

## 1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 22年 11月 1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	興仁会グループホーム宮浦
所在地	広島県三原市宮浦6丁目22-6 (電話) 0848-67-4645
自己評価作成日	平成22年11月1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URL	
-------------	--

### 【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22年11月29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）】

両ユニットは事務所を間にし、各々生活空間は全てバリアフリーで広く、明るく、高い天井には窓を取り付けてあり、とても開放的である。入居者はユニット間や中庭、周辺を自由に散策して楽しむうちにいつの間にかADLの維持向上に繋がっている。ホームは市街地にあるので町内住民や商店、保育所、大学、ディサービスなどの人達とごく自然に触れ合っている。又個別性重視の多様なニーズにはその時に可能な限り答えている。畑、コーラス隊結成などもその一環である。何よりもスタッフが優しい。

### 【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）】

認知症である利用者が落ち着き尊厳のある暮らしができるようグループホームの育成に力をいれている。  
運営を支える全職員は目標管理シートと自己評価表にて足りないスキルの習得やレベルアップを目指して業務に励んでいる。また、毎月定例ミーティングで自由に発言して業務改善に活かすといった「モチベーションアップ作戦」を実践している。  
利用者・家族からはアンケートや家族会、利用者の語り場などから積極的にニーズを拾い出し、運営に反映させている。利用者・家族への情報提供も積極的で、毎月ホームの様子を伝える宮浦通信を作成・配布し、利用者別の暮らしぶりも手紙にて家族に報告している。  
スローライフを温々と過ごしていただく事をベースに、若者から熟年者までの職員やボランティアスタッフが人生の伴走者として優しくまた力強く利用者を支えている。

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。	認知症入居者の自立支援と尊厳ある暮らしの援助がブレないように理念がある。理念や基本方針又それを基にした年間目標を決め毎日始業時に唱和、地域住民として生々と生活されるよう支援している	設立から一貫して「いつでも・どこでも・誰にでもやさしい介護！今、この時が大事！」を掲げている。また、毎年年間目標を設定して理念と共に掲示し、職員は毎日唱和している。また、理念の意味やその実践方法について職員はミーティングで話し合い、学習を重ねている。	
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。	周辺の公共施設、教育機関、福祉施設、町内会などとの交流実習が活発に行われている(例:溝掃除や行事の時の出会い、町内会費の年間助成など)	近隣の学校からの介護実習やボランティアを受け入れたり、文化祭や運動会に行くなど、子供たちや学生と交流を持っている。老健やデイサービスともよく行き来している。町内会にも加入して行事に参加している。	
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。	見学、相談、助言(認知症の人の理解の仕方、対応など)当グループホームには認知症アドバイザー、キャラバンメイトが常駐している		
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。	消防署、ボランティア、コミセン、町内会など多方面から出席がある。グループホームについてより理解を深めるためオープンな報告や活性化を図るためにミニ研修も行い好評である。スタッフの健康管理、防災、感染症、設備のメンテナンスなどの助言がありそれらは他スタッフに報告、改善点は協議にて良策をとっている	年6回、運営推進会議を開いている。利用者・家族・町内会・市・地域包括支援センター、さらに、消防署やボランティアからも参加をいただいている。会議の議長は事業所外の人に1期2年で務めていただき、会議を活性化させる工夫を行なっている。	
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。	・毎月宮浦通信を送付 ・地域運営推進会議年6回の参加と議事録報告 ・認知症相談会のアドバイザーとしてお手伝い	運営推進会議に市から参加をいただくことと、事業所の様子をまとめた宮浦通信や運営推進会議の議事録を持参するなど、積極的に市と交流を持っている。運営について市へ相談することもある。	
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。	家族会、ボランティアへ向けての養成講座が行政との共同で出来ないか？検討している 出張(H22.8.25)にて廃止に関する指導の報告、研修、グループホーム宮浦では、空間や身体に対する拘束は一切行っていないが何気なく発した言葉に拘束の要素がないかミーティングなどで話し合っている	身体拘束について職員は指導、研修を受けている。気づかないまま行う言動に身体拘束はないかどうか、ミーティングで話しあったり、職員同士で注意しあうなどの取り組みを行なっている。 玄関の施錠はせず、出入り検知システムと見守り・寄り添いによる介護を行っている。	
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過ごされることがないよう注意を払い、防止に努めている。	出張、研修の報告(H22.7.14 8/25)や独自の学習で防止法の理解をしている。個人の尊厳を重視し安心した暮らしの継続が出来るているか？会話の傾聴の中で虐待に遭遇している要素はないか？スタッフ自身も入居者を護りながら、気付かぬうちにその言動が虐待になっていないか？？お互い気を付け合っている		

