

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	2894900089		
法人名	社会福祉法人 兵庫県社会福祉事業団		
事業所名	グループホーム たけだ遊友館		
所在地	兵庫県朝来市和田山町竹田2063番地3		
自己評価作成日	令和5年11月11日	評価結果市町村受理日	令和6年1月30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	2894900089		
訪問調査日	令和5年12月13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)】

<ul style="list-style-type: none"> 市内の5GHと隣市2GHで連絡会を開催しており、連絡会を通じて情報共有を図ったり、研修会の実施参加を行い、日頃のケアの確認や職員のスキルアップを図っている。 脳リハ練習帳やドリルなどに取り組み、コミュニケーションを図りながら認知症進行予防に努めている。 口腔ケアを毎食後に実施し、また定期的な歯科衛生士による口腔ケアも受け、歯科医師と連携して誤嚥性肺炎の予防に努めている。
--

【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)】

<p>設立15年を経過、朝来市の介護支援の中心的な立場になっており、職員は市内5施設と隣市の2施設で研修を行い、スキルアップを図っている。ホーム内では脳リハ練習帳やドリル等対話をしながら認知症進行予防に努めておりその他口腔ケアに努め、歯科医と連携し誤嚥性肺炎予防を図っている。施設廻りも緑豊かで季節感も感じられ家庭の延長感が濃い、周りには健康増進施設やディサービスもあり施設間の交流も出来、大変過ごしやすい施設である。</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 3. 家族の1/3くらい 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、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	・「家族との絆」「その人らしさ」「家庭的な暮らし」「地域とのつながり」「安心・安全」を運営理念としている。 ・会議等の前には事業団倫理綱領を皆で音読もしくは黙読し、周知を図っている。	理念は「家族との絆」「その人らしさ」「家庭的な暮らし」「地域とのつながり」「安心・安全」で事務所に掲示され、職員会議にて確認され支援に努めている。	
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	・地域の行事やイベントに参加したり、地域のこども園との交流を行ってきた。秋祭りは復活したものの、こども園との交流はコロナ禍以降行っていないのが現状である。	昨年度迄コロナで地域との交流は出来ていなかったが本年より、地元の小学校・地域住民とのそうめん流し・こども宴とのクリスマス交流会・敬老会の交流会が予定され皆様楽しみにされている。	
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	・但馬長寿の郷の主催する研修会に参加している。 ・運慶推進会議を通じて、GHの事や認知症対応型通所介護事業所の紹介をおこなったり、当事業所のショートステイの案内を行っている。		
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	・運営推進会議で検討された意見をサービスの向上に活かしている。特に事故・ヒヤリハット事例での内容についてが多い。 ・地域との付き合い方や関りなどを会議出席者へ相談し助言を得ている。	運営推進会議は本年5月迄書面にて行われていたが、7月以降は対面にて行われ、活発な意見交換が行われ、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取り組んでいる	・市の担当者には月1回利用状況を報告し、またGH連絡会の場で助言等をいただいている。 ・法や加算関係で不明な部分等あれば市の担当者に尋ねるようにしている。	市の高年福祉課とはメール中心に連絡・報告が行われており、GH連絡会も7施設の出席のもと行われ、市の担当者も出席し、意見交換が行われており、問題があればその場で確認されている。	
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	・ユニット会議や職員研修で「身体拘束」について説明しており、身体拘束の弊害などについても理解している。 ・運営推進会議の場でも議題として取り上げている。	身体拘束防止委員会は所長・次長・GH(管理者)デイサービス・訪問介護のグループより出席のもと開催され、各部署で年2回の研修開催され職員は十分に主旨を理解し、支援に当たっている。現在問題点は無い。	

