

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	2895100028		
法人名	医療法人社団 旭診療所		
事業所名	グループホーム あかね雲		
所在地	兵庫県中央区旭通2丁目9番5号		
自己評価作成日	令和2年7月10日	評価結果市町村受理日	令和2年9月14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.kai gokensaku.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	令和2年9月4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)】

三宮より徒歩10分程度の場所にあり、ご家族様の面会や、外出レク等に良い環境です。利用者の視点に立って、開設時のスタッフ間で運営理念を定め、センター方式の「気持ちシート」「家族様へのアンケート」などを用いてケアプランを作成するなど、利用者様の気持ち、利用者様の望む暮らしの実現に向けたケアをしていくことを業務の基本と考えて、運営しております。医療法人社団旭診療所がすぐ隣にあり、密に連携体制を図っております。また同法人の老人保健施設とも連携をとっており、利用者様の状態に変化がありましても、法人内で、とぎれない臨機応変な対応が可能です。また老健あすなろ旭の理学療法士、作業療法士、旭診療所の医師・薬剤師・管理栄養士と連携体制にあり、専門性の高いケアを提供しております。歩いて1分の所に地域福祉センターがあり、毎月のふれあい喫茶に参加させて頂いたり、地域の餅つきに参加や、消防訓練に地域住民に参加して頂くようにしています。

【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)】

母体が医療法人でかかりつけ医となり、日々の健康管理に力を注ぎ、家族から安心と喜ばれている。職員の就業環境に法人の理解が深く職員も定着している。職員のほとんどは介護福祉士の有資格者で経験も長く、専門性の高いケアを目指している。家族へは毎月アンケートを行い、要望・意見等を把握するとともに、職員へは「つぶやきノート」を活用して、意見・提案等を吸い上げ意思疎通を図り、利用者・家族の思いや願いに沿ったケアを目指している。アップルパイ作りやチョコパフェ・かき氷等おやつレクを頻繁に取り入れ、一人一人の好みや手指の力を生かしながら、利用者と職員が一緒になって楽しむ等工夫している。

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)	○	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. 全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きと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、活き活きと働いている (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している (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	利用者様目線の事業所としての理念を作りあげ、その理念を職員の間で共有し、理念に沿った業務を行えるように心掛けています。理念は1階ロビー、各フロアースタッフルーム、更衣室、個人携帯の名札に掲示。理念が目に入る環境である。	事業所の理念は、開設時の職員の思いを込めてつくれ、日々の活動で目に付くところに掲示するとともに、名札にも印字し共有して実践に努めている。11年を経過して振り返りを進めたい。	
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	月1回の地域のふれあい喫茶にご希望者をお連れして、地域の婦人会の方たちと交流の機会を設けている。地域のボランティア団体「なかよし会」の方に3ヶ月毎に来て頂き、レクを行って頂いている。消防訓練の参加もして頂いている。	地元自治会とは施設長が役員を務める関係にあり、行事や防災対策を含め日常的に交流が進んでいる。地域のボランティア団体との交流も定期的に行われている。	
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	地域の民生委員の方々から依頼を受け、認知症高齢者施設としての見学を受け入れています。また、地域住民の介護相談を、常時、無料で受け付けている。(玄関に案内を貼っている)		
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、そこの意見をサービス向上に活かしている	利用者様、家族様、地域包括支援センター職員、訪問看護の管理者にも参加して頂き、2ヶ月に1回開催している。頂いた提案等を、どのようにすればサービス向上につながるのか検討している。身体拘束廃止や、権利擁護のアドバイスを受けている。	奇数月の第三木曜日に定例開催している。事業所の運営状況と課題を中心に説明するとともに、出席者からの情報を頂くとともに、災害対策等意見交換を行っている。	ホーム外の参加者は地域包括支援センターと訪問看護ステーションの職員だけで固定化の状況にある。自治会代表や民生委員、老人・婦人会等の方々の参加を期待したい。
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	運営推進会議や、グループホーム連絡会等で、市や区の方と意見交換や、アドバイスを受けて協力関係を築くように努力している。	中央区GH連絡会や三宮圏域サービス事業者連絡会で交流する機会がある。問題が発生した時や不明点などがあれば相談している。	
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	指針、マニュアルを作っており、身体拘束廃止委員会を設置している。入職時の研修、年2回の全職員対象の職員研修を行い、身体拘束を行わないケアを実施している。またやむを得ず身体拘束を行う場合は、3原則を厳守する。	入職時や研修計画に基づいて、繰り返し徹底を図っている。拘束廃止委員会や運営会議でも情報交換している。玄関や出入りについてはビルの構造上無理がある。	
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	全職員を対象に年2回と入職時に管理者を中心としたメンバーで、研修を行っている。職員のメンタル面でのサポートとして、外部の方に来て頂き、ストレスケアなどの研修も行っている。虐待を生み出さない環境作りを気に配っている。	研修計画に基づき全員を対象に学び・振り返る機会がある。ユニットリーダーを中心にチームワークを大切に、皆で虐待を見逃さない環境作りを努めている。	

