

### 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	2893300315		
法人名	株式会社ケア21		
事業所名	グループホームたのしい家伊丹堀池		
所在地	伊丹市堀池2-5-10		
自己評価作成日	2018/11/12	評価結果市町村受理日	2018/12/19

【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)】

<p>たのしい家伊丹堀池の特色 ①訪問医、訪問看護の手厚い対応で、医療的な問題も解決。②近隣住宅に溶け込み、地元密着で気軽に立ち寄れる。③宝塚・尼が付・伊丹と隣接市とのアクセスが抜群に良い。④熟練した職員が手厚くもてなす。⑤食事も多種多様、美味しい食事を提致します。</p>
---

※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	2018/11/28		

<p>グループホーム「たのしい家伊丹堀池」は、創設以来、丸2年を迎えた。新旧住民が混住する地域であるが、自治会への加入、近隣との交流等地域との一体化を進めている。特色として、①おいしいものを食べよう、②風通しの良い雰囲気を作ろう、③地域と関わっていこう、④笑顔の多いたのしい家にしよう。⑤BSOを出し合おう~としている。生活経験のある職員の定着が見られる。半面、若手職員による創意や工夫の活動が加わると一層よい取り組みが期待できそうだ。</p>
--

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	入社時の研修において、理念の理解を深める為の、時間を設け浸透を心掛けている。また、コンプライアンスの遵守に努める為、朝礼時には読み合わせも行っている。	入社時に配布される会社の経営理念があり、朝礼時に必要部分の読み合わせをしている。新旧住民が混住する地域と共に成長する、とする視点からの事業所運営についても職員の総意を反映する形で、事業所理念を定め実践を望みたい。	法人の「経営理念」を基に運営方針やコンプライアンスの徹底を図っている。開設3年目を迎え、地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念を作り、実践される事を期待したい。
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	自治会に加入しており、地域行事の情報も入手出来る状況である。入居者様も、定期的に食事会等に参加されている実績もある。	自治会への加入、運営推進会議への地域人材の関与等が見られる。演奏会や食事会等の敬老イベントが開催され、地域の会合へ参加している。また、2カ月毎にオーナーの知人がギター演奏等のボランティア活動に入っている。	
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	運営推進会議を元に、認知症に対する理解を深めて頂いており、現場の現状も見学等で、認識して頂いている。		
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	施設内で行われている行事報告や、活動内容、入居希望待機者、事故報告等、現状を報告し、家族様を筆頭に、助言を頂いている。身体拘束に関しても報告を行い、助言を頂いている。	3カ月毎に運営推進会議を開催している。家族の参加が多い。来られぬ家族には、議事録・レジメのコピーを小遣いの収支報告とともに送付している。家族の出入りは毎日の人を含め多い。	
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	地域密着型サービス連絡会が、年4回開催され、また毎月GHだけの連絡会を開催する事により、協力関係を構築している。その機会に市町村担当者とも、協力関係を構築している。	地域密着型サービス連絡会には、市の福祉人材監査部門からの参加がある。周辺の交通事情に配慮しての玄関施設等の状況等、必要事項を説明している。	
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、玄関の施設を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束の定義においては、法人本部主導の研修での必須項目となっており、全職員が受講し、理解を深めている。また、運営推進会議において身体拘束に関しての報告等を行っている。	法人本部(大阪)研修において伝統的に力を入れている一つ。最近では、動画配信でパソコンで受けている。観ることを奨励されている。不断のケア内容の確認、点検、実践に取り組んでいる。	
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	法人本部の研修メニューにも組み込まれており、理解を深めると共に、職員同士での、相互確認も日常的に行っている。	職員同士、相互に連絡・確認し合い、事例ごとの対応等の練習を繰り返しケア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
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	実際に成年後見人の利用者は現在おられないが、これも本社主導の研修において、権利擁護の理解を深める機会を設けている。	新入職員研修において、権利擁護についての制度を学んでいる。入居利用者には、生活保護受給の方もいるが、市の担当課との連携の下、他の方々同様にかかわり、特に成年後見人は必置とはしていない。	
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	入居前入居後の不明点や心配事も、都度具体例を挙げながら説明を行い、理解を得ている。重度化に係る指針においては、最も重要視しており、対応内容を時間を割いて、理解に努めている。	今、一番困っていることは何か、事業所の対応には何を望むか等、導入部から聞き、詳細に説明をしている。また、制度改正についても時間をかけて説明し、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	顧客満足度調査を年に一度実施。実態把握に努めている。来訪時にも、現況報告を心掛けている。	ハード面は、住宅建設メーカーの事業部門が設計施行した。もっとも使いやすい環境のつくりとしている。家族来訪時には、運営の現況を説明している。家族には毎年、顧客満足度をアンケート調査で聞いている。	
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	従業員満足度アンケートを年に一度行うと共に、フロア会議やミーティング等を通じて、意見交換や共有を行っている。改善点も都度見直しをしている。	従業員とは、毎年、満足度アンケートを行い意見をj得ている。また、フロア会議、ミーティング等を通じ、意見交換や認識の共有を図っている。	
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	夏季・冬季、有給休暇の取得にも積極的に取り組んでおり、勤怠管理が1分単位で管理されており、働き方も改革に向けて動いている。		
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	職位それぞれに応じた研修が、法人本部主導で行われ、それぞれに参加するとともに、実務者研修、実践者研修受講に対するバックアップ体制も整備されている。		
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	伊丹市内のGH管理者は、空室等が発生すると、互いに入居者を共有し紹介する事もある。		

