

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	4390102236		
法人名	一般社団法人 未来会		
事業所名	グループホームはぎの里		
所在地	熊本市北区植木町鞍掛1782番地		
自己評価作成日	令和2年1月7日	評価結果市町村受理日	

※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	http://www.kaigokensaku.jp/43/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 あすなる福祉サービス評価機構
所在地	熊本市中央区南熊本三丁目13-12-205
訪問調査日	令和2年2月12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)】

令和2年4月25日を持ち開設満2年目を迎えるグループホームはぎの里。
利用者様9名の安全安心より良い環境作りを実践しているグループホーム「はぎの里」。
利用者様の健康面を配慮し自立支援に向けた支援に取り組んでいるグループホーム「はぎの里」。
家族との関係作り地域との交流に趣きを置き地域に開かれたホーム作りを目指している「はぎの里」。
食事については開設当初からのこだわりで田崎市場直送の鮮魚、肉は肉専門問屋からの直売。
米は七城農家直売米です。野菜は葉物から根菜を300坪の自畑で無農薬栽培に取り組み食卓に提供しています
調理士資格を持つ職員が四季折々の献立で食卓を賑やかに食べ残しがないように調理しています。
9名の利用者様が笑顔一杯で毎日が暮らせる支援を継続できるように取り組んでいる「はぎの里」です。

【外部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)】

昔ながらの隣近所の関係性が色濃く地域の中にあるホームは、運営推進会議を巧みに生かした避難訓練や、委員の力を借りながらの行事、散歩時の歓談や小学校の運動会には入居者の出番の機会もある等地域社会資源を生かしている。まだ開設して2年ではあるが地域の中での生活が拡充され、「入居者と一緒に暮らしを楽しむ」とする理念を具体的な形で実現させている。職員の自然体での対応と根拠のある支援は最高齢99歳という入居者の日常に表れ、認知症としてだけでなく多角的に見て行動や言動があるがままに受容していることは排せつ支援等に表れている。また、残存能力を生かした日常であることも、車椅子を使用していないことや、掃除への取り組みや端切れでの袋縫い等に見られ、代表・管理者を中心に、入居者と職員が労いながらの生活に家庭感を醸したホームである。

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 ↓該当する項目に○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				

自己評価および外部評価結果

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			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	出退社時には利用者様へ一声をかけることで職務交代が分かり、穏やかな雰囲気を保ち寄り添える介護に繋がっている。	地域の名称をホーム名に、心地よく安心して暮らしができる場所として、入居者と一緒に暮らしを楽しむことや笑顔で退屈しない日々の暮らし等を理念として掲げている。入居者と職員との掃除等グループホーム本来の姿で日々を過ごしている。管理者は、“人”としての関わりや信頼関係に注視してケアについて指導し、職員も自然体で関わっている。先行する小規模多機能事業所の実践もあり、地域の中での初期基盤は確立し、気軽に立ち寄れる環境が出来上がっている。	
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	駐車場周囲の道路の草取り清掃及び出入口の清掃草取りを定期的に行いホームまでの道のり近隣者との言葉かけで地域の中で暮らしをしている事を実感又小学校の行事に参加又子供会を招き一緒に交流している。	昔ながらの付き合いが色濃く残る地域のあり、散歩中の声掛け「行きよんなー」や歓談、野菜や花の苗等の差し入れ等一軒の家としての付き合いが行われている。ホームの行事には運営推進会議委員や老人会からの手伝いもあり、小学校の運動会では入居者の活躍の場(つなひきや総踊り等)をあり、学習発表会への招待、校区の文化祭・フォーカリー等に出かけたり、地域サロンへの参加等地域の中での生活は拡充し、自主的な道路清掃等地域の一員として積極的に地域に関わっている。	
3		○事業所の方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	地域のサロン活動に利用者様と職員が一緒に参加して近隣者との交流に溶け込み会話の橋渡し会話が成立するよう地域の方へ働きかけて認知症への理解を求めている。		
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	会議で現状を報告、適宜地域性に沿った対処方法などの指導を受け利用者様へのサービスの質の向上に繋がっている。	定期的開催する運営推進会議は、日常生活等を基にした意見交換や雑談等からも意見等を見出し、その場で解決する体制としている。食事を兼ね運営推進会議後に防火訓練を行う等工夫した会議であるが、家族の参加は難しい状況のようである。ふれあい祭り等ホームの行事には運営推進会議メンバーも準備段階から関わられる等委員も好意的であり。	家族の参加は難しいかもしれないが、参加の有無にかかわらず家族にも通知し意見や提案を広く聴集できる体制としたり、議事録に委員からの意見や提案を記載いただき、全職員で検討されることを期待したい。

