

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	2873002691		
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	兵庫県尼崎市南塚口町8丁目3-15		
自己評価作成日	令和5年1月20日	評価結果市町村受理日	令和5年4月28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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=2873002691-00&ServiceCd=320
----------	---

【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5年1月31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)】

入居者の重度化や高齢化が進み、身体介助の占める割合が大きくなる中、作業的な介助の繰り返しに陥ることなく、「生活の支援」であることを意識するため、生活において特に重要であると考えられる食事について、「毎食の手づくり」にこだわっている。自分の住まいで作られる食事を、その場で食べることで、グループホームが自宅ではないにしても、自分の居場所と考えてもらえることを目指している。また大きな視野を持ち、ホーム内だけでなく尼崎市という地域が、認知症の人やその家族にとって暮らしやすい場となることに少しでも貢献するために、さまざまな研修の講師活動にも力を入れている。

【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)】

開設して十年以上が経過して、入居者の重度化も進んできたが初心を忘れず「暮らし」を大切に努めている。管理者・職員は定着率も良くGHの役割・指名を果たそうと努力している。その取り組みのこだわりは①入居者も出来るだけ参加いただき「食事の手作り」一献立・買い物・調理・片付けを、自宅と同じように行う。②法人の持っている高齢者福祉、介護の知見を社会に役立てる。③これらに携わるスタッフの質向上、評価と処遇改善。に取り組んでいる。介護職場は慢性的に人材不足に陥っている。組織内外でも処遇改善の声が届くことを期待したい。

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広がったり深まり、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、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	実施状況	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	介護保険法の目的、会社の理念、認知症介護の理念を基本に、職員らの思いや考えも含めて事業所の理念を作成しており、日頃の介護実践において道しるべにできるよう、見えやすい位置に掲げている。	事業所理念はホーム入口へ掲示すると共に、研修資料にも記載して、新入職員研修で説明している。意識して実践に繋がっているか、会議等で振り返ろうとしている。	
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	感染症対策に重きを置いている結果、個人ごとの散歩や受診のための外出にとどまってしまうっており、地域とのつながりが希薄になってしまっている。	最近「回覧板」のやり取りが唯一のつながりとなっている。	空室の充足にコロナの影響もあり苦慮している。事業の安定のためにも、早急に地域の実情を把握して、地域との交流の復活を図り、地域の福祉に貢献することを期待したい。
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	研修事業部が実施する介護員養成研修や、認知症介護研修、市民後見人養成研修、認知症サポーター養成研修といった研修や勉強会の講師を務めている。		
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	感染症対策のため集合形式での開催を控え、資料の配布となっており、会議メンバーから直接、ご意見をいただく機会をもつことができていない。	8月・12月に会議開催を計画したが、陽性者が出て断念した。予定では3月に開催する予定である。	
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	「密」とは言えないが、運営上、疑問や悩みが生じた際には連絡を取らせていただき、指導を仰ぐなどしている。直近であれば、出産や育児を予定している者の働き方について助言をいただく機会があった。	市の介護担当とは疑問や指導を仰ぐくらいで、日常は包括支援センターと連携を図っている。	
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	「身体拘束は行わない」という原則と、利用者の現状・ご家族のご意向との間で、必ずしも原則通りに推進めることのできない状況があり、悩んでいる。	コロナ禍で室内で過ごされる時間が増えた、ゆっくり過ごして頂くため希望を聞き、ネットを利用して時代劇や歌番組が楽しめるようにした。身体拘束廃止については、毎月振り返っている。	

