

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	2893000196		
法人名	株式会社ユニマツ リタイアメント・コミュニティ		
事業所名	尼崎ケアセンター そよ風		
所在地	尼崎市食満7丁目17-1		
自己評価作成日	平成29年10月1日	評価結果市町村受理日	平成29年12月7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10月26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)】

地域の方にご理解・ご協力頂きながら 入居者様が安心して暮らして頂ける様関係づくりに努めている。入居者様一人一人が日々の生活の中で必要な生活動作が少しでも長く維持できるようサポートしている。職員手作りの食事を3食提供し 食べる楽しみを持って頂いている。 ご家族様が来所しやすい環境づくりに努めている。

【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)】

1階にデイサービス2階にショートステイ3階にグループホームのRC造りの建物に関連事業所とともに利用者の居住施設としての機能を果たしている。この地域は、昔からの住民とマンション等新住民の混住地域である。開設時から地域との連携を重視し、入居者・職員とも、散歩や買い物の際に「そよ風さん」と声のかかる関係が出来ている。日頃職員の利用者との関わりについては、家族からも信頼と満足が寄せられているが、問題は職員の充足が努力にも関わらず達成出来ていないことから、利用者の対応がもう少し十分でない面が散見された。特に派遣を含む昼間職員二人体制には、家族も同情と遠慮の反応を示している。続けて対応出来る職員確保により、より安心で充実した場としての継続を望みたい。

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、生き活きと働けている (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
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	ユニットごとの理念のもと その人らしくその方にあったサービスを提供し 安心で穏やかに暮らして頂ける様支援している。	ユニット毎の理念の下、その人らしく望む暮らしを支える職員も共に楽しめるものでないといけない。2ユニットには硬軟の差があるが、同じ理念で支えようとしている。	
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	散歩・買い物や外掃除の時に会う地域の方には積極的に挨拶等するよう努めている。地域の方から声をかけて下さっている。	保育園との交流が途絶え、中学生の職場体験も無いが、民生委員や近隣のボランティアの支えが有る。	
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	地域に行事に参加させて頂くことで認知症の方に接し理解頂くよう努めている。七夕笹飾りをする場所がないとの事で毎年 竹は地域で準備して下さり当センター地域の方を招きやっている。	/	/
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	運営推進会議の中でセンターからの報告として取り組んでいることや問題点なども報告し ご意見も頂いている。	年2回町内会長・民生委員・地域包括センター職員・職員の出席のもと双方向の議論がされているが、家族の参加が無い。今後対応を。	
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	市担当の方には連絡を取り 何かあれば報告している。又 グループ連絡会に入会し連携に努めている。月2回介護相談員の訪問もある。	市の介護保険課との連絡、介護相談員の月2回の訪問が有る。グループホーム・グループハウス連絡会では利用者の空き情報等を発信している。	
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	年に一度研修を行い 毎月各部署より担当者が集まり報告・検討し「しないケア」に向け取り組んでいる。日々話し合いも行い各ユニット会議でカンファレンスしている。	身体拘束をしないケアに留意し、マニュアルを消化している。同一建物にショートステイ等と同居のため、玄関は無断外出防止のため施錠をしている。	身体拘束や虐待防止に関するマニュアルは整備されているが職員不足による研修の時間の不足や研修の活用が不十分である。職員が得意分野を広げていく様に相互研修を期待する。
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されることがないように注意を払い、防止に努めている	研修を行い、自身のケアの振り返りや職員間でも注意話し合う機会を持ち 防止に取り組んでいる。	虐待をしないケアに留意し、研修ではマニュアルを消化している。ケアの振り返りや職員間での気づきの話し合い等を通じ防止に取り組んでいる。	