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
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。	過去2例の後見申し立て、調査、鑑定があったので、活用対応などほぼ理解出来ているが、今期、介護予防研修相談センターの資料をもとに事例をつくり補佐、補助の役目も含め学習した		
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。	契約書と重要事項説明を元に説明納得を頂いているが、不安や疑問点は積極的に受け止め解決し、スタッフにも周知している		
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。	苦情BOX、苦情の窓口を利用者の目につき易い場所に貼付している。外部評価へのアンケート、グループホーム独自のアンケート、ケアプラン作成や評価時の聞き取り又運営推進会議への参加での意見を聞き取り満足のいくケアに努めている	苦情ボックスの設置し、苦情連絡先を明記している。家族との面会時の他に、アンケート調査、ケアプランのカンファレンス、利用者だけの話し合いの機会(常会)などから積極的に意見要望を聞き、運営に活かしている。	
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意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。	月一回ミーティングを開いてスタッフの意見、提案について検討し、スタッフ全員のモチベーションUPにつなげている、日々の業務の中での気付きを各々スタッフが管理者へ申し出る→即決は申し送りノートで周知共有するシステム	毎月職員を集めたミーティングを開いている。ミーティングでは職員が自由に発言し、提案し、職員全員が運営に参加する機会がある。	
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。	目標管理シート、自己評価表でスタッフ自身の能力開発ややり甲斐につながるシステム、また個々の必要に応じて有休や勤務調整でよりやり甲斐がもてるようにしている。休日に会議や勉強会に参加するなど、努力が実践として認められれば給料に反映している		
13		○職員を育てる取組み 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。	法人内での職員研修は年間計画に沿っている。出張、研修には能力を引き出すと、より実績を積みレベルにあったキャリアパス研修の参加、受講者には資料、勉強会の紹介、自学研修者の為に専門誌やミニ研修の開催、出張研修は必ず報告研修をして全スタッフで学習している。		
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組みをしている。	・入居希望者の紹介、研修の受け入れ ・近隣他施設の見学やスタッフ同士で受験対策学習を一緒にする ・他グループホームとの相互訪問はもう少し双方の調整を密にし、回数を増やしていく		

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。	インテークの時から問題点を聴き出し、説明、納得を得て入居直後より暫定プランを相談して立て、問題解決と一緒に取り組み、根気よく寄り添ってサービスを実行、信頼を得ている		
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。	書面をもって説明、家族が行うこと、ホームサイドが行うことなどの連携や病態についても説明し、早期の安心納得してもらう努力をしている。ご家族のニーズはスタッフも周知している		
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。	可能な限り沢山の情報を聴き取り、その時に利用可能な他施設、サービスの特徴や空き情報の提供をしている		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	この件に関してはケアの大前提として暮らしの伴走者として、食事や家事、行事他ともに生活しており理念にも掲げている		
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。	入居時に家族の支えが必要と伝えており、ホームからは宮浦通信、状況報告書を1回/月で発送したり、家族会や面会また電話などでも気軽に相談している		
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。	家族、親族の面会は勿論、教え子、友人、知人、ケアマネなどの気さくな面会、文通、電話など関係が持続するよう双方に声掛けしている。懐かしい場所や遠方は家族の応援があるが、喫茶店などへは同行している	馴染みの人たちとの交流が継続するように利用者の思いを察しながら手紙や電話などの支援も行っている。直接支援可能な近隣の馴染みの場所などは職員が付き添って行くこともある。	
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。	入居者同志のお付き合いは各々の人間性や能力、価値観で馴染みの友達づくりの仲介や見守りをしている。又それらの持続のフォローや性格的にかかわりが苦手な人に対し公平、平等に関係の調整をしている		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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。	家族にその後の様子を伺ったり、近くの他施設へ退居された人であれば面会に行ったり、遊びに来てもらったりしている		