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			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
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	市町村との連携は事業所の実情やサービスの取り組みについては単独では判断せず熊本市役所介護保険課又は包括支援センターへ相談報告を行い協力機関の連携を図っている。	運営推進会議への地域包括支援センターからの参加時に情報を発信し、不明な事案には随時行政及び地域包括支援センターと相談する等協力関係を築き、行事等の情報を得ている。また、管理者はラン件の実行委員長として地域包括支援センターとの協力や企画・参画している。	
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「介護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	身体拘束はない。	身体拘束廃止委員会を3ヶ月毎に開催し、朝・夕の申し送りのなかで、言葉遣いを含めて注意喚起している。オープンな環境とセンサーも無く、職員は夜間帯も目・耳を生かし、少しの物音にも気づきを持ってケアに当たっている。また、新聞報道を常に話題に上げ、マンネリ化対策とし、職員の手引き歩行等により車いすも使用していない。	
7		○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	虐待についてもない。		
8		○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	研修参加の計画をしている。 家族の申し出により現在活用中の方も居る。 相談を受けた場合は関係機関へ連絡活用できる支援をする。		
9		○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	契約は代表者又は管理者が行うことにしている 契約書を読み、疑問点不明な点がないように相手の身になり説明をしている。 理解納得されたからの署名押印を頂くようにしている。		
10	(6)	○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	ご意見箱の設置はしているが意見の投函はない家族面会時には気軽にお話をすようにしている 日頃の身体に関する事暮らしの様子などお伝えし家族の意見考えなどを聞き日常の業務に活かし運営推進会議に繋げている。	利用料を持参払いとすることで家族の訪問を促すこととして、家族と入居者との関係性の継続に反映させている。家族には何かあれば申し出て欲しいと依頼し、訪問時の状態報告や意見等を聞き取りしている。家族からは話やすい等が出される等家族の訪問は多く、秋祭り等の行事を家族との交流の機会としている。	ホームページができたことで家族の情報源として満足との意見が出されている。意見箱の利用は無いとの事であるが、今後も家族の忌憚りの無い意見や提案を収集し、サービスに反映されることを期待したい。

