

### 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	2871101537		
法人名	社会福祉法人 晋栄福祉会		
事業所名	グループホーム宝塚ちどり		
所在地	兵庫県宝塚市亀井町10番30号		
自己評価作成日	平成30年2月15日	評価結果市町村受理日	平成30年8月8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30年4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)】

当施設ではご利用者の自己決定を尊重し、どなたでものびのびと暮らせるよう日々、支援している。日常生活や介助全般が自立支援に繋がっていくことを目指し、ご利用者同士が助け合い、職員も暮らしの一部になるよう関係づくりを行っている。近所を散歩して回ったり、スーパーへ買い出しにいったりと積極的に外に出る機会を設け、地域との関わりを大切にしている。年2回、ご家族とボランティアの方々と一緒に遠足に出掛けている。平成29年は春に神戸で船に乗り、秋は京都水族館に出かけた。またご家族参加型のイベント(9月:焼き鳥レク 11月:秋刀魚レク 12月クリスマス会・忘年会)もやっている。特別養護老人ホームや診療所が併設されており、重度化への対応、ターミナルケアの実施など連携を取っている。

グループホーム宝塚ちどりは、「美しい街宝塚で暮らす」を目指し「医・食・住・愉」をコンセプトに、宝塚市亀井町の地で同一法人の特別養護老人ホーム・ケアマネジメント・ヘルパーステーション・デイサービスセンター・診療所と共に、設立から12.5年を経過して、利用者が地域行事に参加したり駐車場が夏祭りの神輿行列の休憩場所になったりして、完全に地域に定着している。グループホームは家庭の延長としての性格上、手作りの食事や家族を含めての外出機会の増加に努めている。

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
<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	毎月2回行うユニット職員会議で、グループホーム独自の方針を協議・設定し、日々の業務の一つ一つが理念に基づいて行われているかの振り返りを行っている。	年1回の全体研修で全職員を対象に理念と法令順守について学んでいる。法人理念に基づき、毎年事業所独自の目標(今年度は選択出来る環境作り)を決め、職員会議等で話し合い職員間で共用して実践につなげている。	
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	食材購入時は地域の商店と連携し、時には訪問販売も受け入れている。地域で開催される催しには率先して参加し、日頃から近所を散歩するなどして地域住民としての実感を得ている。	自治会に入会し、自治会主催行事(とんど焼きや納涼祭等)に参加している。散歩や買い物、職員の通勤時にも挨拶を励行し地域住民と顔馴染の関係を築くように努めている。地域住民向けの介護講習会や認知症予防講習会を開催している。小学校の子ども達とは、運動会を見に行く事や敬老の日・子ども神輿等の来訪等で交流している。	
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	併設するデイサービスやショートステイのご利用者等からの問い合わせにも適切に対応し、方針や取り組みについて応えている。認知症実践リーダー研修を修了し、さらに事業所の機能を反映する構えがある。地域の方向けに介護講習会、認知症予防講習会を開いている。		
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	運営推進会議では日常の取り組みについて細かく報告し、そこで挙がった意見については、ユニット職員会議にて協議・共有し、サービスに活かしている。また他施設の職員にも参加して頂き、その施設の取り組み等を聞き情報交換を行っている。	利用者代表、家族代表、自治会会長、市介護保険課職員、有識者代表(介護オンブズマン)の参加の下、2か月に1回開催され、事業所の取り組みについて話し合いがなされている。家族等参加者から市職員に質問等が出来る機会ともなっている。議事内容は家族会で報告している。	家族の参加を促すため定期開催にこだわらず、運営委員会の開催日・時間の変更も検討されてはどうか。
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	介護保険課の係長に運営推進会議に参加をお願いしている。介護相談員(宝塚市より)が毎月1回の訪問があり、直接ご利用者の話を聞いて頂いている。事故が発生した際には、速やかに報告書の提出を行い、事故防止に向けた話し合いを行っている。施設の行事(納涼祭等)へ招待し、利用者との交流を図っている。第三者外部評価への意見交換を行い、日常的にやり取りしながら質の向上を図っている。	運営推進会議に介護保険課職員の参加がある。日常的にも相談・報告をおこない、意見交換を行う等して連携している。月1回市介護相談員の訪問がある。	
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	毎月宝塚ちどりの身体拘束廃止委員会に参加し身体拘束を防止するため意見交換を行うなどしている。ご家族からの要望があった際にも、他の代替案を示す等、常に高い意識を持っている。入居され日が浅い方で生活リズムを把握する為にセンサーマット使用しているが常態化しないようユニット会議で毎回議題に上げ検討している。	毎月法人の身体拘束廃止委員会に参加し、意見交換をおこない、その内容を会議の中でフィードバックして職員に伝えている。センサーマットを使用する場合は常態化することがないように検討を重ねている。	
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	定期的な研修と、法人内で設置している虐待防止ワーキングチーム主催の研修にて学ぶ機会を設けている。	定期的な研修と年1回、法人内で設置されている虐待防止ワーキングチーム主催の全職員参加の研修を実施し、虐待が見逃されないようにしている。	

