

## 1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 26 年 11 月 30 日

### 【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3470900790	
法人名	社会福祉法人 興仁会	
事業所名	社旗福祉法人興仁会 グループホーム宮浦	
所在地	三原市宮浦6丁目22-6 ☐電話) 0848-67-4645	
自己評価作成日	平成 26 年 11 月 5 日	
評価結果市町受理日	平成 年 月 日	

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先UR	
------------	--

### 【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 NPOインタッチサービス広島
所在地	広島市東区福田1丁目167番地
訪問調査日	平成 26 年 11 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）】

玄関へのアプローチ、ホール、居室までバリアフリーでホールは広く、天井は高く、明るく開放感にあふれた空間で入居者はスローライフを温々と、伸び伸びと暮らしている。勿論拘束はなく、ユニット間、屋外へと自由に行き来し、歩行能力の維持向上に役立っている。地域住民のお一人として近隣住民やボランティア、又、馴染みの商店や教育機関と積極的に交流を続け、暮らしに潤いを得ている。  
又、スタッフは常に近くにいて、戸惑った時は寄り添い、出来る事への挑戦の援助は惜しまず、いつでもどこでも優しくをモットーに、課題意識をもって年間研修目標を立て、自立支援の研鑽に励んでいる。

### 【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）】

開設以来10年目を迎えた当事業所はベテランスタッフと若いスタッフとのチームワークが抜群で、グループホームという家庭の中で主役である利用者に「常に寄り添ってその人らしい日常の生活の実践」を支援している。  
管理者・職員は更に上のレベルのケアを目指して研修に励み、法人内研修や外部研修にも積極的に参加し、介護福祉士等の有資格者は全職員のほぼ70%近くになっている。  
利用者は地域住民として、ごく普通に生活しており、ご近所さん、子供会、行きつけの商店などと積極的交流をしている。ボランティアとの交流は訪問者を待つだけではなく自らも近くの大学、中学校、保育園、地域行事に出向き、共に楽しむ交流も出来ている。毎日主体的リハビリや出来る事を生活に取り込み元気に生々と過ごしていて、ホームの中は賑やかな話し声や明るい笑顔に満ちている。

