

### 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	2893100095		
法人名	メディカル・ケア・サービス関西株式会社		
事業所名	愛の家グループホーム川西見野		
所在地	兵庫県川西市見野二丁目14番1号		
自己評価作成日	平成29年3月27日	評価結果市町村受理日	英29年5月2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://pl/hyoka/003hyoka/hyokekka.nsf/aOpen?OpenAgent&JN0=2893100095>

【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29年4月3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)】

① 入居されている方のご意向を汲み取り、その想いを形にしサービス提供を実施(入居者主体のサービス提供)
② 入居者本人が出来る事は最大限職員と一緒に実施(残存機能の活用)
③ 制約・制限を極力設けず、自由で自立した暮らしが送れるよう支援
④ ホームに閉じこもることなく、外へ出かける機会を多く持っている

【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)】

当GHは、開設してから2年半を経過した。法人の支援、管理者の努力や職員の定着もあり、短時日に質的なケアの水準は向上してきている。利用者・家族のニーズを把握し、上記の4項目の力点・アピール点を掲げ、意欲的な取り組みをしていると認められた。近隣地域社会との交流促進等なお課題を抱えるが、外出希望なども多くさらに職員充足も踏まえた、サービス水準の向上を期待したい。

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)	○ 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(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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	毎朝朝礼時にホーム運営理念を唱和し、各職員が意識しながら業務にあたるよう実践。また事務所に掲示し、理解を深め、実践に繋げるよう努めている。	本社愛の家グループの運営理念、GHの運営方針・目標を職員総意で定めて事務室に掲示し、ミーティング時に確認し実践に生かしている。	
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	地域の行事やイベントには積極的に参加させて頂き交流の機会を確保している。又買い物や郵便局等地域のお店に出向き、地域との関わりを図っている。	自治会へ加入し、地域のお祭り等に参加。近隣保育園との交流について検討協議中である。	
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	介護フェアに参加し認知症の事及びグループホームに関する情報を地域住民の方へ発信。又、将来的には認知症サポーター養成講座等を活用し、地域の方々に対して、認知症の理解促進が出来ればと考えている。		
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	「普段の食事」を知りたいとのお声から、半年に1回程度の頻度で、家族様を招いてのお食事を実施。また普段の様子をより知りたいのご要望をうけ、文書のお手紙だけではなく、普段の様子が垣間見ることのできる写真をお送りするように	偶数月に定例開催としている。連絡にメールの活用や、「食事を開催しては」等の意見を頂き、費用は事務所もちで月内献立の普段の食事を提供した。美味しいとの評価あり。ヒヤリハットや事故報告を出している。	地域の代表(自治会、老人会等)や学校等に参加いただき、このホームの実際を知っていただくことから真の交流が始まると考えている。地域の一員としてのホームの存在と役割の認識が深まり交流が進むことを期待。
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	運営面において不明点や指導を仰ぐ必要が生じた際には、連絡及び訪問を行っているが、それ以外の場面においては密な連絡は取れていない。	GH運営上の「加算等」の疑問点等については、相談し、来所指導を受けることもある。また、GH連絡会の席上、情報交換もしている。	
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	会議や研修の場面で全職員に対して指導を実施。又毎月身体拘束が行われていないかをチェックシートを用いて点検を行い、必要に応じて改善を行い身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束をしないケアは、スタッフが理解している。言葉かけの仕方の留意、月1回3カ月に1回等、各ユニットでチェックシートを1枚ずつ選び、所属ユニットの状況、反省、どう改善するか等を協議し拘束し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	会議や研修の場面で全職員に対して指導を実施。身体拘束と同じくチェックシートを用いて点検を行い、必要に応じて改善を行い虐待が見過ごされないよう防止に努めている。	チェックシートや「あざ」等の点検記録により日々確認し、会議や研修の機会に振り返りをし、必要に応じて改善を加え、虐待を見逃さぬよう努めている。	