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	保佐人や補助人との連携も図り、ご利用者の状態の報告も行っている。またグループホーム独自で権利擁護に関する職員研修を行っている。	成年後見制度を利用されている方が4名おられ、保佐人や補助人と連携して支援している。権利擁護に関する職員研修を実施している。	
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	制度の改定等は家族会にて説明している。要介護度の変更に伴う利用料金の変更等が発生した際は適宜説明を行っている。	契約時には、重要事項説明書等を基に、時間をかけて説明、納得して頂いてから契約している。入居後の家族の協力依頼(受診等)をしている。制度改定については家族会開催時にも説明している。	
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	運営推進会議に、利用者代表、家族代表が参加している。また有識者代表として介護保険オムズマンにも参加して頂き意見等を聴く機会を持ち、指摘いただいて、運営に反映させている。	面会時に意見や要望を聞いている。運営推進会議に利用者代表と家族代表の参加があるが、家族の参加は少なくなっている。年1回家族会があり、食事会と会議が行われている。	利用者や家族の意見等を運営面に生かすことは大切です。事業所として独自のアンケートを工夫するなど、家族の本音の部分の意見や要望を把握する方法を検討されたい。
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	職員会議で運営について協議している。さらに人事考課にて職員よりの意見を聞く機会を設け意見を反映させている。	職員会議で運営について協議し、職員の意見を運営に反映するようにしている。通常の業務の中でも意見や提案を出し合っている。	
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	年2回、人事考課制度にて、勤務状況を見直す機会を設け、給与にも反映している。また、個々にも個人目標と半期ごとのグループホームとしての目標を掲げ、達成努力を評価している。		
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	OJTをはじめ、介護技術研修、認知症、感染症等必要な研修を実施している。法人独自の制度に則り専門性向上に向けた研修に参加するように働きかけている。新入職員に向けては毎週中山ちどりと合同で新人研修を開催している		
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	様々な研修や勉強会への参加を通して他の事業所との交流を図り、見学を行い、逆に見学者や実習生の受け入れを行うなどしている。また他のグループホームと運営推進会議を行き来し情報交換に努めている。		

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
<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	入居への安心感を持って頂けるように要望・不安なことを傾聴し、困っていないことがないか常に見守っている。またご利用者が相談しやすい雰囲気作りを心がけている。		
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	ご家族より、今までの生活の状況や困っていること・不安なこと・要望等を伺う。ご利用者との関係の継続と協力を依頼している。入居後の様子については、ご家族との電話連絡等も入れ、様子を伝えている。また、普段の状態との違いを教えて頂き、ケアを考えるようにしている。		
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	新入居の際に、新しい生活に慣れる為の期間としてショートステイでのご利用をお勧めし、ご本人・ご家族の意向を発言できる機会を提供し、隣接する特養や在宅部門と連携し、必要な援助に努めている。		
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	日々の調理・家事・買い物を共同で行い、共に過ごしている実感を持って頂き、互いに信頼できる関係作りを目指している。外出などの機会にはお世話をするという立ち位置から一歩踏み込み一緒に楽しんで体験するというスタンスで挑んでいる。		
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	様子・状況の報告を毎月の手紙や来所時に伝え、体調・状態の変化時にはその都度ご家族に連絡している。外出イベントや施設内イベントも広く参加頂いている。		
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	馴染みの方との関係維持により生活の活力や楽しみ・安心を持って頂けるよう、職員もご家族来所時に情報収集をし、生活歴等の把握に努めている。	家族、親類、友人、知人の来訪があり、訪ねてきやすい環境作りに努めている。2週間に1回、自宅に帰られる方や、お正月に帰省される方、お墓参りに行かれる方もおられる。	
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	ご利用者同士の普段の関わりの様子を観察し、必要に応じて座席や居室の変更を検討し、共同作業・レクリエーション等の輪を大切にしている。ご利用者同士の関係性を考慮し外出の際などのメンバー選定を行っている		

