

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 | グループホーム 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23年9月10日 | 評価結果市町村受理日 | 平成23年11月29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 | 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23年10月5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)】

認知症を抱えた利用者が、「ここに居てもいいんだ」「ここは落ち着く場所だ」と思ってもらえるような支援に取り組んでいる。暮らしの主体は利用者であり、日常の暮らしは自らの力で行い、支えが必要なところをスタッフが支援している。利用者中心ということで、理念には、自由な暮らし、気持ちがあるがままに出せる暮らし、自分らしい暮らし等を掲げ、利用者にとって居心地のよい場所となるよう、日々の支援に取り組んでいる。また、利用者の暮らしが、ホーム内だけで完結することのないよう、利用者が外へ出たいときに出来るような取り組みや、地域の行事に参加したり、地域との関わりにも力を入れ取り組んでいる。認知症の正しい理解、認知症ケアの質の向上というのを事業所内で大切にしており、社内研修や事業所内勉強会も積極的に取り組んでいる。また、法人内に認知症介護の指導者がおり、研修内容も充実している。

【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)】

事業所の自己評価でサービスの成果に関する内容について13項目のうち10個に高い評価ができており、その裏付けとして管理者及び常勤職員の仕事への意欲と達成への自信がうかがえる。家族会の姿勢も、預けたらよいでなく、ホームと共に支え続けるという方向があり、一貫して地域に生活する一人ひとりの人間としての尊厳、一人の人間を支えたいとの視点がある。さらに今後に向けて、地域に住む人たちの場としての発信努力を期待したい。

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) | <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 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 | <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 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 | <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 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 | ホームの理念を、職員で話し合い、自ら作り上げている。自らの言葉で作り上げることで、より意識し日々のケアで実践している。迷うこと、考えることがある時は、まず理念を見返し考えるようにしている。 | ホームの運営理念を5年前に変更。入居者の尊厳等について難しい言葉でなく職員自身の言葉でわかりやすいものとした。①自由な暮らし、②気持ちをあるがままに出せる暮らし、③その人らしい暮らし等である。 | |
| 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 | 近隣に公民館があり、そこでの行事に参加させていただいたり、隔週末に行われる市に利用者や買い物に行っている。また、利用者のなじみの関係を大切に、入居前からの関係性を断ち切ることのないような支援にも取り組んでいる。 | 近隣に所在する公民館(上の島センター)行事に参加したり、隔週土曜日開催の丹波からの野菜直販市に利用者とともに出かけるほか、日々買い物、散歩に出かけている。 | 公民館行事等への参加は、GH居住者も地域市民の一人でありADLや精神活動などによっては全員が同一行動はできないが機能低下があっても普通の市民としての暮らしであることを発信し続けてほしい。 |
| 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 | 社内に認知症キャラバンメイトの講師がいるので、地域事業の一環で、認知症関連の講座を開催したり、市内の認知症介護の家族の会に参加してりしている。また、法人内の研修所を、地域の講座を開催する場として提供もしている。 | | |
| 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 | 2ヶ月に1度、運営推進会議を行い、運営状況、支援内容等を報告し、評価や助言、話し合いを行っている。また、いろいろな情報を提供していただき、ケアに活かせるよう努力している。特に高齢の方が多いこの地域ならではの意見等とはとも参考になる。 | 運営推進会議には、家族代表、自治長、包括支援センター、同種施設等から関係者が参加し、ホームからの報告、外部の情報提供等があり、地域の高齢者ケアの拠点として利用者へのサービスの充実を図っている。 | 運営推進会議の取り組みの成果を具体的に生活実感溢れる写真を多用したGHの機関誌「グループホーム新聞」等、実際の活動情報を発信する取り組みを期待する。 |
| 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 | 市内のグループホームで作る連絡会に市の担当者に参加していただいている。また、運営に関して、わからない点などは、相談に行くようにしている。また、介護相談員を受け入れを行い、協力関係を築くよう努めている。 | 市の介護相談員が隔週一回、複数で1時間半ほど来訪し、入居者の苦情相談はないが、入居者と近況や体調などについて楽しそうに話を交わしている。年一回、市に集まって報告会をしている。 | |
| 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 | これまでに身体拘束を行ったことはないが、今後も行わないため、また、日々の支援の内容を見直し、勉強会を開催したり、お互いが確認し合い、理解を深めている。 | 身体拘束をしない介護を行っている。歩行の不安定な人などベットの転落例が、数カ月に一回ある。ヒヤリ・ハット報告や職員ミーティング等でその都度、支援内容を確認、繰り返さないよう学び合っている。 | |
| 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 | 管理者が権利擁護推進員の研修を修了しており、勉強会の開催や、新聞等で取り上げられる内容についても、職員間で意見交換を行ったり、考える機会をもつようしている。また、今後も支援の内容を見直す際にも、全員で考えるようしていきたい。 | 家族からきついなあとと思われる言葉の暴力が発せられた場合など、他人の目を意識してもらったり職員の話によっては客観視も期待できるので、利用者の人権、権利擁護の再認識につなげている。 | |

