

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	2891500064		
法人名	社会福祉法人 兵庫県社会福祉事業団		
事業所名	グループホームひろいしの里		
所在地	洲本市五色町広石上113		
自己評価作成日	平成27年1月9日(金)	評価結果市町村受理日	平成27年4月1日(水)

※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 ナルク兵庫福祉調査センター		
所在地	尼崎市立花町2丁目13-32		
訪問調査日	平成27年2月 3日(火)		

【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)】

豊かな自然の中で四季を感じることでできる「ひろいしの里」は、認知症になっても住み慣れた街で町内会の一員として地域で暮らし続けられるよう「たくさん笑顔と安心できる暮らしをめざして」をキャッチフレーズとしている。これまでの生活リズムを大切にしながら、現存能力を引き出し好きなことややりたいことを諦めることがないよう個々の利用者の希望を尊重し、常に利用者本位の支援が合い言葉になっている。特に食事作りに関する一連の活動(野菜作り、献立、買い物、調理等)は、利用者と職員が共に楽しみながら行っている。また、昨年より月1回開催する「四季遊彩」は、気軽に立ち寄りいただけるような地域交流の場として、また近隣保育所との定期的相互交流(6回/年)などが定着してきたところである。これらの取り組みは毎年、セミナーや発表会等で発信している。

【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)】

グループホームひろいしの里は平成20年5月に設置された施設である。周囲は緑に囲まれた自然豊かな場所に立地している。施設は地域密着の模範となるもので、地域にアンケートを出し意見を聞き、より良い交流が出来る体制が構築されている。その1つとして、昨年より月1回地域の方々に『四季遊彩』と題して招待し、グループホームの理解を深めながら季節行事や文化活動・スポーツ等の様々なイベントを開催し、地域との良い関係を築いている。

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、安心して暮らさせている (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

2ユニット共通

〔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	支援室に事業所の運営理念を掲示し、職員間の意識付けを図っている。職員会議では事業団倫理綱領を唱和し、運営理念にある「その人らしさ」「家庭的な暮らし」「ご家族とのきずな」「地域とのつながり」「安心・安全」に基づいた支援を心掛けている。	地域で支え合い、自分らしく生きることが出来る社会の実現をめざして作られた『兵庫県社会福祉事業団憲章』と「人権擁護」「利用者本位の支援」等を謳った『事業団職員倫理要』を根幹とした事業所独自の運営理念をつくり、職員間で共有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	近隣のスーパー等への毎日のお買い物をはじめ、陶芸教室や行政が奨励する「いきいき百歳体操」へ参加している。平成25年7月から月1回「四季遊彩」として、奇数月に季節行事と偶数月の文化活動を開催し、近隣保育所との相互交流は6回/年実施している。	近隣のスーパーへは毎日利用者と一緒に食材の買物に出掛けている。買物や散歩の為に休憩場として隣保の協力でベンチが設置された。月一回開催されている地域の方との交流イベント「四季遊彩」には述べ100人以上の方の参加があった。昨年度、事業所に対する地域へのアンケート調査を実施し、51件の回答・ご意見を頂いた。	現在も双方向の色々な交流が出来るが、より一層交流を高める方向に、施設より認知症情報等を発信する計画がされている。益々地域の介護支援の中心として存在価値を発揮される事を期待する。
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	情報誌や地域交流の案内リーフレットを、利用者と一緒に近隣住民、社会福祉協議会、保育所、小学校、中学校に配布し、活動状況を発信する事で、認知症高齢者の理解に繋げている。		
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	利用者、家族、近隣住民、市職員、地域包括支援センターの職員が出席し、活発な意見交換を行っている。そこでの意見を職員間で情報共有し、改善点を話し合い、サービスに反映できるように取り組んでいる。	利用者(2名)、家族(2名)、地域住民(1名)、民生児童委員、町内会長、市健康福祉部介護福祉課長、地域包括支援センター職員の参加の下、2ヶ月に一回開催し、そこでの意見や情報をサービスの向上に反映できるように取り組んでいる。	
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	市の担当者には日頃から事業所の運営方針や事業所の実情を報告し、積極的に情報を共有している。課題が発生した際も、解決に向けて協働関係を築いている。	市の担当者とは日頃から連絡を取り合い、事業所の運営方針や実情を報告する等して情報の共有に努めている。課題が発生した時も解決に向けての協働関係を築いている。	
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	ホームの門扉は夜間以外は開放しており、利用者が出て行く場合は「希望外出」と捉え、見守りや付き添う支援を行っている。洲本市五色健康福祉総合センターでは高齢者虐待・身体拘束に関する委員会を設け研修を行っている。	事業所の門扉は夜間以外は開放しており、利用者が出ていく時は見守りや付き添う支援をしている。近隣の人とは見守り、声掛け、連絡をしてもらえる関係が築かれている。洲本市五色健康福祉総合センターでは高齢者虐待・身体拘束に関する委員会を設け研修を行っている。	
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	高齢者虐待防止法等に基づいた研修を実施し、年2回高齢者虐待・身体拘束廃止に向けたアンケートで職員の意識を高め、福祉施設職員としての義務についても再確認している。	高齢者虐待防止法等に基づいて研修を実施している。職員に、年2回高齢者虐待・身体拘束廃止に向けたアンケートを行い、意識の向上を図り、再確認をしてもらうようにしている。	