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
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	希望に応じて個別に対応し、併設している特養に入所、在宅復帰された方へは、情報の提供を行い、必要に応じてフォローを行っている。		
<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	発言しやすい声かけ、選択しやすい問いかけを行い、意向の把握に努めている。困難な場合には、ご利用者の表情・仕草・様子の観察をし、出来るだけご利用者の希望に近づけるようにしている。またご利用者同士の会話の中からも要望をくみ取れるように努めている。	日常の関わりの中で言葉や表情、行動等から思いや意向を把握するようにしている。発言しやすい声かけ、選択しやすい問いかけを行うようにしている。	
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	ご利用者・ご家族より生活歴や趣味・習慣を伺い、居宅ケアマネジャーから情報を得て、サービスの経過等の把握に努めている。また居室では自宅で使用していた家具などの馴染みの物を使用して頂きこれまでの馴染の生活環境を継続できるよう配慮している。		
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	日々の情報は毎朝の申し送りや日誌にて共有し、毎月2回行っている職員会議では、情報の交換や対応を協議し、一人一人の現状の把握に努めている。ご利用者の状態に合わせた介助方法の変化などは連絡ノートなども使用しスタッフで情報共有している。		
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	ご利用者のADLなどに変化が生じてきた場合にはサービス担当者会議を行い一人一人の個性とご利用者・ご家族の希望をお聞きして実現できるよう努め、喜びを実感して頂き、意欲的な生活が実現できるようケアプランを作成している。看護師も職員会議等に参加し協議している。必要に応じて特養の管理栄養士の助言を仰いでいる	基本的に半年に1回、必要に応じてその都度、介護計画を見直している。家族、居室担当者、ユニットリーダー、サブリーダー、ケアマネージャ、看護師を交えた担当者会議での話し合いを基に、利用者や家族の要望や意向を反映した介護計画を作成している。	
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	ご利用者の何気ない1日の様子を記録するとともに、実践したケアの方法やそれによる効果やマイナス面など記録し職員間で共有し今後につなげるよう取り組んでいる。また1日の内で変化が顕著にみられる方に対しては別の記録用紙を活用しより細かく記録する事で状態の把握に努めている。		
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	その場・その時、必要に応じてご家族と調整し、臨機応変に通院の代行・買い物の同行の支援や外部のサービス機関の紹介を行っている。		

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
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	有償ボランティアの通院介助を組み込む等、個別対応も行っている。運営推進会議で紹介された他事業所のイベント等にも参加し、日々の活性化につなげている。		
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	入居時には協力医療機関の説明を行っている。以前からのかかりつけ医の受診を希望される場合は原則ご家族に通院のお願いをしているが、併設されている診療所でも診療情報の提供を行い、他の医療機関でも適切に受診ができるように援助している。その他ご家族の希望に合わせて以前から利用していた医療機関の往診なども受け入れている。	入居時にかかりつけ医の希望を聞き、希望に沿ったかかりつけ医の受診を支援している。併設診療所の定期検診が2週間に1回ある。その他、歯科医(週1回)、心療内科医(月2回)、泌尿科医(月2回)、皮膚科医(月1回)の往診がある。	
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	1日1回看護師との申し送りを行き常に状態の把握に努めている。また体調不良が見られると、直ぐに報告・相談できる体制をとり、指示を仰いでいる。夜間はオンコール体制をとり、24時間の連絡体制を得ている。外出行事時には看護師付添にて看護体制をとっている。		
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。	診療情報や介護・看護サマリーにて状態・対応の把握をし、共有化を図っている。随時ご家族への情報の提供とご家族の意向を把握し、退院時には入院先の医師とご家族の話し合いにも参加するなどし退院後は診療所の受診を行い、連携を図っている	入院時には、入院先に「介護・看護サマリー」にて情報を提供し、入院中には面会に行き相談員や看護師から様子を聞いている。退院時には入院先の医師と家族の話し合いに参加して、退院後の方針を共有して支援にあたっている。	
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	入居時に重度化や看取りケアに関する指針を説明し納得いただく。法人内の看取り研修を毎年実施している。重度化になった場合には併設する診療所の管理医師より、ご家族・職員へ説明をし、方針を協議し、チームにて支援に取り組んでいる。	入居時に「緩和医療と看取り介護に関する指針」に基づいて説明している。重度化した場合は併設診療所の管理医師・家族と話し合い、チームケア体制で希望に沿った支援をしている。今年度はお二人の方の看取りを行った。看取り研修を実施している。	
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	緊急時のマニュアルをいつでも確認できるようにし、法人内の研修にて、毎年緊急時の対応・AED研修を実施している。		
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	避難訓練を毎月実施し、避難経路・避難誘導所の確認をしている。防火管理者研修を受講している。また併設する特別養護老人ホームと合同の避難訓練にも参加し迅速かつ的確に対応できるようにしている。	毎月、出火場所や状況を変えて、避難訓練を行っている。今後は水害を想定した避難訓練を必要としている。運営推進会議に出席している自治会長を通じて災害時の地域との協力体制が話し合われている。	