| 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 | 実際に成年後見制度を利用されている利用者のご家族もいらっしゃるの、制度を利用されている感想や話を伺ったり、また、制度の利用を検討されているご家族については、制度や内容等を説明して適切な活用ができるよう支援している。。 | 現在、全く身寄りのない方はなし。家族が後見人になっている方2名。認知症の発症まで兄が後見をしていた方は司法書士の後見を受けている。ホームとのやり取りは家族との様な密な関係が築きにくい。 | |
| 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 | 契約締結前には、重要事項説明書や運営規程について説明しているが、ただ、一方的に説明するだけでなく、ご家族の疑問、質問等ないか、その都度確認しながら、話を進めている。契約後も、不安、疑問等もたれていないか、フォローしながら関係を築くよう心掛けている。 | 契約締結前に疑問や質問の有無を確認しつつ重要事項説明書や運営規定の説明に努め、契約後もフォローしつつ関係づくりに努めている。 | |
| 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 | 玄関にご意見箱を設置している。また、来訪時には、こちらから声をかけ、話のしやすい雰囲気づくりを心掛けている。また、運営推進会議にも出席していただいております。ホーム外にも意見を出さることができる環境づくりをしている。 | ご意見箱には意見の投入はない。今回、事前アンケートで具体的な意見が聞かれた二つの改善要望点についても、直接職員と家族との対話でホーム側は知っており、風通しのよい関係である。 | 年一度、家族達がホームの草引き等に参加し、「ホームへ預けた」との世間一般の常識を越えて家族としての気づきや思いを引き延ばした協働の姿勢が伺え、今後もホームと家族一体の運営が期待できる。 |
| 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度、社内の各責任者による会議を設けており、代表者も参加し、そこで、現場の意見や提案を聞いている。管理者自身もシフト勤務に入るので、現場の状況をよりよく把握するよう努め、意見、提案が反映されるようしている。 | 社内責任者会議は、ホーム長、副ホーム長、デイサービス長、研修所長、総務・経理長と社長が構成員で、連携を密にし各部門の事業運営を推進している。 | |
| 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 | 代表者みずから、ホームに出向き、現場の職員と話をする機会を作っている。また、職場以外でも、食事会や、日帰り旅行などを催し、職員が意欲を持って働けるよう環境作りを力を入れている。 | | |
| 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 | 職員の経験年数や立場ごとに応じた法人内研修を開催している。また、毎月、様々な社内勉強会を開催し、必要と思われる職員には、シフトを都合し出席を促している。外部研修についても、経験年数、立場に応じて、参加を促している。 | | |
| 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作る連絡会に参加しており、そこで企画される勉強会や交流会、交換研修等に参加し、相互交流を積極的に図っている。また、実習も積極的に受入を行い、実習後に、横でのつながりができることもある。 | | |

