

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 28 年 11 月 30 日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3470102876
法人名	医療法人社団孝風会
事業所名	グループホーム 吉山
所在地	広島市安佐北区可部南4丁目5-10 (電話) 082-815-0666
自己評価作成日	平成 28 年 10 月 21 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 28 年 11 月 28 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）】

法人代表(院長)は脳神経外科医として早くから認知症の治療に取り組み医療法人併設型のグループホームとしてグループホーム吉山(以下「当GH」)を開設しました。GHの日常生活の中に「生活リハビリ」「筋肉トレーニング」「脳のトレーニング」を採り入れ、利用者様の心身の状態の改善を目指して、認知症進行の緩和と機能回復に努めています。職員は利用者様が自分のことは自分で出来るよう支援し、個人が持つ可能性を広げ、喜びを見つけて頂けるよう、家族と共に支援します。馴染みの人々との交流も盛んです。また、吉山クリニックと連携しているので疾病予防・治療、健康管理全般の相談等早い対応が可能です。

【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）】

当法人の脳神経外科クリニックは38年前に開院し、地域の人々と交流しながら地域医療に取り組んできている。グループホームも制度が誕生した早期(平成14年)に設立し、認知症治療と介護に豊富な経験を持っている。当法人では認知症予防とリハビリの必要性の観点から、毎月、健康セミナー・リハビリ教室・漢詩教室を開き、地域の方々・クリニックの患者や当グループホームの利用者にも参加していただき、交流の場にもなっている。また、老人会や地域団体からの依頼で講演することもある。当グループホームでは利用者に対して家庭的なサービスを提供しながら、利用者の健康状態を毎日クリニックへ報告し、介護と医療の両面で安心なサービスを提供している。介護計画は利用者や家族や生活環境も含め検討されて策定し、これにもとづいた日常ケアが実践されている。

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。	管理者・職員一同は、「利用者の尊厳の尊重」、「生活自立能力の引き出し」、「地域との連携」を運営理念とし、利用者が、地域の中で、人々と交流し、見守られながら、安心して生活できるような支援を心掛け、実践している。	事業所設立時に掲げた理念(生活の質と尊厳、生活自立能力、ボランティアや地域との協力に関すること)と標語(「目配り、気配り、心配り」)を事務室及びリビングに掲示し、法人の理事長及び管理者はじめ職員全員が理解し共有している。	
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員として日常的に交流している。	利用者は、ほぼ毎日、ストレッチ運動・筋トレ・脳トレ運動をクリニックリハビリ室で行うことで、地域の方々との交流の機会がある。定期的開催されている健康セミナー、詩吟教室にも、参加され、多くの方々とも顔なじみの関係にある。また、地域の行事に参加し、交流を深めている。	1階のリハビリ室はクリニックの患者さんや地域の方々も集まるセミナーや教室に利用されており、利用者は毎日のようにリハビリ室へ通い、交流を持っている。また、地元自治会とも盛んに交流し、地域清掃や餅つき・とんど・祭りなどの行事にも参加している。	
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。	運営者は脳神経外科医、認知症関連医であり、地域の方々・家族に対して、病氣・予防医学・認知症等への理解をしてもらうため、健康セミナー(月2回)、講演会等を開催している。		
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、そこの意見をサービス向上に活かしている。	2か月に一回(年6回)、運営推進会議を開き、当GHの実践の報告を行う。会議で出た意見を参考にして、できることを実践するように努めている。地区会長、民生委員、包括支援センター、およびGHは、意見交換を行い連携を深め、地域の高齢者問題を考える会議となっている。	2ヶ月に1回の頻度で開催し、市職員(時々)・自治会会長・民生委員・地域包括支援センター職員・利用者・法人理事長等に参加いただいている。事業所の近況報告を行い、行事の打ち合わせやアドバイスをいただくほか、地域の諸問題の情報交換をする場所にもなっている。	
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。	当GHは、市町担当者に、当GHの運営・考え方等についての説明し、サービス向上のための相談に乗ってもらうよう努めている。	市職員には運営推進会議に出席していただくこともあり、協力いただいている。諸手続きも問題なく協力いただいている。中学校の職場体験の場としての協力も行っている。	事務担当者が換わり、市への議事録提出が滞っているため、必ず提出するよう望みたい。
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。	「身体拘束廃止に関するマニュアル」をつくり事業所として取り組んでいる。やむを得ず身体拘束が必要になった時は家族に対応を相談し、記録を残しながら、ケアを行う。また、扉には、開いたときにブザーが鳴り、職員は人の出入りの把握ができるので、玄関の施錠は行っていない。利用者が外に出たいと言われると、職員が付添いする。	随時、事業所内で研修を行ったり、介助方法について話し合いを行っており、職員は身体拘束をしないケアについて理解している。事業所の出入口にあたる階段踊り場のフェンスの開閉でブザーが鳴るしくみがあり、出入りする利用者には職員が付添い、施錠しないケアが実践されている。	
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に注意を払い、防止に努めている。	管理者は、機会ごとに職員に虐待防止について、理解を深めるよう指導し、防止に努めている。		

