

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	2873008691		
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		
自己評価作成日	平成29年1月20日	評価結果市町村受理日	平成29年3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1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)】

利用者にとって「居心地の良い場所」「居てもいいと思える場所」になれるよう努めている。不安な時に応えられる人としてホームスタッフが利用者の理解に努力し、個々への関わりを行っており、共同生活の中でも利用者に合った「暮らし」を営むことができるように心がけている。利用者だけでなく、利用者の家族にとっても「また来るね」と気軽に来訪してもらえよう、来訪時の出迎えや見送りだけでなく、利用者自身の状況も細やかにお伝えしていくことにも努めている。また、認知症の介護に携わる場として、地域に認知症への正しい知識を広げていくことも重要と考え、「認知症サポーター講座」を行っている。

【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)】

既存の木造二階建て社員寮の転用施設であり、スプリンクラーの設置、トイレ・浴室、共同空間等の改修がされ、さらに、今般、床のフローリング張り、居室等のドアの内開きから引き戸への改良等の改修がされた。居住性が増して入居者・家族にとって快適な空間が広がっていた。共通空間は良いが、居室部分の廊下はひんやりとしている、居室の空調なども、見守ってほしい。職員間の人間関係も良く意欲的で、利用者への声かけ、共に食事を楽しむなど、良い関係がみられる。二階利用者の緊急時の隣接GHへの避難や外の駐車場への避難誘導に近隣住民の力を得られないか、地道な協力関係づくりを期待したい。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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、安心して暮らさせている (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	ホームに勤めている職員全員が理念を元に働く事が出来るように、と職員自身で理念の作成を行ったが、その時に関わった職員とそうでない職員がいるので、利用者のケアを考える際に理念を示していくようにしている。	法人理念「入居者が主人公、他6項目」を基本に事業所独自の基本理念「当たり前の感覚を大切にすること」を掲げ、居心地の良い場となるよう理念を共有して実践につなげるようにしている。	
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人として日常的に交流している	散歩や買い物に毎日でかけることや、サンデッキでの日向ぼっこなどにより、近隣の方々やお店の方々との交流が深まっている。	日常的に散歩や買い物に出掛けたり、地域の行事(夏祭りや公民館のイベント等)に参加して地域の人達と交流している。近隣の方たちとはサンデッキに出た時等に日常的に挨拶、おしゃべりを交わしている。年1回の町内会総会の会場として和室を提供して。	
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	研修事業部にて「認知症サポーター養成講座」の実施や介護に関する勉強会を行っているとともに、運営推進会議ではホームから認知症介護に関する情報の発信を行うようにしている。		
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	会議の中では、ホームから報告をした出来事に対し地域の方々から意見やアドバイスをいただいている。その中でも、参加者からの実体験や、地域の一人としてホームの動きが求められる面もあり、利用者・職員を含めホームが地域の一人であることの再確認をすることのできる機会となっている。	町会長、民生委員、民生委員協力量員、近隣住民(2~3名)、保護司、地域包括支援センター職員、市立総合センター職員の参加の下、2ヶ月に1回開催され、事業所での取り組みや状況を報告している。地域の方の参加が多数あり、地域の情報を得る機会ともなっている。家族の方の参加は現在のところない。会議は、隣接の姉妹事業所サザンと一緒にしている。	家族の参加がなく、家族会も開催されていないので、これから発行を予定されている事業所だより等を活用して家族の参加を呼び掛け、家族の意見を聞く機会をより増やされていかれることを期待します。併せて、食事についても感想を聞かせて頂く機会となることを期待します。
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	日頃から連絡を密にとるとまではいかないが、ホームでのサービスの実施に関してなにか疑問点などがある時には、適宜連絡を取らせてもらっている。また「尼崎グループホーム・グループハウスの連絡会」の会合に出席いただき、意見交換等を行っている。	市の介護保険課とは、サービスや制度に関しての疑問点等を相談する等して協力関係を築くようにしている。	
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	ホームでの運営の原則として、身体拘束は行わないという方針でケアをしている。また、それを実践するために個別の事例において検討し学んでいる。	普段のケアにおいて、身体拘束をしないケアの実践に努めている。個別の事例について、身体拘束について検討し学びながら、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。夜間でも外出希望の方がいる場合は一緒に付き添うようにしている。	
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	個別の事例において検討し話し合っている。高齢者虐待についての公的機関や報道等の情報をホーム職員に発信し、虐待の要因が多種にわたることに気付いてもらえるようにしている。	個別の事例において検討し話し合っている。ニュース等の虐待の情報にも注意し、職員に発信している。利用者の変化等にも気を付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
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	社内勉強会で権利擁護についてとりあげ、学ぶ機会をつくっている。しかし、日常で行うケアへの権利擁護の視点が主になっており、その他の事業や制度の活用面では積極的に関わる機会がない。	成年後見制度を利用されている方が2名おられ後見人と連携して支援している。日常で行うケアの権利擁護の視点での研修はしているが成年後見制度等の制度に関する研修はまだ行っていない。	
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「契約書」「重要事項説明書」「運営規程」の3つの書類に添って説明するようにしている。その中でも、利用料金や退居に関する条件等についてといった、特に気になるであろう点は具体的な事例をあげるなどして説明するようにしている。	契約時、契約書他の書類に基づいて説明している。利用者、家族が気になる利用料金や退去時等の事項は特に丁寧に説明している。重度化した場合の対応は「重度化の際の対応の指針」にて説明している。	
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	ホームの玄関に「意見箱」を設置しているが、これまで投書されていたことはない。尼崎市の介護相談員から得た情報や、あとは主に家族等の来訪時にこちらから声をかけるようにし、話しやすい雰囲気を作るよう努めている。	現在のところ、運営推進会議に家族の参加がないので、意見や要望は主に面会時に話をする中で把握するようにしている。	
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	1ヶ月に1回、本社で開催される「責任者会議」に管理者・ホーム長が出席しており、その会議の場に置いてホームからの意見や状況等を代表者に向けて発信している。	職員は普段の業務の中で要望や意見を管理者に伝えている。職員から出た意見や要望は月1回本社において開催される「責任者会議」の時に代表者に伝え反映するようにしている。	
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	代表者は現場をよくしたい・働いてくれている職員を大切にしたい、という気持ちを強く持っているが、それについての具体案が現場が望む、または受け入れる事が出来るものとそうではないこととで差が生じる事があり、その解消が課題となっている。		
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	研修の内容として、ホームの職員全員を対象とするものと、新人社員を対象にしたもの・リーダー職員を対象としたものなど、職員個人の段階に応じて内容を変えている。		
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」における様々な取り組みに参加できる機会を設け、発信している。		