| 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 |
| 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 | アセスメントシートを入居時に記入していた だき、それをもとに職員で話し合いを持って いる。ご本人、ご家族とも面談等を行い、で きるだけ沢山の情報を集めるよう努めてい 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 | できるだけ、話かけやすい雰囲気作りと話を する時間を作り、信頼関係の構築と、言葉 の裏にある気持ちを理解できるよう努めて 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 | アセスメントシートを基に、ご本人、ご家族の 気持ちを踏まえ、他のサービスや他職種と の連携も考えながら、介護計画を作成し、実 践している。 | | |
| 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 | 人生の先輩として接し、なじみの手作業(料 理や洋裁等)を教えていただくという関係を 築いている。また、一緒に作った物を食べたり、 使ったりして楽しみや喜びを共有してい 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 | 来訪時、昔の話や出来事を教えていただい たり、行事等に参加していただいたり、気遣 いのない関係になれるよう努めている。 | | |
| 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 | 入居前までの関係を、入居後に断ち切らな いように、自宅や病院、友人宅、美容院、店 舗等希望があれば行けるよう支援してい る。また、いつでも連絡がとれるよう支援し ている。 | 友人の来訪も自由で制約は全くない。家族に よっては入居事実を他の兄弟に伝えないで ほしいとの話がある例もある。 | |
| 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 | 日々の関わりの中で、一人一人の性格や利 用者同士の相性等を把握した上で、一緒に 食事をしたり出かけたり、家事をする中で よい関係が作れるような支援を心掛けてい 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 |
| 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 | 退去後も連絡がとれるような関係作りをし、相談があった際には、協力させていただいている。また、退去後も行事等にお招きし、参加いただいている。 | | |
| 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 | 月1回のカンファレンスや毎日の申し送り等で、職員が、支援の中での気づきを共有し、情報交換を密に行い、介護者がしたいケアでなく、利用者が望むケアを検討するよう努めている。 | 利用者の希望に沿ったケアの例として、10名が楽しむ月一回の図書読み聞かせ(図書館講座修了者)や不定期来演の素人落語、フラダンス教室の先生と職員の共演などの取り組みがされている。 | |
| 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 | 入居時に以前暮らしておられた時に使っておられたなじみの家具等を沢山持ち込んでいただいている。そうすることで、リロケーションダメージを最小限に抑え、いままで馴染んでこられた暮らしの再現に努めている。生活歴においても、ご本人・ご家族と話を伺い、情報の共有に努めている。 | | |
| 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 | グループホームの枠にはめることのない様、個別ケアに努めている。日々の変化に気がつけるよう観察眼を身につけ、適切な支援に結びつけている。 | | |
| 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 | 職員がそれぞれ、担当している利用者の介護計画について、モニタリングを行い、カンファレンスで検討している。そこに、ご本人の思いや家族の思いを付け加え、再度検討し、ご本人にとってよりよい支援となるよう計画を作成している。 | 二つのユニットに職員を固定していないが、介護計画をつくるため職員一人3人ずつの入居者を担当している。家族との連絡はホーム長(不在時はケア計画担当職員)がしている。 | |
| 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 | 日々の実践したケアについては、個別に記録し、職員間で情報を共有している。それらの記録を基に、カンファレンス等で話し合い、介護計画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 | 利用者中心のケアを考え、日々の変化に素早く対応できるよう、業務内容も変更等すぐに行えるよう、柔軟に対応している。サービスの多機能化については、今後の課題である。 | | |

| 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 |
| 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 | 利用者が関係している地域資源と連携が図れるよう、必要があれば、状況の説明、協力の依頼等を行い、地域の力を借りて支援を行っている。 | | |
| 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 | ホームとしての協力医療機関は設けているが、なじみの関係を大切に、入居後の主治医に関しては、ご本人、ご家族の希望を最優先にしている。医療機関との情報交換等も密に行い、関係性を大事にしている。 | 入居前からの馴染みの医療機関の受診は原則として家族が同行する。ホームが受診に対応する方は3人、後は協力医の往診である。 | |
| 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 | ホームの看護師は非常勤であるが、利用者の体調急変時等はいつでも連絡がつくような体制にしている。看護師のホームでの勤続年数も長く、気軽に相談できる関係である。 | | |
| 32 | | ○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。 | 入院された際は、サマリー等による情報提供を行い、退院時には医療関係者と情報交換を密にし、場合によっては、退院前カンファレンスに参加もさせてもらっている。早期に退院になるように取り組んでいる。 | | |
| 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 | 入居時には、重要事項説明書や重度化の指針の説明を行い、入居後もご家族に向けて、話し合いの場を適時設けている。ホームの方針を伝え、今までの取り組んだ事例などを紹介し、ご家族の不安を取り除くよう努めている。 | 昨年から立て続けて2人、五月に入って1人と亡くなったこともあり、九月に二日間、11家族に対し初めて重度化等の場合のホームの対処方針を説明し家族から要望や考え方を確認している。 | |
| 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 | マニュアルを作成し全員に配布している。また、日頃から意識を高めるよう、啓発を行っている。また、消防署の応急手当の講座等にも参加している。 | | |
| 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 | マニュアルを作成し、全員に配布している。避難訓練も定期的に実施し、いざというときに備えている。また、運営推進会議で、災害時の対応について地域の方と話し合いを行い、実際に避難訓練にも参加していただいている。 | 2008年9月「防災マニュアル」「消防マニュアル」を策定、消防との合同訓練を通じ、歩けない人の介護の仕方等について職員の理解と空間の水平移動、搬送方法の実際技術等徹底を図っている。 | |

