

### 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 | 平成28年9月1日       | 評価結果市町村受理日 | 平成28年11月1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 | <a href="http://www.kaijokensaku.jp/28/index.php">http://www.kaijokensaku.jp/28/index.php</a> |
|----------|---|

【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 | 平成28年10月12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)】

三宮から徒歩10分程度の場所にあり、都会育ちの方には馴染みづらい環境です。利用者の視点に立って、スタッフ皆で運営理念を定め、センター方式の「気持ちシート」を用いてケアプランを作成するなど、利用者様の気持ち、利用者様の幸せを中心としたケアをしていくことを業務の根本に据えて運営しております。法人名である旭診療所がすぐ隣にあり、密接な連携体制にあります。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らましても、法人内で、とぎれの無い臨機応変な対応が可能です。また併設のデイサービス職員である理学療法士、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分のところ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くなど、地域と関わる生活をご提供しております。

【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)】

三宮の多くのビルの建つ都会の真ん中に位置する施設で母体の医療法人は直ぐ隣にあり24時間・365日安心・安全で利用者には大変喜ばれ全員がかりつけ医となっている。法人の理念は「地域の方と共に」「家庭的なケア」「信頼関係を築く」「現有能力の活用」纏めて色どりのある生活として職員全員理念に邁進してケアに当たっている。職員は6割以上が介護福祉士で専門性は大変高いが、管理者はこれにとどまらず、より高度なケアを目指して、職員が利用者の気持ちになって、日々の介護に当るよう指導している。

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<br>↓該当するものに○印  | 項目  | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印  |
|--|--|---|--|
| 56<br>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<br>(参考項目:23,24,25)       | ○<br>1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<br>4. ほとんど掴んでいない | 63<br>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<br>(参考項目:9,10,19)   | ○<br>1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>4. ほとんどできていない    |
| 57<br>利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)             | ○<br>1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>4. ほとんどない                  | 64<br>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<br>(参考項目:2,20)                     | ○<br>1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>4. ほとんどない                  |
| 58<br>利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている<br>(参考項目:38)                   | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 65<br>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<br>(参考項目:4) | ○<br>1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くいない           |
| 59<br>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<br>(参考項目:36,37)     | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66<br>職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○<br>1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない       |
| 60<br>利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている<br>(参考項目:49)                  | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 67<br>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                                       | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |
| 61<br>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<br>(参考項目:30,31)         | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 68<br>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                                   | ○<br>1. ほぼ全ての家族等が<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>4. ほとんどできていない |
| 62<br>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、安心して暮らせている<br>(参考項目:28) | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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   |
| <b>I.理念に基づく運営</b> |     |   |  |  |   |
| 1                 | (1) | ○理念の共有と実践<br>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                            | 利用者様の視点に立って「地域の方と共に」「家庭的なケア」「信頼関係を築く」「現有能力の活用」を柱とした理念を作り、各フロアの詰所に掲示して毎日確認し実践に努めている                       | 利用者の視点に立つた事業所独自の理念を作り上げ、その理念を職員間で共有し、この理念に基づいて業務を行っている。理念は玄関、各ユニット詰所に掲示しており、常に利用者、家族、職員の目に入っている。             |   |
| 2                 | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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人として日常的に交流している                            | ふれあい喫茶等地域行事への参加をしている 消防訓練には地域の方が参加されている スタッフが地域のふれまちな委員として働いている 地域のボランティアの方がレクに定期的に来て下さっており、交流している       | 月1回、婦人会運営のふれあい喫茶へ出掛け地域の方と交流している。施設長が委員をしているふれまち(ふれあいのまちづくり協議会)の夏祭りに参加している。ボランティアグループ(歌・手品・太極拳等)が定期的に来てくれている。 |   |
| 3                 |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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・児童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た また、地域住民の介護相談を、常時無料で受け付けている                                   |  |   |
| 4                 | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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       | 会議では、事業者の報告と共に、利用者様・ご家族、あんしんすこやかセンター職員、知見を有する者等参加者の意見や要望を重視しており、積極的にサービスに取り入れるようにしている                    | 利用者、家族(現在参加者なし)、地域包括支援センター職員、訪問看護ステーション管理者の参加の下、2か月に1回開催され、事業所の運営や取り組み等について話し合いがなされ、そこでの意見をサービスにつなげている。      | 家族には運営推進会議の開催のお知らせと参加依頼、会議議事録の送付をしているが、現在、家族の方は参加されていない。同時に行われていた家族会も行われていない。以前に参加して頂いた地域住民代表の方の参加も現在はない。家族や地域住民代表(民生委員等)に参加して頂き、貴重な意見や情報を得る機会となる運営会議になることを期待します。 |
| 5                 | (4) | ○市町村との連携<br>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                  | 運営推進会議や中央区グループホーム連絡会、三宮圏域サービス事業者交流会等で、神戸市や中央区担当者とケアの取り組み等についての情報交換を定期的に行っている                             | 市、区の担当職員とは運営推進会議やグループホーム連絡会等で交流して、協力関係を築いている。  |   |
| 6                 | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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 | マニュアル作成、全職員対象の研修を通じ、職員は身体拘束について正しく把握している また身体拘束廃止委員を設置し月例での事例検討を実施し、その廃止に取り組んでいる                         | マニュアル作成、身体拘束廃止委員会の設置、全職員対象の研修等によって、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。   |   |
| 7                 | (6) | ○虐待の防止の徹底<br>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       | 虐待についての外部研修に参加している 虐待防止の研修を年3回実施し、通報義務・不適切ケアの段階から改善に取り組む事等学び、努めている 職員のメンタルヘルスについても配慮している(つぶやきノート、個別面談等)。 | 虐待防止の研修は年3回。他の研修の中でも関連づけて繰り返し行っている。職員のメンタルヘルス面への支援では、職員が自由に思いを書き込める「つぶやきのノート」や個人面談等の取り組みが行われている。             |   |

