

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	2891500080		
法人名	社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団		
事業所名	五色グループホーム		
所在地	洲本市五色町志大日707		
自己評価作成日	平成29年2月28日(火)	評価結果市町村受理日	平成29年7月4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・アクティブライヴ・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28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)】

洲本市五色健康福祉総合センターの敷地内にあり、診療所や特別養護老人ホーム、運動センター等と隣接した敷地内に立地し、総合センターの機能を存分に活用できる利点があり、また医療機関への体制や緊急時の応援態勢は速やかにできる。五色グループホームでは、運営理念「明るく元気な笑顔を絶やさずに」に基づいて、希望の個別外出を中心とし、個々の入居者の方々が暮らしてきた地域とのつながりを大切にしている。入居者、家族、職員が「笑顔」の絶えないホームを目指している。定員が9名のグループホームであり、明るい陽射しと静かな環境の中、アットホームな雰囲気ですれぞれが役割を持って暮らしている。

【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)】

兵庫県社会福祉事業団が洲本市からの指定管理で運営している「洲本市五色健康福祉総合センター」の地域密着型事業としての「五色生活支援ハウス(定員5名)」と「グループホーム(定員5名)」がこの度、洲本市の承認を得て、グループホームの定員が9名になったことと利用者全員が要介護2以下ということもあり、運営理念「明るく元気な笑顔を絶やさずに」を地でいくように、利用者全員が元気ににぎやかに過ごしている。これは、以前の少人数ゆえのデメリット(1人の体調不良が他の利用者の方へも影響する)の解消と生活支援ハウスの利用がないこともあり、経営上も良い効果をもたらしている。

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 ↓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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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、活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	運営理念を見るところに提示し、常に意識づけをしている。職員会議では事業団職員倫理綱領を唱和し、その内容に基づいた支援を心がけている。	事業団憲章と事業団職員倫理綱領を玄関に掲示し、職員会議にて唱和し、職員全員で共有して、日常のケアに当たっている。掲示の文字が小さく読みづらい点があり文字を大きくしてもらいたい。	
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	買い物や行事は個々の入居者が生活していた地域へ出かけている。出先で近所の方と話す機会もある。五色・サルビアホールやひろいしの里の行事に参加し、コミュニティカフェ「いっぶく」へ出かけて交流を図っている。お話ボランティアの訪問は毎月1回ある。サルビアホールに出かけて茶道ボラ	事業所が高台に位置しており近隣に住宅街がないので、地域住民との交流機会が少ない。そのため、平成27年から地区公民館で始まった週1回の「コミュニティカフェいっぶく」へ参加するなど地域とのつきあいに努力している。	事業所周辺は、同一法人の運営する診療所や健康道場など多くの施設があり、これらを利用する淡路島内外の人が多。これらの人たちに、グループホームの存在を知ってもらうことが地域交流の第一歩となる。看板を含めて広報のあり方を検討された
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	五色・サルビアホールの地域交流納涼祭や地域交流セミナーの設営準備に事業所として参加し、設営準備などに携わった。		
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、そこの意見をサービス向上に活かしている	2か月に1回会議を実施し、入居者の家族や民生委員の方から意見・アドバイスをいただきサービスに反映している。その経過を職員会議で報告し、職員間で情報共有すると共に、センターでのサービス向上委員会でも課題を検討し、サービスの質の向上に努めている。	2ヶ月に1度奇数月の第3月曜日に年6回開催されている。メンバーは家族代表・利用者代表・地域住民代表・地域支援担当課長・洲本市介護福祉課職員・地域包括支援センター職員とホームの職員が参加し、事業所の状況を参加者より色々な意見を頂き運営に反映させている。	
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	運営推進会議に出席していただき実情を報告している。他必要に応じて担当者で連絡を取り合っている。	市とは運営推進会議への出席や介護保険制度改正時に介護福祉課に訪問し分からない点等を相談し指示を仰いで運営に反映させている。	
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	テンキーシステムのドアは番号を解除し、誰でも開けられるようにしている。不安な様子が見られた場合は付き添うなどして抑制をしないことを職員が周知徹底している。	職員は全員主旨を良く理解しケアに当たっている。又玄関のキーは開錠されており、離脱しようとする人に、職員が注意しあい対応する様にケアしている。	
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	年2回、高齢者虐待防止に関するアンケートを実施した。入居者の行動障害への抑制はしないことを会議で話し、虐待をしていないか確認をしている。センターでの「虐待防止」の研修に参加している。	虐待防止に関しても、マニュアルによる研修により、職員全員主旨を十分理解しケアに当たっている。又虐待防止に対しアンケートを実地し、結果を職員に連絡したり、身体拘束防止検討委員会を設置し言葉使い等に注意し合っている。	