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
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	○思いやりや意向の把握 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。	思いや希望を本人が言葉で表現するのが困難な場合が多いので家族からの聴き取りやスタッフの観察や関わりからニーズを把握、センター方式を利用記述しプランに生かしている	利用者が言葉で表現できないニーズをつかむことに努力と工夫を行っている。家族からの聞き取りや利用者へのケアをする中で把握に努める他、利用者に集まって語っていただく「常会」を毎月開いて、回想などの話を聞くことも行っている。	
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。	入居申し込みや入居時の聴き取り、情報提供書やケアマネージャー、ソーシャルワーカー、本人からも聴き取り把握している。フェイスシート、経過記録などにも記載		
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。	ほぼ日課表に沿って過ごしておられるが、より個別的な活動や異変などの把握は毎日、日替わり担当スタッフが記録、管理者などへの申し送り周知している		
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。	入居以前に関わった支援者からの情報手強を基に、入居時の暫定プラン、初期プランを作成、モニタリング時は、本人、家族の意向を聴きプランの同意を得ている。Dr、ナースの意見は往診時や診療時に聴き取り記録してプランに生かす。又プランの期間中に状態が変化した時はミニカンファレンスにてプランの変更としている	3ヶ月毎に評価し、6ヶ月毎に介護計画を作成し直している。介護計画の目標に対して毎日実施を記録している。介護計画作成時は利用者・家族の意向を聞き、医療情報・評価・日頃から蓄積したアセスメント情報を鑑み、カンファレンスを経て計画を作成し、利用者・家族の了承を得ている。初めての介護計画作成時は暫定プランによる2週間程度の介護を経て作成に入る。	
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。	申し送りノート、日課表の活用にて情報の共有、追加情報は個人ファイルに記録し周知、問題点は申し送り時吸い上げ協議して、必要に応じてプラン変更している		
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。	基本個別支援をモットーとしている。ドライブ、畑、散歩、自分史づくり、好きな物を自分でつくって食べるなど可能な限りニーズに応じる努力をしている。散歩ボランティア導入やディサービスの利用やコーラス隊の活動もそのうちの一つ		
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。	教育機関との交流、公共施設の利用、行事の参加(福祉展など)多彩なボランティアの導入、又自らも近隣住民と消防訓練、地域活動として町内清掃、コーラス隊で逆にボランティア、楽しい外食、買い物、案内状や新聞配りも一緒に行うなど、市街地の利点を大いに活用して暮らしを楽しんでおられる		
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。	月一回の往診で健康管理をしてもらう。協力病院では24時間を通して相談、指示、外来受診可能である。受診前後は必ず家族にも了解と報告をする。尚受診時は状態の説明、助言や送迎の付添いで安心してもらっている。協力病院以外の病院利用も希望次第である	利用者・家族の希望により 協力病院以外も支援している。協力病院からは毎月訪問診療をしていただいている。歯科診療も毎月来ていただくほか、さらに懇親会や詳しく指導を受けるなど医療機関と良好な関係を継続している。	

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。	契約先の訪問看護ステーションから往診の結果や状態観察に来る。又24時間を通して入居者の状態の変化はその都度連絡し相談、助言、処置を受けている。入院の手続き、Dr、Nsへの口添えなど		
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。	入院の準備、病院スタッフへの申し送り(特に本人の認知症状)度々面会に行き、励ましの声掛けなどであるしんしてもらい、中間の治療方針、状態、予後などDrや話所スタッフから連絡がある		
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。	契約時に「重度化した場合における対応の指針」に基づき説明している。その上でご本人や家族の希望は聴き取りが出来た人についてはケアプランやアセスメントに記録している。実際に重度化した場合は協力医療チームとも相談している	入居時に書類(重度化した場合における対応の指針)で説明を行ない、話し合いを持っている。随時必要に応じて関係者と相談し方針の共有を行っている。	
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。	BLS講習は必ず全スタッフ年1回以上の参加を義務付けている。急変や事故の種類や状況に応じた初期マニュアルはスタッフで協議し作成し、スタッフルームに掲示し、朝の申し送り時種類別に唱和している		
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。	自衛消防訓練は春、秋必ず入居者、近隣住民の参加のもと夜間想定で施行している。消防署員や自衛消防隊長から評価、訓示をもらい次につなげている。毎月15・30日には電気器具の自主点検、近隣住民の分も含めた備蓄品の確認を行う。万一の時の避難先も了解、申し合わせが出来ている	年2回消防署の指導のもと、利用者も近隣住民の方も参加いただく訓練を行って、評価・訓示をいただいている。毎月電気器具やコンセントの状態を自主点検し、備蓄品(米・水・カレー・スूप・・・)も確認している。避難体制・避難場所・備蓄品等を近隣住民も含めて相互に協力する体制となっている。	
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。	入居者一人一人のその時々思いや考えを大切に受けとめた対応を理念にも掲げ実行している。プライバシーを重視したスタッフの姿勢を常に心がけるよう始業前や定期的ミーティングで申し合わせている	利用者への声かけ・対応や接遇について、ミーティングで話し合ったり、職員同士で注意し合うなど、人格を尊重し・プライバシーに配慮する対応を行なっている。個人情報の保管は専用キャビネットに仕分けして保管している。	
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。	本人の思いは時間をかけて傾聴、家族にも伝えたり、スタッフ間で受け止め、分かり易い説明で納得いく暮らしに繋げている。		
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。	入居者の数だけの暮らしがあると認識してケアに携わっている。一応目安となる日課はあるが、その日、その時々により入居者の希望や動きに沿ってスタッフが変化に寄り添うケアを行っている。 例)実際には出来ない事をやりたがる人にはチャンスを作り関係者で申し合わせてフォローし満足してもらっている		