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支援している。	管理者・職員は利用者様、ご家族と共に、個々の生活自立支援や権利について話し合うことが多い。定期的に学ぶ機会を設けている。		
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。	隣接関連医療機関を経て、当GHIに入所となる人が多い。入院中より、院長・ケアマネージャーが時間をかけ、GHでの生活、料金、病気が重症化した場合などの説明をし、本人・家族の意向を確認し、理解・納得をしてもらった上での契約となる。		
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。	職員は利用者やゆっくり話し、意向を聞き、それを基に、改善策を出し、日々のケアに反映させるように努めている。家族が訪問された時、利用者の日常の状況や健康状態、暮らしぶり等を報告し、互いが本音で話せるような信頼関係を築くよう心がけている	家族の面会時には利用者の状況報告を行い、意見要望を必ず聞いている。また、利用者毎のお便りと写真を毎月郵送し、家族とのコミュニケーションと信頼関係の構築に努めている。得られた情報は毎日のミーティングで話し合い、全職員が共有してサービスにあたっている。ご意見箱設置、意見等の第三者連絡先も周知させている。	
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。	管理者は毎日の申し送り時、職員と意見交換をし、サービス向上を目指している。	管理者は毎朝のミーティングで職員からの意見を聞き、話し合っ運営に反映させている。法人代表者は毎日職員が書く日誌と管理者からの報告により事業所の状況を把握している。	
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。	運営者は、職員の自発性を重んじ、職員が自由に意見・アイデアを出せるような職場環境の整備に努めている。		
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。	職員は関連医療機関で研修し、GHIに配属となる。法人内の研修として「健康セミナー」「リハビリ教室」に参加してもらい、病気(脳卒中、認知症等)や、予防医学について学習を促している。		
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。	コミュニティネットワーク会議等に参加し、意見・情報を交換し、ケアの参考にしてている。		

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
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。	利用者のほとんどが、関連医療機関の患者さんであるため、院長との付き合いが長い。外来時または入院中、院長・ケアマネジャーによる説明や、話し合いが行われる。GHの職員は、本人・家族と面会を重ねる。ホームへ見学に来てもらい、馴染んでもらう様に努めている。		
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。	職員は、御家族から不安を聞き相談に乗ります。時間をかけて説明し、納得してもらうようにしている。家族を含んだケアを心がけている。		
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。	利用者・御家族の気持ち・状況をよく聞き、色々な対応(個別介護)に努めている。また、状況によっては、他の支援(居宅介護支援サービス、GH、施設等)が適当と思われる場合は、これらを提案し、対応している。		
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。	暮らしを共にする者同士として、できる仕事はして頂き、一つの「家族」の在り様を目標としている。職員は、利用者から人生の先輩として「生き方」「考え方」を学ばせて頂いている。		
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。	職員は、家族が訪問された時、利用者の様子や思いを伝え、利用者と家族のより良い関係づくりへの働きかけをしている。家族、職員が協力し、利用者を相互から支え合う体制をつくっている。		
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。	利用者の馴染みの場所(里帰り・お墓参り)や外出(買い物、外食)へ行けるよう、歩行トレーニング・体力・気力の充実等の支援をしている。里帰り、他医療機関の受診、理容室等の外出は家族にお願いしている。	家族の面会や家族との外出を歓迎している。希望の外出先などを家族へ伝えて協力いただいている。また、外出は、リハビリ室へ通うなどのトレーニングの動機づけになっている。そのリハビリ室は馴染みの人たちとの交流の場でもある。	
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。	職員は利用者の様子を見守りながら、利用者同士、助け合いながら、良い関係を保つように支援している。利用者は互いに相手を思いやり、「頑張ろう」「大丈夫？」等、声掛け合いながら支え合っている。		
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。	契約が終了しても、必要に応じて職員は本人や家族の相談の支援に努めている。		

