

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31年 1月15日(火)	評価結果市町村受理日	令和1年5月17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31年2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)】

豊かな自然の中で四季を感じることでできるホームである。利用者のこれまでの生活リズムや暮らしが継続できるよう、「たくさんの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に、楽しく笑って過ごせる生活を目指している。ホームに入居することで、好きなことややりたいことをあきらめることがないように、個々の利用者の希望を尊重し、利用者本位の生活ができるように支援している。特に食事に関連する一連の活動(野菜作り、献立、買い物、調理等)は、利用者・職員と一緒に楽しみながら行っている。町内会の活動に参加し、利用者が地域の一員として暮らしている。また、「四季遊彩」と題して季節行事や文化的活動を年間8回開催し、より多くの地域住民との交流の場になっている。

【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)】

昨年5月1日に設立10年を迎えたが、町内会に加入し総会出席や清掃活動・祭りなどに積極的に参加し、今や地域に完全に定着したといえる。しかし設立後10年も経過すると、利用者の高齢化(平均89・9歳、最高齢106歳)と介護度の上昇によって、ケアに当たる職員の負担が増しているのも事実である。これらを乗り越えて管理者以下職員一同は、利用者本位の生活ができるよう懸命に支援に当たっている。転倒による骨折で入院後脳梗塞を発症し、退去を余儀なくされた利用者が、退院したら再入居を希望し、事業所としては医師と相談して、条件を整えば受け入れたいという。こういう姿勢が、利用者や家族に信頼されていることの証といえる。

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
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。	理念の具体的実践として、接遇等について、「あったかサポート」という評価指標があり、ケア対応について、評価しフィードバックする取り組みが継続してなされている。	
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	地域の町内会に所属し、町内会の総会や清掃活動、祭りなど地域行事に参加している。事業所では年間8回、地域交流行事として『四季遊彩』を開催し、地域住民を施設に招いている。また、小・中学校の行事に出向き、保育園とも定期的に交流行事を実施している。	「四季遊彩」という名で地域交流の機会が年8回企画されており、地域行事として定着し、地域住民のとっても楽しみな機会となっている。	
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	地域交流行事『四季遊彩』の開催、地域行事の参加、トライやるウィークの受け入れ等を通じて、認知症高齢者の理解に繋げている。また、認知症サポーター講座の講師を勤め、地域の人々へ認知症の理解を深めている。		
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、市職員が出席し、利用状況や活動状況の報告と意見交換を行っている。会議で出た意見については職員間で共有しサービス向上に繋げている。	運営推進会議では、家族はあらかじめ声掛けして依頼し、家族の代表者としての参加ができています。利用者はその都度都合がつけられる人をお願いし、参加の機会を配慮しています。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	市の担当者は運営推進会議に参加し、情報共有をしている。必要に応じて電話連絡し、その都度事業所の状況報告もしている。課題が発生した際は解決にむけての協働関係をとっている。	洲本市は、包括も市の直営であり、運営推進会議には、市の担当職員と包括の職員がそろって参加ができており、情報交換が充実している。	
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、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	利用者の行動を制限する行為(部屋の施錠、動けないように障害物を置くこと等)は身体拘束に該当することを職員間で話し合っている。また、ホームの扉も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、見守りや付き添い支援を行っている。サルビアホールでの職場内研修に参加し、ホーム内でも身体拘束に関する研修を行っている。	学びの機会としての研修は、施設内部においては、H30・6・7に、伝達研修の形式で取り組まれ、外部で研修を受けたものが講師となって、18名の参加のもと、情報を周知して共有することができています。	
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・身体拘束防止委員会が行っている研修に参加し、他の職員に伝達している。利用者への接し方の振り返りや年2回のアンケートを実施し、虐待防止についての意識をもてるように努めている。	伝達研修形式で、H30・8・9(19名)が実施されている。研修時間は、両ユニットにそれぞれ、見守り要員を置き、中間にあるスタッフルームからの見通しもよく、スタッフが同じ条件で共通の学びができる機会の確保が可能となっている。	

