み込みの確認までしている。又、日々の状態を主治医に伝え、医師に調整して頂いている。他の病院に通院されている方にも変化を家族様に伝えて調整をして頂いています。		
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	毎日の生活の中で役割を持って頂く為に洗濯物置や洗濯干しのお手伝いをして頂いています。又、コーヒー、ミルクティーなど好きな飲み物を聴いておやつの間までの間で提供し楽しんで頂いています。		
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	利用者様の希望を聞いて公園に散歩又は外気浴などの援助をしています。又、家族様との協力にて外食など楽しまれています。		

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
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	金銭管理規定の基施設にてお小遣いを管理しています。買い物に出掛ける時は、ご本人が欲しいと言われる分はお小遣いの中から買って頂いています。日頃から物忘れがある為、ご本人が所持して頂くのは難しい事もある。		
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	以前は手紙を書いたり電話をかけたいと言われる方がおられ支援をしていましたが、現在はお手紙の書き方を練習しており、ご本人より送りたいとの希望があれば対応したいと思います。		
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	リビングでは季節感が感じられる様に見た目で解る様に飾りつけをしています。		
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	リビングではソファを置いて、テレビを見れるようにして好きな時に利用して頂いている。又、座りながらお話しが出来る様に使用して頂いている。		
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	個室のレイアウトの私物持込みは、基本的には自由で私物を沢山持ち込んでいる。私物を持ち込むことで家族に捨てられた感の生じる方はお泊りに来ている感で家族様と相談をして心地よい生活を送って頂いています。		
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	居室のドアに大きな字で名前を貼り出し、トイレにも貼り出しているのがご自身で行ける様にしています。		

基本情報

事業所番号	2873300939
法人名	ウエルフェア株式会社
事業所名	ウエルフェア伊丹 グループホーム
所在地	兵庫県伊丹市野間北5丁目7番地20号

【情報提供票より】平成 27 年 1 月 23 日事業所記入

(1)組織概要

開設年月日	平成15年12月1日		
ユニット数	2 ユニット	利用定員数計	18 人
職員数	13 人	常勤 13 人 非常勤 0人 常勤換算	13人

(2)建物概要

建物構造	鉄筋コンクリート造り
------	------------

(3)利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

家賃(平均月額)	73,500 円	その他の経費(日額)	1,000 円	
敷 金	無			
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	250 円	昼食	500 円
	夕食	450 円	おやつ	100 円
	または1日当たり円			

(4)利用者の概要(1月23日現在) ※1名入院中

利用者人数	12 名	男性	2 名	女性	10 名
要介護1	3 名	要介護2	3 名		
要介護3	3 名	要介護4	0 名		
要介護5	2 名	要支援2	0 名		
年齢	平均 86.7 歳	最低 78 歳	最高 98 歳		

(5)協力医療機関

協力医療機関名	北村クリニック
---------	---------

(様式2(1))

事業所名 ウェルフェアー伊丹 グループホーム

目標達成計画

作成日: 平成27年3月 6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	36	体力低下により介助を要する事が多く、一方的な声掛けをしてしまう事がある。	思いやりや親しみを持って尊厳を重視する言葉かけが出来る。	まずは、あいさつからの気持ちの良い雰囲気をつくり、スタッフ間で対応や言葉使いについて注意しあう。	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。