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。	職員は、日々の生活の中での言葉や様子などから、利用者の希望や意向の把握に努めている。利用者、家族と話し合い、本人の意向をなるべく尊重するようにしている。(外出、外泊、帰宅等)	法人のクリニックの患者が当事業所の利用者となること が殆どで、入居前から理事長・ケアマネ・管理者が利用者及び家族の状況をよく把握し書類にまとめている。入居後も生活の中から把握したことを記録し、職員間で共有し、支援に反映させている。	
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。	プライバシーに配慮しながら、本人・家族の生活歴、習慣、生活環境等の把握に努め、その方の介護支援に努めている。		
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。	利用者の生活のリズム・体調の変化等を考慮した上で、何が出来るのかを見極め、その人が持っている力を延ばすように努めている。		
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。	利用者がより良く暮らせるように、本人・家族等から要望を聴き、ケアマネジャー・職員は、よく話し合っ て、介護計画に反映させるように努めている。	入居時にまとめた基本情報と利用者・家族の要望を元にカンファレンスを開いて(仮)介護計画を作成し、家族の了解を得ている。1ヶ月ほどの状況を反映して正式な介護計画を作成し、家族の了解を得ている。その後、毎日実施状況を記録表に記録し、毎月モニタリング評価を行い、必要時または介護計画の期限(概ね3ヶ月)には介護計画を作り直している。	
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。	職員は利用者の毎日の状態・ケア、その結果等を個別に記入、申し送りをし、情報を共有し、支援の在り方や介護計画の見直しが検討される。		
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。	職員は、利用者や家族の状況を把握し、その時々 のニーズに対応するよう努めている。自宅に帰る準備のための短期利用等がある。		
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。	利用者は、ほぼ毎日通っているリハビリ室での地域の方々との交流、地域のお祭り等のイベント、中学生の体験実習等を楽しみにされている。		
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。	運営者は本人・家族希望の主治医で、信頼関係が、築かれるように努めている。歯科は、訪問診療で早い対応が可能である。他の科については、主治医の紹介の上、家族同行の受診となる。その際、適切な医療が受けられるよう、病状、日常生活の情報提供の支援をする。	利用者は入居前から吉山クリニックを主治医及びかかりつけ医としており、信頼関係があり、入居の際にもよく話し合っ て入居を決めている。利用者の状況は毎日日報で院長へ報告しており、さらに緊急な対応もやっている。その他の専門医へ受診は家族の協力をいただいている。必要な場合は訪問歯科も利用していただく等、適切な医療が受けられるように支援している。	