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	
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。	・街の専門店へ行けない人には、月に一度理美容の業者が訪れ、本人の希望する髪型にしている。(カラー、パーマも) ・毎日同じ服ではなく、外出時などはおしゃれをして、化粧をすることもあり、楽しんでいる			
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	日頃から一緒に料理を作ったり、片づけたりしている。週に一回土曜日は入居者のリクエストに沿ったメニューを皆で作っている。昼食とおやつを交互に作り、これらを「あったかクッキング」と称して買い物も含め、作業ができる人や希望者は準備や調理に携わってもらい、片づけはほぼ全員がスタッフと一緒にやっている	法人の栄養士が準備するメニューに沿って食材を購入して事業所で自炊している。メニューにはお汁物などを追加して水分補給を心がけるなど事業所に適した工夫も行っている。できる利用者は職員と一緒に料理を作ったり、片付けをしたりしている。職員は利用者と共に食卓についてさりげなくケアしながら一緒に食事をしている。週一回は利用者のリクエストによる食事をみんなで準備して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。	興仁会の栄養士が提供してくれるメニュー表に沿ってバランスのよい食事を提供、一日の総水分量が摂取出来るよう度々飲水のチャンスをつくったり、自力で出来ない人にはケアプランに取り入れ援助している			
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。	・3食後各々の状態に合わせた口腔ケアをしている。仕上げをスタッフがさせて頂き、磨き残しや舌の汚れなど、訪問歯科診療で、歯科スタッフからの助言に沿った介助を行っている。1回/週義歯を義歯洗浄剤(ポリドント)で洗浄する			
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向けた支援を行っている。	日頃の観察から本人の排泄パターンを知りタイムリーな声かけ、付き添い、また行動の変化による排泄困難を知り対応する。本人に合った用品、用具の提供も大切。身体的不便のある人には夜間はポータブルトイレを使用して頂くなどご本人に合った用具、用品の準備なども行う	日頃の排泄パターンや水分摂取量、様子などから事前の声かけや付き添いを行い、自立に向けた支援を行っている。利用者の状態や時間、場所などに応じた細かな準備・配慮を行なっている。		
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。	個別に排泄パターンを観察、水分や野菜の提供、程よい運動の援助、排便確認などに日頃より努力、慢性的便秘の人にはDrに上申、内服を処方してもらう			
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。	・毎日入浴したい人、隔日で入りたい人それぞれの希望に沿って一応入浴日を決めているが、足浴も含めいつでも入りたいと思えば入ることが出来る、柔軟な対応をしている	毎日入浴していただくのが基本であるが、希望に応じて隔日入浴や足浴をしていただくこともある。ゆず湯やみかん湯を準備することもある。		
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活動と休息のバランスをとられている。自分の安心できる場所で休んで頂いている ・短時間の昼寝もすすめている			
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。	管理は担当を決めている。内服の説明は薬局からの情報を各々のファイルに託して誰でも確認や説明が出来るようにしている。症状によりその都度口の中まで確認、手渡しなど必要な介助をしている			

