

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2893800025		
法人名	医療法人社団山中医院		
事業所名	グループホームやまなか		
所在地	兵庫県宍粟市山崎町山崎5番地		
自己評価作成日	平成29年8月1日	評価結果市町村受理日	平成29年10月25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.kaijokensaku.jp/28/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人ニッポン・アクティブライフ・クラブナルク兵庫福祉調査センター		
所在地	兵庫県尼崎市南武庫之荘2丁目27-19		
訪問調査日	平成29年8月24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)】

「地域の医療と福祉に貢献する」という理念のもと、地元住民の方々との協働で地域サロンを定期的に開催し、お子さんからお年寄りまで幅広い年代の方々にホームを活用していただいている。法人内で行えることは限られているという前提のもと、地域全体という視点で他の介護・障害サービス事業所や自治体、また地域住民の方々との連携を深めている。また入居者の方々に安心して生活していただけるよう母体である山中医院と連携し、日常の健康管理として十分な医療を受けるための支援、また、緊急時や看取りの際の対応が適切に行える体制作りをすすめている。また入居者の方々の自立支援をすすめるため、外部講師による介助術研修を毎月開催している。

【第三者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)】

伝統ある山中医院を母体とする「グループホームやまなか」は、本年7月1日で設立10年を迎えた。1階のホールを地域サロンとして、地域住民に各種行事で活用してもらった他、「地域の医療と福祉に貢献する」との理念を達成するため、法人内だけでなく、他の介護・障害サービス事業所や行政・自治会との交流を積極的に進め、現在では宍粟市認知症施策検討会の委員やNPO法人ピアサポートひまわりの家に理事を派遣するなど、地域密着型の事業所として一定の成果を挙げつつある。また、利用者と家族は日常の健康管理の取り組みを含む事業所の運営方針に満足している。25年度から経験してきた看取り(本年3件計10件)は、利用者と家族に安心感を与え、職員の介護力に幅が出てきたように感じられる。

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 ↓該当するものに○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 3. 利用者の1/3くらい 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、生き活きと働いている (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、その時々々の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				

自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。]

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	理念・介護の方針をホーム内に掲示し毎朝礼時に職員全員で唱和・共有し、日々の実践に活かしている。また、ホームページにも掲載している。今年度も具体的なケアへの反映を目指し月1回、介助術研修を実施している。	『地域の医療と福祉に貢献』を法人の理念とし玄関等に掲示し毎朝朝礼時に全員にて唱和し、よく理解し日々のケアに当たっている。又ホームページも掲載されているが更新がされていない。	利用者のグループホームへの検索はワムネットとホームページです。そのホームページが作成来3年間更新されていない。出来るだけ新しい情報を提供する事でPRが価値を生み出すものと考えます。早急に更新を。
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	地域サロンを週に1回以上開催し、平均15名程度参加されている。活動を継続する中で地域の方々为主体に参加されていると共に、入居者の方々との交流がより密になっている。また事業所と地元自治会が相互のお祭りや防災訓練に参加している。	地域との交流は積極的でホームに地域サロン室の場があり、この場を中心に10月に設立10周年事業が予定されている。その他いきいき100歳体操・ソーシャルアロマ・コーラス・おしゃべり会・オレンジカフェ・園児との交流等双方向の交流がされ利用者も楽しみにされ、知人との会う機会もある。	
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	認知症サポーター養成講座の実施や認知症カフェの運営、介護職員研修等を地域包括支援センター、市内の介護事業所と共同で行っている。また市の認知症施策の検討についても検討委員として取り組んでいる。		
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	入居者、家族、地域の方々の参加が積極的で行政などの意見も合わせて運営の方向付けとなっており、ご家族を含めた構成員の欠席者には議事録の送付にて報告を行っている。また会議後には家族会を実施している。	運営推進会議は年6回宍粟市健康福祉部支援課・西町自治会長・山田町老人クラブ会長・地域住民代表・入居者・家族(4~7名出席)・職員が出席し、ホームの状況や出席者よりは色々な助言を頂き運営に反映させている。	
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に取り組んでいる	宍粟市認知症施策検討会や認知症カフェ、また認知症サポーター養成講座などで日頃から連絡をとっており、連携体制を作っている。市の介護保険担当者が今年度から交代されたので関係の構築に努めている。	介護支援課とホームとは宍粟市の福祉関係の施策の中心的関係で認知症施策検討会・地域密着型連絡会・認知症カフェ等にて意見交換し、連携体制が出来上がっている。	
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	毎月のユニット会議で身体拘束となっているものがないか振り返る機会をもち、また全体会議では身体拘束、虐待等についての研修を繰り返し行うことでそれらについての理解を深め実践している。	マニュアルを基に、ホーム内研修や外部研修に参加し、身体拘束をしないケアに努めている。玄関のキーも夜間のみある。職員間も何かあればお互いに注意し合える関係で拘束のないケアが行われている。	
7	(6)	○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	毎月の全体会議にて虐待、身体拘束について学習する機会を繰り返しもち、振り返りを行う事で予防の実践を行っている。	虐待の防止に関してもマニュアルにより研修し、主旨を職員全員よく理解しケアに当たっている。言葉についても馴れ馴れしくならない様に、職員お互いに注意し合っている。	