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。	介護職員は日常生活の中での気づきや情報、体調変化を日勤、夜勤の日誌で医師、看護師に報告される。必要があれば受診になる。クリニック外来の看護師(ケアマネージャー)が日常の健康管理を含め対応する。		
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。	利用者に、体調変化があった場合、入院の支援をする。また、入院時には、職員が再々見舞い、医療関係者、家族との情報交換、洗濯や励ましをする。退院後のGHへの受け入れもスムーズである。		
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。	主治医は、利用者・家族と、治療方法、重度化した場合等について話し合いをする。利用者・家族は「もしもの時、隣が病院だから安心です。」と言われる。職員は利用者の状態を日々観察し、すぐに対応できるように努めている。	入居時に利用者・家族・主治医(=法人代表)・事業所ケアマネが話し合っており、重度化した場合の対応について理解していただいている。入居後、利用者の状況は日々主治医(=法人代表)に職員から報告している。そして必要の際は家族・主治医(=法人代表)等関係者が話し合いを持ち、希望に沿うように支援している。	
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。	健康セミナー、利用者さんの健康相談時において、院長より、病気・急変時の手当等の指導がある。想定される事故などについては、職員で検討しマニュアルを作成し事故防止に取り組んでいる。		
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。	2か月に1回、利用者と一緒に避難訓練・避難経路の確認・消火器の使い方等の訓練を行っている。地域との協力体制については、運営推進会議で協力をお願いしている。また、地域の災害時は相互協力体制を持っている。(医療、介護派遣)	1～2ヶ月に1回程度、自主避難訓練を行い、利用者も移動して避難方法の確認や消火器訓練を行っている。また、消防署の査察を年2回受けている。夜間は隣接のクリニックに病院関係者が常駐しており、協力体制がある。消防署にはボタン一つで通報でき、消防署は近くにある。	
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。	「人格の尊重」「尊厳を守る」という理念の元、言葉かけや対応に努めている。個人情報の取り扱いにも、十分気を付けている。	毎年、管理者が外部研修に参加し、管理者から職員に対して研修を実施している。利用者との接し方や介助方法について毎日のミーティングで話し合うことがよくある。個人情報は専用書庫に収納して管理している。	
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。	日常生活の中で、利用者が思いや要望を言い易いように、職員は話しかけ、利用者が自分で決められるように支援をしている。できるだけ、利用者の希望に沿うように家族との話し合いをおこなっている。		
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、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、基本的に決まっているが、行事参加・自主運動などは、本人の希望に沿う。一人ひとりのペースに応じて、柔軟に対応するように努めている。		

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。	朝の着替えは基本的に本人が選んでされる。身だしなみは、職員がさりげなく行う。理容、美容は、ヘアカットができる職員がいるので希望があれば行う。行きつけのお店がある方は、家族と一緒に行かれる。		
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。	献立は、管理栄養士が考え、隣接関連医療機関の厨房からの搬入となっている。利用者と職員と一緒に食卓を囲み、後片付けを行う。声掛けなどさりげない支援をしながら楽しく食事をしている。	食事は隣接法人からの給食を利用者と職員と一緒に食卓を囲んで介助もしながら楽しく会話しながらいただいている。刻み食など、利用者に合わせて食べやすく配慮されている。メニューは関係者が集まる給食会議で検討されている。時々、給食を止めて、オムレツ・お好み焼き・手巻き寿司などを作ったり、外食へ出かけることもある。	
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。	医師・看護師・管理者・栄養士・厨房職員は、月1回、給食会議を開き、献立、味付け等検討している。食べる量は、本人・医師と相談の上、決めている。職員は再々声掛けをし、こまめに水分を摂取してもらうように支援している。		
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。	職員は食後の歯磨き・うがいの声掛け、寝る前の、義歯の洗浄のお手伝いをしている。協力歯科医師に、往診の際、義歯の手入れ、肺炎予防などの指導を行ってもらう。		
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。	職員は利用者の排泄パターンを把握し、排せつの自立に向けて、声掛けをする。リハビリパンツを使用している。トイレでの排泄を勧めている。	利用者の排泄記録を取って、パターンや状況把握に努めている。現在の利用者はリハビリパンツとパットを利用し、日中はほぼ自立した排泄となっている。夜間はポータブルトイレを利用していただいたり、トイレ誘導するなど個々に応じた対応をしている。	
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、野菜、たん白質の多い献立になっている。利用者の食事量、排泄を把握し、自然排泄できるように、自主運動・活動の声かけをしている。		
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。	基本的に曜日、時間帯が決まっているが、入っていただく湯温、長さ、回数は各人の好みに基づいている。基本的に一人ずつの入浴となる。	月水金の午前中を基本に入浴していただいている。現在の利用者はみなさん入浴が好きで、気持ちよく入っていただくために湯温や入浴時間に配慮し、楽しい会話も交わしながら入っていただいている。湯船が広いので複数の利用者が一緒に入って楽しんでいただくこともある。脱衣所は床暖房も入っている。	
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。	生活リズムができるように、日中の活動を促し、声掛けをしている。しかし、体調、希望によって、ゆっくり休息や昼寝をしてもらう。基本的に眠剤に頼らない安眠を支援している。		
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。	処方される薬の服薬の支援に努めている。薬の内容・副作用について主治医・看護師より指導がある。利用者の体調に応じて、主治医からの指示で薬が変わり、その情報は直ちに職員に伝えられる。利用者のその後の症状変化や状態についても毎日、日誌で主治医に報告する。		