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	成年後見制度については1回／年の研修を実施している。 昨年度は地域包括支援センターに相談・連携し、利用者1名が制度利用を行っている。	成年後見制度について、年一回の研修を実施している。一人の方が制度を利用されている。制度利用に関する情報提供や相談もしている。	
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	契約前にホーム内の見学と事業所の運営方針・契約内容について十分に説明し、理解を得て契約を行っている。また、家族等の不安の解消のため重度化した場合の対応についても説明している。	契約の締結時には、運営方針・契約内容について十分に説明し、理解を得てから契約している。事故補償関係(起こりうるリスク)・個人情報保護や重度化した場合の対応方針についても丁寧な説明に努めている。	
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	サービス内容については、年1回利用者・家族等に対してアンケートを実施し、結果を報告し、ホーム内にも掲示している。また、玄関に意見箱を設置し、運営推進会議でも家族からの意見を頂き、サービスに反映できるように取り組んでいる。	年一回利用者・家族等に対してアンケートを実施。結果を報告し、事業所内に掲示している。運営推進会議や懇親会等でも家族から意見や要望を聞き、サービスに反映するようにしている。	
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	毎年度の方針は職員で意見を出し合い決定している。また、職員会議、ミーティングでも随時運営に関する事項と一緒に検討する機会を持ち、情報共有しながら取り組んでいる。	毎年度の運営方針は職員で意見を出し合い決定している。毎日のミーティング、月一回のユニット会議や職員会議でも意見や提案を聞き、運営に関する事項と一緒に検討している。	
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	職員数は制度で決められた日中3:1以上を配置し、多様な希望に合わせた活動が展開できるよう努めている。勤務交代、年休消化についても、できるだけ希望が叶えられるよう調整している。		
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	本体施設、法人内外で行う研修に参加し、ミーティング等で伝達研修を行い、日常の支援に反映している。また、質の高いサービスを継続的に提供するために資格取得を奨励し、情報・資料提供、研修参加など支援している。		
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	外部研修を通じて交流会に参加する機会を設けている。実習や交流会で得られた情報や知識をミーティングで報告し、サービスの質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
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	家族等の情報を基に、利用者の希望や言動を優先に考えるようにしている。また、情報を個人のものにせず、毎日のミーティングで共有し、その情報を生かしながら本人とのより良い関係作りに役立っている。		
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	サービス導入時は特に家族の不安も大きいため、相談する家族の立場に立ち、入居前から入居時に家族の思いをしっかりと受け止め信頼関係を築いている。		
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	利用者、家族から思いや希望などを聞き取り、意欲や身体機能を生かせるよう職員間で話し合って必要な方法を検討し支援している。また、画一的でなく柔軟な希望に対応できるよう努めている。		
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	食事、外出など、生活全般について利用者が自己選択と自己決定できるよう支援している。家族と職員が話し合い、協働しながら活動展開ができるように心がけ、共に笑って暮らせる関係性を築いている。		
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	家族との連携を重視し、いつでも面会しやすく、家族と過ごせるよう空間や対応について配慮している。また、一緒に楽しめる活動を増やし、本人を支える支援を行っている。		
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	読書や生け花、陶芸等趣味の継続や地域・近所の友人との交流など、これまでの馴染みの関係が継続できるよう配慮している。また、宗教活動等も希望により継続されている方もおられる。	読書や生け花、陶芸等の趣味を継続できるように支援することにより、馴染みの人や場所との関係が途切れないように支援している。散歩で訪れる公会堂のサロンでも地域の友人・知人と交流の機会がある。	
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	利用者の個性や利用者間の人間関係の把握に努め、職員を中心に会話・活動を進めるのではなく、利用者を生活の中心において利用者同士の会話が楽しめるような関係づくりを心がけている。		