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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
8	(7)	○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	地域包括支援センターや社会福祉協議会等の専門職と連携し、市内の事業者に向けた講習会に参加している。またご家族や関係者から相談がある場合は、状況に応じて専門職と連携し必要な制度利用につながるよう支援を行っている。	今後、成年後見制度の利用予定者が一人おられる。地域包括支援センターや社会福祉協議会等の研修会に出席し理解を深めている。家族よりの相談に対しては司法書士とよく相談し対応している。	
9	(8)	○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	契約の締結・解約の際は重要事項説明書に基づいて十分な説明を行い、理解・納得の確認後、説明者が署名・押印している。	入所の時に「重要事項説明書」を中心に十分説明し理解を頂き納得されサインを頂いているが職員への研修理解が十分ではない。	重要事項の家族・利用者に対しては入所時に十分説明し理解を得ているが、職員に対しては入社時に時間を取り説明しているがその後内容も色々変化している。再度契約書も含めて研修を。
10	(9)	○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	運営推進会議や面会の際に意見を伺い、また玄関ホールに意見箱を設置している。また年6回程度家族会を実施し、茶話会形式のゆったりした雰囲気の中、意見や要望を伺っている。年1回、ご家族を対象にアンケートを実施し意見の反映に努めている。	利用者・家族との接点は運営推進会議・その後の家族会・来訪時・年1回の家族会・年1回のアンケート等により要望を確認し運営に反映させている。1例として入浴回数の増等が提案され実施されている。	
11	(10)	○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	毎月の全体会議に意見交換の時間を設定しており、テーマに沿った意見の交換ができるようになってきている。また年度末のヒヤリングは個人の思いや意見をじっくり話せる機会になっている。毎月の会議で出た職員の意見から、日常業務の改善を検討している。	職員の意見・要望はフロア会議・全体会議時に提案され、その後リーダー会議にて検討され、運営に反映させる体制をとっている。又年度末には事務長との個人面談があり、個人の目標・処遇・業務面の相談・要望をしより良い環境を目指し離職率の減少へと結びつけている。	
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	キャリアパスの整備や、また職員個々の状況に合わせて勤務形態を変更したり、有休休暇が取得しやすい環境づくりをすすめている。また看取りに向けて介護職員が安心して働けるよう、緊急時の医療体制の整備にも努めている。		
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	年度の研修計画に基づき、外部研修に加え、月1回の頻度で内部での継続的な介護技術研修を実施している。ホームとしてのケアの方向性の共有と職員各自の課題の顕在化、スキルアップに努めている。		
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	中央市ケアマネ会や介護事業所による学習会へ参加し、交流に努めている。また、行政、医師会、介護事業所間で、在宅生活と看取りに関するネットワーク作りを行ったり、地域密着型事業所連絡会を実施している。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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
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	入居前の面接等でご本人及びご家族から不安や要望について聞き取り、入居前にチームで話し合いを行う。その対応について説明するなどして納得の上でサービスを利用していただけるように努めている。		
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	入居前に面接その他でお話を伺う機会を設け情報を収集し、入居初期にはセンター方式を利用してご本人やご家族の様々な思いに対応し、その心身の状態報告を密に行うことで信頼関係の構築に努めている。		
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	聞き取りやセンター方式を使用してニーズを見極めケアプランに反映している。また、現在提供しているサービスや今後必要になる可能性があるサービスについて説明し、納得の上で利用していただけるように努めている。		
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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	家事をはじめこれまでの生活で培われてきた経験や知恵をもとに、それぞれにあった事で役割をもっていただけるよう、また自ら参加できるように務めている。またサロン活動にて入居者の方々が力を発揮できる場面が増えている。		
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	家族会の際、ケアに対する考え方などを話し合う機会をもつことで本人支援について理解して頂きやすくなっており、ご協力していただける機会が増えた。また外出先でご家族と合流して一緒に過ごして頂くなどの機会を設けている。		
20	(11)	○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	ご友人などが気軽にきていただけるように少しずつなってきた。馴染みの場所への支援は、ご家族との外出時に立ち寄られたり、中央生活サポーターないるとの連携で、自宅などへ行っていただけるように支援している。	馴染みの人との交流はホームの地域サロンに来られる方の中に知人・友人もおられるとの事で楽しみにされている。又家族との外出時に馴染みの場所へ立ち寄ったり自宅へ帰省したりしている。	
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	対立や意見の相違がみられる場合はそれぞれの思いを汲み取りながら介入するよう工夫している。またサロン活動で多くの方を加えたコミュニケーションを図っていくと比較的良好な関係性が保たれる事が多い。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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