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
<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	特に排泄・入浴時には羞恥心に配慮し、オンブズマンの意見を参考にし、パーテーション等も導入している。共有スペースではトイレの声掛けも他のご利用者に伝わりにくいニュアンスで行うなど配慮している。居室に入る際には必ずノックや声掛けを行っている。	「利用者主体・利用者本位のサービスを心掛け、利用者に敬意をはらったサービス提供」を介護事業の運営方針の一つとして掲げている。特に入浴・排泄時にはさりげないケアをこころがけ、声掛けにも配慮している。	
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	意向や希望を話しやすい環境作りと会話に努め、選択しを準備し、選んで頂けるようにしている。自己決定が難しい方は表情や仕草から意向をくみ取り、こちらからの確認や言葉かけを行っている。		
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	自宅でしていた事(家事や日課等)を継続できるよう、その人の生活習慣を取り入れ生きがいのある生活を支援している。		
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	生活歴や習慣、一人一人の個性を尊重し、自身にて整容出来る環境を提供している。脱衣所に化粧水を設置・髭剃りの声掛けをし、保湿・清潔保持に努め、個別にはご家族の協力や買い物にてヘアアクセサリ等を購入しおしゃれができるように働きかけている。		
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	一人一人の嗜好や味付けの好み・苦手な食材・メニューを把握し、個別メニューの提供も行っている。週1回選択メニューも行っている。ご利用者が自ら率先して食事の準備・片付けをされたり、個々の力に応じて言葉かけによって職員と一緒にしている。季節に合わせた料理(鍋等)も取り入れている。	職員が交替で一週間のメニューを考え、調理は専任の職員が担当している。食事の準備・後片付けは利用者と職員が一緒にしている。個々人の好みを把握し、食べやすさも考慮して提供している。健康状態に合わせた個別メニューの提供もある。週1回の選択メニューの日や誕生日夕食の日を設けている。	
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	一人一人の病歴と状態・食事量・水分量を把握し、併設している診療所・管理栄養士との連携にて、体重の減少・増加に注意している。特に水分摂取の少ないご利用者へは看護師との情報交換に努めている。体調不良時等その人に合わせた調理方法を取り入れ栄養の確保を行っている。		
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	歯ブラシの使用が難しい方はスポンジブラシや口腔ケア用ガーゼを使用し、嚥下・咀嚼がスムーズに測れるように口腔ケアを実施している。口腔内・義歯の状態に困難が生じた時は、併設している診療所と連携し、歯科往診の手配を行っている。専門職から指導頂いたケア方法は会議や方法を掲示する等し全職員に周知している。		

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	一人一人尊厳と出来る力を評価し、排泄習慣に合わせて援助している。確認表を利用し、個々に合った排泄の方法を選択している。職員会議にて随時使用するパットの見直し等を行っている。	排泄パターンを把握し自尊心に配慮した声掛けや誘導をしている。個々人にあつた支援方法やパッド等の検討を行うことでより快適な生活が送れるように支援に努めている。	
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	便秘気味の方へは、特に水分補給(起床後すぐの白湯等)を行い、運動も促している。併設している診療所と連携し、助言を得ている。		
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、個々にそつた支援をしている	今までの生活習慣に沿う形で時間などのご希望やペースを尊重している。入浴の長さや、温度などもご利用者のご希望に沿うように配慮している。また夕食後の入浴も出来るようスタッフを出来る限り配置するように取り組んでいる。	それまでの生活習慣に添う形で時間やペースに配慮して入浴して頂いている。週2回以上は入浴して頂くようにしている。夕食後の入浴も出来るように職員を配置している。ふる水はその都度替えている。	
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	自身の生活のペースを最優先しながら、昼夜逆転を防ぐ為にも日中の活動の提供・支援をしている		
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	新しく処方された場合は、薬の理解と服薬経過の把握・様子観察し、診療所との連携を図り、変化に随時対応している。ダブルチェックを行い誤薬・服薬忘れの防止に努めている。		
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	居室担当を設置し、個別に情報収集を行い、役割を見出している。訴えが少ない方、拒む傾向が強い方へも随時気分転換の機会を設けている。		
49	(22)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそつて、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	一人一人の希望を尊重し、ご家族に了解・協力を得て、個人の買物・季節に沿つた外出を支援している。遠足等の外出には地域の付き添いボランティアの協力も得ている。誕生日には個別で夕食レクを行っている。	一人ひとりの希望に沿つて買い物、散歩、墓参り、帰宅等の支援をしている。地域で開催される催しに参加したり、自然や季節を感じる花見等に出掛けている。年2回、家族やボランティアの協力の下全員で遠足に出掛けている。	