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			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
11	(7)	○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	主任制度を取り入れて職員間の意見の吸い上げを行い提案事項の検討をする。報告連絡相談を徹底させている。自主勉強会と称し月2回設定。 職員に異変を感じたときは早期に対処解決して運営に反映させる。	主任制度を採用し、職員が何でも言える環境づくりとして現場職員は主任に申し出る体制を敷き、ボトムアップを図っている。管理者は職員の表情にも気遣いながら声を掛け、勉強会や月2回の主任以上の職員での会議なかで職員の意見等を検討し、仕事をしやすい環境作りとして方向性を統一している。	
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	職員の性格を把握し向上できる声かけを基に職場の雰囲気注意到注意を払い誰もが安心して働ける環境作り又公平に働ける環境に努めている。性別資格年齢は評価の対象にはしていない、日々努力する人、気付きのある人が最適です。		
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	手技だけでは介護は充分ではないと感じる。 その人の見になり考えて言葉をかけて真摯に向き合い自己研鑽することも必須。 勉学に励み外部受講を希望する時は優先的に受講を進める。		
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	同業者との勉強会研修会には積極的に職員を交代で参加させている。地域密着型サービスの会で催事企画は更に参加している。		
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	話しやすい、居ごちの良い環境を作りゆったりとした雰囲気傾聴する。 不満要望を一度で聞くのではなく最短で時間が持てる時に聞き関係を深める。		
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	話しやすい、居ごちの良い環境を作りゆったりとした雰囲気傾聴する。 利用前にご自宅訪問時間の許す範囲で話を聞く機会を設け、家族の思いを傾聴、聞いた内容で優先順位を一緒に決めて関係性を深めていく。		
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	傾聴した内容で優先順位を確認する。 本人家族にとり都合がよく安心して暮らせるサービスの展開選択し利用できるような対応する。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			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
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	利用者様ができる事も含めて与える与えれることで共に暮らす者同士の関係を築いている。		
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	面会時又は定期受診日に家族との接点を持ち日常の話等情報共有を図っている。家族の思い意見を取り入れて離れて暮らす家族も安心できる関係性を築いている。		
20	(8)	○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	面会時間の規制はなし、家族近隣者、誰でもいつでも立ち寄れるホームにしている。女学生時代のお友達が気軽に尋ねることもある。	家族や弟夫婦等の親族及び長く付き合いのある友人の訪問、友達との食事会に家族も同行される等これまでの関係性を家族も巻き込みながら継続させている。入居者同士や職員との馴染みの関係も出来上がり、家族による墓参の支援や、季節毎の行事や恵方巻・豆まき、子どもみこしの訪問等四季折々の慣習を継続させている。	
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	利用者様の座席はいつの間にか決まっているしかし顔の見える設定になっており一人の姿が見えないと「どげんさした」「具合の割るか？」など心配の声が上がる雰囲気では支え合いの姿勢は自然とできている。		
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	退去されても家族から相談あれば状況に応じて家族が安心できる支援を手伝う。		
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	(9)	○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	利用者全員の希望に沿う事は難しいので一人一人の思いに寄り添うことに趣き、表情、行動や言葉かけの返答なども含め職員で共有し本人把握に努めている。	管理者は、入居者に寄り添い、“瞬間”が大切であり、気づく力が重要であると職員に指導し、意思疎通も難しい状況もある中で、表情や行動から推察したり、声掛けの工夫(目線での話し掛け、うなずき、はいいいえで返答できるような話し掛け等)や笑顔もバロメーターとして捉えている。気持ちシートを活用し、プランに反映させる等具体的に検討している。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			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
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	利用前に面談、生活の場所を確認することを励行している。 実際に見ることで本人の生活史を知る事ができる以前のサービス利用経過状況も把握できる。		
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	利用前から利用に至るまでの情報を共有。 入居時からの情報は介護記録に記入職員間で共有しその人に沿った身体状態を把握する。		