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	入居前のアセスメントの時点で、本人が今現在最も不安な事を聴取し、家族様の要望を加味した後、ケアプランに反映し、全職員が共通認識として理解する様にしている。		
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	上記同様、家族様の立場から不安心配要因を抽出し、実現が可能なプランに反映させると共に、入居者の状況に変化が見られたら、その都度相談を持ちかけている。		
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	家族様と共に、現状把握を行い、今必要な支援を見極め、即時対応している。		
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	入居者個々に応じた対応に努め、女性入居者中心ではあるが、炊事や洗濯等の家事に携わっていただく事が多い。		
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	入居後、入居者に変化が見られた時には、家族様やケアマネ等より、入居前の様子や既往歴・生活パターンをヒアリングさせて頂く事により、対応のヒントを得ている。		
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	親類・知人の来訪も多く、婦人会の集まりに参加したり、美容院に行かれてる方もおられる。	入居者のほとんどが市内にお住まいの方で、訪ねて来られる人も多い。年賀状は家族の代筆で送る。元教師で教え子からの連絡が多い人やゲート・ボールに加わる人、娘さんの営む美容院へ行く方もおられる。	
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	リビングの席次には十分に配慮し、円滑に生活を営める様な動線を確認できる様にしている。性格や行動パターンも考慮する要因といえる。		

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	サービス終了に際しても、次の入居先の相談に乗ったり、同じ法人内の他施設にも連携を取り、支援を行っている。		
<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	入居者の習慣や癖等も参考にし、把握に努めている。入居者の細かな変化を汲み取り、時に家族様に相談し、その情報を基に、入居者の気持ちに寄り添う事を心掛けている。	使ってきた布団、編み物や将棋などの持ち込みがあり、今までの生活の延長を楽しんでおられる。男性入居者は、2階に3名、今後、12/1の新入者は飲酒を希望。節度あることを条件に認める方向。	
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	出身地、勤務地、職業、趣味等、入居に至るまでの、経緯を把握し、サービスに反映できるプラン作成を行っている。入居時に馴染の物品等も持ち込んで頂いている。		
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	検温・入浴時等のボディーチェック等で、その時の状況をケア記録に記載して、現状把握に努めている。排便等の体調にも留意している。		
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	専門的な状態分析、現状把握に関しては、看護師や訪問医にアドバイスを適時求める事により、解決の糸口としている。	入退院等レベルが変動する都度、また短期で3カ月毎、長期で6か月毎にみなおしている。居室担当者からの意見提起や、医療がらみについては看護師・訪問医師等の意見を反映させて、介護計画作成に取り組んでいる。	
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	個別記録の書式も、今までの書式にとらわれない事無く、居宅療養管理指導、ケアプランの内容実施等の視点で、介護計画に沿った、または今後に関わる記録方法を行っている。		
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	訪問理容、訪問歯科等、実現可能である事は要望を汲み取った後に、実践につなげている。また必要時はリハビリ等も導入している。		