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
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	入居者のなかに、日常生活自立支援事業を利用している方がいて、職員全員が学びの機会としている。	利用者の中に1名日常生活自立支援事業を利用している人がいるが、ホーム内での研修は十分ではない。市のパンフレットやDVDを利用し、リーダー以上の職員は研修により利用者の疑問に対し返答出来る体制を築いてほしい。	
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	入居時は、管理者より「重要事項説明書」の説明を念入りに行い、同意のもと入居いただいている。医療が必要になった場合などの説明もしている。	入居時に重要事項説明書等を中心に十分に説明し了解を得ている。又重度化や看取りに関してもホームとして出来る事・出来ない事を十分に説明し、理解を得ている。	
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	運営推進会議をはじめ、苦情受付窓口などを設置し、事業所には意見箱を設置している。利用サービスについてのアンケートを実施し、アンケート結果や要望の回答については事業所内やセンターに掲示した。面会時にコミュニケーションを図り、意見や要望を伺っている。	入所時に利用者・家族よりアセスメントにより要望・意向の確認と来所時・運営推進委員会時・意見箱の設置・年1回の家族懇談会時のアンケートの実施により確認している。実施したアンケートの分析を行い、事務所内に掲示している。	
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	月1回の職員会議で管理者と意見交換し、疑問点や検討内容について話し合う機会を設けている。また、その内容を運営に反映している。また、年3回職員と管理監督職が面談を行っている。	月1回の職員会議を行い、職員の要望等を確かめ運営に反映させている。管理者と職員間も忌憚なくスムーズな意見交換が出来る。その他個人面談も管理者と職員間が年2回、センター長と職員間が年1回行い意見の提案と意見交換しより良い運営に反映させている。	
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	正規・契約職Ⅰの職員については「人事考課制度」により自己評価および自己の課題を整理し、上司との面接を行う。契約職Ⅱの職員については上司との面談および、給与規定に従い、資格取得を奨励している。		
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	五色・サルビアホールで行われている研修会に毎回1名以上参加し、学んだことを他の職員に伝達するように取り組んでいる。また、外部研修にも参加している。		
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	グループホームひろいしの里との交流や情報交換、五色・サルビアホール内での研修や行事の参加等を通じてサービスの質の向上に努めている。淡路島内のグループホーム連絡会に参加して情報の交換を行っている。		

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
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	入居者と関わる際には、不安なこと、要望などがないかを日常の会話から聞くようしている。また、入居者同士の会話も傾聴するよう心がけている。		
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	入居した翌日には様子を家族に電話で連絡をしている。面会時に意見や要望などについて会話の中から伺うようにしている。		
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	面接の資料を基にアセスメントシートを作成し、入居していただけるかの判断を行っている。入居が困難な場合は、他のサービスを説明している。		
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	人生の先輩として調理や家事などの知恵を職員が教わり、手順は職員が伝えるなど協同作業を中心としている。		
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	本人の意向に応じられるよう、家族と職員が相談しながら、満足感が得られるようにしている。こまめに本人の気持ちを家族に電話、毎月のお便りに記載している。		
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	入居者の住み慣れた地域への外出で、近所の方との交流を図る外出をコミュニティカフェ「いっぷく」や神社への初詣へ行くなど希望により実施している。面会も自由に来ていただいている。	馴染みの場所へは、スーパーへの買い物・実家・墓参り等家族の協力を得ながら対応している。コミュニティカフェ「いっぷく」又ホームへの来訪も気兼ねなく面会に来て頂ける様に協力している。	
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	気の合う入居者同士を見極め、食事の席や外出などのメンバーに配慮して良好な関係を保っている。また、全員で屋外を散歩したりレクリエーションをしてコミュニケーションが図れるように取り組んでいる。		
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	共に生活をした入居者が退居した場合、家族の許可を得て入居先に訪問し、交流している。		