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			実践状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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のないよう注意を払い、防止に努めている	利用者に対する言葉遣いの乱れが不適切ケアにつながり、それが重なった結果、虐待に至るという認識のもと、職員の言葉の使い方について振り返りができるきっかけ作り(指摘や資料の配布)を行っている。	言葉の乱れは職員の精神・ストレスと認識して、勤務希望や休憩の取り方等きめ細かに意思疎通を図っている。お互いに意識しあい声掛けを行っている。	
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	社内勉強会で取り上げることで学習の機会を設け知識として知ることはできているが、ホームから利用者に向けて利用を促すといったことはたらしきけはできていない。	後見人が家族、の利用者が二人いる。元社員に司法書士が居り、気軽に相談に乗って頂いている。社内でも弁護士に相談出来るようになっている。	
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	契約書等をお渡しした後、一定期間を空け不明な点がないかがい、質問がないことを確認してから契約の締結に進んでいる。報酬改定時は最近では集合形式の説明会は行っておらず、個別対応を採っている。	直接的な質問は利用料に関する事が多い。更新が進むにつれ、「いつまで此処におられるか？」と聞かれる。丁寧に説明して理解・納得を頂いている。	
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	基本は面会等での来訪時に声をかけ話をうかがいするようにしている。他には玄関先に意見箱を設置しているが今のところ利用実績はなく、ここ最近では、電話で直接ご意見いただくことが多い。	面会禁止は最小限に留めたが、それでも対面の機会は減り、電話で話す事が多くなった。	
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	管理者の基本的な考え方が「個人の意見の尊重」であり、極力、個別に話を聴く機会を持つことを心がけている。一方で、代表者との関係性についてはトップダウンの指示や命令を受けることが主となっている。	社内養成機関出身の職員もいて対話の機会は多い。意図的に個人面談の機会も設けており、意見を聞き採り入れた。	
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	代表者としては「スタッフを大切にしたい」という思いを持っているものの、日常的な関わりの機会が少ないこともあって互いの思いが必ずしも合致しないこともある。		
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	研修事業部が行う介護員養成研修を活用し、介護福祉士資格の取得支援を行っている。また外部研修のうち会社が認めるものについては、受講料の負担を行うといった支援策を講じている。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			実践状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	市内の事業所で組織する「尼崎グループホーム・グループハウス連絡会」に参加しているが、感染症対策の影響で連絡会の活動自体が停止しているため、同業者と交流できる場面を設けることができていない。		
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	ホームに入居される前に必ずご本人にお会いさせていただき、可能であればホームにお越しいただき話をお聞きするようになっている。		
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	介護サービスの利用申込みは、SOSの表れであるという認識を持ち、ご家族の現状や直面されている悩みなどをお聞きするようになっている。		
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	要介護・要支援認定を受け、認知症があり利用の申込をされた時点で介護サービスが必要である状態がほとんどであるため、対応不可(医療行為が必要)な場合を除き、まずお受けするようになっている。		
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	洗濯物をたたむ、食事準備を行うといった、いわゆる「家事」という場面への参加を促し、介護を受ける以外の場面での関わりを持てるようになっている。		
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	入居によりご家族の介護負担はある程度軽減されるため、それを改めて増やすことのないよう気をつけながら、個別性の極めて高い外出や情緒的な関わりについて担っていただくようお願いすることがある。		
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	ホームへの来訪は可能な限り受けるようにしているがすべてを受けることはできていない。また外出機会も減少しているため、直接会う以外の方法(手紙等)の活用を考えているが実現には至っていない。	行動制限が無くなって、真っ先に行きたいのは？の問いに要望が多いのが「外食」だった。まずはそこから取り組みたい。としている。	
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	良好な関係を築く以上に悪くなる状況が起こりやすいのが現状だが、その中でも良好な関係が生じるときもあり(居室で談笑される等)、そういったときはスタッフが邪魔をすることのないよう気をつけている。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			実践状況	実施状況	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	サービス利用が終了する場合はご逝去されるか医療機関へ移られる場合になるため、後者の場合はホームを退居された後もご様子等をうかがうようにしている。		
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	基本的にはご本人の発せられる言葉を受けようとしているが、それが困難な方の場合は、これまでの様子やご家族のお考え、それぞれのスタッフの見たこと・聞いたこと等を含め検討している。	コロナ禍において、感染予防の対策を優先し、対応していくことで、精一杯であったが、日ごろから聞き留めている要望を確認し、規制緩和時期の年末年始2泊3日を自宅で過ごす機会が持てた事例がある。	
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	入居時の面談において生活歴等をお聞きしている。短時間の面談で得られる情報は限られているため、入居後もご家族等におうかがいし情報を収集するようにしている。		
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	介護を行った際の状況・状態等を記録に残すことで、「その時の状態」と「1か月という期間の中での状態の変化」を見比べることができるようにしている。		
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	多方面から情報収集するとかえて方向性が定まらなくなるため、計画作成は計画作成担当者が担っているが、担当者個人の考えに寄りすぎないようにするため、管理者も内容を検討するようにしている。	介護計画の見直しは、6ヶ月を区切りとして検討されている。スタッフ個人から意見が出るが、計画に反映できるかという点、個人的な思い付きである場合が多く、難しいようである。	提供側だけの視点でなく、本人や家族の思いを確認しつつ、暮らしぶりについて、関係者の意見やアイデアを出し合っていく取り組みを期待したい。
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	記録方法をタブレット端末の使用に変更したことで、振り返りのしやすさ、画像を用いた引き継ぎ等、今までよりもより正確に情報の共有が図れるようになった。		
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	ご家族から求められることについてはできる限り応じるようにしている(受診の依頼や利用料等の支払い等)。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			実践状況	実施状況	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	多くの部分がホームスタッフによってなされており、地域資源の活用は現在は「訪問美容」に限られている。		
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	入居時に希望をお聞きし、以前よりかかっている医療機関との関係の継続を希望される際は、それに応じている。ホームが連携をとらせていただいている医療機関もあり、定期的な訪問診療や往診を受けている。	現在の入居者でかかりつけ医を継続されているのは、1名のみである。往診できるのは、協力医療機関に限られているが、コロナの対応については、保健所に連絡し、往診対応できる医療機関の紹介をしてもらえた。	
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	訪問看護ステーションの看護師と連携をとっている。感染症対策のため訪問自体の頻度は減っているが、バイタル値等の定期報告等を行っている。		
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。	サマリーの提供や口頭での発信等、医療機関に向けての情報提供を行っている。入院する医療機関はあらかじめ決めていたわけではないため、従来から関係づくりを進めることはできていない。	緊急入院の場合は、救急車を呼んだ時点で、家族に連絡を入れる。入院先が決まった時点で、再度連絡。施設側として、サマリーの送付や、電話での問い合わせについて、逐次対応されている。	
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	契約時に重要事項説明書の補足として「重度化の際の対応の指針」をお示し、ホームにおいて対応可能な方向性についてお伝えするようにしている。終末期のあり方については、取り上げ方や触れる時期に関して課題であると考えている。	重度化対応についての説明が必要になった場合、コロナ禍以前は、施設長が同席し、医療者からの説明を聞いてもらっていたが、現在は、家族に医療機関に向いてもらっている。施設での対応については、ホーム長か、副ホーム長が説明している。	
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	応急手当の訓練は一部の職員しか受けることができいないため、事業所内にて訓練を行うことができるよう整備を進めている。初期対応のうち特に「連絡」に関してはマニュアルを作成・提示している。		
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	火災に対する避難訓練は年に2回の頻度で実施しているが、通報訓練が主となっているため、利用者を避難させる方法についても訓練内容に盛り込むことを検討している。	6月27日と、12月17日に、職員のみで、通報装置の使い方の説明、避難経路及び誘導方法の確認について、実施された。	