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	成年後見制度を活用している利用者様がおられる為、研修に参加し理解を深めるよう努めている。	現在成年後見制度を利用している方が2名いる。その為管理者等は外部研修を受け、ホーム内研修にて意思統一を図っている。	
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	契約の際 必ずご家族様に重要事項説明書を元に丁寧に説明するようにしており 質問等を受けた場合も説明し納得の上署名・捺印して頂いている。	入所時に本人・家族へ重要事項説明書や契約書を基に十分説明し理解・納得を頂きサインを得ている。保険制療変更時や介護度変更時にも再度同様の説明をしている。	
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	利用者様・家族様との話の中で些細な事も職員は管理者に報告、改善に向け努めている。来所頂いた際には 話しやすいよう「何かありませんか」と声かけするようにしている。	家族等の意見は来訪時・意見ノート・利用者との会話や表情を汲取り職員と情報を共有し、支援に当たっている。	
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	職員からの意見をセンター長や管理者は共有するようにし 業務等に反映できるよう努めている。	職員からの意見・要望は月1回のユニット会議や事業部会議で忌憚なく意見を出し合い・上下関係もよく部会も身体拘束他5部会有り活発な交換がされている。	
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	勤務態度・状況を把握した上で個人面談を行い、身分変更・給与の見直しを行い、研修等の参加も促し向上心を持ってもらえるようつとめている。		
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	全体会議の後に研修を行い 参加するよう勧めている。尼崎市のGH連絡会主催の研修も声掛けしている。		
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	GH連絡会に入会しており他事業者との交流する機会があり 意見交換や討論会・交換研修や勉強会に参加しサービスの向上に努めている。		

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
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	相談から利用に至るまでの間に、入居希望者の状況把握の為 2名で訪問しご利用者様・ご家族様それぞれに別れてお話を伺うようにしている。又他事業所や当センター D.S S.Sご利用の場合は了解を得たうえで情報提供を頂いている。		
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	特に困っている事・不安な事を把握できるよう お話を伺っているが、その後電話や来所時にお話をする時間をもち信頼関係づくりに努めている。		
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	初回相談時に 相談内容を聞かせて頂きその上で出来る事・出来ない事の説明をしご理解頂けるよう努めている。その上で他のサービス利用も提案している。		
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	日常生活の中で 洗濯たたみや洗濯干し 食器拭き等を一緒にして頂いている。助け合う関係で職員からの感謝の言葉を喜ばれ良い関係づくりになっている。		
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	家族様と職員で 入居者様を支えていけるよう密に話し合うよう努めている。また 家族様と入居者様が共に過ごせる事が出来るよう提案しお手伝いしている。		
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	以前からの知人の方も気楽に来所して頂ける様家族様を通じ声掛けしている。1度来初下さった方が定期的に来所されている。	従来の友人・知人の来訪を歓迎し関係が途切れ無き様に対応している。利用者は現在半分の方が車イスで馴染みの場所へは外出が難しい状況である。	
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	利用者様噛んで気の合う方・気の合わない方を職員全員把握し 席の配置に配慮している。利用者様同士で関わり合い・支え合える関係作りに努めている。		

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
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	退居された後も 機会があれば家族様と懐かしい話をしたり 相談事があれば 出来る限り対応に努めている。		
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	日々の生活の中で ご利用者様が言われた言葉やご家族様から聞かせて頂いた今まで暮らして来られた時の事等から希望・意向の把握に努め利用者本位に検討している。	入所時に本人・家族より希望・要望を聞き取り情報を共有している。「食べたいもの、行きたいところ」等を聞き出し「利用者本位」の支援につなげている。	
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	入居時にご利用者様・家族様から情報収集し 職員間で共有している。入居時 思い出のある物・馴染みの物をお持ち頂くようお願いしている。		
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	出勤時に介護記録や連絡ノートに目を通し 口頭での申し送りも行い現状の把握を行っている。		
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	御利用者様・ご家族様からの情報収集を行ったうえで職員間でカンファレンスを行い介護計画を作成している。モニタリング・評価を行い見直しや修正を行っている。	本人・家族より入所時に要望等を聞き出し、かかりつけ医の情報をプラスし職員間にて協議し介護計画を作成している。モニタリングは3ヶ月毎に行い、計画修正は長期は1年、短期は6ヶ月、体調変化があれば、その都度修正している。	
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	個別に介護記録・医療機関受診記録・経過表を記録し 日々の様子や工夫した事等を記録しカンファレンスの再に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	ご利用者様・ご家族様のニーズに可能な限りこたえるよう取り組むことを心がけている。利用者様がご家族様と水入らずの場合やリビングで一緒に食事をされたりすることも支援している。		

