

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	2873002691		
法人名	有限会社 シニアケア		
事業所名	グループホーム シニアケア塚口		
所在地	〒661-0012 尼崎市南塚口町8丁目3-15		
自己評価作成日	平成26年2月10日	評価結果市町村受理日	平成26年8月4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・クラブ法人ナルク兵庫福祉調査センター		
所在地	尼崎市立花町2-13-32		
訪問調査日	平成26年4月14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)】

身体的な自立の度合いや認知症の進行具合だけに影響される支援ではなく、どんな状態だとしても「一人の人」として、当たり前暮らしやご本人が望まれる暮らしの実現の支援ができるよう、援助者の質を高めることや連携を深めることに力を入れている。具体的には、勉強会を定期的に行うこと、できるだけ頻りに顔を合わせてその都度、課題になっていることをについて話し合いを行うようにしている。また、重症度の重い方への支援に手や時間を取られてしまい、自立度の高い方へのかわりが薄まってしまわないように、散歩や買い物等、ホームの外へ出るための支援も欠かさないようにしている。

【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)】

既存木造建物を利用した2つのGHが連絡通路によりつながっており、消防署指導のベランダへの避難とともに、万一の場合の避難も可能である。開設後、13年間が経過するものの理念に基づくケアの蓄積から職員の交代もあり、全員の思いが同一ではないとしても、利用者、家族が安心できる素晴らしいソフトパワー集団である。平均介護度4.0となったが当初からの利用者も、それなりに元気で暮らしている。

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)	<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	職員自身で作成した基本理念に基づき支援の実践をしているが、勤務形態の違い(常勤・非常勤)や退職に伴う新規採用によって、理解度が異なるため、理念の共有にも力をいれるようにしている。	理念や運営方針が玄関の目に付きやすいところに掲げられている。掲げ方にも工夫がみられる。職員全員が共有するため、集会時や勉強会、職員会議等の冒頭で確認している。利用者の「今」を大切に、利用者と一緒に楽しむ姿が伝わってくる。	
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	毎日散歩に行くことで、なじみの関係が構築できつつある。特にホーム近くのコンビニには多々協力いただけるようになった(職員が気付かない間に外に出られたご利用者の居場所を教えていただいた)。	毎日の散歩時、地域のコンビニやスーパー、個人商店に立ち寄り、会う人たちと挨拶を交わしたり、話をしたりして、地域住民との触れ合う機会を深めている。	
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	認知症サポーター養成講座を中心に、本社研修所の機能を活用し、介護や認知症に関する勉強会等を行っている。また運営推進会議において、ホームから地域の方々に向けて最新情報等の発信を行っている。		
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	ホームからの報告したことに対して、構成委員から評価や助言をいただいているが、特に、委員の皆さんから「自分たちの取組を認めてもらえる」ということが、職員にとって喜びややりがいにつながっている。	家族、市職員、町会長の他に保護司、民生委員、地域包括支援センターの職員と多彩なメンバーで構成され、隔月に開催されている。出席者からいろいろな意見とともに励ましの言葉も述べられ、職員が勇気とやる気を与えられることも多々ある。	
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に取り組んでいる	市内及び近隣地域のグループホーム・グループハウスで作る連絡会に、市介護保険課の担当者にも参加いただき、各事業所の現状や市の状況について意見交換を行っている。	市内のグループホーム連絡会が定期的開催されている。市介護保険課の職員も参加している。各施設の現状報告や意見交換と同時に市からの情報提供もある。	
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	原則として身体拘束は行わない方針で支援の実践をしている。	身体拘束を行わないためのマニュアルが作成されている。社内勉強会で話し合い、職員全員で考え方を共有し、玄関の施錠はもちろん身体拘束を行わないケアに取り組んでいる。	
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	社内勉強会や職員会議等で話す他、虐待や事故等の情報発信を行うことで、自分たちが行っている支援も視点や方法を間違えると、虐待になってしまうかねない危険性があることを共有できるように努めている。	毎月開かれている2GH合同の社内勉強会のテーマの一つとして「虐待防止」が取り上げられている。身体的虐待だけでなく心理的虐待にも注意を払い、言葉かけは指示形ではなく「何が虐待か？」等、疑問形で話しかけるように心がけている。	

