

## 1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 22 年 11 月 17 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 22 年 9 月 23 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 17 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「ホーム」)を開設しました。当ホームは、国道54号線沿いの吉山クリニックのリハビリテーション室の2階部分にあります。日常生活の中に「生活リハビリ」を採り入れ、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。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。「入居者の尊厳の尊重」「生活自立能力の引き出し」「地域との連携」の考え方を運営理念の中に定め、職員は利用者が自分のことは自分で出来るよう支援し、可能な利用者は「ホームから家に帰る」ことを目標に個人の持つ可能性を広げ、喜びを見つけて頂けるよう、家族と共に支援が行われています。

### 【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）】

脳疾患の医療を行っている吉山クリニック院長の長年の医療実績と思い、地域からの要望から誕生したグループホームである。院長・管理者・事務長が熱意を持って運営に当たり、理念に掲げたことを実践している。職員も介護業務の他に文献を読んだりレポートにまとめるなど勉強熱心である。院長から職員まで理念をはじめ情報の共有に熱心であり、各種記録帳への記入や閲覧、ミーティング、申し送りなどをこまめに行って、ケアに最善を尽くすと共に医療面でも院長がバックアップしている。地域住民との交流もリハビリテーション施設やクリニックが行う健康セミナー・詩吟教室を通じて日常的に行われており、また、地域行事へも参加して、地域と密着したサービスを実践している。