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
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	年に1回ホーム内研修で成年後見制度に関して実施し、理解を深める取組を行っている。又さらに学びたいという職員に関しては、社会福祉協議会等で実施されている勉強会にも参加できるようなサポート体制を敷いている。	入居利用者には、後見の付いた例はないが、司法書士が保佐人をする例が1件ある。権利擁護の研修会は市内全域と地区内でも開かれており、参加している。	
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	料金の改定があった際には、書面だけではなく、直接お話をさせて頂き、理解・納得を得れるよう努めている。	利用契約やその改定に当たっては、不明点や納得のいかない点がないか、十分説明するよう心掛けている。制度改定、契約事項の変更においても、面談し納得いただけるよう丁寧な説明を心掛けている。	
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	年に1回ご家族様に対してアンケートの実施を行い、ご意見やご要望をしやすいよう取り組んでいる。又、頂戴した意見に関しては、全職員に周知頂き、改善策を出し運営に反映できるよう努めている。	法人全体で年に1回家族アンケートを実施している。GHを通じ配送し第三者機関が集計分析する。その結果は、全体との対比、当該事業所の前年対比としてわかりやすい円グラフになり、玄関に掲示されている。	
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	年に1回職員に対してアンケートの実施を行い、意見や提案をしやすいよう取り組んでいる。又、半年に1度は全職員と管理者とが個別の面談を行い、運営に反映できるよう取り組んでいる。	ユニット会議、職員全体会議の他にも、年1回、職員に対してもアンケートの実施を行い、意見や提案を奨励している。管理者は、年1回、職員と個別面談を行い、職員意見の把握に心がけている。	
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	現場の声を吸い上げ、可能な限り職場環境の整備改善に努めている。		
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	職員の介護歴やスキルに応じた社内研修の実施を行っている。又社外で実施されている研修の案内を行い、情報の提供及び機会の確保に努めている。		
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	外部での研修の推進及び事業所間の連絡会への参加促進等、同業者と交流する機会を作り、サービスの質の向上を目指している。		

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
<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 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	アセスメントを通じて要望や不安なこと等は必ず本人より聞き出すように努めている。うまく聞き出せない場合においては、家族様やこれまで携わっていた事業所の方より話を頂き、本人を理解できるよう努めている。		
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	不安なことやご要望を聞きだした上で、事業所としてどのような提供が可能であるのかを提示し、理解を得れるよう取り組んでいる。		
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	当事業所への入所に関しての話だけでなく、状況に応じては、その方に適した介護サービスの情報提供も行うように心がけている。		
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	目上の方である。との認識のもと関係を築いていると考える。又不適切な言動や職員の一方的な対応が生じていないかを、月に1度チェックシートに基づきチェックを行い、不適切な事象に関しては指導を行い、適切な関係を保てるよう努めている。		
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	必要に応じてご家族様にもご協力を仰ぎながら、入居者様のサポートに努めている。また家族様に事業所へ負担のない範囲で足を運んで頂けるようお声掛けを行っている。		
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	手紙を出したり、馴染みのお店や床屋への散髪などへ出かけられるよう支援している。ただ、支援している方が特定の方へ偏ってしまっており、全員の方へ支援は出来ていない状況にある。	手紙を送ることの支援、病院、教会等馴染みの店等へ出かけることは支援しているが、対象となる利用者が少数。	
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	機能的な問題で入居者が実施困難なこと、例えば洗濯物を干す畳むなどでは、他の出来る力を持っている入居者が実施し、互いに支え合い共同生活を行えるよう努めている。		

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
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	療養型へ入院されご退去された方へは、お見舞いに行かせて頂いたり、他施設に入居された方へもその担当者へ電話連絡を行い様子を伺ったりと、可能な形で関係性の継続に努めている。		
<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 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	普段接している中から希望や意向を聞きだし、サービスの提供に努めている。又把握が困難な場合にはご家族等からお聞きし、少しでも本人の気持ちに添えられるよう努めている。	利用者個々の様子や意向の把握は、普段のかかわりにより把握し、必要なサービスを提供する。誕生日に行きたい場所、食べたいものなど意向に沿えるようにしている。	
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	本人又は家族より聞きだし、必要に応じて入居前に携わっていた方より意見を頂いている。又普段の会話より把握を行い、職員で共有できるよう努めている。		
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	職員間で日々の様子を共有し、把握できるよう努めている。また、医療面に関しては、医師・看護師との連携の中で把握に努めている。		
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	状況・状態の変化に応じてより現状に即した介護計画の作成に努めている。その中には、家族の要望や職員の意見等を踏まえ、より良いサービスが提供できるよう努めている。	介護計画の見直しは、計画策定者・管理者・担当職員が6カ月ごとに見直しを行う。利用者本人の状態の変化、家族からの要望などに相応するより良いサービスの提供に、反映できるように努めている。	
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	徐々にではあるが、記録の中より実践や介護計画の見直しに活かせる場面も出てきている。ただ人によっては記録が記録で終わってしまっていることもあるので、そのレベルUPは今後の課題として捉えている。		
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	その方のニーズに即したサービス提供を心掛けており、その点においては既存のサービス内容にとらわれることなく、柔軟な対応に努めている。		