| 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 |
| 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 | 利用者との関係性を大事にし、その人に応じた対応をしている。介護する側、される側ではなく、常に利用者の気持ちを考え、尊重したケアになるよう心掛けている。 | 利用者一人ひとりとの関係性を大事にしその人に会う対応に努めている。人格尊重、誇りやプライバシー尊重のケアを心がけている。 | |
| 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 | 言葉だけで理解するのではなく、利用者の希望や願いがどこにあるのか、表情や単語等から理解するよう努めている。また、介護者が選択肢を狭めてしまわぬよう、留意して実践している。 | | |
| 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 | ある程度の業務は決めているが、その日の利用者の動きや希望を優先するよう、職員は臨機応変に対応している。そのため、人員配置も、柔軟に対応できるような体制にしている。 | | |
| 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 | 訪問美容を取り入れている。また、希望に応じて、地域の理美容に出かけることもある。利用者には化粧を勧めたり、お出かけ時は、いつもとは違うおしゃれをしていただいたり、興味、関心が向くような対応をしている。 | | |
| 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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている | 毎日、夕食の献立は、利用者の希望を反映し、献立作りから参加していただき、買い物や食事作りにも参加していただいている。食事の際も、利用者と同じものを、同じ場所で食べることで、楽しい食事の時間となるよう心掛けている。 | 朝・昼食の献立は職員が考えるが、夕食については利用者の希望を受けて日々買い出しの上、調理を行う。利用者の買い物同行もある。 | |
| 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 | 毎日の食事を記録し、月1回は体重測定をしている。水分摂取においても、いつでも摂取できる状況にし、摂取量を記録している。食事が少ない利用者については、原因を考え、ご本人の好まれるものを提供したり、医療者に相談したりしている。 | | |
| 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 | 毎食後に口腔ケアを行い、口腔内の清潔に努めている。また、毎週歯科の往診を受け、指導もしていただいている。ただ、義歯をつけている方が中心で、以外の方は、声かけのみになっているときがある。 | | |

| 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 | 定時誘導ではなく、排泄チェック表を使い、個別の排泄パターンに合わせている。また、リハビリパンツやパットを使用されている方でも、日中は使用をしないで適時誘導を行うことで、トイレでの排泄に取り組んでいる。 | 入浴自立の方は週六日の入浴が可能。要介助の方は、週3回としている。 | |
| 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 | 医師による薬の処方を受けている方もいるが、基本的には、適切な水分摂取や、食物繊維を多く含んだ献立にしたり、運動を促し、便秘にならないよう個別に気をつけている。 | | |
| 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 | 原則、毎日入浴日にしている。また、ゆっくり入浴を楽しんでいただけるよう、時間も利用者の希望に沿えるよう支援している。 | | |
| 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 | 特にホームとしての時間割りは設けておらず、個々の生活習慣・その日の体調に応じて、対応している。居室に戻られる方もおられるが、日中はソファで休息もできるよう支援している。 | | |
| 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 | 個々の服薬状況、効能、副作用等を一覧にし、全員に配布している。不明な点は医師に確認している。また、服薬内容に変更があった際には、確実に引き継げるよう、随時連絡している。 | | |
| 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 | 個々の生活歴を把握し、力を発揮できる場を提供している。また、趣味、嗜好品も大切に、いつでも取り組んでもらえるよう、またこちらからも働きかけを行って、活気のある暮らしにな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に支援している | 一人ひとりの希望に沿えるよう、努めている。ホームの都合で止めることのないよう気をつけている。ご家族と一緒に外出もできるよう、ご家族とも協力しながら支援を行っている。運営推進会議等でも報告し、連携体制を築けるよう努めている。 | 隣接の上の島センター、市役所、ダイエー、庄下川沿いの緑地帯等が主な外出先となっている。 | |