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	自宅や病院など、他の場所からホームへの入居すること自体が本人にとっての困りごとであり、不安の対象であると考え、その気持ちを少しでも解消するため、最初の面接を行う職員が入居時に出迎えするよう努めている。		
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	本人が入居してからだけでなく、入居前の見学時や、実際に入居に至るまでの間にも家族に本人の事や家族自身の思いを聞く機会をもうけ、一緒に本人の暮らしを考えられるように取り組んでいる。		
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	ホームへ相談がくる内容のなかには、「入居」や「認知症介護」に限らず、介護保険制度の利用自体や介護そのものについての相談でこられることもある。その際は当社の居宅介護支援事業所へ紹介するなど必要な支援をおこなっている。		
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	職員に利用者の「わがまま」を聴くよう促している。どうしても聴けない状況の際も、その理由を説明するという過程を踏むことで、利用者と職員はホームにおいて同じ時間を過ごしている者同士であるという意識が根付くことを目指している。		
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	クリスマス会などの行事や通院・散歩等外出時の付き添い、その他の日常生活上の身体介助(主には食事介助)といった場面で、ご家族にかかわりをもっていただけるよう、声をかけるようにしている。		
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	「外出支援」と「自宅支援」という2つの考え方の実践をこころがけている。具体的にはホームから極近い距離にご自宅があるご利用者には、帰宅(外泊含)して過ごしていただけるよう、ご家族と相談を重ね実施している。	家族の他に、知人、元同僚、以前のケアマネージャの来訪がある。これまで大切にしてきた馴染みの関係が途切れないように、受け入れの雰囲気作りを心掛けている。散歩や買い物、家族との外食等で馴染みの場所に出掛けている。正月やお盆には自宅へ外泊する方もおられる。	
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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者同士が良好な関係を構築できるだけの理解力や受容の気持ちがあれば、自然発生的につながりができ、それを保つことができるよう配慮しているが、それができないことの方が多い。		