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			実践状況	実施状況	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	利用者と関わる時間が長くなるに連れて、言葉遣いが乱れる傾向にある。またよくも悪くも緊張感の緩みから利用者にとっての暮らしの場であるという認識が薄まりがちである。	4月の社内勉強会の中で、「尊厳の保持について」研修を行った。不適切ケア等については、職員どうしで、注意をしようようなことはせず、管理者は、職員からの相談を受けて、注意を促すことはある。	
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	言葉によるコミュニケーションが取りやすい方については、「聴く」という姿勢を取りやすいが、意思表示が困難な方については、介護職側のペースが主になりがちである。		
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	事故の防止や予防といった視点、「仕事」といった視点と利用者の生活を支えるという視点のバランスが取れていない面がある(食事の時間や起床の時間が早まっている)。		
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	自身で着替えができる方は本人の意向にお任せしている。介助を要する方についてはおしゃれを支援するという視点よりも介助のしやす、負担の軽減といった要素の方を重視しがちである。		
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	献立の作成から買い物、調理までホームで行っており、利用者の意向を直接的に反映できるようにしている。またムース食やミキサー食等、利用者の能力に合わせた形態での食事を整えるようにしている。	食事の準備や片付けなどに参加できる人は、2名ある。ムース食については、商品化された物を利用している。ミキサー食は、見た目も配慮し、1品ごとに取り分けている。	
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	水分摂取量のチェック表を活用し、個人毎の水分摂取状況の把握に努めている。お茶やジュース・コーヒー・ゼリー等、ホームで準備できる物だけでなく、医師に処方してもらう物も含めて個人に適した物で水分摂取を促している。		
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に、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	毎食後の口腔口腔ケア実施には至っていないが、起床時と就寝前の2回は行うようにしている。また利用者の意向や状態によっては、月2回歯科医師による口腔ケアを受けている。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			実践状況	実施状況	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	状態が重症化するに伴ってリハビリパンツやパットを使用する機会が増えており、トイレでの排泄よりもパット等を交換する介助の方が多くなっている。	個人ごとに、清潔の保持と、交換による睡眠の阻害とのバランスを考えて、パットの種類(吸収量)を、変えて取り組まれている。	
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	ケアとして行えていることは排便ペースの把握、水分摂取の促しにとどまっており、下剤の使用や必要に応じて浣腸を行うこともある。		
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	介助を要する方が増えるに連れて、入浴の時間帯が限定されつつある。お一人ずつの入浴場面では、できるだけ快適に入浴していただけるよう努力している(寝たきり状態の方でもお湯に浸かってもらう等)。	入浴について、全介助が必要な利用者が、5名あり、湯につかる際には、2名介助が必要となるので、1階2名、2階3名の人数を曜日を振り分けて対応できるようにされている。	
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	日中でも眠そうにされている方には短時間の睡眠を採っていただくようにしている。		
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	複数の人間が服薬介助に関わるため、まず間違いのないように介助することを最重要視しており、確認(2人で確認する、マニュアルと照らし合わせる)を徹底するよう促している。		
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	取り組みを行うことはあるが、継続できず単発的なものになってしまうことが課題である。		
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に支援している	外出の機会は、近隣の散歩や医療機関への受診に限定されてしまっている。ご家族から要望がある場合は外食や外泊等、可能な限り応じるようにしている。	外出したいと希望されていた方に、時間を作って職員が声掛けをして、近隣の公園への散歩を実施できた。年末年始を家族と家で過ごされた人もある。	