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。	利用者が趣味、楽しみ事ができるようにまた、その人の「強み」が発揮できるように支援する。家事においても、利用者のできることはしてもらうことでGHの中での役割を実践して頂いている。			
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。	本人の希望や意向を把握し、家族に伝え、外出が叶うよう支援している。日常生活の中で、散歩、買い物、自主運動、健康セミナー、詩吟教室等への参加支援をし、馴染みの人々と会う喜びを楽しんでもらっている。	日常的に、全利用者が階段を昇り降りして1階のリハビリ室へ通っている。リハビリ室では療法士の管理のもとに運動したり、リハビリ室で一緒になる馴染みの人たちと交流を持っている。また、リハビリ室で開かれる詩吟教室や健康セミナーへ参加、気候の良い時期の周辺地域への散歩、買い物、大衆演劇、外食などに出かけて外出を楽しんでいただいている。		
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。	利用者の中で、自分でお金の管理が出来る人は、お金を持って買い物をしてもらう。困難な人は、家族からお金を預かり、職員が買物支援をして家族に報告している。			
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。	携帯電話を持っている人は、自由に使われる。又、少々利用が困難な人は、職員が使い方の相談にのっている。			
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。	絵画等を置いて、雰囲気作りに努めている。2階踊り場は、椅子等を置き、外を眺めたり話す空間となっている。防音に対しては二重サッシ、光に対してはカーテンで調節。内装は、落ち着いた明るい空間になっている。	当法人リハビリ室の2階フロア全体が当1ユニットの事業所となっており、通路・リビング・バスルーム・トイレ、事務室、いずれもゆったりとしたスペースがある。リビングには洗濯物干し場と非常口に通じる大きな掃き出し窓があり、開放感があり、自然光もたくさん入る。国道沿いにあるが、屋内は静かである。バスルームはエアコンと床暖房が備わり、脱衣所や浴室も広い。壁や棚には手作りの作品や写真などが飾られ、居心地良く過ごせるよう工夫されている。		
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。	居間にテーブルセット、ソファ等が置かれており、気軽にテレビを観たり、手作業をしやすいようにしている。利用者は談笑しながらゆっくり時間を過ごされている。			
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。	クローゼット、ベッドはホーム備えつけのため、家具も持ち込みは少ない。利用者の馴染みの物を持ってきてもらう様、本人や家族に声かけをしている。	備付けのベッドとクローゼットのほかに、タンス・テレビなどの生活用品や記念写真・作品などが持ち込んで飾られ、個々に部屋づくりがされている。大きな窓が備わり、カーテンを開けると明るく景色もよく見える。普段不要なものは事業所の収納庫に納め、物は少なめのすっきりした使い方をしている。部屋は清潔に維持されている。		
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。	床はバリアフリーであり、廊下、トイレ、浴室等には手すりをつけて使いやすいようにしている。「自立能力を引き出す」という考えで、安全に「出来ること」を増やすように心掛けている。また、日々のリハビリで筋力、脚力、体力が付き、活動範囲が広がっている。			

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 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
		<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 グループホーム 吉山

作成日 平成 28 年 12 月 9 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	5	運営推進会議の議事録提出が滞っていた。	運営推進会議の議事録は、会議終了後直ちに提出する。	議事録の提出、報告、相談等を密にする。	1月末・3月末・5月末・7月末・9月末・11月末(年6回)
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。