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
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	社内勉強会で取り上げているが、ホーム内は権利擁護に対してある程度整えられている環境のため、職員が権利擁護に関する事業や制度について積極的に携わる機会がないこともあり意識は薄いといえる。	社内勉強会で成年後見制度について学んでいる。利用を希望される入居者には制度の説明や関係機関の紹介等をしている。 現在、この制度を利用されている入居者は2名である。	
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	契約前に重要事項説明書に添って説明している。利用料金や医療・看取りについて等、特にご家族が気になっていると思われる箇所については、ご質問を受けることもあるが、より意識してこちらから説明するようにしている。	詳細に明記された重要事項説明書を基に、運営方針、利用料金、医療等について説明し、家族の疑問点についても十分話し合い理解と納得を得ている。	
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	ご家族等の来訪時・お帰りの際には必ず声をかける、できれば玄関までお見送りすることを徹底し、話しかけやすい状況を作るよう努めている。また意見箱や相談窓口明示・運営推進会議への出席の促し等、外へ意見を出すことの出来る機会を設けている。	家族会や運営推進会議で家族の意見を聴く機会を設けている。またいつでも意見を述べられるように相談窓口や投入の例はないが、意見箱を設けている。家族の来訪時には必ず声掛けをし、会話の中から意見や要望を吸い上げ、責任者会議で報告している。	
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	代表者は「責任者会議」を月1回の頻度で設けている。管理者は自身もシフト勤務に入ることにより現場の率直な声を拾うことができるように努めており、必要なことに関してはその会議の中で挙げるようにしている。	職員会議や勉強会等で職員の意見を聴く機会を作っているが、現場職員の声を拾いやすくするため責任者自身もシフト勤務に入っている。月1回開かれている責任者会議で報告し、検討している。職員の声が発言に活かされてきた例も多い。	
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	代表者は「責任者会議」において把握できる情報に加え、自らも事業所へ足を運び直接自身が見聞きすることで、現場が我慢したり遠慮することが極力ないように気を配っている。		
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	年間を通じて社内勉強会を実施している。新人対象・リーダー対象・共通と段階を分けそれぞれの力量に応じた勉強会を行っている。		
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	尼崎グループホーム・グループハウス連絡会に加盟しており、そこでの勉強会や交換研修等の取組を通じ、横の繋がりを作ることができている。また介護実習の受入も積極的に行っており、実習して終わりではなくその後も関係が続いていることもある。		

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	利用申込後、入居までに必ずご本人と会う機会を設けており、直接・間接、両面からご本人の思いや状況も確認するようにしている。入居時のお迎えを職員が行う等、引越しに伴う混乱を軽減するためにご本人の安心となるよう考えている。		
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	利用申込の段階はサービス利用における手続きの一過程としてという理解ではなく、信頼関係構築に最も影響を与える大切な過程であると考え、ご家族の訴えや悩みをしっかりと聴くようにしている。		
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	管理者・職員は自らが認知症介護の専門職であることの責任を自覚しており、ご本人・ご家族にとって真に必要な支援を考えており、自事業所の利用だけでなく、他事業所や他サービスの紹介をすることもある。		
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	「あたり前・普通の暮らしを送る」上で、特に食事に関する場面が最も重要であると考え、ご本人が食べたい物や好きな物をその日の献立にするようにして、気持ちを大切にしていることを具体化するようしている。		
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	「ご本人にとってのご家族」「ご家族にとってのご本人」という両方の視点で支援を考えるようにしている。ご家族の役割を奪い過ぎず、押し付け過ぎず、協力しながら支援を進めて行けるよう心掛けている。		
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	一時帰宅されたり、なじみのお店へ出かける等の支援をしているが、その頻度は減少傾向にある。馴染みの人や場所との繋がりが続くための支援と、入居後、新たにできる環境がホーム内に限定されないよう努める必要があると考えている。	散歩や買い物等で出かけた時、友人や知人、お店の人たちに挨拶したり、声掛けしたりしている。散歩には、退職された職員等が、ボランティアとして積極的に協力されている。	
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	既にできあがっている人間関係の中には、良悪両方の関係があるが、全員を仲良くさせるような押付けであったり、個人が排除されるような関係でもなく、あたり前に一人ひとりが大切にされる関係でいられるよう、必要に応じて介入している。		