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
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	グループホームでのサービス提供が終了した後が、他施設や病院の入所・入院であった場合、面会等へ行くようにしているが、「支援」となるまでのかかわりはできていないと思われる。支援以外でご家族と関係性が保たれていることは多い。		
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	職員個々の感性による理解や把握に加えて、「ひもときシート」および「センター方式」を活用し、職員中心に陥りがちな視点を修正できるようにしている。	「センター方式」や介護者がケアで困った時に問題解決について考えていく「ひもときシート」等を活用しながら、思いや意向や暮らし方の希望をチーム一丸で把握することに努めている。	
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	「今」と「これから」を支えていくためには、「過去」を知ることが重要であることを伝えるようにしている。またそれらの情報を得たときには、アセスメントシートに追記したり、連絡帳に記録して全員で共有できるようにしている。		
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	職員個々によりとらえ方が異なる部分があるため、意見交換しあうようにしている。その際に、どれか一つの意見にまとめてしまうことはせず、「見方を広げる」ことの重要性を説いている。		
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	それぞれのユニットの計画作成担当者を中心に計画の作成およびモニタリングを実施している。	入居時は3ヶ月毎、その後半年に1回と必要に応じて見直しをしている。職員の気付きが記入された連絡帳や業務日誌を参考にして、本人と面会時やお電話で聞いた家族からの意見や要望を反映した介護計画を作成す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	記録はあるがそれが実践に結びついていない現状が続いている。書いただけで終わりではなく、それがどうすれば具体的に活かせるのかを全員が気づけるようにしたいと考えている。		
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	基本的には法律等に違反しない範囲で「なんでもやる」という姿勢でいるが、それが事業所運営に支障を来すことや職員個人が担うことのできる負担を大幅に超えることにつながることもあるため、バランスを考えなければならないと思っている。		

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	職員の支援だけで暮らしが完結してしまうことが少なくない。		
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し、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	入居時に希望を聴いている。入居以前からの医師との関係の継続を望まれる場合には、家族の協力を得て希望に沿うようにしている。	本人、家族の希望に沿ったかかりつけ医となっている。個々人の希望によってそれぞれの主治医が往診にきている。受診の付き添いは基本的に家族となっているが、家族が無理な場合は職員が同行している。	
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	ホームの職員として看護師を配置している他、利用者が個別に関わりのある看護職（訪問看護等）と密な連携をとることができている。		
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。	ご家族了承のもと介護サマリーの作成等、医療機関へ向けての情報提供を行っている。またお見舞いにいきその時に状態や状況を尋ねるようにしている。	入院時は、家族と連携を密にして相談しながら退院に向けて支援している。入院時の医療機関への介護サマリーの送付、入院時のお見舞い、退院時の病院側とのカンファレンスを行っている。	
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	契約をする際に、「重度化の際の指針」を用いて説明をしているが、実際には状態が重度化してからケアの具体的な内容について話をし、取り組んでいくことが多い。	契約時に「重度化の際の指針」に基づいて説明している。重度化した場合は、家族、主治医と再度話し合いをもち取り組んでいっている。	
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	利用者の急変時などの緊急時の対応のため、参考の資料の配布を随時行うことと、心肺蘇生講習会を行える職員による勉強会の実施も計画している。		
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	年に2回、消火・避難訓練を行っており、新入社員へは防火担当者より随時指導・連絡している。ただし、消防署や町内会での合同実施に至っていないため今後地域との連携を図る機会を設けたいと思う。	年2回、消火・通報訓練、避難訓練を行っている。防火責任者は消防署の点検時に十分な話し合いをしている。消防署立ち合いでの災害訓練は今年度は行われていない。	