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	入院、在宅復帰等から退居となる場合も、転居先への情報提供や連絡調整を行ったり、その後の様子を伺い面会させていただいたりフォローアップに努めている。		
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	(12)	○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	センター方式のシートを利用し思いや希望をくみ取れるように努め、目標設定している。聞き取りが困難な場合は本人本位を前提としてご家族の意向を含めて支援を検討している。	センター方式のシートを利用し本人・家族よりの要望等の把握に努めている。常日頃は表情・行動より意向・要望を汲み取る様にし、支援に努めている。	
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	入居前の情報収集に加え、センター方式のシートを利用し入居初期にご家族にも協力していただき情報を収集している。またその後伺った情報は記録し、会議等で共有するように努めている。		
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	日々の状態把握に努めながら、サービス担当者会議で定期的に情報の共有を図っている。また、状況が変化した事項についてはその都度申し送り簿で情報の共有、早期の対応ができるように努めている。		
26	(13)	○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	ご本人やご家族から収集した情報を担当者を中心としてチームで検討し掘り下げながら、プランニングに全スタッフが関われる形をとっている。また、体調変化等がある場合はその都度見直しを行っている。	介護計画は本人・家族・かかりつけ医等の情報を職員全員で検討し計画を作成している。モニタリングと見直しは3ヶ月毎に、何か状態変化があればその都度対応している。	
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	ケアプランの経過や日々の発言などを記録し、サービス担当者会議で定期的に振り返りを行い、会話によく出てくる事、興味をもたれている事などを把握し、意欲の発掘やモニタリングに繋がるようケアプランの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	自宅や馴染みの場所への外出の際、実生活サポーターなないと連携し、付き添いや送迎の支援を行っている。また看取りの際などにはご家族に終日一緒に過ごしていただけるよう部屋や布団などを準備している。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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
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	入居者の方々がもつ地域資源をご本人やご家族から聞き取り、そのつながりを保つよう支援している。また、地域サロンを通して様々な地域ボランティアとのつながりを保つとともに心身の力を発揮する場となっている。		
30	(14)	○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	全入居者が納得のうえ、山中医院院長をかかりつけ医としている。毎診療日にかかりつけ医の回診があり、職員から日常の様子を報告し、指示にて通院介助、服薬管理などを行っている。	入所に当たり、かかりつけ医に納得して山中医院を選んで頂いている。毎朝・昼に利用者・職員の身体状況を山中医院にファックスし確認して頂いている。回診は週1～2回(風邪の流行器などの往診への切り替えが課題)専門科へは家族の協力のもと行っている。	
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	法人内医院の看護師に報告や相談を行っている。特に看取りの際に連携できることで家族や職員の安心感が得られた。また市内公立病院の認知症看護認定看護師とケアの方法について情報交換を行なっている。今後も状況に応じて法人外の看護師との連携を図れるように努めたい。		
32	(15)	○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。	定期的に面会の機会を設け入院先の医療ソーシャルワーカーや病棟の看護師の方と情報交換や退院時カンファレンスへ出席している。また、同時にご家族との相談や情報の共有にも努めながら、早期の受け入れができるように準備を整えている。	入院に際してはホームでの情報を病院のソーシャルワーカーや看護師に提供し、医療連携に努めている。入院中は週に1回は訪問し状態を確認し早期退院へと対応している。	
33	(16)	○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	平成26年度から数例の看取りをさせていただき、その際の経験を家族会の際に共有している。終末期について早い段階から考えていただいたり、グループホームとしてどのような事ができるのかという説明にもなっている。法人内外の連携を含め医療連携の実現に努めている。	看取りも昨年3例経験しており入所時に重度化・看取りに関してホームとして出来る事を十分に説明し納得を頂いている。家族も母体が医療法人であり安心されている。職員もその都度ターミナル会議を行い自信につなげている。これも家族の協力があってこそである。	
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	定期的に宍粟消防署の指導で救命救急講習等を受講し、AEDや担架の使用法などの実践力の向上、職員のスキルアップを図っている。		
35	(17)	○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	宍粟消防署の指導のもと、年2回の総合訓練を入居者の方々、職員、地元自治会の方々の参加のもと実施している。その他にも通報訓練や緊急連絡網の訓練を続けている。また火災時の自動一斉メールのシステムを導入している最中である。	宍粟市消防署指導の下年2回の災害訓練を母体の法人・デイケアと連絡を取り合い近隣住民の参加を頂き夕方より実施している。土砂災害が少し心配で避難指示が出た時には法人の母体に避難する事になっている。備蓄もされている。	