26	(10)	○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	毎日の申し送り及び月2回の自主勉強会でその時々で不足しているケア、内容の変更など検討を行い即実行に移す体制にしている。 家族の面会時には日常の様子を伝えて要望を聞き情報の交換をして計画に活かしている。	日常生活を中心としたプランとして、「忘れて当たり前」と捉え、楽しい生活をケアする事を視点としたプランは、介護への願いややりたい事等を中心に、まずは環境に慣れる事からスタートし、楽しく暮らしたいとする入居者や家族の意向を中心にしたライフサポートプランを作成している。3ヶ月毎のモニタリング等職員の観察と、申し送り等により随時検討する等職員の気付きや観察を生かした具体的なプランが作成されている。	
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	毎日の申し送りで気付いた事や工夫したいことを提案する。 見直してできる内容はその日のうちに見直します。 実践した結果を共有見直しに活かしている。		
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	ニーズは変化するので優先順位を決めて柔軟な対応で満足度が得られる対処を行っている。		
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	ホーム所在地の地域資源を活用している。 地域のサロンに出向き出前講座を聞く、小学校の運動会を応援観覧に行く等出向くこともある又 防火訓練は地域住民地元消防団員民生委員と地域のつながりで協力を得ている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			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
30	(11)	○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	協力医もあるが利用開始にかかりつけ医の確認をしている。 本人とかかりつけ医の関係を大切に定期受診には同行している。顔の見える関係が継続できるように支援を継続している。	本人・家族の希望するかかりつけ医を支援しており、初診や必要に応じて家族の同行を依頼している。歯科については、まずは家族に受診をおこなってもらい、納得のもと治療を開始してもらうようにしている。管理者は看護職と介護職が方向性を統一することや、心身の状態変化等に普段から気づきが重要であり、慌てないケアを指導している。	
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	看護職介護職は両輪。 医療的な事は看護師が判断する医師との連携を図る。医師から得た情報は看護介護問わずに共有する。適切な受診、医療情報、医療的に必要な手技、ケアの方法等看護師が支援している。		
32		○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。	入退院時は管理者が病院との連携を図る。情報提供書を作成する。 入院中面会を心がけ病院関係者日常的な関わり等の話をして関係者と顔の見える関係作りをしている。		
33	(12)	○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	終末期に向けた説明は申し込み時に家族に説明し了解を得ている。 利用者様のかかりつけDrと報告連絡相談ができる体制は整えている。 職員の自主勉強会で看取りにつて学ぶ機会を設けた。	入居時に重度化・終末期の体制を説明し、継続した医療支援が必要であれば、その都度本人の状況を見ながら支援の有無を検討している。本人・家族が穏やかな時間を過ごせるよう、その方のラストステージについて話し合い、主治医の判断で自然な形での最終に寄り添えるよう勉強会を設けている。今後も、本人・家族が苦にならないよう検討するとしている。	「私の姿と気持ちシート」の中に、ターミナルケアに関しての要望が記されており、職員は入居者とのコミュニケーションを日頃からしっかり取っておくことを管理者より伝えられている。今後も今だから出来る支援に家族と一緒に努めていかれることを期待したい。
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	日常業務の中で緊急時の対応についての指導は行っている。特に夜間帯では状態確認後施設携帯電話で施設代表者(隣接に住居)に連絡応援者を呼ぶ。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			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
35	(13)	○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	年に2回防火訓練をしている。地域の消防団近隣老人会民生委員自治会長と消防職員車両と多くの方の協力を得て開催している。通報伝達は火災通報専用電話機職員連絡網を活用する。 災害時に備えて米と塩、海苔は常備している。	消防署や地元消防団、地域代表者などの参加を得た夜間想定訓練及び机上訓練を実施している。運営推進会議のメンバーが利用者役で参加される等、毎回有意義な訓練を実施し、訓練後の総評を全員で聞き、次回に生かすこととしている。食備蓄として米と塩は常時多めに確保しており、台風発生時は予報を聞いて必要な品を揃えている。また、発電機も備わっている。火災については、日々の安全確認を徹底している。	昨今の自然災害のもたらす被害は想像を超えるものがあり、今後も火災に加え、自然災害についても意識を持って有事に備えていかれることを期待したい。また、訓練には家族の参加は難しいようであるが、引き続き働きかけを期待したい。
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○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	一人一人の傍で話をするように心がけている。 利用者様については大きな声で話をしない。 その人に沿った語りかけで言葉使いに注意している。	運営者や管理者は、立つ位置を考えたケアや、ぽつんと一人にさせず、必要なかわり、状況によっては、遠くからの見守りを大切にケアなど日頃から職員へ伝えている。また、守秘義務の徹底についても、会議等で周知を図っている。呼称は苗字にさんを基本としているが、その方が安心される呼び方があれば、家族の了解のもと対応している。居室へ入る際は、在室の有無にかかわらずその方の大切な空間としてノックを徹底している。	
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	簡単に確認できる問いかけをする又日常暮らしの中でしぐさや話す内容を聞き今感じている事や思いなどをくみ取っている。		