| 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<br>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    | 成年後見支援センターから資料をもらい、スタッフ全員に配り、研修を行う等して学んでいる また、利用者の成年後見人との関わりを通して実際に学んでいる 利用者ご家族にも、適時制度利用の有用性の提案等も行っている | 成年後見制度を利用されている方が3名おられる。職員は事業所内研修で権利擁護に関する制度について学んでいる。  |                   |
| 9  | (8)  | ○契約に関する説明と納得<br>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                         | 見学→面談→契約という流れで、契約内容についてQ&Aをお渡しし時間をかけて説明し、疑問点を尋ね十分納得して頂けた上で契約している                                       | 契約時には重要事項説明を丁寧に行っている。更に、「利用契約書、重要事項説明書に関するQ&A」でより具体的に説明している。重度化や看取りについては「重度化対応・終末期ケア対応指針」に基づき説明し同意を得ている。 |                   |
| 10 | (9)  | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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                     | 相談窓口の掲示、意見箱の設置、運営推進会議・家族会の開催、気持ちシートを用いた聞き取りを通じ、利用者様・ご家族のご意見を伺う機会としている 頂いたご意見は必ずフィードバックしサービス向上に生かしている   | 「気持ちシート」から利用者の意見を、介護計画の見直し時の「アンケート」から家族の意見・要望を聞いて会議等で検討して運営に活かしている。                                      |                   |
| 11 | (10) | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                      | 月例会議(全体会議、フロア会議)の開催、「つぶやきノート」「フロア会議用ノート」への書きこみ等を通じて、全介護スタッフの意見・提案を吸い上げ共有し運営に反映させている                    | 月例会議や職員記入の「つぶやきノート(相談・提案等記入)」を通じて、職員の意見や提案を吸い上げて、運営に反映するようにしている。   |                   |
| 12 |      | ○就業環境の整備<br>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回職員の個々の業績を把握し、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、計画作成等に任じ、給料アップできる仕組みを作っている                  |  |                   |
| 13 |      | ○職員を育てる取り組み<br>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、月1回の施設内研修を開催している 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<br>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、定期的に同業者と交流し、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、受けた刺激を当事業所の業務改善につなげるよう努めている                  |  |                   |