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	成年後見人制度を利用されている方も2名おられる。職員には、管理者を中心に施設内研修にて、成年後見制度の学習の場を設けている。	職員全員には一般的な制度の内容について学ぶ機会がある。現利用者には家族がおられる。管理者は家族等からの相談に応じられるよう研鑽に努めている。	
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	契約時に、重要事項説明をしっかりと行っている。医療的ニーズが必要になった時や、看取り期になった際のこと、指針に沿って説明し、個々の質問には、その都度、説明を行い、十分に理解を得て頂いた上でのご入居を心掛けている。	施設での生活や重要事項の説明を行い、ご理解いただくまで説明に努めている。特に心配の医療面や費用については、例を挙げて説明している。	
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	「気持ちシート」を活用、利用者様のご意見などを介護計画の作成に役立てて、より良いプランの作成に努めている。また家族様へのアンケートかのご意見やご要望を反映しケアプランの作成、サービスの質の向上に努めている。意見箱も設置して意見を求めています。	毎月の書類等郵送時にはアンケートを同封して、介護に関する家族の要望・意見を聞き、ケアプランの作成や日々のサービス向上に努めている。	
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	毎月の全体会議や、普段から個々の職員への聞き取り等で、職員の意見や提案を運営に反映できるように努めている。フロアにつぶやきノートを置いてあり、職員が個々で意見などを記入するようにしている。	職員個々の目標設定と、それに対する結果と評価の仕組みがある。職員は休暇取得等勤務状況も安定し、結果して職員の定着につながっている。これらが他の介護職場へ波及出来ないか期待したい。	
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	人事考課シートを用いて年2回職員個々の業績を把握することで、賞与に反映させている。また、能力に応じ各委員、ユニットリーダー、計画作成等を行い、給料アップの仕組みを作っている。		
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	入職時研修や、月1回の施設内研修を開催している（外部講師も来て頂いている）また認知症介護実践者研修等の外部研修に参加させている。研修は勤務時間内に行かせている。		
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	中央区グループホーム連絡会を通じ、3ヶ月毎に連絡会を開催、ネットワーク作りに努めている。その際他ホームの見学も行い、内容を事業所の業務改善につなげていけるようにしている。		

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
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	入居時には、ご本人、家族様にもご要望をお聞きしケアプラン及び支援に反映させている また、ご家族を通しこれまでの生活・趣味・性格についてお聞きし、生活の継続性をできる限り保ち安心して過ごしていただけるよう努めている。		
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	入居時には、ご家族にご要望をお聞きしケアプラン及び支援に反映させるように、管理者、計画担当者と協議していい関係が構築できるように努めている。		
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	入居時のアセスメントにおいて、ご希望の優先順位がある課題から順に挙げ、ケアプラン及び支援を考案しスタッフに申し送っている。		
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	ホーム内が本人様にとって、家であるという視点を忘れず、利用者様にも積極的に洗濯等家事参加をお願いし、職員と一緒に考ながら、無理強いはいないように家事参加を行うように努めている。		
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	遠距離でないご家族には、出来る限り、ご面会に来て頂くようお願いしており、ケアプランに挙げている 旭診療所以外の医療機関受診や、近隣のドライブ等の、ご家族の付き添いをお願いし、共に本人を支えていく関係作りに努めている。		
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	利用者様のご友人等の交流があった方の面会や、以前に通っておられた教会などに外出する機会を設けている。また近くのなじみの市場へ買い物に出かけたりして、利用者様の思いを大切にしている。	以前通っていた教会や喫茶店、商店等に散歩を兼ねて出かけている。友人や知人がホームを訪れて来ることもある。これらの馴染みの人や場所を大切にするように支援している。	
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	入居者様同士が仲良く支えあって暮らせるよう、共同で行う家事やレクなどを積極的に考えて、提供している。また、喧嘩等が起きないように、入居者様の訴えを他の方と離れた所でお聞きする等の配慮をしている。		