| 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 |
| 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 | 原則、ホームでお小遣いはお預かりし管理しているが、ご自分で財布をもたれている方もおられる。その方は、買い物等された際は、ご自分で支払いをされている。 | | |
| 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 | 希望される方には、事務所の電話を自由に使っていただいている。また、利用者宛てに知人よりかかってきた電話を取り次いでいる。手紙も希望される方には、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 | 生活からかけ離れた刺激にならないよう配慮している。介護の場より、暮らしの場を意識して置物や季節の花、行事の飾り物等を置き、季節感を出している。 | 当日、降雨があり、洗濯物が共同生活スペースのロビーに並んだ。景観的に好ましくないとの方針が伝達されているが、急な雨への対応等、生活感があり、入居利用者は違和感を感じていないように見受けられた。 | |
| 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 | リビングが共用空間になるが、気の合う利用者同士で過ごせるよう、椅子の配置等には気をつけている。一人になるというのは、共用空間では、現状では少し難しいため、居室を使用していただいている。 | | |
| 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 | 入居時に使い慣れた生活道具をできるだけ多く持ち込んでいただいている。今まで馴染んだ空間に近づけることで、リロケーションダメージを最小限に抑え、利用者にとって居心地のいい空間、環境になるよう努めている。 | 居室は畳敷きで、利用者の使い慣れた生活道具が持ち込まれているが、総じて家財類は少なくシンプルである。 | |
| 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 | ホーム内はすべてがバリアフリーにはなっておらず、生活を通して、リハビリを行えるよう工夫している。その中でも、廊下を広くしたり、階段の段差を低くしたり、必要な箇所に手すりをつけることで、利用者が力を発揮し、自立した生活が送れるよう配慮している。 | | |

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 | グループホーム 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 |

| | |
|-------|-------------------------------------|
| 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23年10月5日 |

【情報提供票より】平成 23 年 9 月 14 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 | 利用人員 | 18 人 |
| 職員数 | 22 名 | 常勤 8名 | 非常勤 14名 常勤換算 15.2名 |

(2)建物概要

| | |
|------|----------------|
| 建物構造 | 木造 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) | 96,900 円 | その他の経費(日額) | 円 |
| 敷 金 | 500,000円 | | |
| 保証金の有無 (入居一時金含む) | 136,000円 | 有りの場合 償却の有無 | 引時に支払い、退去時に返 |
| 食材料費 | 朝食 | 円 | 昼食 円 |
| | 夕食 | 円 | おやつ 円 |
| | または1日当たり 850円 | | |

(4)利用者の概要(9月14日現在)

| | | | | | |
|-------|-----------|------|------|----|------|
| 利用者人数 | 18 名 | 男性 | 5 名 | 女性 | 13 名 |
| 要介護1 | 2 名 | 要介護2 | 6 名 | | |
| 要介護3 | 6 名 | 要介護4 | 2 名 | | |
| 要介護5 | 2 名 | 要支援2 | | | |
| 年齢 | 平均 84.3 歳 | 最低 | 69 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・デンタルクリニック |
|---------|-------------------------|

目標達成計画

作成日: 平成 23 年11月 10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 | <ul style="list-style-type: none"> ・意思表示のできる人を優先的に外出支援している。 ・現状の人員だけで動こうとするので、人の配置が困難になり、積極的に外出支援しようという気になれない。 | <ul style="list-style-type: none"> ・重度の方でも、こちらの思いだけで外へ連れ出すのではなく、今までの生活歴などをしっかりアセスメントした上で参加につなげる。 ・ホームの人員+家族も巻き込んで、地域の行事へ参加する。 | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者一人ひとりの再アセスメントの実施・思いの把握。 ・事前計画をしっかりと立て、前もって家族へ連絡し参加を促す。 | 12ヶ月 |
| 2 | 10 | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者と家族の関係もあるので、どこまで踏み込んでいいものか個人差があるが、家族の思いというのも、しっかりと理解する必要がある。 | <ul style="list-style-type: none"> ・家族が希望や要望を出しやすいような、ホームとの関係作り。 | <ul style="list-style-type: none"> ・来訪が少ない家族に対しては、報告書だけでなく、手紙を添えたり、事務的なやり取り以外にもつながりを持つ。 | 12ヶ月 |
| 3 | 4 | <ul style="list-style-type: none"> ・現在、運営推進会議では、ホームの状況報告を行っているが、内容等でわかりづらい点等もあると思われる。グループホームという事業所をより理解していただく為には、どのようにしていけばよいか模索中である。 | <ul style="list-style-type: none"> ・ホーム内の状況、日々の暮らしというのを、よりわかりやすく地域に発信し伝えるのに、写真を使い、地域に向けた新聞を作成・配布する。 | <ul style="list-style-type: none"> ・まずは、半年に1度を目処に、ホームでの日々の暮らしの様子がわかる写真などを使い、地域に向けた新聞を作成し、運営推進会議を利用し配布する。 | 12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() |