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
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	ケアをするうえで守られてしかるべき点だが、職員の経験等によりばらつきも見られるため、専門職員としてどうあるべきかの再確認と、現在の自己のケアを振りかえられる機会をもうけていきたい。	一人ひとりの尊重とプライバシーは守られて当然と把握している。その上でケアにおいて直面した問題を解決するための方法として「ひもときノート」を活用してすべての職員がケアの在り方を考えられるようにしている。	
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	小さなことでも本人が「選択できる機会」を持ってもらえるようには努めているが、本人が思いや希望をあらわした際、利用者の暮らしではなく職員側での意図したところへ誘導している状況がある。		
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し、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	本人から職員へ希望があればそれに沿う形をとれているが、それが難しい方へのケアでは職員のペースの上に利用者の生活がある形もみられ、今後の課題と思われる。		
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	季節ごとの装いをしたり、女性であればお化粧をしたりといったことに取り組んでいるが、爪切りや髭をそるといった日常的な身だしなみを整える事への支援へは十分に組み込んでいない部分がある。		
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	日常の食事では利用者個人での好みや季節の物を味わえるように工夫しており、全ての行程をと考えるのではなく、その人の持っている力を把握した上で利用者が「楽しい食事の時間」を持ってもらえるよう取り組んでいる。	日頃から、食べたいものをお聞きして利用者と一緒に作成する献立作りに取り入れている。調理、準備、食事、後片付けも利用者と職員と一緒にしている。正月にはおせちやお餅を楽しみ、誕生日にはケーキとお聞きした好物を提供している。ぜんざい等の手作りおやつを楽しんでいる。	
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・水分量を記載・確認することが出来るように記録様式を整えている。		
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	起床時・夕食後(就寝前)は口腔ケアを行えているが、「毎食後」の実践は全ての利用者に行うことまでは至っていない。		

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
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	排泄介助＝トイレでの排泄のお手伝いという視点をもつことを促している。ただ、個人によってはトイレへ座ることが負担となる人もいるため、個人の排泄パターンの把握から失禁による本人の不快の軽減に努めていきたい。	一人ひとりの排泄パターンを把握してトイレでの排泄の支援に努めている。	
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	服用薬(下剤・浣腸液等)を使用することがある。便秘気味な人に対して水分の摂取を促す事や、本人の好きな物で便秘の改善や予防に取り組むようにしている。		
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	運営上、入浴日を決めて入浴するが、本人の希望や入浴した方が良く判断した時にはいつでも入浴してもらえるようにしている。	基本的に週2～3回の入浴となっているが、希望により毎日の入浴(以前には毎日入浴される方もいらした)も可能である。入浴時間は一人ひとりの希望にそって入浴して頂いている。希望があれば夜間でも対応している。	
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	日によって夜間に眠らない(眠れない)状態の利用者がおられる。その理由を考えているが現在明確な答えは出て来ない。		
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	ホームの職員全体で情報の共有と理解ができるよう、医療に関して記載する記録様式や、医療機関から受領する説明書を整理するファイルを作っている。		
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	利用者個人の楽しみ・趣味であったり、特技等を把握することは出来ているが、その楽しみや役割を支援できる人と、「身体介助」に費やす時間が多くなってしまう時もある。		
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支援している	ほぼ日常の中で本人からの希望やその時の思いに合わせての外出支援を行うことができている。その一方で本人が本人の意向を外に出すことが難しい方に関しては十分な支援が出来ているとは言い難い。	本人の希望に沿って買い物や散歩に出掛けられるよう支援している。家族と外食に出掛けられる方もおられる。外出の希望や意向を表出することが困難な利用者の思いを掘り下げて把握し支援できることを目指している。	