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	退居が必要な状況となった際は、同法人の老健をご紹介する等必要に応じフォローを行うようにしている。居宅支援事業者とも連携を心掛けている。		
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	ケアプランの作成にあたり、センター方式の「気持ちシート」を用いて、ご本人の気持ちに把握して、より良いケアにつながるように努めている。	入居者本人には気持ちシートを用いて行きたい所や食べたいもの等の希望を直接聞いている。また、家族からも家族アンケートで本人の思いや意向を聞き取っている。	
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	生活歴、暮らし方、今までの生活環境など、サービス利用の経過等について、アセスメントシートを用いて、ご本人・ご家族にお聞きし、把握に努めるようにしている。		
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	ご本人の現有能力に着目して、介護情報シートを作成、適時更新を行っている。また、日々の介護記録・特に重要なことは申し送りノートによって現状を共有できる環境作りを行っている。		
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	状況の変化に柔軟に対応するため、最低でも3ヶ月毎に、担当者会議を開き、ケア計画の見直しを他職種と連携して行っている。家族様へのアンケート、気持ちシートを活用して、本人様に合った介護計画を作成できるように努めている。	入居者本人には気持ちシートを通して、ご家族からは家族アンケートを実施して、担当職員を中心に話し合い介護計画を作成している。3か月毎に見直し、最善の介護を目指している。	
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	介護記録、入居者用申し送りノート、また気持ちシートを活用して、日々のご様子や、本人様の気持ち、ケアプランの実践の結果、気づき等を書き込み、情報共有を図っている。		
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	契約で定めてあるサービス以外にも、救急搬送や医療機関受診、個別外出など、必要に応じて、ご家族と相談しながら、柔軟に対応できる環境を意識している。		

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	ご家族や、なじみ場所(お店等)などの地域資源について把握し、入居後も継続してご友人やなじみの場所と、関係を維持でき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	法人の理事長でもある診療所の医師の定期往診(月2回)を行い、体調の変化の観察や、相談をしている。週1回訪問歯科に来て頂いている。希望される主治医がいる場合は柔軟に対応できるようにご家族様にも説明している。	当法人の診療所医師が原則主治医となっている。入居以前から専門医にかかっている場合はそのかかりつけ医の受診を支援している。当法人の医師が月2回定期往診をしている。歯科医師の訪問診療もある。	
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	24時間対応可の訪問看護の契約をしている。訪問看護用の連絡シートを用いて、職員が、適時、書き込む形で、緊急でない内容を週一回の定期訪問の際まとめて看護師に相談するようにしている。		
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。	入院時は、病院の地域連携室と連携をとり、情報交換を行い、早期退院ができるように努めている。入院中は、手の空いた時間等を利用して可能な限りご面会に行き利用者様に声掛けを行っている。家族様からのご要望があれば、柔軟に対応している。	入院時には、医療機関の地域連携室と連携を取り、介護サマリを作成し提供している。入院中は職員が訪れ医療機関と情報交換を行い、早期退院に向けて支援している。	
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	看取りケアの指針を作成、マニュアルを作っておご家族様に入居時や、健康状態が変化した際などに説明し、同意を得るようにしている。看取りを行う際は、医師の指示のもと、家族様も含めた他職種と連携して支援できる体制を作っている。過去、2人の方の看取りを行ったことがある。	看取りについては、看取りケアの指針やマニュアルを作成し入居時に説明している。過去2人の看取りを行っている。重度化した時は主治医や家族と相談し、希望に沿うよう老健や地域の医療機関と連携しながら支援する体制を整えている。	
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	心肺蘇生など緊急時対応について職場内研修を定期的に行っている。また、受講した事のないケアスタッフ全員に、市民救命士講習を受講できるように意識している。		
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	年に2回、委託メンテナンス業者に指導して頂き、消火器や、消火用散水栓の使用方法を学習し、施設内研修でも職員に災害時の対応を意識付けしている。地域住民にも毎回、施設内の消防避難訓練に参加を呼びかけ、来て頂いたこともある。	地域住民にも協力を呼び掛けて年2回、避難訓練を実施している。主に夜間を想定した訓練である。訓練と同時に消火器や消火散水栓の使用方も指導している。職員の災害に対する意識を高めるため研修も行っている。	