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
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	長期の入院に伴い退居された場合であっても、退院が決まれば連絡を頂けるよう家族と話し合いをしている。家族やケアマネジャーから経過報告を聞き、再入居の相談等にも対応している。		
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	入居当初の情報に加え、日々の関わりの中で得た希望や意向などをアセスメントシートに追記し、職員間で情報共有して対応できるよう努めている。意向の把握が困難な場合は、家族からの情報等を参考にしている。	日々の関わりの中で希望や意向の把握に努め、毎日行っているミーティングにおいて情報を共有している。今年度の事業所計画の一つは「夢を叶えるプロジェクト」(3つの夢を叶える)で、本人から希望を伺い夢を叶える支援に努めた。	
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	入居時に聞き取りした生活歴シートおよび入居後に利用者とのコミュニケーションや家族から得た情報を職員間で共有している。在宅で担当していたケアマネジャーとも連携し支援経過を把握している。		
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	利用者の一日の生活の流れが分かるように、生活状況を詳細にケース記録に記載している。また、年に2回、ADL検査を実施し、身体機能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	家族の面会時などでは生活に対する意向を確認している。カンファレンスは本人同席で、ホームでどのような生活を望んでいるのかを再確認している。毎月モニタリングを実施し、現状に即した具体的な介護計画を作成している。	介護計画は家族の面会時に生活に対する意向を確認し、話し合っ作成するようにしている。カンファレンスは本人同席で意向や希望を再確認している。月一回モニタリングを実施し、現状に即した介護計画を作成している。ケアプラン一覧表を作成し、情報を共有することによってよりの確なサービス提供に努めている。	
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	個別に日々の様子やケアの実践・結果等を日誌・ケース記録に記入して情報共有している。また、日々のミーティングを利用して気づきを共有し、介護計画の見直し等に活用している。		
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	その時々利用者の希望である「犬を飼う」「墓参り」「散髪」「外食」「買い物」「宗教活動」等への参加や病院の付添など、できる限り柔軟な対応を心がけている。		

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
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	図書館・地域の行事・社会福祉協議会や地域の公民館・文化センターなど様々な場所を訪れ、地域の方と交流し、豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。例えば、「いきいき百歳体操」「陶芸教室」等		
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	利用者の馴染みの医師(かかりつけ医)による継続的な医療支援を行っている。また、事業所として協力医療機関との連携を良好に図り、必要に応じて往診や緊急受診ができるような体制を整えている。	利用者が継続的にかかりつけ医に受診できるよう支援すると共に、協力医療機関との連携を良好に図り、必要に応じて往診や緊急受診ができるよう体制を整えている。	
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	利用者の状態変化や気づきは、毎日のミーティングの時間を利用し、職員間で情報共有している。また、必要に応じて主治医や看護師に相談・指示を仰いでいる。医療的な課題は看護師から研修を受ける機会をつくっている。		
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。	入退院に関して利用者・家族に不安がないよう、医療機関や関係機関と連携を図り、適切な情報が提供できるよう努めている。また、早期に退院できるよう入院中の状態把握に努めている。	入退院時には医療機関や関係機関と連携を図り、情報交換や話し合いを行っている。入院時には管理者又は看護師が病院に面会に行き様子を把握し、医療連携室とも話し合いをもちながら早期退院に向けての支援に努めている。	
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	終末期の対応方針を定め、入居時には重度化した場合の対応や指針を書面で説明して同意を得ている。家族の意向を確認しながら、医療機関と連携を図っている。	入居時に重度化した場合の対応や指針を書面で説明して同意を得ている。重度化した場合は、家族と十分な話し合いを持ち、医療機関とも連携しながら支援に取り組んでいる。	
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	看護師を中心に事故発生時や緊急時に備えた訓練や事故検証を行っている。また、AEDの使用法や急変時の対応など職員間で周知しておくため、関連する研修に積極的に参加し、参加者は伝達研修を行っている。		
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	年2回消防署の指導の下、火災発生時の対応について指導を受けている。訓練には地域の方の参加・協力を得ている。本体施設での救命講習に参加し、ミーティングで報告し情報の共有を図っている。	年2回消防署の指導の下、震災を想定した火災発生時の避難訓練をしている。訓練には地域の方の参加・協力を得て一緒に訓練を行っている。災害時の発生時に備えて缶詰・水・米等の準備をしている。	年2回の訓練は行われているが、今後職員訓練のスキルアップと目的意識の向上を図るため、訓練回数増加と質の向上を目指し、より安全な施設となる様に、対応する事を望む。