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
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	・法人独自の自己評価である「あったかサポート実践運動」の項目にも取り入れており、またGH連絡会内や但馬長寿の郷の研修等へ参加している。	虐待防止委員会も身体拘束防止委員会のメンバーと同様であり、年2回の研修が行われ、現在問題点となる事項は無い状況である。	
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	・研修会までは行えていないが、法務省のパンフレット等を置いて、いつでも閲覧できるようにしている。また制度を利用している入居者については、成年後見人と連携して、入居者の生活を考えている。	現在成年後見人制度利用者は1名で、利用者より要望があれば管理者が対応されている。事務所には市のパンフレットが置かれており、理解の参考になっている。	
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、解約時には時間をかけて説明を行い、質問等ないか確認している。またいつでも質問には応じるように伝えている。 ・改定があった場合には、新旧対照表にて説明し同意を得ている。	入所時に家族・本人に時間をとり、重要事項説明書や重度化・看取りに関して理解して頂きサインを頂いている。制度改正や認知度変更時にも同様の説明をし理解を得ている。	
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	・意見箱を設置している。	利用者や家族よりの要望は入所時に確認したり、日々の支援の中の行動や表情により把握し支援に当たっている。主に利用者の生活面や健康に関する確認が多い。	
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	・会議の場でできる限り職員の意見を聞き、話し合いの上業務に反映している。 ・所長・次長より、年2回の面談を行い、要望等を聞く場としている。	職員会議は毎月行われており、活発な意見交換が行われ、支援に反映させている。個人面談も所長・次長・管理者と行われ職員の要望・意見は設備面や人間関係等十分に確認され、より良い組織を目指している。	
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	・総合職・一般職・契約職Ⅰの職員は法人の人事考課制度をもとに評価されている。 ・個々の希望に沿った労働時間を設定したり、休みの希望もできるだけ叶えている。		
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	・外部研修に参加し、復命書を提出してもらったり、研修報告をしている。 ・資格取得の援助を行っている。 ・希望する研修会へは参加できるように調整している。		

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
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5施設と隣市2施設のGHで連絡会を開催し、情報の共有や課題調整、研修会の開催や参加を行っている。研修会では事例検討会もっており、自施設のサービス向上に役立っている。		
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	・特に入居当初は意識して話を聞くようにし、困っていることや不安なこと、要望に耳を傾け、できる範囲で対応している。 ・会議やユニットの連絡ノートを通じて情報共有を図っている。		
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	・入居当初は意識して話をするようにし、家族の困っていること、不安なこと、要望を聞くようにしている。 ・ユニットの連絡ノートで情報共有を図っている。		
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	・入居前には本人と面接を行い、家族・ケアマネジャー・サービス提供機関からの聞き取りを行い、必要なサービスの見極めを行っている。 ・面接時に、本人・家族の要望を聞き、職員間で情報を共有して対応に努めている。		
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	・家事(炊事・洗濯・掃除)やレクリエーションを一緒に行い、共に過ごす時間を大切にしている。 ・できることを見極め、役割として活動している。 ・食事、お茶を一緒に摂ることで、仲間意識を醸成している。		
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	・家族との連携を運営理念の一番に掲げ、家族との連携の上で利用者を支える視点を持っている。 ・面会時や電話等で、利用者の近況を報告し、変化がある場合には一緒に考えている。		
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	・主治医は関係が途切れないように継続して付き合っている。 ・コロナウイルスの関係で行えていないが、なじみの場所への外出を推奨している。 ・家族・友人・知人の面会を推奨している。	コロナ禍で色々制限された中で出来ない事が多かったが今後喫茶店や散髪屋等要望があれば、職員と一緒に出かけたり、訪問も家族・友人等にお声掛けをし、従来の体制を取り戻すように考えている。	
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	・利用者同士の相性などの把握に努め、良好な人間関係が保てるように努めている。 ・他者とのコミュニケーション(レクリエーションなど)や会話ができるように間に入りながら努めている。		