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
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	利用者にも制度を活用している方がいるため、地域包括支援センターに依頼して成年後見制度についての職場内研修を実施している。	現在、制度利用者が4名おられ、司法書士2名弁護士1名親族1名が後見人になっておられる関係もあり、1月21日に、洲本市包括の職員を講師に依頼し研修が実施された。	
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、質問等を受けながら、理解を得て契約を行っている。また、医療面に関しては看護師から協力病院の説明を行い、契約時には重度化した場合の対応方法など詳しく説明している。	施設の見学と、契約の説明については、利用者と、家族の都合を配慮し、個別に対応もしている。説明はほぼ半日くらいかけて丁寧に説明し、医療的な面については、看護師が説明できるようにしている。	
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	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。アンケートの結果について職員全員で振り返り、サービスの向上に繋げている。また、玄関に意見箱を設置し、運営推進会議や家族懇談会で意見や要望等を聞く機会を設け、サービス向上に繋げている。	毎年11月頃に利用者・家族を対象にアンケートを実施し、サービス向上につなげる機会をもたれている。	
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	毎日昼食後にはミーティング、毎月1回は職員会議を開き、意見や提案を聞く機会をつくっている。また、管理監督職による面談を実施し、勤務や運営に関することなど意見を聞いている。	具体的に、浴室内の手すりの設置や浴槽のふちに取り付ける福祉用具などについて、提案が出されている。施設も10年目を迎え、利用者の高齢化と共に、利用者の自立支援と、職員の介助介護の作業軽減についての提案である。	その他の施設設備面について、利用者の安全の確保と、事故につながる危険はないか、等日常業務の中で、気になる箇所の、総点検を職員目線で取り組まれてはどうか。
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	管理監督職による面談を年3回実施し、勤務状況などについての意見を聴いたり、要望を聴く機会を設定している。また、人事考課を行い、成績に応じた給与となるようなシステムを構築している。		
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、個々のレベルアップのために資格取得を奨励し、取得支援している。		
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	淡路ブロックグループホーム連絡会に参加し、情報交換している。外部研修の交流会に参加し、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	新規入居の利用者には、家族や担当ケアマネジャーから情報収集し、状態把握のために細かい様子観察と本人の要望を傾聴することを心掛けている。知り得た情報をミーティングで共有し、その情報を生かしながらより良い関係づくりをしている。利用者に対しては笑顔を絶やさず、同じ目線でコミュニケーションを図る等、安心できるような関係づくりに努めている。		
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	新規入居の家族には、見学段階から詳細な説明と、個々の要望や不明点については、具体的な対応方法などを説明している。サービス導入時は特に家族の不安も大きいので、相談する家族の立場に立ち、入居前から家族の思いをしっかりと受け止めながら信頼関係を築いている。入居直後は様子を電話にて報告し、面会時には本人の話を伝えたり、家族からの要望に対応する等、より良い関係づくりに努めている。		
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	担当ケアマネジャーや今までのサービス事業所からも情報を集め、本人や家族の意向をもとに必要なサービスを検討している。利用後も担当者会議を開催し、職員間でも情報を出し合い、その時点での最善のサービス提供に努めている。		
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	食事や外出など、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。常に利用者の意見を聞き、協働しながら活動展開ができるように心がけている。		
19		○本人と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な空間づくりをしている。家族とは電話や手紙での情報共有に努め、いつでも相談・連絡できる関係づくりに努めている。また医療機関の受診にも家族の協力を得ている。		
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	地域行事への参加、近所の友人との交流、年中行事の実施、いきつけの美容室での散髪など、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、入所前に取り組んでいた生花やカラオケなどの趣味や信仰などもできる限り継続できるよう支援している。	不定期ではあるが、幼馴染の元同級生が訪ねてこられる方がいる。市内で実施されている地元のいきいき100才体操のサークルに参加する人もある。	
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が同士の関わり合い、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支援している。レクリエーション、体操、気の合う利用者とは会話する等、利用者同士が楽しめるような援助を心がけている。		
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	家族の要望をもとに契約終了後の状態に応じて相談している。必要に応じて、再入所も含め、介護サービスの紹介や説明をしている。		

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	日々の関わりの中で得た希望や意向などを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。年1回利用者アンケートを行い、意向の把握に努めている。	利用者には、担当の職員が、「夢を叶えるプロジェクト」聞き取りシートを使って、1～3までの夢、やってみたいこと、行きたいところなどを対面形式で聞き取りを行って、希望がかなえられることを目指している。	
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	入所時に聞き取りした生活歴シートおよび入所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	毎日の健康状態・食事量、排泄状況、活動内容など1日の様子を個別のファイルに記し、いつでも職員間で状態が把握できるようにしている。詳細はケース記録に記載している。毎日ミーティングと職員間の申し送りをしており、その中で利用者一人ひとりの現状の把握をしている。		
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	担当者会議では本人・家族、管理者、介護計画作成者、利用者の担当支援員、看護師が出席し、施設生活に対する意見や要望を聞き、現状に即した介護計画の作成、見直しを行っている。また、日頃から気付いたことを職員間で話し合い、必要に応じて本人・家族、管理者や看護師に相談しながらケアの統一を図っている。	計画更新の期日に合わせて、日程調整を行い、本人・家族・管理者・介護計画作成者・利用者の担当支援員・看護師をメンバーとして要望や意見を交換し計画が策定できるよう、出席が無理な場合は事前に聞き取りを行い、総員の意見が反映できる取り組みができるようにされている。	
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時に気づきを共有し、介護計画の見直しに活用している。介護計画のモニタリングは担当者が毎月実施し、振り返りを行っている。		
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	利用者の希望をくみ取り、まずどうすれば実現できるかを考えている。できる限り実現できるように職員間で話し合い、できない場合でも代替案などを考えている。		