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			実践状況	実施状況	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	紛失やもの盗られ妄想につながるの方が多いため、現在はホームで管理させていただくことが主となっているが、管理能力があると思われる方については、少額を自己管理していただいている。		
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	電話を受ける、手紙や年賀状を受け取るといった受け身的なことが多い。		
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	装飾等、過度な物や幼稚な物にならないように考えている。建物の構造上、寒さの対策が難しいため、利用者の座る席ごとに暖房器具を用意して個別対応を行っている。	共用空間の掃除は、14:00と20:00に、スタッフがやっている。14:00には、一緒にモップ掛けの役割参加をする利用者がある。	
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	リビング・居室以外にも応接間や和室といった空間があり必要に応じて活用できる。		
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	居室は個人毎の自室としてもらえるようにするため、あらかじめ用意しているのは、エアコンと照明器具だけになっている。	日常的に、月水金と火木土で、1階2階と分けて掃除をしている。それ以外に、雨戸を閉める際に、居室を回り、必要な整備を行い、湿度管理として、濡れタオルをかける等をしている。	
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	バリアフリーとそうでない部分を混在させている。エレベーター等を設置しない代わりに、段差を極力低くする等して、安全への配慮と生活の中での力の自然な発揮の両立ができることを目指している。		

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8-3-15 電話 06-6428-2945

【情報提供票より】令和 5年 1月21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	利用定員数計	18 人
職員数	24人	常勤: 6人 非常勤: 18人	常勤換算: 16.6人

(2)建物概要

建物構造	木造モルタル造り2階建て 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)	76,900 円	その他の経費(月額)	円	
		光熱水費	15,270	
		共益費	20,000	
敷 金	200,000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 893 円			

(4)利用者の概要 1月21日現在

利用者人数	12名	男性	2名	女性	10名
要介護1	2名	要介護2	4名		
要介護3	2名	要介護4	2名		
要介護5	2名	要支援2	0名		
年齢	平均 85.5歳	最低	79歳	最高	90歳

(5)協力医療機関

協力医療機関名	高田循環器内科 よこた朋友クリニック 北村クリニック
---------	----------------------------

(様式2(1))

事業所名 グループホームシニアケア塚口

目標達成計画

作成日 令和5年3月16日

目標達成計画は、自己評価及び外部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	7	事業所と地域の付き合いについて、元々、関係の構築に関して課題としていた上に、感染症対策が始まったことでより希薄なものとなっている。	地域との関わりをつくる。	まずは集合形式の運営推進会議の再開に取り組む。その中で町内会で行われている活動に関して、事業所が関われる事がないか、町内会長に尋ねる。	12ヶ月
2	26	介護計画に関して職員の力量の差が大きすぎる事もあり、特定の職員(計画作成担当者や管理者)に関わりが限定されてしまっている。	職員の介護に関する視点や考え方が一定の水準に至る。	事業所内勉強会や職員会議の機会を使って、介護そのものや認知症介護に関する考え方を伝えていく。また外部研修(認知症介護実践研修等)の活用も計画する。	12ヶ月
3					
4					
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。