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	お金への執着やお金を持つことの安心感を理解し、必要に応じて所持している。紛失や買い物依存がある方には、ご本人・ご家族と協議し、収支の管理を行っている。		
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	携帯電話の使用、電話の取り次ぎの支援を行い、ご家族、ご友人と自由に連絡できる環境を提供している。届いたはがき・手紙は本人に手渡し、交流継続への支援をしている。手紙の投函も代行している。		
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	心地よく過ごして頂けるよう、室温・換気の配慮をしている。家庭的な雰囲気を大事にしつつ季節に応じた飾りつけやイルミネーションなどご利用者に、季節を感じて頂ける装飾も行っている。	居間兼食堂は広くゆったりとしたスペースになっているが、住宅、建物が隣接しているので外の景色は見えにくい。2階ユニットのベランダは野菜を栽培したり、ティータイムを楽しむ場所になっていて、遠くの山々等の自然の景色が眺められる。	
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	1階ゆりユニットに遊びに行かれる方や、就寝前までの時間ユニット間をご自由に行き来して頂いている。またリビングから離れた所に畳の椅子を設置しており居室以外でもひとりになれる空間を作っている。		
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	馴染みの家具や道具、音楽を好まれる方にはよく聞かれていた音楽のCD等を持参して頂き、心地よく過ごせるよう工夫し、ご家族にも協力を得ている。	各ユニットは洋室が7室と和室が2室あり、ミニキッチンとトイレが設置されている。テレビやテーブル等、その人にとって必要なものや馴染のものを持ってきて頂きその人らしい居室をつくりあげている。	
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	アセスメントにて一人一人の出来ることや、わかる事を把握し、ご本人・ご家族職員と協議し、生活導線の見直しや、居室内の配置換えを行い、安全で自立した生活が送れるよう支援している。		

## 基本情報

事業所番号	2871101537
法人名	社会福祉法人 晋栄福社会
事業所名	グループホーム宝塚ちどり
所在地	〒665-0047 兵庫県宝塚市亀井街10-30 (電話)0797-73-0880


【情報提供票より】平成30年2月12日事業所記入)

(1)組織概要

開設年月日	平成 17 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	18 人	常勤 11人 非常勤 7人 常勤換算	15.3人

(2)建物概要

建物構造	鉄筋コンクリート 造り
	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)	61,290 円	その他の経費(月額)	日常生活費 102円/日	
敷 金	無	光熱水費	822円/日	
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		1,522 円	

(4)利用者の概要(平成30年 2月 12 日現在)

利用者人数	18 名	男性	2 名	女性	16 名
要介護1	1 名	要介護2	5 名		
要介護3	5 名	要介護4	2 名		
要介護5	5 名	要支援2			
年齢	平均 88.6 歳	最低	81 歳	最高	96 歳

(5)協力医療機関

協力医療機関名	門真晋栄福社会 診療所 宝塚第一病院
---------	--------------------



(様式2(1))

事業署名 グループホーム宝塚ちどり

## 目標達成計画

作成日: 平成 30 年 7月 24 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	10	現在ご家族の意見や要望を聞く場が運営推進会議や、面会時以外ないため、直接スタッフに言いにくい要望などが把握できていないことがある。	意見や要望を伝えやすい環境づくり	ご家族へサービス満足度調査(アンケート)を行う	6ヶ月
2	13	外部研修に参加し新たな知識を得る機会が少ない	スタッフが自発的に外部研修に参加し、部署全体で共有できるようにする	3か月に1回外部研修に参加しユニットにフィードバックする	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)

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	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
	②利用者へサービス評価について説明した
	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
	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	①自己評価を職員全員が実施した
	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
	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
	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)	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
	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
	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	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
	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
	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
	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	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
	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)
	③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)
	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( )