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
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	利用者様の個々の人格を尊重し、プライバシーにも配慮した寄り添うケアを実践している。尊厳保持や、個人情報保護などの研修も行っている。外部講師にも来て頂くように配慮している。	相手を褒めることが人格尊重の基本と考え「褒め合い活動」を実践している。人権擁護、プライバシー保護のマニュアルを作成。外部講師を招いた研修も行っている。	
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	ご本人の希望や訴えに、必ず傾聴し、可能な範囲で、ご支援するように努めている。健康を害することや、他者の迷惑になる行為についてはお聞きできない場合もあります。入居時に家族に説明して、同意を得るようにしています。		
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	本人様のペース、ご希望に沿う形で、ご支援するようにしている。スタッフ人数の問題や、食事を外部契約で決まった時間にしか提供できない等あり、対応に限界はあります。		
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	入居者様は私服で過ごされており、化粧品も可能な限り、居室に置いて、使用して頂いている。ご希望者は、化粧品、衣服の購入をサポートしている。月一回の訪問理容サービスを利用しており、パーマやヘアカラーにも対応している。		
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	偶数月に外部委託業者の代表の方と、給食委員会メンバー、管理者で給食会議を開催して、個々のニーズに合うようなメニュー作りの提案も行っている。また食べたいものを食べに外出したり、施設内で食べたいものを作るレクをしている。	栄養士が献立をつくり、調理は業者に委託している。2カ月に1回、業者を入れて給食会議を開き入居者に合うメニュー作りに努めている。配膳や後片付け等自分たちでできることはスタッフと一緒にやっている。	
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	食事量は個別に配慮し、好みのジュースを提供する・トロミの使用等食事・水分の適量摂取の支援に努めている 管理栄養士(居宅療養管理指導)による栄養ケア計画を作成し、それに従いケアしている。		
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	歯科衛生士の指導の下、毎食後口腔ケアの声かけ、介助を行っている 義歯は毎夜洗浄剤にて洗浄している 訪問歯科時にも、必要な方に対し歯科衛生士が口腔ケアを行っており、職員も指導を受けて、実践している。		

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	排泄チェック表を用いて適時トイレの声かけをし、失禁が少なくなるよう努めている。夜間は、ポータブルトイレを使用される方もおられるが、重度化しても、職員が二人介助でトイレ誘導するなどして、個々に合わせた工夫した支援を行っている。	排泄チェック表により一人ひとりの排泄パターンを把握し、さりげなくトイレへ誘導している。夜間は簡易トイレを使用している方もいるが、その方に合わせた支援を行っている。	
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	便秘予防対策として、十分な食事・水分摂取、体操等の運動の声かけ・粉末の食物繊維、下剤、座薬の使用等を、医師・訪問看護師の指示・指導の下に行っている。職員はトイレ時に腹部マッサージなども行っている。		
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	可能な限り、ご希望に沿うようにしている。最低でも週2回は入浴できるように、こちらから声かけしている。夜の入浴は、職員が1名なので、お控え頂いている。入浴剤や個人持ちシャンプー等も使用、季節によって「ゆず湯」「菖蒲湯」などもある。	入浴日は決めていない。最低でも週2回は入浴するように勧めている。入浴嫌いの方には巧みな言葉かけをして誘導している。季節にはゆず湯やしょうぶ湯を楽しんでもらっている。	
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	起床時間・就寝時間は、特に決めていない（朝食が定時にできる為、声かけは行っている）良眠できるよう、日中は、家事やレクを様々提供して、また医師の指示の下、睡眠薬を服用されている方もおられる。		
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	薬の袋・介護記録により薬の内容、副作用や、内服薬の変更を申し送り帳などで、職員全員把握できるようにしている。また服薬確認を確実に正しい記録している。訪問看護師、薬剤師、医師との連携の下、症状の変化の確認に努めている		
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	入居時アセスメント、3か月毎のアセスメント(気持ちシートやアンケート)日々の様子観察により、それぞれの生活歴、気持ち、能力に沿った楽しみ、役割を工夫して提案し、楽しく、生きがいや、役割を持って生活できるようご支援している。		
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	本人様や、ご家族様ニーズを聞いて反映できるように努めている。時には、家族様も一緒に参加して頂く外出レクなども行って、利用者様に楽しんで頂けることを基本に考えて実行している。	一人ひとりの希望を聞き、家族の援助もいただきながら近くの川や公園に出かけたり、商店街に買い物へ出かけたりしている。歩行困難な方には、屋上の菜園で外気に触れ日光浴を楽しんでもらっている。	