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	その人らしい暮らしができる支援を優先している 外出の希望あれば近隣に短時間散歩などを問い入れてその日の気持ちに沿えるように支援している。		
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	持ち込みの洋服の中から好みの洋服を選んでいる。小綺麗な身だしなみに心がけている。 朝の洗顔後や入浴後には化粧水をつけて小綺麗に肌の潤いをたもつ支援を行っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			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
40	(15)	○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	テーブルを一緒に囲み食事やお茶を共にする。 食事は刺身、魚の煮つけ等バラエティーな献立で食べ残しが無いほど食欲がある。 準備や片付けは身動きが可能な方と一緒に動き食事の時間を迎え終わっている。	精肉・鮮魚、米(七城産)、菜園や地域よりの差し入れ野菜など、こだわりの食材で季節感のある食事を提供している。また、定期的(10日ごと)に刺身もメニューに取り入れることで、更に入居者の喜びにつながっている。担当者を中心に手作りされる料理を、ゆっくりとした雰囲気、職員も一緒に摂る事で、品数が多くても残菜はほとんどなく完食されている。入居者も食材の下ごしらえや洗い物をはじめ、ひとじの根揃えや、干し柿作り等、一人ひとりに応じた食へのかわりを支援している。	三食に必ず汁物が付いていることは、のど越しもよく具材で季節を感じることが出来ている。おやつも10:00や15:00に加え、夕食後も果実や一口おやつで茶話会を楽しんでいる。食事支援ではグループホームの本来のあるべき姿を目指しており、今後も変わらぬ支援の継続に期待したい。
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	外注した献立を使用している。 水分は適宜お湯のみにお茶をついで進める。 たくさん量ではなく飲みやすい手ごろな量を頻回に進める。お茶以外にコーヒーやジュースとバラエティーに提供支援している。		
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に、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	毎食時の後に義歯洗浄湯声かけ誘導している、夜間は義歯外して消毒している。義歯に不具合又は治療が必要な時は歯科受診を受けて口腔内は物を咬む義歯の調整飲み込みなどトラブルがないように注意している。		
43	(16)	○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	昼夜ともにリハビリパンツを使用している方もトイレで排泄継続している。 尿意便意を大切にしている。 トイレに使用後はトイレに行き排泄内容を確認している、こべつに排泄回数も確認し支援している。	日中や夜間もトイレに誘導している。リハビリパンツの使用が多いが、布パンツで過ごされる方も2~3名おられ、排泄状況を職員間で共有しながら、可能な限り自立の継続ができるようにしている。また、トイレは汚れや臭気などが無い小まめに確認を行い、気持ちよく使用できるようにしている。頻回にトイレへ行かれる方にも、本人の排泄感を否定せず、見守りと使用後のトイレ内確認が行われている。	
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	緩下剤服用時には反応便の確認をしている。 主治医に相談して緩下剤処方を受けている便の状態調整の指示も受けて対応している入居者様については受診時に報告する。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			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
45	(17)	○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	入浴開始時刻は通常15時30分と計画している。 入浴は割り振り週3回を基準にしている、その日入浴拒否があった時は翌日に入浴するなど規定通りにならない日もありその日で対処支援している。	手入れされた竹林を眺めながらの脱衣やゆっくりとした入浴は、ホームの生活の中でも楽しみの一つとなっている。基本的に週3回の入浴としているが、拒否の場合や体調によっては、翌日に変更するなど、個々に応じて支援している。同性介助については初めに希望を確認しており、現在は、職員との関係性から拒否の方はおられないようである。入浴の開始時間も夕方にかけて実施することで、夕食もさらに美味しいものになっている。脱衣所や浴室内は清潔や整頓を心掛けることで、気持ちの良い入浴につながっている。	
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	夕食後は自由に就寝できるよう消灯時刻は決めていない。 寝具類は天候に併せ布団干しシーツなど洗濯はこまめに行い快適な睡眠になる支援をしている。		
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	服薬は手渡し飲み込むまでを確認する。 看護師が確認して一日分を朝昼夕をそれぞれの袋に入れて管理する。服用時は朝昼夕その都度の薬袋ごと持ち出し職員二人で確認その後服用介助する。薬変更内容については情報共有必須。		
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	一人一人の生活史を理解して役割支援を心がけている。 身体能力を活かし、出来る事を手伝う、役割を持つという気持ちの活性化に繋げている。		
49	(18)	○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	近隣廻りで朝夕の散歩、戸外へのドライブは要望に沿い対応している。近隣廻りでは地域の方との挨拶顔の見える関係を構築中。戸外へのドライブは天候がよい時に出るようにしている。 家族で墓参りや帰省等の日時はそれぞれの家族が決めている。	近隣の散歩や、敷地内の花壇に植えられた花苗の開花は、入居者が外気に触れる機会を後押ししている。花見や渋柿の収穫、みかん山へのドライブなど季節毎に出かけ、職員と一緒に渋柿の収穫に精を出される様子など、外出の様子は広報紙でも紹介されている。墓参りや帰省、友人とのランチをサポートされるなど家族の協力による外出もおこなわれている。	