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	地域資源の把握には努めているものの、一人ひとりに応じた活用までには至っていない。		
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	事業所として提携医療機関を設けているものの、以前からのかかりつけ医を継続されている方もいらっしゃる、その医療機関とも必要な連携及び通院の支援を行うよう努めている。	従前からのかかりつけ医への受診は家族付き添いが多いが、緊急時等の通院には職員が付き添っている。提携医療機関から毎週金曜日往診があり、GH看護師との連携も出来ている。	
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	看護師が不在の時には、電話で報告・相談できる体制をとっており、迅速に対応できるよう努めている。又個々の記録とは別に看護師に医療面の情報漏れが生じないよう、連絡ノートを活用し実施している。		
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。	入院中の入居者の状況に関して、ご家族任せにするのではなく、定期的に入院先に行き、担当看護師と話をし早期の退院に向け実施している。	入院時、管理者、職員が見舞い、入院時の状態把握に努め、退院時のスムーズな情報交換、連携・対応ができるよう努めている。	
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	入居契約において、事業所の指針を説明し、ご認識頂けるよう努めている。終末期に入る恐れがある方に関しては、早い段階で医療・家族を交え話し合い、方針を決めるよう取り組んでいる。	看取り支援は、今後、更に進める方向である。入所時から重篤で、かかりつけ医、家族、管理者が同席して対応方向を確認し、家族が居室で付き添う形で施設職員・医療者の連携で対応した例がある。	
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	年に1回ホームの研修の中で実施している。また希望者に対しては、消防が実施している講習への参加も推奨しており、そのような取組より実践力を身につけられるよう努めている。		
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回の訓練の実施に終わってしまい、全職員が身につけている状況にはなっていない。地域との協力体制に関しては、地域活動への参加を通じ築けていけるよう努めているところである。	スプリンクラーの設置、オール電化設備の当GHでは、火災は構造的に発生しにくい。まずはベランダへ避難するとして、もし、避難誘導となったら地域住民の協力も必要であり、この面の「見守り」の役割への理解協力が進むことを期待したい。	

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 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	言葉遣いや対応に関して、日頃より注意を払い実施していると考え。時に不適切な対応が見受けられる際には、その場で指導を行い、事業所全職員の意識を向上できるよう努めている。	法人が作成の「不適切なケアにならないためのチェックシート」がある。これを活用し職員の対応状況の把握に努め、その場での即時指導改善もできるよう取り組まれている。	
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	自己決定が出来るようにサービス提供を行うように努めている。ただ頻度は少ないが職員が意向を十分に確認せずにサービス提供を行っている場面もあるように感じる。		
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	その方の希望する過ごし方に添う形でのサービス提供に努めてはいる。職員側の都合を優先させている場面は少ないと考える。		
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	整容には気を配ってはいるものの、「その人らしい」に関しては十分に把握できておらず、支援できていない状況。		
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	食事の盛り付けや準備・片付けは職員と一緒に実施している。又週に1度は入居者の方が主導となり食事を提供する場を設け機会の確保に努めている。	本社で一括作成の献立により調理をしている。専任の調理担当者があり、利用者の好み体調等に応じたメニュー変更もある。職員は同じ食卓に着き、見守りや時に介助をしつつ会話と利用者の状態把握に努めている。	献立により塩分が気になるものがあった。家族や地域の人等への食事提供もされているが、利用者の食味の把握にも定期的に取り組んでほしい。
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	食分量や水分量が不足しがちな方に対しては、代替え食品の提供やゼリーや果物の提供などを行い少しでもバランスよく食事が摂取できるよう努めている。		
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	必ず毎食後に口腔ケアを実施している。本人が困難な箇所を職員が支援し、清潔保持に努めている。 また歯科医にも指導頂き、清潔な口腔内環境が保てるよう努めている。		

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
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	排泄に課題のある方に対しては、排泄表等を活用しパターンを理解し、トイレでの排泄ができるよう支援。過度なおむつの使用を行わないよう努めている。	全体的には体力低下がみられる。各ユニットごと3カ所の連なったトイレがある。おむつは昼間つける人が多い。排泄習慣を把握し、無理強いでなく清潔保持の時間をとって、トイレでの排泄を自然な声掛けでできるよう取り組まれている。	
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	乳酸菌飲料を導入したり、腹部を温める又はマッサージを行う等をして薬に依存せずに排便を促す取り組みを行っている。		
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	曜日によって入浴者を決めてはいないものの、入浴時間に関しては職員の都合・ホーム都合によるものが大きいのが現状。	「毎日入浴したい」、「夜間に入りたい」の声もあるが人員から限界もある。原則週3回の入浴を維持している。2人介助が必要な人は2人で、浴室は手すりも移動でき介助浴も可能である。	
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	本人からの訴えが困難な方に対しては表情や状況、これまでの生活リズムを鑑みながら休息して頂け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	薬の使用目的や症状の変化の把握には努めてはいるものの、副作用の理解や用量を一人ひとり理解できている状況までには至っていない。薬の情報を一覧にしそれを確認すれば、理解できるような仕組みをとっている。		
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	役割を持って生活頂けるよう支援はしているものの、一部の入居者の方に限られてしまっているのが現状である。気分転換の方法も個別の状況に応じた対応でなく、一定の対応でしか行えていない。		
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	最大限希望があった際には戸外へ出かけられるよう支援に努めているが、人員状況によっては希望が添えない場面も多くにある。誕生日の月に本人の希望や夢を実現できるよう家族様と連携を図りながら実施していくところである。	隔月1回は能勢温泉行等、行事を企画している。GHの周辺散歩や花壇の水遣り、洗濯物干し場等あらゆる機会をとらえ声掛けを行い、戸外で外気浴や寛ぎの時間をもてるような支援が見られる。	