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、地域の公民館、地域行事などの社会資源を活用しながら、地域との交流を深め、豊かな暮らしを支援している。		
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	家族と協力しながら、利用者・家族の希望する医師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。	基本的に、5名の方は、通院については現在のところ、家族同行が可能である。その他、必要に応じて職員の同行対応ができてい	
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	利用者の状態変化などは毎日のミーティングで情報共有している。入浴時に身体の確認を行う等、異常の早期発見に努めている。異常があればすぐに看護師に連絡し、対応している。利用者の健康状態を確認し、看護師が主となり受診計画を行っている。また、24時間利用者の身体状況の相談に応じられるように、連絡体制を整えている。		
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。入院中は定期的に面会に行き、状態把握を行い、退院前にはカンファレンス等に参加している。	入院については、基本的には看護師と計画作成担当者がフェイスシートなど必要な医療情報を準備し、入院先の医療者と連携をとっている。退院時は、カンファレンスに参加して、情報を得て、施設での受け入れ準備などがされている。	
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	重度化した場合の対応方針を定め、入所時には書面で説明して、同意を得ている。重度化に伴い、家族の意向を確認しながら、医療機関との連携を図り、緊急時の対応についての確認やグループホームで可能な支援内容について職員間で確認している。	重度化した場合における対応の指針には、①重度化対応に関する考え方②重度化した場合の体制・協力医療機関などが明記され体制が整備されている。	
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	看護師を中心に緊急時に備え、研修を行っている。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。事故が起きた時には、検証を行い、再発防止に努めている。		
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、訓練には地域の方の参加・協力を呼び掛けている。また、震災や土砂災害の発生も想定した訓練を行っている。	H30・10・29洲本市消防署・防火設備事業者(株)ハウス防火設備等が立ち合いの元に、防災避難訓練が実施され、避難訓練も行われた旨、記録されている。	