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
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、事務所で預かりしているが、本人から希望があれば家族とも相談したうえで、本人にお金を所持してもらうようにしている。		
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	基本的に、本人が希望された時に電話をしてもらえるようにしている。お正月には年賀状を書いたり、お返しをしたり、遠方の家族に手紙を書いて貰うこともある。		
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	暮らしを送る上での「あたりまえの感覚」を大切にするように努めているが、1つの場の安全や快適さを考える時、ある人の安心につながることで、別の人の混乱や不安につながることもある。	リビングや各部屋にはエアコンがあるが、長い廊下や洗面所にはエアコンの温風が充分には届いていないので快適とは言えない。玄関には利用者が活けた花が飾られ季節感が感じられる。	まずは利用者の居室の改修をとのことで、12月に改修が終了した居室は快適なものとなりましたが、共用部分の廊下と洗面所の温度への配慮や少し重たいトイレドアの改良(吊り下げ式引き戸等)がなされより快適な空間となりますことを期待します。
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	個人の居室やリビングだけでなく、和室や応接間などの他の空間もあり、本人の希望やその時々で過ごせてもらえるようにしている。		
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	居室の室内環境としては、入居前は照明器具と空調設備のみの設置としており、それ以外は本人にとってなじみのある物、使い慣れた物を持ちこんでもらうようお願いしている。	昨年秋より居室の改修が行われ、居室のドアがうち開きから引き戸へ、畳がフローリングとなり、土壁も改修された。改修も終了し慣れ親しんだ部屋での生活となっている。	
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	ホームの構造の中で、一部分はバリアフリーにはしておらず、暮らしを送るうえで自然と本人の力が発揮できるように工夫しており、その結果自立支援にもつながるようにしている。また、安全の確保も重視しており、台所は対面式にしている。		

基本情報

事業所番号	2873002691
法人名	株式会社シニアケア
事業所名	グループホーム シニアケア塚口
所在地	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 29年 1月 20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	16 人(兼務)	常勤 8人 非常勤 8人	常勤換算13.5人

(2)建物概要

建物構造	木造ラスモルタル 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)	光熱水費15,270 円
敷 金	300,000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	円	昼食 円
	夕食	円	おやつ 円
	または1日当たり 893円		

(4)利用者の概要(月 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	2 名
要介護3	5 名	要介護4	2 名
要介護5	4 名	要支援2	0 名
年齢	平均 83.5 歳	最低 71 歳	最高 94 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
---------	------------------------------------

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	20	運営推進会議において、地域・近隣住民とサービスの実態や意見交換は行えているが、利用者・家族の参加が少ない。	運営推進会議が、地域・近隣住民・利用者・家族を通じてサービスの向上に結び付く。	引き続き地域・近隣準民への運営推進会議について発信しつつ、事業所からの発送物で家族への参加の促しを行う。家族の来訪時に会議についてお伝えする。	12ヶ月
2	52	利用者の居室の改修が行われ、個々人での快適さは改善されたが、共用空間において快適さを求めても良いと考えられる部分がある。	共用空間に置いての居心地の良い空間づくり。	利用者・家族や滋養所のスタッフから共用くう休何で利用者にとって居心地が良い・快適に過ごすために必要なことについて意見を聞く。運営者等とも協議しながらよりよい空間づくりを行う。	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)

作成日：平成 29 年 4 月 20 日

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 20	<input type="checkbox"/> 運営推進会議が、地域・近隣住民・利用者・家族を通じてサービスの向上に結び付く。
	<input type="checkbox"/> 共用空間に置いての居心地の良い空間づくり。
	<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
	⑤その他()
2 自己評価の実施	<input type="checkbox"/> ①自己評価を職員全員が実施した
	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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
	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
	④その他()
4 評価結果(自己評価、外部評価)の公開	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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
	⑤その他()
5 サービス評価の活用	<input type="checkbox"/> 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)
	⑤その他()