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	接遇マナーの伝達研修を実施し、利用者のプライバシーや尊厳について職員の意識向上を図っている。「あったかサポート実践運動」というツールを用いて、人権の擁護等について自己評価・相互評価を実施している。	接遇マナーの研修並びに伝達研修を行っている。「あったかサポート実践運動」というツールを用いて、人権擁護等について自己評価・相互評価を実施し、日々のケアの向上に活かしている。	
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	日々のコミュニケーションの中で、利用者の思いを汲み取り、外出・入浴・食事・余暇活動などの個別支援に反映している。		
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	1日の流れはスケジュール管理せず、一人ひとりの希望や状態に応じた対応に心がけ、その人らしく楽しく暮らせるよう支援している。		
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	個人の希望に応じた衣類や化粧品を購入したり、馴染みの美容院に通うなど、身だしなみやおしゃれができるよう支援している。		
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	メニューを決めるところから、買い物・調理・片付けまで一連の活動は利用者が主体的に参加し、生き生きと楽しめるよう支援している。年間を通じて自分たちが畑でつくった野菜を献立に応用している。	翌日の献立を利用者と相談・話し合いをして決めている。毎日の食材の買物は近くのスーパーに出掛けたり、調理・片付け等の作業を職員と利用者が一緒にしている。畑で作った野菜や漬物・カリン酒等が年間を通して食卓にあがっている。	
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	利用者毎の状態を把握し、食事、水分の摂取量を記録し、必要な栄養が確保できているかチェックし、毎月体重測定を実施している。また、栄養バランスや嚥下等の問題については看護師・栄養士等に相談している。		
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	食後は利用者の習慣や個々の有する力を生かしながら口腔ケアを支援している。また、スポンジブラシや舌ブラシなど、その人に応じた福祉用具を使用し、口腔内の清潔を保持している。		

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	自立の人の見守りや失禁の見られる人は個人の状態に合わせた排泄時間、パンツ、パット等の利用で工夫している。本人の能力を生かしてトイレでの排泄を中心に支援している。	トイレでの排泄を中心に個々人の状態に合わせた排泄支援を心掛けている。	
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	便秘の人は薬に頼らず、食事、飲み物(オリゴ糖、牛乳、ヨーグルト等)、運動等でスムーズな排便ができるよう支援している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	曜日・時間・回数等本人の希望に合わせて入浴を楽しめるよう支援している。入浴はマンツーマン対応でプライバシーに配慮し、今年度は夜間入浴に取り組んでいる。	週2～3回、本人の希望に合わせて入浴して頂いている。今年度は夜間入浴に取り組まれ、1～2人の方が夜間入浴をされている。	
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	食後は居室や和室等で自由に休息を取りながら過ごせるよう支援している。夜間も落ち着いて休めるよう、居室の温度や照明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	薬は個人毎に名前を入れて分けている。服薬内容は一覧表にし、職員が各利用者の疾患や服薬内容を把握しやすいようにしている。症状の変化があった場合は、かかりつけ医に報告している。		
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	料理・洗濯・野菜作り・動物の世話など、各自が楽しみごとに意欲的に参加している。また、趣味の継続や楽しみのために希望に合わせた外出活動も積極的に支援している。		
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	利用者の希望に添って、個別外出(買い物、外食など)ができるよう支援している。また、家族の面会時などに情報を聞き取り、個別外出に繋げている。家族と外出できる時は、協力を得ている。	利用者の希望に添って、個別外出(買物、散歩、外食等)ができるよう支援している。一時帰宅して家族と共に友人を自宅に招待したり、母校訪問、温泉一泊旅行等個々人の希望に添った支援に努めている。今年度の外出支援は述べ1300回以上となっている。	