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	他事業所や施設へ移られた方に対して、こちらから積極的に支援を行うことはないが、面会へ行かせていただいたりして関係が途切れないように努めている。		
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	職員個人の感性による把握だけでなく、「ひもときシート」や「センター方式」を活用し、スタッフ中心になりがちな視点を修正できるようにしている。	一人ひとりの思いや希望は、本人や家族から直接聞き取るだけでなく、「ひもときシート」や「センター方式」を活用して、その人の思いや暮らしの希望を把握するように努めている。	
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	認知症の抱えた方の今を支援するために、「過去」をきちんと知ることが大切であることを全員が理解し、興味本位やプライバシーの侵害にならないように責任を持って把握に努め、支援に繋げている。		
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	BPSDや課題への対応・対処から力を判断するのではなく、1日の暮らしの中でのご本人の姿をみて、職員それぞれの感性とアセスメントによる力の把握に努めている。		
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	計画作成は担当制にしており、それぞれがユニットの計画作成担当者と介護支援専門員が担当者が作る原案をもとに検討しながら作成している。出来た計画を基にご家族と検討し、より良い計画作成に努めている。	常勤職員が複数ケースずつを担当。一人ひとりの介護計画がきちんと作成されている。入居者がよりよく暮らすための課題やケアの在り方について、刻々と変化する現状に対応するよう、原則6か月ごとに見直している。	
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	記録がとれていることと、支援の実践に活用出来ていることが必ずしも結びついていない面がある(記録が無駄になってしまっている)。記録の共有の方法を検討中。		
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	耳に聞こえる要望に対応しすぎるために事業所運営に支障をきたしかねなかったり、職員個人の限界を大幅に超えかねない状況が生まれやすいため、柔軟さを残しつつ支障をきたさない方法をその都度考えながら行っている。		

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
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	ホーム内で暮らしが完結してしまいそうになることも多いため、そうならないよう気をつけるようにしている。運営推進会議を通じて、町内の資源について情報を頂いたり紹介してもらったりして、暮らしの幅を広げるよう努めている。		
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	基本的にご家族・ご本人の希望を聞いてかかりつけ医をどうするかを決めている。これまでと同じかかりつけ医を希望される場合には、ご家族の力を借りて希望に沿う支援を提供できるようにしている。	本人や家族が希望するかかりつけ医に受診。かかりつけ医への通院は家族の協力を得ている。通院が困難で事業所の協力医療機関を希望する場合は相談に応じている。	
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	看護師を配置している。健康管理や医療面についての相談を行っている。状態に応じて訪問看護ステーションとの連携を取り、適切な看護を受けることができるよう支援している。		
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。	ご家族了承のもと、ホームでの暮らしの状況や支援上の注意点等を情報提供している。またお見舞いに行った際には、状態を尋ねたりして関係を保っているように心がけている。	入院時は家族の了解を得て、ホームでの暮らしぶりや介護支援の注意点などの情報を提供している。また適宜見舞いをして関係が途切れないよう努めている。	
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	重度化の際の指針や看取りの指針を作成し提示しているが、具体的には状態が悪化してから具体的な話をつめることが多い。見とりについて、家族とホーム合同の勉強会を年内に開催する予定にしている。	重度化の際の指針や看取りの指針が作成されているが、本人や家族の意向を聞くと同時にかかりつけ医の助言を得ながら職員全員で話し合い対応している。	
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	緊急時のマニュアル作成・配布だけでなく、救命救急指導者講習修了者を中心に、心肺蘇生の講習会を実施した。今後も定期的に訓練を行うことを計画している。		
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	年2回消防署や町会合同での消火・避難訓練を行っている。ホームが隣接するメリットを活かすための装置を整えている。地域とは運営会議を通じて協力体制を確かなものにしていきたいと考えている。	消防署や町内会の協力を得ながら年2回、消火・避難訓練を行っている。既存建物再利用の木造2階建ての為、火災には特に注意を払い、スプリンクラーや消火器等消火設備には万全を期している。また、地域との協力を一層深めるように努めている。避難路から隣接GHへ避難できる。	