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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。	有する能力、尊厳を保ち、地域住民との関わりの中で、可能な限り自立した生活を維持できるよう支援する理念があり、毎日始業前に理念を唱和し、サービスの提供をしている。	開設以来の理念「いつでもどこでも誰にでも やさしい介護を！今の時が大事！」を毎朝のミーティングで唱和し、全員で共有するとともに、利用者一人ひとりの心に寄り添うケアを実践している。	
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人として日常的に交流している。	日常的な声だし挨拶はもとより、ノーマライゼーションの理念をもって、町内会の構成員として会費納入、清掃活動、公共施設、教育機関交流、近隣商店の利用、宮浦通信の配布、子供会との交流などを実施している。	町内会に加入して日常的に挨拶を交わすなかで、地域の行事や活動に積極的に参加し、地域の一人としての生活を維持している。特に近くの県立広島大学や子供会、保育所、老人会、ボランティアとの交流が盛んである。また開設以来 発行している「宮浦通信」は10月現在115号となり、地域の人々との情報のつながりに役立っている。	
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。	認知症アドバイザーとして見学、相談、助言、地域にある学生の実習や研修の積極的受け入れ、認知症対応の出前講座等。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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。	年6回定期的に開催、平均12～13名の参加。活動報告に対し、意見、助言、関連情報、ミニ研修等活発な内容であり、それらはスタッフに報告、研修、改善と繋げ、意義ある重要な会議の一つとしての取組み。	奇数月の第4火曜日を開催日と定め、事業所の現状や諸問題を報告し、参加者からの意見や助言を受けたり、ミニ研修や情報交換を行い、サービスの質の向上に活かしている。会議の参加メンバーは、市高齢福祉課職員、地域包括支援センター職員、老人会会長、近隣デイサービス職員、利用者、家族代表、法人代表、職員等である。	
5	4	○市町との連携 市町担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実績やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取組んでいる。	・運営推進会議には必ず出席がある ・実施報告 ・介護保険に関する指導、監査 ・宮浦通信の送付 ・保健福祉活動参加 ・家族会やボランティアを対象とした研修講座 ・関連他市へも報告 ・他不明な事は気軽に相談できる仕組み	市担当者には運営推進会議に毎会出席してもらうとともに、書類提出や相談等で窓口を訪問した時には、意見や助言をいただいてサービスの向上に活かしている。また、市が主催する研修講座や行事には必ず出席するとともに、講座の内容によっては講師として参加し、協力関係を築いている。	
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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。	グループホーム宮浦では、スタッフ、入居者是对等な人間関係で共に暮らす施設である事を理解し、空間拘束も含め、拘束のないケアをカンパレンス等で申し合わせている。	「身体拘束をしないマニュアル」を備えるとともに、年間計画で毎月法人研修を行なうことになっており、外部研修にも参加し、伝達研修で全職員に正しく理解されるよう努めている。また、玄関やホールのドアは日中は開放し、夜間のみ安全のため施錠することにしており、家族の了解を得ている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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。	出張、地域の会合に参加し、実態や予防法について学び、スタッフ間でも学習し、グループケアにはいち早い改善、理解意識統一を図ったケアに努めている。		
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に支援している。	虐待防止の件と併せて学習理解した。入居者の契約に関する事には代理人、連帯保証人にも同意を得て不利益の起こらないような仕組み。		
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。	重要事項説明書を基に、入居生活に関わる全てについて十分な説明、不安や疑問については積極的に受け止め、入居予見者、家族双方が納得の上で契約を頂いている。		
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並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。	・外部評価者向けアンケート ・グループホームで実施するアンケート ・ケアプランの作成、評価時の聴き取り ・苦情BOXと苦情申し出機関の設置 ・普段の会話、面会時の申し出で受け止め、サービスに生かす	運営推進会議や年2回の家族会議、アンケートで意見や要望を聞くとともに家族との面会時の会話を大切に、運営に反映させるよう努めている。また、玄関には苦情BOXを設置、重要事項説明書に苦情受付・処理対応を明記し対応している。	
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見解や提案を聞く機会を設け、反映させている。	必要時全員参加のミーティングを開き、意見や提案のチャンスを設け、各々のモチベーションUPに繋がっている。日々の細やかな気づきは申し出て決定、周知共有は申し送りノートで。	日常のミーティングや項目に必要性が生じた時全体ミーティングでの提案や意見を代表者や管理者は真剣に取り上げ運営に反映させている。会議では職員が話し易い雰囲気のもとで率直な意見を出し合いモチベーションUPにつなげている。	
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。	年間の目標管理シート、自己評価を各々のスタッフが計画、ステップUPに向け努力している。資格取得もそのうちの一つで、これらは給与に反映している。		
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。	法人内研修は年間で決められた計画に沿って毎月一題、認知症研修を毎月一題、外部出張研修や個人的参加可能な研修会への情報提供。参加出来やすく休日を工面する。参加者の報告研修、アンケート研修。		
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つくり、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。	地域のケア会議に参加したり、同グループ他施設との交流、勉強会をしている。グループホーム相互の交流は地域運営推進会議へのお互いの参加とする予定		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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 サービスの利用を開始する段階で、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。	入居前に必ず面接をし本人の意向を確認、出来るだけ御本人に見学をして頂き、安心納得の上で入居の運びとする。入居後は生活や交友関係作りに馴染むまでほぼマンツーマンで寄り添う。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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。	入居申し込み時からDr.、ケアマネージャー、ソーシャルワーカーなどから情報を得て、医療や暮らしの継続について一人ひとりのニーズ、不安の解決に向け、細やかな事も含め再々連絡、情報交換に努め最終的にご本人、ご家族の納得、安心を得る。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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。	新しい環境での暮らしはかなりのストレスが生じる筈、安心して暮らすための各々の異なるニーズに応えるようマンツーマンで対応、地域資源を利用しニーズは広範囲に答えられる。入居以前の暮らしの継続に着目		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	暮らしの良き伴走者として共に暮らし、生活の中で昔の風習、料理、家庭の仕組み等教えられることは多い。		