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	近隣に買い物に出かけ 一緒におやつ等を選んでいただき袋に詰めて頂いたり持って頂いたりしている。自然とお店の方や近隣の方から声をかけて下さったり手伝って下さったりしている。		
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	入居時に今までかかっておられたかかりつけ医を継続するか 往診を受けるかを確認しどちらとも連携をとり支援している。入居後に変更される時もスムーズに引き継ぎが出来るように努めている。	かかりつけ医は入所時に、本人家族とよく相談し決めている。協力医以外にも近くの医院にお世話になっている方もいる。	
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	24時間対応の訪問看護師や当センターのD.S S.Sの看護師に気になることは相談し適切な対応が出来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。	入退院時には、担当D.rや看護師とカンファレンスに参加するよう努め 利用者様・家族様が混乱されないよう密な関係を築くよう努めている。入院中に職員が面会に行き状態を把握するよう努めている。	入院時にはホームでの情報を提供しより良い関係を深めている。入院中は頻りに訪問し、状態把握に努めている。看護師・医療連携室と情報交換に努め早期退院への準備に対応している。	
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	入居相談時・入居時にターミナルについて話し合い、当センターで行える事・行えない事を説明し、かかりつけ医・訪問看護師話し合いを行いチームとして支援できるよう取り組みを行っている。	入所時にホームとして出来る事、出来ない事を詳しく説明し理解を得ている。今迄看取りの経験は無いが、看取りの体制は出来ている。	
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	ほとんどの職員が急変・事故発生時に対応出来るよう施設内研修・救命研修を受けるよう努めている。またその都度対応の仕方を看護師・経験のある職員や介護力向上担当の職員が指導するよう心掛けている。		
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	入居者様・職員共に火事想定・水害想定で避難訓練を行っている。地域の防災会議にも出席し訓練には入居者様と一緒に参加。常々運営推進会議で 非常時の協力をお願いしている。	年3回、夜間想定や津波想定、火災対応実施し、近隣の方の協力体制も出来ている。備蓄も水・食料品等賞味期間が5年のものに変更し、1週間分保存されている。なお防災会議は毎月開催されている。	

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
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	御利用者様に対する接遇には 日々職員間で注意し合い・話し合いながら気をつけている。新しい職員が入った時・問題点が出た時は 管理者・リーダーより説明・指導している。	利用者を人生の先輩と考え尊厳とプライバシーをそこね無き様に言葉掛け等を接遇のマニュアルにて研修し気をつけている。なお個人情報鍵のかかるロッカーに保管されている。	
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	ご利用者様に選んでもらえる事が出来るように努めている。何種類かのケーキやお弁当を写真や原物をお見せし選んでいただいている。		
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	大まかな日課はあるが 強制することなく 即本人の希望を聞きながら過ごして頂ける様支援している。		
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	気候に合わせたものが選んで頂ける様衣替えをしたり 好みの物が来て頂ける様一緒に選んで頂いたりし支援している。		
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	今は楽しみが食べることになってる方がほとんどなため いつもと違う提供の仕方に変更してみたり イベントを家族様と一緒に食事をしたりしている。	メニューは本社にて作成され、食材・調理は事業所にて対応している。食事は職員が食事介助をしながら同一食を食べている。利用者も出来る範囲で片付け等のお手伝いをしている。	
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	法人の管理栄養士の献立をもとに料理を提供している。食事量や水分量は時間ごとに個別に記載し状況把握にしている。ミキサー・トロミ食の方も 同じ献立を召し上がって頂ける様工夫している。食事量が少ない方についてはDrと相談している。		
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	毎食前に緑茶でうがいをを行い、食後には口腔ケアを行っている。また、週に1回歯科の往診があり必要な方・希望される方は診て頂いている。		