| 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 |
| <b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |      |  |  |  |                   |
| 15                         |      | ○初期に築く本人との信頼関係<br>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、ご本人に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<br>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している   |  |                   |
| 17                         |      | ○初期対応の見極めと支援<br>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、より強い希望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<br>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                        | ここが本人にとっての家であるという視点に立ち、利用者様にも積極的に洗濯等家事参加をお願いし、いつでもやるかについても一緒に考え、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<br>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、面会に来て頂くようお願いし、ケアプランに挙げている 旭診療所以外の医療機関受診、ドライブ行事等で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<br>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                     | ご家族との外出・外泊や友人・知人の訪問、馴染みの市場での買い物等、馴染みの人に接し、場所に行けるよう可能な限り工夫して支援している                                    | これまでの関係継続への支援を運営方針に掲げ、家族や馴染の方や馴染の場の支援をしている。家族との外出、外泊や馴染の市場での買い物、友人、知人との交流等の支援に努めている。 |                   |
| 21                         |      | ○利用者同士の関係の支援<br>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過ごせるよう、共同で行う家事やレクリエーションを積極的に提供している 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<br>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                                   |  |                   |
| <b>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</b> |      |  |   |  |                   |
| 23                                 | (12) | ○思いや意向の把握<br>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   | ケアプランのアセスメントとして、センター方式の「気持ちシート」を用いて、ご本人の気持ちに基づいたケアプランを作成するようにしている                 | 「気持ちシート」を用いて、本人の気持ち・ニーズを把握するようにしている。   |                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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、馴染みの暮らし方、それまでの生活環境、サービス利用の経過等についてそれぞれアセスメントシートを用いて、ご本人・ご家族にお聞きし、把握に努めている      |  |                   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>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   | ご本人のできる事に着目した介護情報シートを作成し、適時更新している 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している         |  |                   |
| 26                                 | (13) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | ご本人、ご家族、医師等他職種と話し合い、また全フロアスタッフの記入した気持ちシートから意見を取り、モニタリング内容と合わせて介護計画を作成している         | 利用者の状態の変化に柔軟に対応するため、最低でも3ヶ月毎にケア計画の見直しを行っている。その都度、家族にアンケートをお願いし、要望をお聞きしている。利用者本位の計画となるように全職員の記入した「気持ちシート」を活用し医師等その他職種と話し合い、現状に即した介護計画を作成している。 |                   |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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、また気持ちシートに、日々の様子やご本人の気持ち、ケアプランの実践ケアプランの実践、結果、気づき等を書き込み、情報共有を行っている |  |                   |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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等、必要に応じ、ご家族と相談しつつ柔軟に対応している                            |  |                   |

| 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<br>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                                     | ご家族や行きつけの場所などの地域資源について把握し、入居後も継続して人や場所との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<br>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)を行っている 訪問歯科(毎週)も導入している 希望される主治医がいる場合はそちらで定期受診して頂ける                         | 月2回、法人の理事長でもある内科医の定期往診がある。週1回の訪問歯科を導入している。希望の主治医の受診も支援している。   |   |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>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 訪問看護連絡シートにスタッフ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<br>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 | 入院中は、スタッフが面会に行き、入居者様の不安軽減に努めている 病院の地域連携室と連携をとり、情報交換を行い、早期退院を図っている 相談員が普段から各地域連携室との関係づくりを行っている        | 入院の際には、本人の支援方法等に関する情報を提供し、医療連携室と情報交換や相談を行いながら早期退院できるように努めている。入院中には、職員が面会に行き、不安軽減に努めている。相談員は病院の地域連携室と日頃から関係づくりに努めている。                  |   |
| 33 | (16) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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 | 重度化対応・終末期ケア対応指針を定めており、契約時に説明し同意書を頂いている 看取りケアについては、必要となった際医師から説明してもらいご家族に判断して頂いた後、医師・看護師等と連携してご支援している | 契約時に利用者の尊厳を十分考慮しながら終末期の介護について心をこめて行うことを目的として定めた「重度化対応・終末期ケア対応指針」にて説明し同意を得ている。看取りケアが必要になった時は医師・看護師・家族と連携して支援するようにしている。お二人の方の看取りをおこなった。 |   |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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させている                                  |   |   |
| 35 | (17) | ○災害対策<br>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回の災害訓練・災害対応の研修を行っている 訓練には地域の方も参加されている 施設長が、地域のふれあいまちづくり協議会のメンバーとして地域の防災に直接携わっている                   | 年2回、ケアサービス「みなとがわ防災」(メンテナンス会社)の指導の下、災害訓練と災害対応の研修を行っている。消防署立ち合いの訓練は行われなかった。施設長が地域のふれあいまちづくり協議会の防災担当となっている。                              | 年2回の自主訓練は出来ているが、消防署立ち合いの訓練は行われていない。もしもの時消防署との確認事項等スムーズな対応の為に是非とも共同訓練をされたし。訓練に地域の方の参加、地域との防災マップ・備蓄もされ申し分無い状況である。 |