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
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	事業団の取り組みとして「夢を叶えるプロジェクト」を行って、やりたいことの実現に家族を巻き込んでいる。また年1回利用者へ希望アンケートを行っている。	入所時に本人・家族より生活歴等を確認し希望に添える様に支援している。入所後は「夢を叶えるプロジェクト」により自分のやりたい事を確認し、添える様に対応している。事例として、甲子園球場の野球見物・つり・墓参り等の希望があり実現した。	
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	面会時に生活歴について尋ねている。「趣味」「こだわり」などはフェイスシートを作成し、ケアプランに反映している。		
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	日々の状態を記録に残し、状態の変化がわかるようにしている。毎月の職員会議で入居者の変化について話し合う機会を設けている。		
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	入居者と家族に意見・要望を聞いたうえでスタッフの意見も反映しながらケアプランを作成している。状態に変化がみられたときはモニタリングをしてプランを変更している。	入所時に入居者・家族・ドクターよりの情報を集めホームの職員のチームにて検討し、介護計画を作成している。入所後1ヶ月を過ぎた時点で再度職員とカンファレンスをし計画を見直している。利用者の体調変化があればその都度修正している。モニタリングは毎月し基本見直しは1年を基本としている。	
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	日々の業務日誌に状態・変化を記録している。また、介護計画のモニタリングに反映している。		
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	デイサービスや特養、グループホームひろいしの里へ出掛け、ボランティアとの交流や行事に積極的に参加している。		

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	地域の図書館や美容院の利用、スーパーマーケット・衣料品店等への買い物、公園散策等の希望に応じている。		
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	協力医療機関は近くの診療所で緊急時はすぐに受診できる体制である。入居前のかかりつけ医を希望される方は聞き入れている。	かかりつけ医は本人・家族とホーム間にて十分相談し決めている。現在従来のかかりつけ医は2名でその他の方は協力医療機関で月1回の受診を家族の協力を得て受けている。又歯科は要望により受診を受け安心な医療体制を敷いている。	
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	週3日看護師が配属されていて、入居者の健康管理を行っている。		
32		○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。	入院者はいないが、備えとして受診時に、個々の入居者についてこまめに状態報告し、連携する。入院時に渡せるように看護サマリーを作成している。	入院時には本人の情報を病院に提供し早期退院への手助けをしている。入院中は面会に行き、状態把握に努めている。病院よりは退院後の生活がスムーズに行える様にアドバイスを頂き支援に反映させている。	
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、事業所の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	入居時家族に急変時の対応や重度化対応指針について説明し、同意を得ている。また、状態に応じて医師・看護師・家族との連携を密にしている。ターミナルケアについてのマニュアルを作成している。	入所時に本人・家族に対して重度化した場合にホームとして出来る事できない事を十分に説明し同意を得ている。又重度化した場合に於ける対応に関しての指針書を作成し看取りに関する考え方も入れ、説明し考え方を本人・家族・ホーム間にて共有している。	
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	救命救急研修など、五色・サルビアホールの研修に参加している。緊急時の対応に備えて五色グループホームでの研修を実施した。		
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	併設している健康道場との協力体制はできている。毎年2回健康道場と合同で防火・避難訓練を実施している。	年2回2階の健康道場と共同にて防火・避難訓練をしている。周囲はグループの施設ばかりで住民はいない。その為グループの協力が是非必要である。その為の協力体制の強化を望む。	健康道場との共催で行う避難訓練の回数を増加させることで、災害対策の強化と同系列事業所の職員間の融和を図る効果を期待したい。