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置かず、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。	スタッフから家族に本人の言葉で表現できない思いを伝えたり、本人が安心して暮らせるために家族の協力は大切と理解して頂くよう、面会や電話、手紙での交流を勧め、効果を上げている。		
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。	キーパーソン以外の親族の面会、友人他面会しやすい雰囲気作り。キーパーソン許可の元での外出、地元の理美容、催し事、墓参り等への支援	これまでの地域での生活、関係が途切れないように家族・親戚・知人・友人・ボランティアなどの馴染みの人の来訪を歓迎し支援している。また、理美容、墓参り等馴染みの場所への外出も支援している、入居前のケアマネとの交流の継続もある。	
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。	グループワークや観察を通し、人間性、価値観、会話レベル等で関わりの仲介、仲間作り、スタッフが混入する事が多い。スタッフが個別への関わりをすることで孤独、孤立の防止もある。		
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。	次の暮らしの場所へ定着されるまで、家族や担当ケアマネージャーと情報の交換、助言、入院・入所先への訪問を勧め、ご本人やご家族を元気づけたり、安心に繋げられるよう努める。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	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。	思いや希望を表現する事が困難な入居者に対し、家族の情報、日々ケアの時の観察、不十分な発言から把握に努め、センター方式に記入し、希望が叶えるべく共通認識をする。	センター方式を採用していて、入居時に家族や利用者の要望や生活歴を把握し、フェイスシートやアセスメントシートに記載し、全員で共有し介護計画に反映させている。その後も日常生活での話しぶりや態度から意向把握に努め全員で共有し本人本位のケアを行っている。	
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。	入居者申し込みや入居時にファミリーやケアマネジャー、主治医、利用中の病院、施設等のソーシャルワーカーや看護師からの情報で理解、センター方式C-1-1記入		
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。	日課表に添って暮らされる人が多いが、基本的には個別の過ごし方を援助している。出来る事は寄り添い一緒にする。体調等は追跡ケアとする。各室に本人の日課表を貼付、ご家族にも理解できるようにしている。		
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。	暫定プラン、初期プラン、その後のプラン評価を入居者、家族、看護師、スタッフの参加を得て共通認識の上でプラン作成としている。主治医の意見は聴き取りで。初回プランは入居前のケアマネの参加がある。	利用者、家族、看護師、職員など関係者で充分話し合い意見を出し合って介護計画を作成し、1ヶ月程度の仮期間を経て確定している。その後は定期的または必要な都度モニタリングにより評価し見直しを行っている。	
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。	毎日担当者が個別に日課表へ記入したり、観察又気づきや変化、受診での指示等はその時に担当したスタッフが記録、申し送りノートでスタッフが共有し実践や見返しに活かしている。プランの期間中に変化が生じればプランの変更。		
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。	個別支援を基調としている。状態やニーズに対応して気晴らし、徘徊の付き添い、買い物多様なサービスを提供、本人の遣り甲斐を求め、満足いくケアとしている。小グループの長所である”思い立ったら吉日”の素早い対応も可能。		
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。	防火訓練に近隣住民の応援、ノーマライゼーションの理念から、気軽に商店、食堂、幼児・児童との交流、年始廻り、多様なボランティアの導入等。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 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。	基本的にかかりつけ医の受診は本人、家族の意向次第であるが、ホームのかかりつけは法人グループの総合病院の医師であり、他科の受診も協力的であるため、利便性から本人、家族は受診の前後の連絡や了解を取りながら付き添いサービスを希望される。	かかりつけ医の受診希望があれば、引き続き受信できるよう支援している。ホームの定めるかかりつけ医は法人グループの総合病院であり、協力医として毎月の往診に加え、症状や薬の相談にも気軽にに応じてもらい利用者の健康維持を支援している。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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。	契約訪問看護ステーションとの24時間体制の協働可能システム、介護中の医療的視点、処置の仕方、病院への取り継ぎ等異常の早期発見、早期対応等、訪問看護の助言で入居者、スタッフの安心と自信にも繋がる。		
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、また、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。又は、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。	入院の際、病院スタッフに分かりづらい認知症状の説明を含めた申し送り、入院中の見舞い、様子伺い等しながら退院に関しての日程や帰居後の暮らし方について病院スタッフと気軽に打ち合わせが出来る仕組み。		
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。	入居契約時にご本人、家族に対し終末期の意向を話してもらい記録している。併せて「重度化した場合における対応の指針」マニュアルも説明、必要時には医療関係者とチームを組み最善の策を取る。	「重度化した場合における対応の指針」にもとづき入居時に本人、家族に説明し方針を共有している。その後、重度化が進み必要な時には家族・担当医・職員とでチームを組み、話し合いを重ね、本人・家族の希望に沿った支援を行っている。	
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。	マニュアル作成、救急隊、医療関係者への応援要請、連絡等手順よく出来る仕組みがある。夜勤者はマニュアルに目を通す事になっている。BLS受講は1年に一回以上の訓練を義務付けている。		
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。	自衛消防訓練は年に二回、入居者、スタッフ、近隣住民の参加で行う。近隣住民には消火器の使用方法、万一の時の備蓄を分け合える(備蓄米の試食の分け合いや避難先の了解の申し合わせ)毎月5日には電気器具の自主点検等、ホーム内外互助の対策を構築。	年二回、町内会長や近隣住民に参加してもらい消防避難訓練を実施している。訓練のマナー化を防ぐため、スタッフを対象に抜き打ちの訓練を実施し、反省点を出し合い、どこが火元でもどう行動すべきかシミュレーションし、次の訓練等に活かしている。	