| 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 |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |  |  |  |                   |
| 36                               | (18) | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保<br>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                   | 顧客として接する事を基本とし、話す際には丁寧語を使うように努めている 利用者のお気持ちを尊重してケアを考えるよう努めている プライバシーに配慮することを理念の一つに定め重視している       | 一人ひとりの人格を尊重し、気持ちに寄り添い、プライバシーに配慮したケアに努めている。「尊厳保持」「プライバシー保護」「接遇、マナー」の研修がある。                        |                   |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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は必ず耳を傾け、できる限りご支援するように努めている ただ、健康を害したり、他の利用者様の迷惑になる行為についてはお聞きできない場合がある                  |  |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 基本的にご本人のペース、希望に従ってご支援するようにしている ただし、スタッフ人数の問題、給食が外部契約で決まった時間にしかお出しできない等あり、ご支援の限界もある               |  |                   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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、化粧品も自由に居室に置いて頂いている 希望される化粧品、衣服の購入をお手伝いしている 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<br>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     | それぞれの嗜好を把握し、嫌いな食材は個別に代替品をお出ししている 盛り付け、片づけは入居者様と共に行っている 適時、個別の夕食・希望メニューによる食事の行事を行っている             | 「個別の食事の楽しみの提供」を目標に掲げ、給食委員会で検討している。「好きな昼食を食べる」「喫茶店等での夕食」「バイキング」等の行事を行っている。普段から嗜好に合わせた代替品の提供をしている。 |                   |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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<br>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<br>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                              | 就寝中以外はほぼ全入居者様にトイレで排泄して頂いている 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 歩行不安定な方に対し、夜間ポータブルトイレも導入している                          | チェック表を用いてトイレの声掛けをしている。就寝中以外はほぼ全員の方がトイレでの排泄となっている。  |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>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、座薬の利用を、医師・訪問看護師の指示・指導の下に行っている   |  |                   |
| 45 | (21) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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                             | ご希望には可能な限り浴うようにしている 少なくとも週2回はこちらから声かけている スタッフ数が減る夜の入浴はお控え頂いている 入浴剤や個人持ちシャンプー等、入浴を楽しんで頂く工夫をしている                         | 基本的に週2~3回、午後入浴となっている(希望により入浴回数は柔軟に対応できる)。各ユニット1日2~3名の入浴なのでゆっくりとくつろいで入浴して頂いている。介助する職員と利用者がゆっくり話し合える時間ともなっている。 |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>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・就寝時間は定めていない(朝食が定時にできる為お声かけは行っている) 安眠できるよう、日中家事や遊びを様々提供している 医師の指示の下睡眠薬を服用されている方もある                                 |  |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>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、変更を職員全員把握している 服薬確認を確実にやり記録している 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<br>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)、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、楽しく役割を持って生活できるよう支援している                      |  |                   |
| 49 | (22) | ○日常的な外出支援<br>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 | 散歩や買い物の外出を積極的に支援している 希望の場所への個別外出の表を作り職員に支援を促している ドライブ行事を企画し、ご家族様にも参加協力をお願いしている その他ご家族との面会をケアプランに挙げ、積極的にご家族との外出をお願いしている | 「個別の外出のよりいっそうの充実を図り個別外出を楽しめる仕組みを作る」ことを目標達成計画の一つとして、一人ひとりの希望にそって、個別外出の表を作成して散歩や外出支援をしている。                     |                   |