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	自己管理ができる方や少額なら管理ができる方、管理はできなくてもその場で支払いができる方など、個人の状態に合わせ家族と連携を図りながらお金を使えるように支援している。		
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	電話や手紙は家族や友人との大切な交流の手段であるため、本人の希望や有する能力に応じて支援している。携帯電話を所有されている方もいる。手紙などは投函に付き添っている。		
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	建物構造は管理的でなく、玄関、廊下、居間、トイレ等もゆったりしている。共用の生活空間は明るく開放感があり、ソファの配置等により、居心地よく過ごせるよう工夫している。季節感を演出する為の設えなどは、利用者と職員と一緒に考えている。	居間は広々としたバルコニーにつながり、明るく開放感がある。各ユニットに二か所のくつろぎスペースと和室があり、思い思いに過ごせる空間を設けている。玄関、廊下、トイレ、浴室等もゆったりとしている。	
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	各ユニットに2か所のくつろぎスペースと和室、広いバルコニーがあり、好きな時にいつでも一人で過ごしたり、家族や仲間同士で過ごしたりと、思い思いに過ごせる場所がある。		
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	本人の馴染みの家具や調度品を配置し、居心地よく過ごせるよう工夫している。また、思い出の写真や自作の焼き物、絵などを飾り自分らしい部屋になるよう支援している。	本人の馴染みの調度品が配置され、居心地よく過ごせるよう工夫している。思い出の写真や自作の焼き物、絵、書が飾られその人らしい部屋になっている。	
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	転倒等の事故がないよう家具の配置や照明に配慮し、混乱を招くことがないよう自室の表札(目印)を工夫するなど、環境面で配慮している。また、利用者一人ひとりの状態に合わせた用具の使用(シルバーカー、杖等)で安全に自立して過ごせるよう支援している。		

基本情報

事業所番号	2891500064
法人名	社会福祉法人 兵庫県社会福祉事業団
事業所名	グループホームひろいしの里
所在地	兵庫県洲本市五色町広石上113 電話 0799-35-1201

【情報提供票より】 平成 27年 1 月 16 日事業所記入

(1)組織概要

開設年月日	平成20年5月1日		
ユニット数	2 ユニット	利用定員数計	18 人
職員数	16人	常勤	13人 非常勤 3人 常勤換算 15.05人

(2)建物概要

建物構造	軽量鉄骨造り 1階建て
------	----------------

(3)利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

家賃(平均月額)	39,000円	その他の経費	水道光熱費 月 19,800円
敷 金	無		預り金管理料 月 1,000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	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(平成25年1月29日現在)

利用者人数	18 名	男性	3 名	女性	15 名
要介護1	6 名	要介護2	7 名		
要介護3	2 名	要介護4	3 名		
要介護5	名	要支援2	0 名		
年齢	平均 87.9 歳	最低 76 歳	最高 102 歳		

(5)協力医療機関

協力医療機関名	洲本市立鮎原診療所、洲本市立五色診療所、たかたクリニック、箱木歯科医院、新淡路病院
---------	---

目標達成計画

作成日: 平成 27年 3月 26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	介護保険制度改正に伴う事業運営を意識しつつ、さらに「利用者本位の支援」を継続する必要がある。	個別支援を実践する。	①運営に必要な介護保険制度の改正について最低限の知識を習得する。 ②「夢を叶えるプロジェクト」を継続し、利用者・家族等とのコミュニケーションから個々の希望や要望を引き出す。 ③個別支援内容をケアプランに繋ぐと共に、実現に向けて職員間で情報を共有する。 ④ケアプランと連動した利用者像が見える記録の充実を図る。	12ヶ月
2	2	認知症ケアの事業所として、専門性を高める研修の充実が求められる。	専門性が向上する。	①新任職員はもとより、全職員に対する年間研修計画を作成する。(センター全体の研修計画に準ずる) ②認知症ケアの基本・応用を段階的に習得するための研修を実施する。 ③特異な事例(周辺症状や病状の悪化等)については、事例検討の機会をつくる。 ④研修希望を優先しつつ、職場内外の研修への参加は最低1以上とする。	12ヶ月
3	3	開設8年目を迎え、さらに地域との交流が双方向の関係で深まり、頼りにされるような啓蒙活動等の機会を設ける必要がある。	より多くの交流の機会を意図的に企画・実践する。	①毎月第3日曜日の「四季遊彩」の年間計画を利用者と共に立案・企画し実践する。(H26:138人/年) ②広石保育園との交流は双方向で調整し実践する。(H26:5回/年) ③老人会・町内会・サロン等でGHの取り組みを紹介し、認知症への理解と相談の機会とする。	12ヶ月
4	4	より安全なグループホームとなるよう、災害時には利用者の安全を最優先した対応が望まれる。	災害時の職員訓練のスキルアップと目的意識の向上を図る。	①年2回以上の防災・避難訓練(夜間・地震等の想定)の実施と緊急連絡網や備蓄食品の扱い方を学ぶ。 ②地域住民等(消防団・警察・運営推進委員)に対し、訓練に参加・協力を依頼する。	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)

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(家族に向けた評価結果は4月の生活便りで報告する予定)
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()