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
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	利用者に対しての接遇は、あったかサポート実践運動を実行し、フィードバックを通して自己の振り返りを年2回行っている。また『接遇マナー』の研修に参加し、事業所内で伝達研修を実施している。個人の居室は個別空間と捉え、プライバシーに関する話は各居室内で行うように配慮している。また、排泄支援時や入浴支援時はプライバシーに配慮し、途中で戸を開閉することを極力	あったかサポート実践運動評価シートを活用した研修があり、特に言葉かけの実践は、マンツウマンで指導がなされている。	
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	利用者との信頼関係のもとに普段のコミュニケーションにおいて、利用者の要望を聴き取り、日常生活において、自己決定できるよう支援している。利用者が話すことはしっかりと傾聴し、自分の思いを話しやすい関係づくりに努めている。		
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し、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	日課に沿った生活ではなく、利用者の希望や思いが優先されるよう支援することを心掛け、その人らしく過ご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。着る服を選択できない利用者に対しては、前と同じような色柄の服を着ないように配慮し、行事や外出時はそれにふさわしい服を選んでいる。		
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	毎日の献立は利用者が主体となり決定し、買い物・調理・片付けまで一連の活動は利用者が主体的にできるよう、職員はサポートしている。食事については利用者一人ひとりの好みや嚥下状態を考慮して調理している。年間を通じて利用者と畑でつくった野菜を献立に活用している。	利用者が使用のお茶碗・お箸・ゆのみなどは、使い慣れたなじみの食器を持参してもらうようにされており、自身が陶芸教室に参加して作ったお茶碗で食事をされている人もある。	
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	利用者ごとの食事、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	毎食後に口腔ケア、義歯の洗浄、就寝前には義歯の消毒を実施している。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	排泄介助が必要な利用者については、排泄パターンを把握するため排泄記録をとり、定期的に評価しながら、できるだけトイレで排泄できるよう支援している。	排泄誘導パターンは、利用者個々のチェック表に記入し、職員間で情報を共有している。声掛けをするときは、本人だけに聞こえるように配慮されている。	
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	便秘予防のため、適度な運動を実施したり、水分量の確保、規則的な食事と飲み物（牛乳やヨーグルトなど）の工夫を行っている。できる限り便秘薬に頼らないよう、便秘傾向の利用者に対しては飲み物にオリゴ糖を入れている。		
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ている。入浴前に必ずバイタル測定し、浴室・脱衣室の温度、湯の温度調整を適正に行う等、安全に入浴できるように支援している。	脱衣室の椅子から浴室内に向かうスペースについて、職員からの意見で、手すりの設置や、椅子やクローゼットなどの配置換えを行い、体力が落ちた方も安全に移動できるようにしたいとの意見が出ている。	
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	個々の利用者が「安心して落ち着ける居場所づくり」を意識し、個別の空間として居室でゆっくり休息できるように照明や空調の温度設定などに配慮している。デイサービスの利用者は畳スペースで休息している。		
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	看護師が中心となって処方薬の管理を行っており、各利用者の疾患や服薬内容を一覧表にまとめ把握しやすくしている。症状の変化があった場合は、主治医へ報告している。誤薬事故防止のため服薬時は複数職員で名前と薬の内容を確認し、名前を呼んで薬を渡し、飲み込みを終えたことを確認している。		
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	各利用者の嗜好、楽しみ、趣味などの生活歴を一覧表にまとめ、ケアプランに反映している。料理・洗濯・野菜作り・レクリエーション、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	地域のイベント情報を掲示したり、利用者の希望を聞き取り、個別外出ができるよう支援している。また、家族とも外出できるよう協力を得ている。また急な希望や気分転換のための外出については、管理職に報告確認し即時に対応できるようにしている。	施設の敷地外へ出かけることを外出として位置付け、施設で飼われている犬の散歩に出かける人もある。また、広報紙の配布を目的に近隣保育所や関係先へも出かけており、季節折々の行事や関連施設との交流行事等で、外出の機会も多い。	

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
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	自己管理ができる利用者については、家族に充分説明し了解のうえ、少額を自己管理している。買い物外出などでは自己で現金を使用できるよう支援している。		
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	家族に電話が可能な時間帯を確認し、電話の取次ぎを行ったり、携帯電話を所持している利用者には充電等管理の支援をしている。また、必要に応じて手紙の代筆や投函の付き添いなどを行っている。		
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	全体的に開放感があり、利用者が落ち着けるようなスペース作りをしている。共用の生活空間は設え担当の職員を中心に季節の花を飾る、季節を感じられるような写真を掲示している。また、汚れに気がついたらすぐに掃除し、居心地の良い空間づくりに努めている。	リビングダイニングのスペースはゆったりとしており、どの位置に立っても、広いガラス戸や窓から外の景色が見渡せる。居室へ向かう廊下の壁には、みんなで出かけたしだれ梅の下での笑顔の写真が飾られており、明るい雰囲気である。	
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カ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、家族や利用者同士で過ごしたりと、思い思いに過ごせる場所がある。また屋外にはベンチを数多く設置している。		
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	家族とも相談しながら、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、思い出の物、絵などを飾り、自分らしい部屋になるよう支援している。	居室入り口には、名前の横に、出身地のなじみの商店街の写真が飾られていた。調度品の衣桁は、年代物で、嫁入り道具を連想させるものであった。作り付けの押し入れは、戸袋があり、建具は、ふすまが入っており、雰囲気がある。	
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	転倒予防のため、家具などの配置に配慮し、居室表札には馴染みや好きな写真を掲示し、自室がわかるようにしている。移動用具はできる限り自力歩行ができるよう歩行器やシルバーカーなどを使用している。		

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	洲本市五色町広石上113 電話 0799-35-1201

【情報提供票より】平成 31年 1月 30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	利用定員計	18名
職員数	16 名	常勤13名	非常勤3名 常勤換算14.1名

(2)建物概要

建物構造	軽量鉄骨造り
	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)	39,000 円	その他の経費(日額)	水道光熱費1万円 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(2月 26日現在)

利用者人数	18 名	男性	3 名	女性	15 名
要介護1	3 名	要介護2	8 名		
要介護3	3 名	要介護4	4 名		
要介護5	0 名	要支援2	0 名		
年齢	平均 89.9 歳	最低 80 歳	最高 106 歳		

(5)協力医療機関

協力医療機関名	たかたクリニック・洲本市立五色診療所・洲本市立鮎原診療所
---------	------------------------------