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	全入居者様のお小遣いを事務所でお預かりし管理しており、希望時には、自由に使って頂けるようにしている。また希望される方には小銭を居室で所持して頂いている(管理は自己責任でお願いして、家族の同意を得るようにしている)		
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	希望時にはご本人から電話やファックス、お手紙の投函などをできるようにサポートしている。携帯電話を居室で所持されている方もおられる。		
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	ホールの雰囲気は、アットホームに感じられるような壁紙や、飾りつけ等も行い、居心地の良い環境作りに努めている。オゾン発生器も設置しており、快適な環境作りを目指して努力している。	居間兼食堂及び廊下等の共用部分は広くはないが、テーブルやソファの位置を工夫し、壁面には行事の写真が飾られ、オゾン発生装置も完備され、整理・整頓の行き届いた快適空間となっている。	
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	気の合った方が隣になるよう座席位置の工夫している テレビ前にソファを設置して、数名で歓談できるように配慮している。居室以外での、独りで他の方から離れて座っていただける場所も設けている。		
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	以前にご自宅で使われていたタンスや、仏壇なども持ち込み可能としており、少しでも自宅に近い環境作りを配慮している。お孫様の写真なども居室に飾らせてもらっている。	エアコン、ベッド、洗面台は常備されている。タンスはそれぞれの持ち込みとなっている。思い出の写真や作品を飾ったり、テレビや仏壇を持ち込んだりしてこれまでの生活を思い出させる工夫を行っている。	
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	床はバリアフリーにし、手すりやテーブルの配置を工夫しており、手すり等を持ちながら歩けるよう配慮している トイレには大きく分かりやすいように張り紙等を貼り、居室にはお名前のプレートを貼って、分かりやすい工夫をしている。		

基本情報

事業所番号	2895100028
法人名	医療法人社団 旭診療所
事業所名	グループホームあかね雲
所在地	神戸市中央区旭通2丁目9-5 電話 078-252-8685

【情報提供票より】令和 2年 7月10日事業所記入

(1)組織概要

開設年月日	平成 21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	16 人	常勤 13人 非常勤 3人 常勤換算	14.7人

(2)建物概要

建物構造	鉄骨造り 5階建の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)	66,000円	その他の経費(月額)	共益費 5,000 円 管理費 10,000円 水道光熱費 21,500円
敷 金	330,000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	370 円	昼食 570 円
	夕食	550 円	おやつ 160 円
	又は1日 円		

(4)利用者の概要(7月10日現在)

利用者人数	16 名	男性	2 名	女性	14 名
要介護1	3 名	要介護2	4 名		
要介護3	8 名	要介護4	0 名		
要介護5	1 名	要支援2	0 名		
年齢	平均 87.1 歳	最低	80 歳	最高	97 歳

(5)協力医療機関

協力医療機関名	神戸マリナーズ厚生会病院 中谷歯科
---------	-------------------

目標達成計画

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	4	運営推進会議に、家族・地域住民代表それぞれお誘いをしているが、参加者が少ない、または地域住民の方の参加がない。	家族・地域住民代表が運営推進会議に参加できるように、もっと働きかけ、参加しやすい工夫なども行い、参加への呼びかけをもっと行っていくように努める。	家族様や地域住民の方が会議に参加ができるように、呼びかけを工夫するなどするとともに、参加したいと思わせる呼びかけ方法や、内容等の工夫をもっと行えるように考える。	12ヶ月
2	35				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(11月の運営推進会議議事録または、別紙書面にてご家族様へ報告する)
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(会議等でスタッフに話をしました)
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(ご助言内容をスタッフ全員で共有し、改善、改革できるところは実施していく)
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(市町村にはこれから書類提出を行う。家族様への報告は、11月の運営推進会議議事録の送付で行う)
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()