| 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 |
| 50 |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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預かりし管理しており、希望時に自由に使うことができるよう支援している他、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いる)        |   |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>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、FAX、手紙の投函をできるように支援している 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<br>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 | 落ち着いた空間となるよう、どこも暖色系の色彩で統一している フロア入口には季節の飾りつけ、フロアには季節行事の写真掲示をしている オゾン脱臭装置を用いて脱臭を行い、快適な空気となるよう工夫している | アットホームさを感じられるスペースとなっている。テーブルやソファの配置を工夫して、一人、または少人数で過ごせるようにしている。季節の飾りつけや季節毎の行事の写真を掲示している。オゾン脱臭装置を置いて快適な空気となるようにしている。 |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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の位置を工夫している テレビ前にソファを設置し数名で歓談できるようにしている 2か所ほど、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<br>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  | ご本人の馴染みの物(家具、写真、自作の書道作品等)や必要な物を持ち込んで頂き、心地よい居室となるよう支援している 洗面台を設置し、衛生的に過ごせるよう配慮している                  | 本人や家族と相談して馴染みの家具や思い出の品、必要な物を持って来て頂き、その人らしい居室となるように支援している。入居してからの外出時の写真を担当職員が利用者の思いを把握して飾っている居室もある。                  |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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、足の弱い方が持ちながら歩けるよう配慮している トイレには大きいマークを付け、居室にはお名前のプレートを貼り、分かりやすくしている       |   |                   |

## 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   | 〒651-0095 兵庫県神戸市中央区旭通2丁目9番5号<br>(電話)078-252-8685 |

|       |                                  |       |  |
|-------|----------------------------------|-------|--|
| 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 | 平成28年10月12日                      | 評価確定日 |  |

【情報提供票より】平成28年9月1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   | 17 人           | 常勤 14名 非常勤 3名 常勤換算 | 17名  |

### (2)建物概要

|      |                      |
|------|----------------------|
| 建物構造 | 鉄骨造り 5階建ての2, 3, 4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)                             | 管理費 10,000 円 |       |
| 敷 金                 | 有 330,000円       | 共益費 5,000円 光熱水費 21,500 円<br>金銭管理費 540円 |              |       |
| 保証金の有無<br>(入居一時金含む) | 無                | 有りの場合<br>償却の有無                         |              |       |
| 食材料費                | 朝食               | 310 円                                  | 昼食           | 510 円 |
|                     | 夕食               | 490 円                                  | おやつ          | 110 円 |
|                     | または1日当たり 1,420 円 |  |              |       |

### (4)利用者の概要(8月1日現在)

|       |      |        |      |      |      |      |
|-------|------|--------|------|------|------|------|
| 利用者人数 | 18 名 | 男性     | 4 名  | 女性   | 14 名 |      |
| 要介護1  |      | 名      | 要介護2 | 4    | 名    |      |
| 要介護3  | 7    | 名      | 要介護4 | 4    | 名    |      |
| 要介護5  | 3    | 名      | 要支援2 |      | 名    |      |
| 年齢    | 平均   | 85.4 歳 | 最低   | 76 歳 | 最高   | 95 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 | マサデンタルクリニック |
|---------|--------------|-------------|

(様式2(1))

事業所名 グループホームあかね雲

## 目標達成計画

作成日: 平成 28 年 11 月 1 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        | 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、実際の参加がない | 家族・地域住民代表が運営推進会議に参加する | これまで以上に積極的に参加を呼びかけると同時に、参加したいと思わせる内容の工夫を行う | 12ヶ月       |
| 2        | 35   | 消防署立会いの訓練が行われていない                       | 消防署立会いの訓練を行う          | 年1回以上、消防署立会いの訓練を行う                         | 12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<br>(↓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(家族への報告は1月の運営推進会議及び直接の送付によって行う予定 )                |
| 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(市区町村へはこれから提出する 家族への報告は1月の運営推進会議及び直接の送付によって行う予定 ) |
| 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( )   |