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	個別に24時間シートを作成し 排泄パターンの把握に努め、トイレでの排泄が出来るよう支援している。	排泄パターン表より個々のパターンを把握し時間少し前に、それとなくトイレへと誘導している。特に羞恥心の対応には配慮している。	
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	便秘に対し Dr.と相談の上下剤を頂いているが、薬に頼らなく改善にむけヨーグルトやご飯に押し麦を混ぜたりして提供している。日々職員間で申し送りし 下剤を減らす方向で取り組んでいる。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	可能な限り希望に添えるよう支援している。1袋1での入浴な為 入浴中に思い出話を傾聴したり 一緒に歌ったりして心身共にリフレッシュできるよう努めている。	入浴は週2～3回、体調により柔軟に対応している。バスは家庭用の個浴で二人介助で1階に機械浴があるが、使用はされていない。入浴拒否の方には人・時間を変え対応している。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	眠れない＝薬ではなく 休まれるタイミングを把握し お一人お一人に合わせ就寝して頂いている。日中でもその方に合わせて横になって頂いたりし休息の時間が持つて頂けるようにしている。		
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	個々の薬情報については薬情などで把握し服薬支援を行っている。症状の変化があった時はすぐにDr.に報告指示を仰いでいる。		
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	個々のレベルに合わせ 何かしらの役割を持つて頂ける様支援している。誰かの手助けが出来ていると 日々の生活に張り合いがあり 楽しみを持つことで気分転換が出来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	季節に合わせ 近隣に咲く花を見に散歩に出かけたり 買い物に出かけたりしている。昨年は家族様の意向もあり 入居者様全員と家族様と一緒に近くの商業施設に食事と買い物に出かけた。	日常的な外出は買い物や家族の協力にての外出もある。季節により近くの桜見物や防災訓練への外出等有り外気に触れ、季節感を味わってもらっている。	

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	地域でのイベントや買い物時 お金を持って頂き支払をして頂くよう支援している。		
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	ご家族様と打ち合わせをされており ご本人からの訴えがあった時には電話をかけお話しして頂けるようにしている。遠方のご家族様から定期的にお電話があり取次お話し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	建物の内装は、木を使い暖かみがあり 共有スペースは南向きで窓も広く居心地の良い空間だと思われる。見えるベランダに花や野菜を植え 季節を感じられるようにしている。生活空間である事を心がけている。	居間兼食堂はベランダに面し、広く、明るく、木の温もりが有る。生活の場として通気をよくして外気を味わえる様にしている。壁面には季節毎の飾り物や行事の写真を貼り季節感を醸し出している。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	共有スペースには 複数の机といす・ソファを設置し 状況に応じて自由に過ごして頂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	御利用者様・ご家族様とも話し合い、今まで使われ慣れ親しんだものを持ち込みいただき 安心し居心地良い空間になるよう努めている。	入所時に本人・家族とよく相談し家庭にて使い慣れたタンスや思い出の写真・仏壇等を持ち込み家庭の延長になる様に工夫している。	
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	トイレのドアにはわかりやすいようマークを貼っている。場所を聞かれた時はマークを伝えている。わかりにくい時は その方に合わせた表示を貼ったりしている。		

基本情報

事業所番号	2893000196
法人名	株式会社ユニマツト リタイアメント・コミュニティ
事業所名	尼崎ケアセンター そよ風
所在地	尼崎市食満7丁目17-1 電話 06-6470-252

【情報提供票より】平成 29年 10月1日事業所記入

(1) 組織概要

開設年月日	平成 21年 3月 1日				
ユニット数	2 ユニット	利用定員数計	18	人	
職員数	12 人	常勤 9人	非常勤 3人	常勤換算 11.5人	

(2) 建物概要

建物構造	鉄骨造り				
	3階建ての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)	60,000円	その他の経費(月額)	運営管理費 3000(円)		
敷金	無し				
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	円	昼食	円	
	夕食	円	おやつ	円	
	1日1,500円				

(4) 利用者の概要(5月20日現在)

利用者人数	18 名	男性	1 名	女性	17 名
要介護1	1 名	要介護2	2 名		
要介護3	6 名	要介護4	7 名		
要介護5	2 名	要支援2	0 名		
年齢	平均 88 歳	最低	80 歳	最高	102 歳

(5) 協力医療機関

協力医療機関名	大和田診療所
---------	--------

(様式2(1))

事業所名 グループホーム尼崎CCそよ風

目標達成計画

作成日: 平成 29 年 12 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	11等	職員不足により外出が難しい。 家族から同情と遠慮の反応がある。	職員の確保。	職員の確保に向け求人広告を出したり職員からの紹介など今以上に努力する。	3ヶ月
2	3	家族の参加がない・	家族・地域の方の参加を増やす。	会議の案内を新聞にのせる。来所持に声掛けする。	12ヶ月
3	5	身体拘束や虐待防止に関するマニュアルは整備されているが職員不足による研修時間の不足や研修の活用が不十分である。	○職員の確保。 ○会議内容の向上。	1と同様会議内容の見直しを行う。	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全職員の話し合いには至っていない)