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	自治会に加入している。また買い物の際は、近隣商店を利用している。		
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	内科協力医による月2回の訪問診療。緊急時でもオンコールにて対応可能。訪問歯科、訪問看護も週に1度行われている。協力医以外の受診も、家族様対応で、適時行われている。入院時も入院先との連携も取って貰える環境にある。	入居者のほとんどの方が、協力医療機関をかかりつけ医に選んでいる。協力医は、月に2回、往診している。	
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	月4回、訪問看護ステーションより、看護師が来訪し、健康チェックや日常的なケア方法の相談を行っている。点滴や褥瘡処置も行って頂いている。		
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。	入院に際しては、訪問医が迅速に対応、病院の選定まで行われる。入退院時には、緊密に病院担当者や看護師・医師と情報を共有している。	入院を要する場合は、訪問医師の迅速な対応がある。2カ月60日間は在籍が可能。医療機関との連携に配慮している。	
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	重度化・終末期に向けた方針においては、入居契約時に、時間を十分に設け、家族の現在の意向をヒヤリングし、実際終末期を迎えるに当たっては、再度医療機関、看護師、職員等と連携をとり、本人にとって最も望ましいケアを実践できるようにしている。実際に看取りも経験した。	最初の看取り事例については、絶え間なく検温をしたりしていたが、よく観ていることの必要と、看取りの意味についてほぼ40代以上の職員集団であることと、自らの家族の経験等もあり介護スタッフ全員の認識が進化した。あたふたしない対応が可能である。	
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	急変時、事故発生時の対応については、マニュアルがある。実際のフローチャートも各フロアで話し合い、共通認識を持っている。		
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	年二回の避難訓練を実施する。日中・夜間の両方を想定した訓練を行う。運営推進会議でも報告を行い、協力を要請している。伊丹市主催の連絡会等でもハザードマップ等で避難場所や災害が起こりやすい場所をレクチャーして頂いた。	年2回の避難訓練を消防署との連携を含め実施予定。今夏の台風被害で丸一日の停電を経験、オール電化なので灯だけは発電機で確保したが、騒音へのクレームも出た。伊丹市作成の防災地図は、よく出来ており、安心して利用者への対応ができた。	

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	法人本部において、接遇・認知症ケア・人権研修を実施している。コンプライアンスの読み合わせも行い、申し送りノート等も活用し、日々のケアに活かしている。	職員は、本部研修への参加から就業する。年長者が多く、利用者の気持ちもくみ取り、優しく接している。笑いのある職場で、人権意識を持って努めている。	
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	日常生活を送る中で、様々な自己決定を強いる事無く、声掛けを行い、本人の意思を汲み取れる環境を作り出し、促している。		
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	それぞれの入居者の個性や能力を理解し、その上で声掛けを行い、環境が許す限り、本人の意思に合った、生活を支援し、行って貰っている。		
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	季節や気温に合った衣類を着用して頂き、二か月に一度は、訪問理美容も利用して頂いている。家族様同伴で外部の美容室も利用している方もいる。		
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	入居者の状況に応じた食事形態を選択すると共に、盛り付けや下膳も職員と協働し、季節や嗜好を反映した、出前や弁当も楽しみの一つである。	大阪堂島の本社において、新任職員は4日間の基本的な研修を受講している。接遇・認知症の理解とケア、人権を内容とする研修になっている。昼食を共にしたが、完食の人が多かった。	
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	食事量・水分量を記録に残し、体調管理に活かしている。食事形態もキザミ食等に対応している。		
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	月4回の訪問歯科により、治療口腔内チェックを行っている。		