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
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。	当グループホームは、開設時より、運営理念の中に「地域との連携」の考えがある。利用者が、地域の中で、人々に見守られながら、その人らしく安心して生活できるような支援を目標としている。「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」の3本柱を運営理念として開設した。特に、自立支援の考え方を重要視しており、「介護の原則」の中に唱っている。	当事業所は脳疾患の診断・治療を行う医療機関である吉山クリニックが医療後の認知症ケアの必要性と地域の要望を受けて設立した。その設立の趣旨から事業所の理念を作成して、玄関等に掲げたり書類に表して関係者で共有している。新人職員には設立趣旨から教育研修を行い、また吉山クリニック院長からのお話が週2回、ミーティングが毎月1回以上の頻度で行われており、職員全員で理念の共有と実践に取り組んでいる。	
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。	利用者が、体力作りとして、日常的に1Fにあるリハビリテーション室で自主運動をしているが、その時に気軽に会話をされている。隣接する関連医療機関において定期的に健康セミナーや詩吟教室が開催されており、地域の人が多く参加する。利用者も一緒に参加し、その方々と交流がある。地域の餅つき、とんど、お祭り、盆踊り等に自治会よりお招きがあり、運営者、管理者、職員は利用者と一緒に積極的に参加するようにしている。しかし、加齢、病気の発症等のより、介護度が上がり、参加することが最近では困難となっている人もいる。(中学生の体験学習等受け、交流あり)	利用者は日常的に1階のリハビリテーション施設に通うがここは地域の人達も通う場でもあり、交流が行われている。また隣接医療機関で行われる健康セミナーや詩吟教室も地域の人達と利用者の交流の場となっている。地域の自治会が主催する行事にも参加できる利用者は職員と一緒に参加している。中学生の体験学習を受け入れて、利用者・職員と交流する機会を持っている。	
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。	管理者は認知症アドバイザーとして認知症ケアの啓発に努め、また、脳神経外科医、認知症専門医である運営者は、地域の方々、家族に対し病気等への理解をしてもらうため、健康セミナー、講演会を開いている。		
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。	運営推進会議においては、実践の報告を行い、それについて参加メンバーは自由にかつ活発に意見を言い、それを参考にできることを実践している。	出席できる利用者・家族、町内会会長、民生委員、地域包括支援センター、安佐北区介護保険課等から参加していただき、2ヶ月に1回の頻度で開催している。運営推進会議が地域包括支援センターと地域民生委員とのパイプ役となるなど、事業所のサービス向上に役立っている。消防署等へ広く参加の呼びかけも行っている。	
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。	運営推進会議へ出席のお願いの連絡を取っている。出席の際は当GHの運営、考え方等についての説明、サービス向上のための相談に乗ってもらうようにしている。	運営推進会議へ出席していただいたり、相談・問い合わせなどを通じ、協力関係が築かれている。	
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。	全ての職員は身体拘束について理解している。「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。ホームの入口、裏口とも日中はかぎを掛けていない。階段には、転落防止のための低いフェンスはあるが、鍵はなく、自由に出入りできる。フェンスのとびら、裏口には、開いたときにブザーが鳴るので、職員は人の出入りの把握ができ、外に出たいと言われるときには付添ができる。	新人教育や年間計画に組み込まれている研修によって、職員は身体拘束に関して理解している。身体拘束に当たるような行為は職員間で注意しあったり、対応方法についてミーティングすることもある。出入口の鍵は日中かけられておらず、鍵をかけないケアが行われている。安全確保や利用者の意思の尊重もされている。	
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逃ごされることがないよう注意を払い、防止に努めている。	職員に参考文献を読んでもらいレポートを提出、学習させている。また、それについては、機会ごとに、職員に虐待防止について説明し、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な支援している。	管理者は、研修を受け、職員とともに学ぶ機会を設けている。過去に対応が必要な利用者がおられ、市、社会福祉協議会に相談に乗ってもらい支援につなげたこともある。		
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ため、入院中より、院長、ケアマネージャー、事務長が時間をかけ、本人・家族の意向を確認し、説明をする。病氣、重度化した場合、料金等を説明した上で見学してもらい、本人・家族の意向を確認した上で契約し、入居となる。解約時は、相談にのりながら、対応可能な範囲で、支援する。		
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。	職員は利用者とゆっくりお茶を飲みながら、話を聞くように働きかけている。それを基に申し送りをし、職員は改善策を話し合い、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、利用者の日常の状態や健康状態、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けるように努めている。出された要望、意見、不満等は、全職員及び運営者、事務長で協議し、対応するようにしている。	ご意見箱を設置し、第三者苦情相談窓口を重要事項説明書に明記して受け入れ体制を整えている。家族の訪問の際は丁寧に報告を行うなど家族の信頼を得て本音で会話ができるように努めている。出された意見や要望は職員・事務長・管理者・運営者で協議して対応方法を共有し、運営に反映している。	
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。	管理者、事務長は毎日の申し送り時、職員と意見交換を活発にしている。提案を聴き、皆と協議の上でサービス向上を目指している。また、院長（運営者）とのミーティングもあり、意見交換をしている。	朝・夕に行う申し送り（夜勤・日勤の交代に伴うミーティング）時に管理者と事務長を含めて意見交換や提案などを聞いている。吉山クリニック院長を含むミーティングも月に一回以上行われており、一般職員と院長との意見交換も行われている。	
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、自由に意見・アイデアを出すように促しており、それが、向上心と責任感につながっている。		
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、ホームに配属となる。法人内の研修として「健康セミナー」に参加し、病氣（脳卒中、認知症等関係）について学習してもらう。また、いろいろなテーマで、文献を読み、レポートを提出して、学習に努めている。		
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。	認知症アドバイザーの集まり、地域包括支援センター・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
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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、院長との付き合いが長い。入院中又は外来時、院長・事務長・ケアマネージャーによる説明や、話し合いが行われる。ホームの職員が病室に訪問し、本人・家族と話し合いを行う。本人が安心し、納得して、入居して頂くために、家族と一緒にホームへ見学を兼ね、遊びに来てもらい、なじめるようにしている。本人・家族に対しては、外泊・外出も可能であることや、家族の泊まりも出来ることを伝えてある。		
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。	入院中に入居が決まることが多い。利用者や家族より不安や相談をじっくり聞き、入居を決めるのに時間をかけて、納得してもらっている。		
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。	本人・家族の気持ち、状況をよく聞いて判断し色々な支援(居宅介護支援サービス、グループホーム、施設等)を提案し、話し合いをして対応している。		
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。	人生の先輩として「生き方」「考え方」を学ばせて頂いている。農業をプロとしている方々もおられ、菜園での農作業、収穫をし、病院の入院患者さんに食べてもらうのが、喜びとなっている。また、色々なことで相談にのってもらったことも多い。		
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。	職員は家族が訪問される時、利用者の様子や思いを伝え、家族の本人への思いを双方から聴きながら、より良い関係づくりの働きかけをしている。		
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。	利用者の馴染みの場所(買い物、外食)へ行けるよう、可能な限り支援をしている。又、他医療機関の受診、知人宅への訪問、理容室等は家族にし相談ながら、お願いしている。	1階のリハビリテーション施設では馴染みの人と会う機会がある。買い物や外食で馴染みの場所へ職員が付き添うこともある。その他、畑の手入れに帰宅するなど、利用者の希望や思いを家族に伝えて家族の協力で出かけるなど、支援を行っている。	
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利用者が関わらぬ、支え合えるような支援に努めている。	利用者は互いに相手を思いやりながら「頑張ろう」「大丈夫」等、声掛け合いながら支え合っている。職員は様子を見ながら、良い関係を保つように支援している。		
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。	状態が良くなり、退居された方々は院長の外来受診を続けておられ、その際ホームに訪問されることがある。また、状態が再び低下した際、職員は本人や家族の相談にのり、再び入居される方もおられる。		