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
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	<ul style="list-style-type: none"> ・サービスを終了した利用者に対して、家族やケアマネジャー・入所施設から近況を聞いている。 ・家族から相談があった場合には応じている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアプラン作成時には具体的な例をあげて、意向の把握に努めている。 ・普段の会話の中より拾い上げる努力をしている。 ・ユニット会議の場で検討している。 	ケアプラン作成時に家族に意向や本人の要望等を確認し支援に反映させておりモニタリングも毎月作成し反映させている。職員も担当制で何か変化があれば業務日誌に記入し、支援に反映させている。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・入居時に、センター方式暮らしの情報シートへの記入を依頼し、生活歴の把握に努めている。 ・その都度、コミュニケーションの一環として、本人・家族から情報収集を行っている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・入居前には家族・担当ケアマネジャーからの情報をもとに把握に努め、面接も行っている。 ・個々の生活リズム、心身状態の観察に努め、毎日の記録をもとに、現状の把握に努めている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・日ごろから本人・家族とケアについて話を行い、計画に反映させている。 ・必要に応じて、看護師・PTの意見を取り入れている。 ・医療的ケアが必要なケースは、受診時主治医に相談している。 	コロナ禍と第5類になってからの計画の変化はない。本人、家族と話し合い、現状に即した介護計画を作成している。医療的ケアが必要な利用者に関しては主治医に相談しながら計画を立てている。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・介護日誌に日々の様子、体調の変化を細かく記録している。必要に応じて個別で記録を行い、引継ぎ等にも活用している。 ・連絡ノート・ユニット会議にて情報共有を行っている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所の多機能性(デイサービス、訪問看護、健康づくり、介護予防事業)を十分に活用している。 		

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	・介護保険外でベッドや車いすのレンタルをするなど、地域資源を活用している。		
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	・在宅時のかかりつけ医を引き続き受診できるように支援している。 ・緊急時は協力医療機関へ受診を支援している。 ・家族の要望も聞きながら、往診してもらえる医療機関を紹介している。	在宅時からのかかりつけ医の方は16名おられる。内科は2医院・歯科は1医院に往診してもらっている。内科は5名、歯科は口腔ケアを含め9名の方が利用している。受診は基本的には家族に依頼しており、家族での受診が難しい方は職員が付き添っている。	
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	・同施設内の訪問看護ステーションと医療連携を行っている。定期的なバイタルチェックや処置、日ごろから相談できる体制となっている。 ・夜間、緊急時の連絡体制もとれている。 ・看護師が内服薬の仕分けを行っている。		
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。	・入院時にはサマリーを作成し、病院への情報提供を行っている。 ・病棟看護師やMSWとこまめに連絡を取り、状況の把握に努めている。 ・退院の許可が出た場合にはすぐに受け入れる体制を作っている。	コロナ禍でも入院はスムーズであったが、面会は行えず電話で情報や状況を尋ねていた。退院に向けて、状態変化によるベッドや車いすなどの必要品について病院・家族とやり取りを行った。	
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	・入居時には重度化した場合における対応について説明し、同意書をもっている。 ・看取りに関する指針も定めている。 ・実際に重度化した場合は、GHとしてできること、できないことを伝え情報共有を図っている。	今年度は看取りはなかった。入居時に重度化した場合における対応について説明し同意を得ている。実際に重度化した場合は主治医を中心に家族と話し合いを持ち方針を決めていく。	
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	・心肺蘇生法やAEDの使用方法を定期的に確認している。 ・緊急時対応マニュアルを整備している。 ・緊急時の連絡網がある。 ・ヒヤリハットの検証を速やかに行っている		
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	・地域の「福祉村災害時相互応援」体制を作って、近隣施設と協力できる体制となっている。	近隣に障害者施設、特養、グループホーム、特別支援学校の7施設があり、「福祉村災害時協力できる体制」となっている。想定される自然災害は土砂崩れと地震であり、避難訓練は昼と夜の火災を想定して年2回行っている。今年度は利用者5名とともに一時避難所(立雲の郷)へ避難移動の練習をした。BCP(事業継続計画)は作成中である。	