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
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	接遇マナーのマニュアルを供覧し、目の届くところに保管している。また、互いの言葉かけについて、指摘し合っている。また、法人であったかサポートと呼ばれるチェック表を用いて、職員が利用者本位のサービスが実践できているか、自己評価を行なっている。	接遇に関するマニュアルにて研修し、入居者を人生の先輩と考え、言葉かけ等尊厳とプライバシーを損なわなき様に対応している。ホーム内にて「あったかサポート」のチェック表にて、利用者の人権の尊重をうたっている。	
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	日頃の会話のなかで希望を傾聴し、自己決定できるように話を進めている。		
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	利用者や家族の意向を尊重し、無理強いせず、その方のペースに合わせた生活をしている。日課はなく、職員がその時々に合わせて対応をしている。		
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	衣類を買いに出かける、好みの服を選んで着る、化粧をするなど、その方に合ったおしゃれをしている。		
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	食事の食材と副食は五色・サルビアホールへ取りに行き、ご飯炊き・汁物作り等の簡単な調理はホームで行っている。準備や後片付けは入居者と職員と一緒にやっている。行事として手作りおやつを行っている。	メニュー・食材はサルビアホールにて調理されとりにいっている。ご飯とみそ汁はホームにて作り、職員と一緒に頂いている。サルビアホールでの食事検討委員会で行事食や特別食(すき焼き等)を色々検討しグループホーム内で外食(回転寿司・うどん屋)を企画している。おやつは共同で手づくりしている。	
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	基本的なメニューは栄養士が作成し、カロリーの管理を行っている。指導が必要な場合は医師と連携し看護師が健康管理を行っている。食事・水分・排便チェック、毎月の体重測定は全入居者を対象として行っている。		
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、口腔ケアの言葉かけをし、介助が必要な利用者は職員が一部介助をしている。また、義歯装着者は毎日ポリドントを実施している。		

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
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	24時間のおむつ使用者なし。失禁が多くパットを使用している入居者に対しては、1～2時間毎にトイレに行くように言葉かけをして誘導をしている。夜間、居室にトイレのない方は、自分で排泄出来るようにポータブルトイレを設置している。	現在自立者は4人。他の方は排泄パターンを個々に把握し時間少し前にトイレへと誘導している。現在トイレ付きの居室は4部屋でそれ以外はポータブルトイレを設置し、自立した排泄が出来る様にしている。	
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	便秘の方は少ないが、生活のなかで運動量・水分量を増やしたり、腹部マッサージ(摩る・温める)をして自然排便を促している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴は入居者の希望に添って実施できる体制とし、個別入浴で週2回は入浴できるようにしている。また、入浴台などの福祉用具を使い、利用者の状態に応じて支援している。	入浴は週基本2回の個別入浴で支援している。体調によりシャワー浴・清拭季節により柚子湯・菖蒲湯も対応しゆったりとした入浴を楽しまれている。入浴拒否者には時間・人を変え入浴して頂いている。	
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	日中の活動を充実させることにより、夜間の安眠につなげている。日中も本人のペースで居室や食堂のソファで過ごし、食後は炬燵で横になって休めるように配慮している。		
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	今年度から個々の薬は薬局で個別包装に変更している。朝昼夕と日にち毎に看護師がケースに分けている。服薬マニュアルを作成し、服薬援助には細心の注意を払っている。服薬説明書と飲んでいる薬をファイリングし、周知できる場所に保管している。		
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	生活歴やアンケートから本人の趣味や日課を継続できる環境をつくっている。散歩、買い物、レクリエーションなど積極的にしている。また行事時にはお酒の好きな方に提供し、召し上がっていただいている。		
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	個別の希望に合わせた外出、家族・知人からの情報による外出を行っている。また、急な要望の外出についても、即時に対応できる態勢を整えている。天候の良い日は屋外を散歩して自然とふれあう機会をつくっており、外出データは毎月集計している。	天候・利用者の体調に合わせて外出している。今年は年間790回。今年は800回以上を目指している。廻りが緑に覆われた山地に位置しており、自然と足が外に向かうとの事でADLも高く、外気に当たり自然と季節感を味わっている。	