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(18)	○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	介護の方針にある「個人の尊厳を守り生きてこられた軌跡を大切にします」「個人情報を守り漏らしません」という文言を毎朝職員間で唱和し、それぞれが確認を行っている。また、全体・ユニット会議等で振り返り、日々の行動をお互いに意見する機会を設けている。	利用者を人生の先輩と考えプライドとプライバシーを損なわないうように声かけやケアに当たっている。職員もお互いに気をつけ合い何かあれば注意し合える体制になっている。又全体会議には行動を振り返り意見する時間を設けて更に注意し合っている	
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	意志が表しにくい方であっても発語や表情が出やすい声かけの方法などを職員間で共有して思いをくみ取るように努めている。また外出時の食事や買い物など自身の好みで決めていただくように支援している。		
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	地域サロンや日常の家事で、それぞれが「私がやってあげるわ」と参加を希望しやすいように支援している。また友人に来てもらう際の連絡をサポートしている。また「家を片付けに帰りたい」、「生まれた家にもう一度帰りたい」等の希望を実現するため、他事業所との連携をすすめている。		
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	行きつけのお店とホームでの理美容を選択していただいたり、送迎付きの美容院の利用を支援している。また女性の産毛剃りを随時行ったり、化粧水やヘアクリームの使用を支援したりとその人らしい身だしなみの支援に努めている。		
40	(19)	○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	日常の食材は外部業者によるが、行事食ではおにぎり、おはぎ、焼きそばなど一緒に調理したり、外食も利用している。また、今年度から週に2回自炊する機会を作り、季節に応じた素材を使って入居者の方々と一緒に準備、調理、後片付けを行っている。	日常の食材とメニューは外部業者よりチルドパックにて仕入れ、職員が温め提供している。ご飯・みそ汁は職員が作っている。特に魚と肉は地元の専門店にて購入している。今年度より週2日自炊する日を設け全員にて調理している。職員も同じものを食べ家庭的な時間となっている。外食も昼はひまわりの家、夜もファミレス等に出かけている。	
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	日々の摂取状況を記録し、かかりつけ医や看護師に相談しながら食事形態の検討や栄養補助食品の利用など、食事・水分摂取量の確保、誤嚥の予防に努めている。またそれぞれの方に口腔体操や口腔リハビリを行っている。		
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	協力医療機関である高田歯科と連携し、口腔ケアの講習会にてケアの方法を指導していただき、食前のマッサージや食後の口腔ケアを行っている。また高田歯科による訪問歯科診療を受けられる環境を整えている。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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
43	(20)	○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	個々に応じて柔軟に排泄誘導を行ったり、排泄パターンの把握に努め、できるだけトイレでの排泄を勧めるとともにオムツ類の使用を減らしている。また、メーカーによるオムツ類の研修会を行い、適切な使用に努めている。	排泄パターン表より個々のパターンを把握しそれとなく時間少し前に自立に向けたトイレ誘導へと支援している。現在自立者は6名・布パンツは5名他はパットとりハビリパンツ者である。オムツメーカーによる研修を行いオムツ使用減へと支援している。	