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。	利用者の希望や意向は、日々の生活の中での、言葉や様子などから、全職員は把握に努めている。そのことについて話し合い、本人の意向を家族に伝え、一緒に検討している。(外出、外泊、帰宅等)	利用者の思いや意向は日常生活の中で会話やケアを通して把握に努めており、気づいたことの記録もしている。家族とも相談しながら利用者本位の支援を心がけている。	
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、家族から生活歴、習慣、生活環境等を聞き、把握し、出来ることは、していただくようにしている。		
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。	利用者の1日の暮らし方は、生活のリズム、体調の変化等を考慮した上で、何が出来ののかを見極めて、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、家族等から要望を聞き、本人、家族、院長、ケアマネージャー、職員はよく話し合い、それを介護計画に反映させるように努めている。	介護計画作成に当たっては 吉山クリニック院長・ホーム長・職員・利用者・家族でカンファレンスを開き、それに基づいて介護計画を作成し、家族の了解を得ている。介護計画の実施項目は毎日実施したことを記録し、3ヶ月毎にモニタリングを行い、必要な場合は介護計画を再作成している。	
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、計画、実践に反映させる。気づいたこと、状態変化、問題点は、介護ノートでその日のうちに運営者(主治医)に報告される。早急に手を打たなければならないものは検討され、直ちに対処されている。		
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。	本人や家族の状況を把握し、その時々ニーズに対応するよう努めている。高齢者なので、本人・家族の関心ごとが「病氣」となっている。隣接関連医療機関と医療連携体制があり、病気の早期発見、受診、医療処置を受ける事が出来るため、治療を受けながらの生活を支援できる。		
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。	地域の慰問団の訪問、イベント、民生委員の将棋教室、NPO法人の訪問喫茶、中学生の体験実習等を楽しみにされている。また消防署と協働し、安全対策に心がけている。		
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。	運営者は本人や家族希望の主治医で、信頼関係が、築かれている。歯科は、訪問治療で早く対応できる。他の科については、主治医が紹介し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。	利用者の主治医は事業所運営者であり、入所前の脳疾患治療に当たってきている。歯科は訪問治療、他の診療は主治医の紹介により家族同行の受診をしていただいている。毎日の状態が介護ノートを通じて主治医に伝えられており、緊急時も含めて充実した医療支援が行われている。	