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格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。	尊厳をもって安心して暮らして頂く方針、認知症状の特性を理解したケアに向けた理念があり、スタッフ自らの姿勢を見直すため、始業前やミーティングで申し合わせている。	利用者一人ひとりの尊厳やプライバシーを傷つけないように言葉かけや対応に気をつけて良好な人間関係のもとで本人本位のケアを実践している。個人情報の管理についても細心の注意を払い書類は事務所の書類棚で施錠し厳重に保管している。	
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。	グループでの希望は毎月の常会で、個別には対話で聴き取り、生活スタイルや外出に希望を叶えている。会話が難しい場合、二者択一方式等、簡単に決定できる方法でアプローチする。		
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。	入居者の数だけの暮らしがあり、支援方法もその数だけあると認識したケアの実行、日差、日内変動に寄り添い、フットワーク軽く、スタッフも一緒に暮らしを楽しんでいる。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	こだわりや関心のある人、そうでない人も衣服の準備は可能な限り一緒に選んでいる。お化粧品ケアも施行、晴々とした表情を引き出している。		
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。	日常的に食事、おやつ作りを一緒にしている。特に得意とするメニューを持つ人には発揮しやすく中心になってスタッフや他者に指導する環境にて喜びや満足感を。毎食後の片付けも当然のごとく一緒に行う。	食事の準備、調理、片付けなど、出来る人には一緒に行なってもらっている。メニューは法人の栄養士が栄養やカロリーのバランスを考慮して作成しているが時には利用者の希望を聞いてメニューに取り入れる事もあり、家庭的な雰囲気の食事を楽しんでいる。	
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。	栄養士が組み立てたメニューで食事を作る。病気、食品、体調により摂取量が少ない利用者には別メニューを手早く作る。水分や全員定期的に摂取量の計測、個別に毎日計測する場合もある。		
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。	毎食後口腔清拭の声掛け援助を行っているが、特に昼食後の細部磨きと義歯、舌の管理に力を注いでおり、訪問歯科診療の協力の効果が上がっている。不明発熱は殆どなし。		
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向けた支援を行っている。	立位可能な人は日動ではタイムリーな声掛け、付き添いにてトイレの座位排泄援助、そのために日常的に立位、移動能力の低下防止訓練を取り入れている。	利用者一人ひとりの排泄パターンをよく把握していて、声掛けをしてトイレ誘導を行ない、排泄の自立に向けた支援をしている。特に毎日のラジオ体操のほかに広いパブリックホーム内の周回歩行、ユニット間の歩行移動、立つ体操や足を上げる運動を日課とし、機能維持とレベルアップに努めている。	
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。	便秘の苦痛と多動、焦々、不穏の関連を知り、食品素材の検討や散歩を兼ねた歩行、体操、水分補給には力を入れている。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴は毎日午後から夕刻にかけて個別浴としており、毎日の人、隔日の人、各々希望の時に叶えている。入浴中のゆっくりムードでの会話ははずみ、心の内をたくさん知ることが出来る。	利用者一人ひとりの希望や体調を確認しながらそれぞれのペースに合わせて入浴できるように支援している。入浴は毎日でも隔日でも自由であり、職員の都合やスケジュールに左右されないように心掛けている。	
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。	ほぼ全員が自分のペースで休息したり、眠っており、食事も個別提供している。夜間の睡眠に障らぬ程度の昼寝もある。		
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。	医師の処方の内服は説明書にて理解、変更追加の後は2週間から4週間様子を追跡、状態を医師に報告、服薬については個別レベルに合わせ口の中まで、手渡し、袋のまま渡す等で見守る。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
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。	家族からの情報を基に、日頃の生活や会話、町民としての役割、料理、散歩から生き生きと暮らせる個別メニューを考え提供、他入居者の役に立つ事、ホーム内で自らお茶や畑、料理等、ボランティアとして導入、活動している。			
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。また、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。	屋外へはバリアフリーでいつでも出られる構造、スタッフの心もバリアフリーとなっており、何時でも周辺へは付き添い外出している。理美容、墓参り、食事、自宅への様子伺いは家族で。	利用者がホームに引き込もりにならないように、職員は声かけや動機付けなどいろいろ工夫しながら外出を支援している。利用者は地域住民の一人として楽しみながら地域に出向き、買い物や大学生、子供会、保育園との交流をしたり、また近くの畑での野菜作りや花の世話などで外の空気に触れる機会を多く持てるよう支援している。		
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。	自分で管理できる人以外は家族から預かり、個別出納簿にて管理。買い物には一緒に行き、見守り、助言での支払い、レシート領収にて収支報告をしている。			
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。	遠方に住んでいるキーパーソンや家族への電話の取り継ぎ、情報を伝える。又、手紙のやり取り支援で双方の心の平安が保たれている。			
52	19	○居心地の良い共用空間づくり 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。	春夏秋冬、季節感を味わえる空間作り、（しめ縄、雛壇、端午飾り、観葉植物、鉢植え他）パブリックホールは天井が高く明るく広い。歩行器、シルバーカーで転倒しないようなソファの配置、テレビ放映は少しとし、スタッフや入居者同士の肉声会話が聞き取れるような配置。	安全を配慮したバリアフリー設計のパブリックホールは高い天井の天窗からの優しい光に包まれており、空調、音量にも十分な配慮がされている。玄関・パブリックホール・台所・浴室・トイレの全てが広く設計されており、ソファや机、イスの配置にも十分な配慮がなされ、歩行器による通行にも安全が確保されている。生け花や季節感のある作品が飾られ居心地の良い作りがされている。		
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。	中庭、和室、ホールのソファ等で気の合った人又は一人で草花を楽しんだり、一人で居眠りや趣味の物作り、雑誌を読んだり、思い思いに過ごしておられる。			
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。	見学時から思い思いにイメージをふくらませ、家族と本人で暮らしやすく、愛用の物やたいせつな写真等持ち込み、居心地よく暮らして頂いている。	利用者が居心地良く自分らしい生活ができるように、使い慣れた家具や生活用品・写真・装飾品などを持ち込み、それぞれ思い思いの飾り付けを行ない、自分の家として安心して過ごせるような配慮がされている。		
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」や「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。	移動線には手すりを設置、これを利用して立位訓練、歩行訓練が出来る。貼り紙で場所や行動の理解、基本的に各個人の能力に合わせ、出来る事を安全に応援する仕組みとしている。			