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	お金の所持に関する制約は設けていないが、十分な管理が困難である為に、家族様と協議の中で事業所が管理保管されているケースが多数である。ただ、職員と買い物に出る際などはお金を使えるように支援している。		
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	本人より希望があった際には支援しているものの、訴えがない方に対しては特別な支援はできていない。		
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	空間を作る際に職員が主導となるのではなく、入居者の声も反映できるように努めている。また、季節を感じる置物等は入居者と一緒に準備を行うように努めている。	広い共用室は、リビング・ダイニング形式となっていて、長椅子もある。食事介助に来られた家族の方も共に過ごされ、食後もリビングで過ごす方が多い。明るく清潔な空間が整備されている。月1回、頂いた花を食卓に飾り、観葉植物を置いている。二つのユニットがそれぞれ工夫され、独自の景観を保っているのも楽しい。	
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	共用空間の中で独りになれるスペースの確保はできておらず、その様な場合は個々の居室を使用。		
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	自宅で生活していた時の物品の持込みを可能な限り依頼しており、少しでも落ち着く環境作りを心掛けている。	GHではクローゼット、空調、照明を設置。ベットや身近な家具等は持ち込みが多い。家族写真や趣味の創作品もある。	
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	本人が認識できる目印を設置し自立した生活がおくれるよう工夫し努めている。		

## 基本情報

事業所番号	2893100095
法人名	メディカル・ケア・サービス関西株式会社
事業所名	愛の家グループホーム川西見野
所在地	川西市見野2丁目14-1 電話072-791-6070


【情報提供票より】平成 29年3月27日事業所記入

### (1)組織概要

開設年月日	平成 26年10月 1日		
ユニット数	2 ユニット	利用定員数計	18 人
職員数	20 人	常勤 12人 非常勤 8人	常勤換算 16.5 人

### (2)建物概要

建物構造	鉄骨造り
	2階建の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)	71,000 円	その他の経費(日額)	円	
敷 金	142,000円			
保証金の有無 (入居一時金含む)	無	有りの場合 償却の有無		
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 1,200円			

### (4)利用者の概要( 3月27日現在)

利用者人数	18 名	男性	2 名	女性	16 名
要介護1	2 名	要介護2	7 名		
要介護3	6 名	要介護4	2 名		
要介護5	1 名	要支援2	0 名		
年齢	平均 85.7 歳	最低 69 歳	最高 95 歳		

### (5)協力医療機関

協力医療機関名	医療法人祥風会 豊中みどりクリニック
---------	--------------------

## 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るような、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	地域代表者の方の参加実績が少なく、ホームの取り組みを知って頂く機会が持てていない	地域代表者が定期的に会議にご参加頂け、ホームの取り組みを理解して頂いている	①自治会会合への参加により関係の構築 ②地域行事(イベントや清掃活動)への積極的な参加(1~2か月に最低1回)	6ヶ月
2	35	全職員がスムーズな行動に移せる状況には至っていない。また、地域との協力体制も構築までには至っていない	①全職員が避難方法を理解し行動に移せる ②地域の協力体制が築けている	①2か月に1回は自主訓練を行い、設備の使用方法を含め各職員の理解を深めていく ②地域住民やご家族様にも消防訓練に参加頂く機会を設け、協力体制を構築させていく ③地域で実施されている避難・消防訓練への参加	6ヶ月
3	40	入居者様個々の味の好みに応じた、食事の提供が出来ておらず、把握も十分にはできていない	入居者様個々の食事の嗜好が把握でき、それに応じた食事の提供ができるようになる	①月に1度会議(食事会議)を行い、食事残量より好みを分析し、それを基にメニューを月間メニューを検討し、提供していく ②食事会等を利用しご家族様に食事の評価・アドバイスを頂ける機会を設ける ③介護職員に対して調理研修を実施し	6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、行を挿入してください。

(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(③に関しては提出はしているが、市区町村担当者との状況の話し合いは未実施 )
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(①全職員との話し合いには至っていない )