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
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	・姓に「さん」付けで呼んでおり、敬語を使っている。 ・「あったかサポート実践運動」において人権配慮についての項目を設け、自己点検を行っている。	事業所独自の取り組みとして、自らのケアを振り返る「あったかサポート実践運動」を行い、年2回の自己評価と管理者によるフィードバックを行っている。	
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	・日ごろの会話を大切にし、その会話の中より重いや希望をくみ取るようにしている。 ・選択肢をいくつか提示して自己決定できるように支援している。また難しい方にはYES・NOで応えられるようにしている。		
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	・大まかな流れのみで日課は決めておらず、利用者の希望やペースを尊重している。 ・日々の過ごし方が画一的になっていることもあるが、一人ひとりの思いにそえるように努力している。 ・希望を読み取れない方もあり、希望に添えているか不安もある。		
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	・利用者と一緒に着る服を選ぶなどして、同じ服ばかりにならないように配慮している。 ・できる方には自分で整容してもらっている。 ・希望に応じて家族様へ連絡し、一緒に服を買いに行ってもらっている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	・利用者と一緒に調理や食事、片づけを行い、役割や楽しみとなるように支援している。 ・献立を一緒に考えたり、希望のメニューを聞いている。 ・嫌いなものは極力、代替品を提供している。	月曜日夜から土曜日は職員が食材を購入して調理をしている。土曜日夜から月曜日は配食業者によるメニュー（レトルト）を利用している。皮むきや片付けを手伝ってくれる方は6名おられる。ゼリーやホットケーキ等の手作りおやつの日もある。利用者に食べたいものを聞いて取り入れたり、嫌いなものは代替品を提供している。ミキサー食の方は一人おられる。	
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	・同法人特養の栄養士が作成した献立表を参考に、栄養バランスを考えた献立を立てている。 ・水分摂取量・食事摂取量を記録している。 ・粥やきざみ、ミキサー食、とろみなどの対応を行っている。		
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	・毎食後に個々に応じたケアを行っている。 ・必要な利用者には定期的に歯科衛生士が指導に入っている。指導をもとにケアを行っている。 ・義歯は毎日、洗浄剤に漬けている。		

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
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	<ul style="list-style-type: none"> ・排泄の訴え時には、その都度対応している。 ・排泄・排便をチェック表につけ、一人ひとりの排泄パターンの把握と、個々に応じたケアを行っている。 ・できるだけトイレでの排泄が図れるように支援している。 	新規職員に対して排泄に関する研修を行っている。身体状況の変化による排泄方法の検討や、パットなどの選定については会議の場で話し合いを行っている。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・排便チェック表に基づき、個別に対応している。 ・水分摂取量の確保に努めている。 ・ヨーグルトや乳酸菌飲料、食物繊維の多い野菜などの摂取を促し、できる限り下剤や浣腸に頼らないように工夫している。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・曜日や時間は決めていないが、入浴の時間は13時～16時ごろまでとなっている。 ・入浴回数は週2回を基本とし、その他は体調や希望に考慮している。 ・湯加減、一番風呂、同性介助などできるだけ希望に添えるように配慮している。 	基本的に週2回、午後の入浴となっている。本人の希望でシャワー浴だけの方がおられる。使用できる湯量の関係で1人ずつのお湯の交換は行っていない。ゆず風呂や入浴剤を入れるなどの工夫をしている。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・昼寝の習慣や「横になりたい」との意向を尊重するようにしている。 ・室温や照明の調整、寝具類の清潔などに配慮している。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・服薬には複数の職員でチェックし、服薬チェック表にもサインするようにしている。 ・薬の変更があった場合には、連絡ノートを活用し、細かい記録と観察に努めている。 ・ユニットに個々の処方箋をつづり、いつでも確認できるようにしている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・生活歴の把握に努め、個々に応じた支援を心掛けている。 ・調理・洗濯・掃除などの家事や、手芸・塗り絵・習字など、本人の能力に沿った活動を行っている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・希望に沿っての外出はまだ行えていないが、近隣へのドライブや散歩などは、できる範囲内で行っている。 ・家族との外出は条件付きではあるが行っている。 	ドライブで花見に出かけたり、希望があれば外への散歩は行っている。希望にすぐに添えないこともあり、その際は日を決めたり、家族に相談して家族に対応していただいている。	散歩等日常的な外出が少ないので、工夫して一人一人の外出の機会を増やしていかなることを期待します。家族も外出をしているのか把握できていない。担当者からの便りを写真付きで年2回送付しているが、発行回数を増やし、日常の様子を知ってもらうことで、家族がより安心できるようにされることを期待します。