V アウトカム項目			
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。	○	①ほぼ全ての利用者の ②利用者の3分の2くらいの ③利用者の3分の1くらいの ④ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある	○	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
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
60	利用者は、戸外への行きたいところへ出かけている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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ます	○	①ほぼ全ての家族と ②家族の3分の2くらいと ※アンケートが戻ってこないの・・・ ③家族の3分の1くらいと ④ほとんどできていない

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	○	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
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係やとのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている	○	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
66	職員は、生き活きと働いている	○	①ほぼ全ての職員が ②職員の3分の2くらいが ③職員の3分の1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3分の2くらいが ③利用者の3分の1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3分の2くらいが ③家族等の3分の1くらいが ④ほとんどできていない

### 3 サービス評価の実施と活用状況

事業所の外部評価の実施と活用状況について振り返ります。  
「目標達成プラン」を作成した時点で記入します。

#### 【サービス評価の実施と活用状況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 利用者への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を説明するとともに、どのように評価機関を選択したかについて報告した
			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
			⑤ その他 ( ②③については現状維持で )
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踏まえて、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、事業所が努力・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
			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
		未	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
		未	③ 市町へ評価結果を提出し、現場の状況を話し合った
		未	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
			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話し合い、「目標達成プラン」を作成した
		<input type="radio"/>	② 「目標達成プラン」を利用者、利用者家族や運営推進会議へ説明し、協力やモニター依頼した（する）
		<input type="radio"/>	③ 「目標達成プラン」を市町へ説明し提出した（する）
		<input type="radio"/>	④ 「目標達成プラン」に則り、目標を目指して取り組んだ（取り組む）
			⑤ その他 ( )

## 2 目標達成計画

事業所 社会福祉法人興仁会 グループホーム宮浦

作成日 平成 26年 12月 17日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価をもとに職員一同で次のステップへ向けた取り組み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にならないよう、事業所の現状に合わせた取り組み課題を取り上げ、優先順位を決め目標達成に向けた具体的な取り組み内容を記入してください。

### 【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	13 27	(定年退職があり) 新旧スタッフの入れ替えが多く (半数近く) 認知s等介護に戸惑いがあり 認知症の理解にも手間取る、従って対応に困った記録が多く 消極的ケアになりがち	認知症の確実な理解をもってその人その人への生活リズムを整えた支援をすることが出来ると共に入居者をしっかり見据えた記録が出来る	認知症研修のしなおしと確実なケアに繋げるために一定期間 (3カ月、6か月) 後に研修がどう活かされているか検討してみる	H27. 1～H28. 12
2					
3					
4					
5					

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。