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	技術や義務としての尊重ではなく、専門職として人を大切にすることに価値を見出し、自然と人格を尊重した関わりを行っている。	相手の立場に立って考え、行動することが相手の人格を尊重することに通じると考えている。インターネットや新聞等からも情報を得て、日頃のさりげない言葉かけにも相手の心を傷つけていないか、振り返りを行っている。	
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	丁寧にたずねていても実は援助者が決めつけてしまっていることがあることを理解した上で、本人が分かる言葉や単語を用いて選択肢を示すようにしている。		
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	勤務時間は決めているが、その中でどう動くかはその日その時の利用者の動きや希望に応じることが出来るよう全員で協力している。		
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	訪問美容を利用したり、希望によっては行きつけの理髪店へ行くのに付き添っている。毎日ではないが、化粧をしたり、浴衣を着たりするなど、おしゃれへの関心がむくような働きかけが出来るように考えている。		
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	好みや希望を聞きながら献立を作成している。「食べさせる」介助だけではなく、「お腹がすくこと」や「準備すること」も含めて食事の楽しみととらえ、調理準備・片付けを利用者とともに行うようにしている。	リビングのテーブルで調理や片付けのお手伝いをする入居者。料理のにおいや音、色が五感を刺激し、食欲をそるよう工夫されている。職員も入居者と一緒に食事をとり楽しい雰囲気を作るように努めている。	
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	毎月の体重測定や毎日の水分チェックにより、判断可能な部分は確認している。献立も利用者の希望を聞きながらも偏りすぎないように調整するようにしている。		
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	毎週の歯科往診も活用しながら口腔ケアを行っている。義歯を使っておられたり、介助が必要な方への支援は出来ているが、力のある方に関しては、本人任せにしていることもある。		

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
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	排泄チェック表を活用し、個人の排泄状況・リズム等を把握した上で支援を考えている。現在は、介護用品の使い方の見直しを行っており、より個別性を重視した支援の実践に努めている。	トイレでの排泄、おむつをしないですむ暮らしを目指して、一人一人の習慣やパターンに応じた支援を行うため、排泄チェック表を活用している。	
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	下剤や浣腸等の薬を活用することもあるが、牛乳やヨーグルト・繊維質の多い食材など、便秘予防ばかりでなく、おいしく食べてもらうことが出来るということにも気を向けて考えている。しかし「運動」ということについてはもっと機会を増やしたい。		
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	ご本人の希望通りの入浴支援を心がけているが、職員配置の都合により、夜間(特に18時以降)の入浴希望への対応ができていない。	入浴日は原則週3回。時間は入居者の希望に沿うようにしている。ユニット毎に入浴の曜日を1階は月・水・金、2階は火・(木)・土と決めている。そのため、曜日に関係なく入居者の希望がかなえられるように配慮している。	
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	夜眠れない・昼寝していることを一律に問題ととらえず、1日・1週間の暮らしのペースを見て考えるようにしている。		
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	医療管理ファイルや薬ファイルを用いて、全員が薬に関しての情報を正確に共有できるよう努めている。		
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	「してもらう」役割や楽しみではなく、本当に楽しいと思ってもらえるよう、生活歴から拾っていくことその他、選択肢をたくさん用意して、色々な楽しみを味わえるよう準備している。歌集や遊具等。		
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	言葉や行動で希望を示される方への支援は万全にできていると言える。その分、言葉で意思を伝えることが出来ない方への外出支援が出来ておらず、ベランダへ出て日光浴することに留まっている。	外出を希望する方とは、散歩や買い物に出かけているようであるが、意思表示のできない人への対応が不十分のようである。	外出はその人らしく暮らし続ける支援のために重要であり、気分転換やストレス発散のためにも必要です。全ての入居者が外出を楽しめる支援を、近隣住民や退職者ボランティアの方々の協力を得ながら進めているこうした輪を広げて行かれることを期待します。