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
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	個々に合わせたトイレ誘導を行い、トイレでの自立を維持出来る様にしている。夜間は家族様の同意を得て、夜間センサーマットを使用したり、ポータブルトイレを使用したりもしている。	入居者18名中排泄自立は3人。後の方々は、最低でもリハビリパンツを着用している。トイレ誘導は、適切に行われている。	
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	入居者個々の排便パターンを把握し、食事や水分量に留意すると共に、必要時には、便秘薬も適切に、使用することにより、快適な生活を送れる様、支援している。		
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	午前・午後に入浴を実施している。体調に応じた支援を行い、入浴用の車椅子を使用する事により、安全を確保し、二人の職員で対応することもある。	週当たり最低2回は入浴可能としている。褥瘡治療中で、シャワー浴のみの人が1人。ドライシャンプー、泡の出ない石鹸等、その人の状況により工夫した取り組みが見られる。	
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	本人の体調や気分を考慮した上で、日中にも短時間の臥床を促したり、夜間も睡眠パターンに合った、支援を行っている。		
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	提携薬局との連携を密にし、変更点があれば、適時申し送りを行う事で、現在服用のクスリを理解している。誤薬の防止策として、複数名で、服用前にチェックを行っている。臨時薬も即日セットされる。		
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	入居者個々の嗜好や身体状況を考慮し、レクリエーションを行っている。天候を見ながら、町内の散歩も実行している。		
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	家族との外出、外食、婦人会への参加、旅行等、特に制限なく、外出の機会を設けている。花の植え替えや、水やりも、出来る方には行って貰っている。	入居者ごとの外出や外食、地域行事への参加、花見等の外出機会を設けている。花壇があり、手入れに参加する利用者もある。	



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	家族様の同意を得た上で、少額の現金を所持しておられる方は、外出時に、自分で買い物の支払いをされることもある。		
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	年賀状・暑中見舞い等が、ホームに届き、外部との関わりがある方もおられる。		
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	1Fのリビング横には、ウッドデッキがあり、晴天時には、そこでおやつを食したりもする。またデッキ横には、花壇があり、季節に応じた花も植えられたりしている。	1Fのリビング横に、ウッドデッキがあり、晴天時にはおやつも楽しむ。デッキ横の花壇では、季節ごとの花作りを楽しんでいる。。	
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	入居者同士の居室を、自由に行き来されたりしている。ウッドデッキも活用されている。		
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	入居時には、馴染の家具や衣類、写真の持ち込みをして頂いていると共に、仏壇の持ち込みをされている方もいる。	居室の空調・収納棚・カーテン・ギャジベットが備品として整備済み。各室を1日1室、30分ずつ9日間の清掃ローテーションとしている。リネン交換も行う。シーツ交換とベット周りは朝、昼からはベット下の清掃をしている。使い慣れた家具等の持ち込みも多い。	
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	共有スペースには、手摺が設置されており、各居室には、ナースコールも設置されている。		

## 基本情報

事業所番号	2893300315
法人名	株式会社 ケア21
事業所名	グループホームたのしい家伊丹堀池
所在地	伊丹市堀池2-5-10 電話072-773-8221


【情報提供票より】平成 30年11月 6日事業所記入

### (1)組織概要

開設年月日	平成 28年12月 1日				
ユニット数	2 ユニット	利用定員数計	18	人	
職員数	14 人	常勤12人	非常勤 2人	常勤換算 13 人	

### (2)建物概要

建物構造	鉄骨造り				
	2階建				

### (3)利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

家賃(平均月額)	67,000円	その他の経費(月額)	光熱水費15,000 共益費 20,000	円
敷 金	無			
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	300 円	昼食	400 円
	夕食	400 円	おやつ	円
	又は1日 円			

### (4)利用者の概要( 4月15日現在)

利用者人数	18 名	男性	3 名	女性	15 名
要介護1	5 名	要介護2	3 名		
要介護3	6 名	要介護4	3 名		
要介護5	1 名	要支援2	0 名		
年齢	平均 87.3 歳	最低	75 歳	最高	96 歳

### (5)協力医療機関

協力医療機関名	医療法人はらクリニック・気づき歯科医院
---------	---------------------

(様式2(1))

事業署名 グループホームたのしい家伊丹堀池

## 目標達成計画

作成日: 平成 30年 12月 14 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	1	理念の共有と実践	施設独自の理念を作成し、サービスの向上をはかる。	職員と話し合い、理念を作成していく。	12ヶ月
2					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)

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( )
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( )