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
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。	日々の寄り添い生活の中からや、家族などからの情報をもとに個別の生活歴や楽しみな事をアセスメントし、能力に応じた多様なメニューを準備している。コーラス隊、畑、散歩、将棋、料理、買い物、会議へ参加などニーズに応えている		
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。	散歩や買い物はその日その時に対応している。スタッフの用事や気晴らしのドライブ、又地域の行事の見学やコーラス隊としての参加、家族との気軽な食事、墓参り、一時帰宅、理美容、見舞いなどには自由に出掛けられている。身だしなみ、準備でスタッフが援助している	散歩コースが3つあり、職員や事業所に登録した散歩ボランティアが付き添っている。いろいろな外出機会があり、家族やボランティアの協力を得ながら利用者の希望に沿った支援に努めている。今年夏には新たに利用者で結成したコーラス隊の他施設慰問という機会が加わり、これまで3回出勤するなど生活に張り合いをもたらしている。	
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。	家族の意向によって事務所内にて保管しているケースもあるが、本人が買い物をしたい時に一緒に出掛け、支払いなど出来ることをしてもらっている領収書、レシートは個別出納帳に記録		
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。	電話のやりとりは自由で希望者は取り次いでいる。はがき、手紙は表書きの完成の手伝いをしている		
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。	ハード面では道路から玄関まで、玄関からホール、居室へとバリアフリーで歩き易く、天井は高く、天窓を付けており明るく住み易い、又和室には床や廊下を付け、五月人形、雛壇や炬燵、他にも季節毎に落ち着いた暮らしが出来るようしつらえている	共用のリビング兼食堂は 十分な広さがあり、天井も高く開放的で天窓からの光で程良い自然の明るさもある。コタツや化粧台を備えた和室や縁側もある。事業所のレクリエーションでみんなそろって歩くこともできるし、利用者それぞれ思い思いの場所で過ごすこともできる。壁には手作りの作品などが飾られ、生活感や季節感も感じられる。	
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。	ホールにはソファとテーブルがあり、新聞やTVが見られ、一人の時間をゆっくりと楽しめる。ソファも何カ所かに分けて設置しており、その時のメンバーや気分によって選べる		
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。	見学の時から、すでに入居している方に許可をとって居室を見せて頂く機会をもち、イメージをふくらませてもらう。危険でなければ本人のより理想的で落ち着かれる空間づくりをすすめ、皆さん個性ある空間づくりをされている	備え付けのベッドとタンスに加えて、利用者の家具や生活用品、飾りや写真などが持ち込まれて、利用者ごとに工夫された居室となっている。	
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」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。	広いホールで歩行練習、手すりを利用して起立練習、案内の張り紙、可能な人は食後自分の膳を下げ手洗いするなど		



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と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る	○	①ほぼ全ての家族と ②家族の3分の2くらいと 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	○	<input type="radio"/> ①ほぼ毎日のように <input type="radio"/> ②数日に1回程度 <input type="radio"/> ③たまに <input type="radio"/> 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	○	<input type="radio"/> ①大いに増えている <input type="radio"/> ②少しずつ増えている <input type="radio"/> ③あまり増えていない <input type="radio"/> ④全くいない
66	職員は、生き活きと働けている	○	<input type="radio"/> ①ほぼ全ての職員が <input type="radio"/> ②職員の3分の2くらいが <input type="radio"/> ③職員の3分の1くらいが <input type="radio"/> 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	○	<input type="radio"/> ①ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> ②利用者の3分の2くらいが <input type="radio"/> ③利用者の3分の1くらいが <input type="radio"/> 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	○	<input type="radio"/> ①ほぼ全ての家族等が <input type="radio"/> ②家族等の3分の2くらいが <input type="radio"/> ③家族等の3分の1くらいが <input type="radio"/> 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
		<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
		<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 市町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）
		<input type="radio"/>	⑤ その他 ( )

## 2 目標達成計画

事業所名 グループホーム宮浦

作成日 平成 22年 11月 1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	14	他グループホームとの相互訪問、情報交換が少ない	認知症対応のスキルUP。地域住民との関わり。困難事例などについて学習したい	交流先の選定。交渉、調整し相互に交流する	H23年8月頃までに
2	25	入居者は長期滞在となっているが、自分の人生を入居により妥協せず新たな発見や心の奥に潜めておられるどうにもならない心配に寄り添い、一時でも解決したり、安心したりなど日々生きる力を引き出したい	真の安楽な暮らしを求める	度々気軽にアプローチ、心配の解決、ともに過ごす時間を多くする。スタッフ共通のアセスメントに取り組む	H23年度のケア目標としたい
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。

NPOインタッチサービス広島