自己	外部	項目	自己評価		外部評価	
			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	金銭の管理はできない方が多いので金銭は所持しなことにしている。			
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	家族からの電話は殆どかからないが、最近入居された方へ遠方の長男から電話があった時は本人と話をした。本人宛に送られてくる手紙はなく身近な親族の面会が多い。			
52	(19)	○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	気持ちの良い空間を設定されている。部屋からは季節感を感じる竹林が眺められる。ホールは夜間LEDライト点灯で小粋な雰囲気。共同場所は清掃を徹底して明るさ広さ温度適温委にしている。トイレの清掃も数回行い清潔を維持している。	リビングホールや地域交流室をはじめ、木造で開放感のあるホーム内は、季節の飾り物(雛壇)や大型のカレンダーなどにより落ち着きと和やかな空間が作られている。また、庭先で飼育されている鳥骨鶏には、愛らしい色調の小屋が準備され、入居者も中の様子を見にいられるようである。職員は状況に応じた温湿度管理や、日々の掃除により居心地の良い空間につなげている。		
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	ホール内にはテーブル椅子を場所を違えて置いている。好きな場所に座り空間を楽しむ。又ソファで過ごすなど思い思いに一人だったら二人だったりでその瞬間の居場所を見つけている。			
54	(20)	○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	居室には最初持ち込まれた道具が置かれている。レイアウトは自力では困難、家族も好んでしない。本人に衣類の入れ替え時期に聞くがこのままが慣れていると、現状の空間で過ごされている。	居室への持ち込みについては、一度に持参せず本人の状況を見ながら少しずつ準備してほしいことを伝えている。また、居室内のスペースを考慮して持ち込んで欲しいことも申し添えている。衣類の収納は、他の居室を参考にされ、軽めのプラスチックケースを準備される方が多いようである。季節外の寝具や衣類は、居室内のクローゼットで管理しているが、確認を兼ねて持ち帰る家族もおられる。職員は日々の掃除や、排泄の失敗のない環境など個々に応じた居室環境に取り組んでいる。	ホームは自然に囲まれた環境であり、松・竹・梅が眺められる居室をはじめ、入居者はそれぞれの部屋で、自分の時間を過ごされている。今後も一人ひとりの状況に応じた居室作りを家族と一緒に取り組まれることを期待したい。	
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	ホーム全体バリアフリー。各居室からホールへの動線も容易な設計。洗面台トイレと一面で広々した環境で自立支援に向けた動きもできる。			

(別紙4(2))

事業所名: グループホームはぎの里

目標達成計画

作成日: 令和 2 年 3 月 20 日

目標達成計画は、自己評価及び外部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	4	運営推進会議を活かした取り組み	家族へ更に参加の呼びかけをし、意見や提案を聴衆できる体制作りと共に提案された内容を全職員で検討をする。	運営推進会議のメンバー及び家族から幅広い意見を聴衆する。 会議の結果をフィードバックする。 ホームページを活用する。	12ヶ月
2	33	終末期への取り組み	家族主治医と職員との連携を強化する。	家族と医師と職員が情報を共有し、いつでも対応できるように体制を整えておく。 終末期について外部講師を招き学習する。	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。