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
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	・日用品の購入依頼を受けたり、一緒に買い物へ行くなどの支援を行っている。		
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	・携帯電話を使用している利用者が数名いる。 ・希望時には事務所より電話を行ったり、家族や知人からの電話を利用者へ取り次いでいる。 ・オンライン面会も推奨している。		
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	・共有スペースの掲示を季節感のあるような掲示物に変えている。 ・クラシック音楽や唱歌を流し、穏やかな時間が過ごせるように工夫している。 ・食事の際にもテレビを消し、ゆったりとした音楽を流し、食事に集中できる環境を作っている。	リビングからは、武田城址が眺められる。共用スペースの季節の掲示物を、利用者と一緒に作ったり、習字で書いていただいたりして楽しんでいる。	
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	・食堂にはテーブルを3つ~4つ配置し、関係性に配慮して席についてもらっている。 ・ダイニングやソファを利用して思い思いに過ごしている。 ・事務所にて職員と雑談を楽しむ方もいる。		
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	・入居時にはなじみの家具や道具の持ち込みを依頼しており、配置も工夫してその方に応じたしつらえとなっている。 ・家族に依頼して、家族の写真や昔使っていた道具・手芸作品などを飾っている。	居室空間は利用者にとって落ち着ける場所となることを大切にしている。できる限り自宅で使用していたなじみの物を持ってきていただいたり、家族の写真や自分で作ったものを飾っている。トイレと洗面所が設置されている。	
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	・通路には障害物を置かないようにしている。 ・家具やベッドの配置は本人が使いやすいように工夫している。 ・利用者の状態に合わせてベッドの変更を依頼したり、手すりの設置を行っている。		

基本情報

事業所番号	2894900089
法人名	社会福祉法人 兵庫県社会福祉事業団
事業所名	グループホーム たけだ遊友館
所在地	〒669-5252 兵庫県朝来市和田山町竹田2063-3 (電話)079-674-0085

【情報提供票より】令和5年11月10日事業所記入)

(1)組織概要

開設年月日	平成 20 年 4 月 1日		
ユニット数	2 ユニット	利用定員数計	18 人
職員数	13 人	常勤 13名 非常勤 0名 常勤換算 13名	

(2)建物概要

建物構造	鉄骨 造り
	平屋建て

(3)利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

家賃(平均月額)	30,000 円	その他の経費 預かり金管理費1,000 円/月	
敷 金	無	共益費 550円/日 光熱水費 750 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	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 1,000 円		

(4)利用者の概要(令和5年11月10日現在)

利用者人数	18 名	男性 3 名	女性 15 名
要介護1	7 名	要介護2	3 名
要介護3	2 名	要介護4	3 名
要介護5	1 名	要支援2	2 名
年齢	平均 90.8 歳	最低 79 歳	最高 102 歳

(5)協力医療機関

協力医療機関名	朝来医療センター
---------	----------

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	49	日常的な外出ができていない現状があり、家族へのアンケートの中でも、外出をしているのかどうか「わからない」との意見があった。	家族への情報提供する機会を増やし、関係づくりを行う。	担当支援員からのお便りや、機関紙の発行機会を増やすとともに、受診時や請求書等を送付するタイミングで、近況の報告を行う。	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	<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()