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	現在自己管理している入居者がいる。管理に関しては入居時に家族と相談している。買い物の際は職員が見守りながら入居者が代金を支払うようにしている。		
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	希望があればいつでも手紙や電話をしている。また、伝言を頼まれたときは家族へ連絡している。		
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	広い空間を利用して所々にソファを置いている。そこからは外が眺められ日当たりも良い。冬は炬燵を設置している。テーブルには季節の花を生けたり、玄関前には花を栽培するなど生活観のある演出を心がけている。また、五月人形を飾るなど、季節感を取り入れる工夫を行っている	室内は広く・明るく廻りの緑が季節感を醸し出しており、大変ゆったりと過ごせる環境である。室内のテーブルには生け花、玄関前にはプランターや畑には色々なものを利用者が栽培を楽しまれている。又一角に日本間のコーナーが有り利用者は思い思いにゆったりと過ごしている。	
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	ソファのレイアウトを工夫し、一人で過ごせる場所を確保している。畳で横になる方やソファで寛ぐ方、冬は炬燵を設置するなど、利用者ごとに落ち着く場所が出来ている		
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	居室に写真を飾ったり、好きな物を置いたりして、居心地の良い空間づくりに努めている。希望により冷蔵庫やテレビを置いて馴染みの空間作りを行っている。居室のレイアウトも自分で移動しやすいように、また、プライバシーが確保できるように配慮して家具等を設置している。また、入居前から使用していたゲーム機や携帯電話を使用出来るように配慮している。	ホームのペット・空調・ナースコール・ロッカー・タンス以外は家庭にて使用していたゲーム機・麻雀パイ・テレビ・仏壇等が持ち込まれ、家庭の延長感のある過ごしやすく、居心地の良い居室となっている。	家具の転倒防止を講じることで、地震発生時の利用者の身体を守るとともに、施設内外の安全点検を実施されたい。
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	トイレには張り紙をしてわかりやすくしている。物の場所を変えて混乱させないように定位置(目につきやすい場所)に戻すことを徹底している。使用物には名前を書いて自身が選べるようにしている。居室ドアには自分の部屋と分かるように、目印となる写真等を貼っている。		

基本情報

事業所番号	2891500080
法人名	社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団
事業所名	五色グループホーム
所在地	洲本市五色町都志大日707 電話 0799-33-1117

【情報提供票より】平成 29年 2月 28日事業所記入

(1)組織概要

開設年月日	平成21年4月1日		
ユニット数	2 ユニット	利用定員数計	9 人
職員数	10 人	常勤6人 非常勤4人 常勤換算6.5人	

(2)建物概要

建物構造	併設型		
	鉄筋コンクリート造り 2階建ての1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)	15,000~20,000 円	その他の経費(日額)		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	150 円	昼食	400 円
	夕食	400 円	おやつ	50 円
	または1日当たり円			

(4)利用者の概要(3月 13日現在)

利用者人数	9 名	男性	1 名	女性	8 名
要介護1	1 名	要介護2	8 名		
要介護3	0 名	要介護4	0 名		
要介護5	0 名	要支援2	0 名		
年齢	平均 85.9 歳	最低 72 歳	最高 94 歳		

(5)協力医療機関

協力医療機関名	洲本市国民健康保険五色診療所
---------	----------------

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	2 (2)	近隣の店への買い物外出や月1回のお話し隊ボランティアの来訪、本体施設での交流行事に参加しているが、建物自体が高台にあるため、地域住民との交流が少ない。	地域の方との交流の機会を増やし、広報活動を行うことで、五色グループホームのことを知ってもらう。	①ボランティアの受け入れを年12回行う。 ②お茶会を開催し、他施設との交流を年10回以上行う。 ③地域の保育所や小学校へ広報誌の配布を行うなどし、交流を行う。 ④年4回広報誌を作成し、近隣のスーパーや図書館、病院等に配布する。	12ヶ月
2	35 (17)	2階の健康道場と合同で年2回防災訓練を実施しているが、それ以外の交流はない。また、施設の周りに地域住民がいないため、非常時には本体施設からの協力しか得られない状況にある。	健康道場を含む近隣施設との協力体制を強化する。	①健康道場と合同で防災訓練や救命講習を年3回行う。 ②防災訓練時には本体施設からの応援を得る。 ③防災訓練時に消防署の他、地域の消防団の応援を依頼する。	12ヶ月
3	54 (24)	居室には馴染みの家具を置いているが、地震発生時の家具の転倒防止装置が不十分である。	施設内外の危険箇所の点検を行い、安全に生活できるようにする。	①タンスやテレビなどが倒れないよう、転倒防止装置を設置する。 ②施設内外の安全総点検を年2回実施する。	2ヶ月～ 12ヶ月
4	8 (7)	権利擁護の制度やターミナルケアなど今後の施設生活で必要になる知識を得ていく必要がある。	職場内外の研修への参加し、伝達研修を行うことで、職員全体の資質向上を図る。	①本体施設や外部で行う研修に参加し、施設内で伝達研修を行う。	12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) 五色グループホーム

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(②については7月のお便りで、③④については7月の運営推進会議で報告予定)
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()