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
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小さな体調変化にでも気付けるようにトレーニングされている。その変化があった時には「健康記録」に、経過・変化を記入し、隣接医療機関に報告する。直ちに看護師の訪問があり、受診となる。さらに、看護師(ケアマネージャー)が、日常の健康管理を含め、相談に乗る。		
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、職員は早期発見、早期入院の支援が可能である。従って早期退院につなげることが出来る。また、入院時には、職員が再々見舞うようにし、医療関係者、家族との情報交換をし、退院後の支援もスムーズである。		
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、利用者と家族に、利用者の治療方法、重度化した場合等について話しをし、本人、家族の意向に添い、当ホームに入所を勧める。入所後も折に触れ家族より要望を聞く。全職員はその対応について話し合い、対処している。利用者、全家族が「もしもの時、隣が病院だから安心です。」と言われる。職員は状態を日々観察し、すぐに対応できるよう連携している。	重度化した場合の対応方法を前もって 主治医と家族の間で話し合いを持ち、方針を職員も含めて共有している。運営者が主治医であり、医療面も含めて体制が整えられている。	
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。	全職員は、関係医療機関で新人研修をし、当ホームの配属となる。健康セミナー、ミーティング、診察時において、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。事故、ヒヤリハット報告を記録し、防止策を皆で考える。		
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。	マニュアルを作成し、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。	今年、初めてではあるが、町内会で避難訓練が行われ、当事業所も一役を担い、地域の協力・連携を確認した。事業所の避難訓練は不定期に2ヶ月に1回ほどの頻度で行い、利用者も実際に参加して、利用者・職員の避難経路や動きを確認している。	
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。	「人格の尊重」「尊厳を守る」という理念の元、言葉かけや対応に気をつけるよう努めている。個人情報の取り扱いについても、職員は研修し、気をつけている。	人格の尊重・プライバシーの確保に関して職員は教育を受けて重要性を理解している。声かけや対応方法に気づきがあれば、職員間で注意しあっている。個人情報は専用キャビネットに保管し、取り扱いに注意している。	
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、利用者の思いや要望を聞き出すように努めている。利用者が納得して決められるような場面作りをし、「失行失認」の人に対してはゆっくりと説明し、納得してもらうように努めている。		
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。	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、散歩、買物など一人ひとりのペースに応じて、本人に聞いて臨機応変、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されるよう支援し、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もありますが、馴染みのお店へ行かれる人は、家族と行かれたり、また、訪問理容も利用している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	食事は隣接関連医療機関の厨房からの搬入となっているが利用者と職員と一緒に盛り付け、後片づけ等、その人の能力に応じて、してもらうこともある。職員も一緒に食卓をかこみ、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。	食事は利用者と職員が同じテーブルで介護と談笑をしながらいただいている。できる利用者は職員と一緒に盛り付けや片付けも行う。利用者が育てた野菜などを調理してメニューに加えるなど、自由度もあっ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。	栄養バランスは、月1回の給食会議、日々の報告書等で、医師・栄養士・厨房職員と相談する。また、食べる量は本人と相談しながら食事を出している。水分量は再々声掛けをし摂取してもらうように支援している。お酒は、行事の時、院長が訪問し、一緒に話をしながら飲むこともある。おやつは、糖尿病の方が複数おられるので、しゅじいの指導の元、特別な日に限られている。		
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。	食後は、歯磨き・うがいの声掛け、寝る前は、義歯の洗浄をおこなっている。協力歯科医師の往診もあり、肺炎予防のケア、義歯の手入れなど指導がある。朝の体操の時、口の体操、発声練習をしている。		
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ている。リハビリパンツを使用しているが、トイレでの排泄を勧めるようにしている。	排泄パターンの把握に努めており、リハビリパンツを利用しているが声かけなどにより、トイレでの排泄を勧めている。普通の下着に戻れた利用者もいる。	
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、食物繊維の多い献立になっている。利用者の食事、排泄を把握し、自然排泄できるように、自主運動・家事活動等声かけをしている。		
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。(入浴剤、ゆず湯、よもぎ湯)	週3回を基本に、午前中に入浴していただいている。入浴を好まない利用者には会話を工夫して入浴のきっかけを作っている。入浴剤やゆず、よもぎを使って、入浴を楽しむ工夫も行っている。	
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。	眠剤に頼らない安眠の支援を基準にしている。なるべく日中の活動を促し、生活リズムができるように、声掛けをしている。しかし、体調、希望によっては、ゆっくり休息もしてもらっている。		
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。	利用者の体調に応じて、主治医からの指示で薬が変わる事が多く、その情報は直ちに職員に伝えられ、指示通り服用して頂く。また、その後の報告も主治医に伝える。		