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	基本的には事務所で小遣いの管理を行っているが、ご本人の力や家族の了承がある方にはご自分で管理してもらっている。		
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	希望に応じて事務所の電話を使えるようにしている。また年賀状や暑中見舞いなどの時季には手紙を書くことを促してみることもしている。		
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	暮らしの場としてのしつらえ・快適性と、介護上の安全確保のバランスに悩んでいる。飾った花によって誤食がおこったり、飾りつけが幼稚な雰囲気になってしまったりすることもある。	みんなが寛ぐリビングは、南に面しており明るい。騒音もほとんどなく静かである。廊下は広く、安全に行きかうことができ、風呂やトイレも入居者が使いやすいように工夫されている。壁面空間等本人や家族の意見を参考にしながら、展示物や調度品の配置を工夫されてはいかがでしょうか。	
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・応接室・和室に椅子やソファを置いて、自由に移動し過ごしていただけるようにしている。		
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	引越しの際の混乱の軽減・暮らしやすさへの配慮という観点から、居室は照明と空調設備のみ既設としている。それによりそれぞれ思い思いの道具等(仏壇や人形等)を持って来られ、自分なりの空間を作っていただけている。	照明器具と空調設備以外は、持ち込み可能となっている。居室面積も比較的広く、ゆったりしている。馴染みの道具や作品を持ち込み、その人らしい工夫を凝らしている。	
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	全てをバリアフリーにはしておらず、暮らしの中で自然・必然な力の発揮をし、それが自立支援につながるよう工夫している。昨年、台所を対面式にリフォームしより見守りが行きやすいようにした。		

基本情報

事業所番号	2873001691
法人名	有限会社シニアケア
事業所名	グループホーム シニアケア塚口
所在地	〒661-0012 兵庫県尼崎市南塚口町8丁目3-15 電話 06-6428-2945

【情報提供票より】平成 26年 3月 30日事業所記入

(1)組織概要

開設年月日	平成13年5月1日		
ユニット数	2 ユニット	利用定員数計	18 人
職員数	名	常勤 名, 非常勤 名, 常勤換算 名	

(2)建物概要

建物構造	木造ラスモルタル造り 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)	96,900 円	その他の経費(日額)	円
敷 金	無		
保証金の有無 (入居一時金含む)	有500,000円	有りの場合 償却の有無	有
食材料費	朝食	円	昼食 円
	夕食	円	おやつ 円
	1日当たり 850円		

(4)利用者の概要(月 日現在)

利用者人数	18 名	男性 4 名	女性 14 名
要介護1	3 名	要介護2	2 名
要介護3	3 名	要介護4	2 名
要介護5	8 名	要支援2	名
年齢	平均 86 歳	最低 68 歳	最高 103 歳

(5)協力医療機関

協力医療機関名	高田循環器内科、徳永歯科クリニック、よこた芳友クリニック、北村クリニック
---------	--------------------------------------

(様式2(1))

事業所名:グループホーム シニアケア塚口

目標達成計画

作成日:平成 26年 6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	49	外出支援について、外出を希望される方には、外出支援ができていないが、ご自分で意思表示できない方に対しては不十分である。	日常生活の中での散歩以外で楽しみとなるような外出の機会を作る。	ボランティアの協力を得て、外食や喫茶店等に行く機会を作り、楽しみや気分転換につなげる。	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()