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。	利用者の趣味(手芸、絵画、囲碁、将棋、農作業等)を伸ばし、楽しみごとになるように支援している。家事においても利用者のできることはしてもらい、ホームの中での役割を実感して頂いている。気分転換として、散歩・買物の支援もする。		
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。	以前は利用者同士の買い物・散歩、外食、地区の行事(盆踊り、祭り、とんど等)に、ほぼ全員が参加していたが、発病したりして介護度が上がったため、外出が少々困難になった人がいるが、可能なかたについては、散歩・買物をして頂いている。室内での自主運動、健康セミナー、詩吟教室に参加されたりする。また、本人の希望を把握し、家族の方に伝え、それがかなうように支援している。喫茶を楽しみにしている人に対しては訪問喫茶もおこなう。	外出可能な利用者は散歩や買物に付き添う支援をしている。敷地内の菜園の手入れ、花の鑑賞、1階のリハビリテーション施設への移動などは日常的に戸外へ出る機会となっている。 また利用者の思いや意向を家族に伝え、家族の協力を得て外出をしていただくなど、日常外出がすこしでも増えるよう支援を行なっている。	
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、持ってもらい、買物の支払い等してもらっている。困難な人は、家族からお金を預かり、管理し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、自由に使われており、又、少々困難な人には、使い方の相談にのっている。手紙のやり取りよりも訪問が多い。		
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。	2階建てのビルの改築で、一般住居とは違う感じがあるが、入口付近にベンチ・花、玄関に絵画等を置いて、雰囲気作りを努めている。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。建物が国道に面しているので、防音のため、二重サッシにしている。光に対してはカーテン・よらずで調節。内装は、落ち着いた明るい空間になっている。季節の物、花を飾るようにしている。	リビング兼食堂の共用空間は広く、来客対応スペース・だんらんのスペース、食事のスペースといった具合に余裕を持ってそれぞれ同時に利用できるようになっている。テーブルには職員が育てた花などが飾られ、家族が寄贈した花や装飾品も壁や出入口に飾られ、季節を感じながら同時に職員や家族の思いやりを感じながら過ごせる施設となっている。広い倉庫室があって普段使わない荷物や備品をゆったり収納して生活スペースは整理整頓がゆきわたっている。	
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、将棋、その他の手作業をしやすいようにしている。又、外にもベンチを置いてあるので、ゆっくり時間を過ごされる。		
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。	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。ホームとして、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。食器、時計、ラジオ、テレビ、囲碁、好きな絵など、持ち込まれている。	写真やテレビ、絵など馴染みのあるものを持ち込んで飾り付けがされている。中学生が作成して利用者へ贈った壁新聞を飾るなど思いのこもった飾り付けがされている。広いクローゼットにゆったり収納できるようになっており、居心地よく過ごせるようになっている。	



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
55		<p>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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。</p>	<p>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」という考えのもと、トイレの高さ、机椅子の高さも工夫してある。又日頃より筋力低下を防止し、脳を活性化させるため、自主運動を行う。食事時、お茶入れ、タッパー合わせ、洗濯干し等、各人に合った役割を大切にしている。出来ることはして頂き、出来ないことを支援する。</p>		

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 グループホーム吉山

作成日 平成 22年 12月 23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	49	[日常的な外出の支援] ・利用者の介護度が上がり外出可能な人が少なくなり外出の機会が減っている。	・外出の機会(散歩、買い物)を増やす(自主トレ外出はほぼ毎日している)	・移動の身体能力の維持 ・職員の外出付き添い時間を工夫する。	・6ヶ月(1月～6月)
2		[職員を育てる取り組み] ・法人内の研修、勉強会はよくしているが、外部研修が少ない。	・外部研修、同業者との交流の機会を増やす。	・職場の人員配置を工夫し、外部研修に出席できるようにする。	・6ヶ月(1月～6月)
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。