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	自由に水分が摂れる環境を整えたり、水分を摂る機会を増やしたり、また散歩や普段の生活の中で日常的な運動を勧めている。あわせてかかりつけ医の指示のもと、薬剤の使用により排便管理を行っている。		
45	(21)	○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ず、個々にそった支援をしている	リフト浴等、介助量の増加に伴い入浴日を設定している。しかし、可能な方は声掛けをし、自身のペースで入浴して頂くようにしたり、入居者の体調に合わせて清拭、足浴、シャワー浴等、柔軟に対応している。	入浴は週2回を基本に利用者の体調・要望により柔軟に対応している。機械浴は現在1ユニットのみだが、後のユニットに機械浴の設置が予定されている。入浴剤・柚子湯等使用されている。体調により足湯・清拭・シャワー浴も対応し清潔維持に努めている。	
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	入居者の体調や生活習慣に応じて休息がとれるように支援している。また、日中に活動の時間を設けたり、睡眠状況に応じて排泄介助を変更するなどして安眠につなげるよう支援している。		
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	内服薬の一覧表から、服薬内容や体調に変化があれば、申送り簿で全職員間で情報の共有を図り、かかりつけ医、看護師、薬剤師に報告、相談を行いながら状態の把握に努めている。		
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	以前、教師であった方で皆の前で話すことを好まれる方には挨拶や号令をお願いしたり、卓球が好きな方はテーブルで卓球をされたり、散歩が好きな方と一緒に歩いたり、それぞれ得意なこと、好きなことを把握し意欲や役割につながるよう支援している。		
49	(22)	○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支援している	コンビニエンスストア、馴染みのある美容院へ外出されたり、近隣の散歩や町内にあるひまわりの家など日常的に外出している。また今年度からランチ外出やデザート外出などの機会を増やしたり、毎週木曜日に個別外出の機会も設けている。	日常の外出は気候・利用者の体調にあわせて近隣のマーケット・自宅・墓参り・ひまわりの家・神社・お菓子屋等に出かけ外気浴・季節感を味わっている。又毎週木曜日に個別外出・ランチ外出・デザート外出等外出の機会を増やしている。又ネットによる購入時間削減を利用者の外出時間に充てている。	

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	個々の希望に応じて財布を持っておられ、外出の際(買い物、散発、介護タクシーの利用等)にはできるだけ自力で支払いができるように支援している。		
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	ご本人が希望された際に電話をかける支援を行ったり、手元に携帯電話を持たれている方がいつでも連絡できるよう電源の管理を行っている。また、紙とペンの準備や投函の支援を行っている。		
52	(23)	○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	室内は柔らかいクッションフロアを使用しており、上履きが必要ない(希望者のみルームシューズ使用)また、ホールには畳や古民家の建具を再利用した障子・ふすまを使用しており、木造の馴染みやすい環境になっている。また、季節に応じて習字作品やポップ作品を掲示している。	廊下には柔らかいクッションフロアの使用により利用者の負担減へ、ホールには交流スペース(広い畳の間・古民家の再利用建具の障子・ふすま等)があり地域との交流の場(喫茶・図書・食事会・おしゃべり会)となっている。	
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	ソファなど居室からリビングまでの間に一息つける場所を設け、休憩や昼寝の場所となっている。また、ホールには喫茶や図書のスペースを設けており、ゆっくりと過ごすことができる。		
54	(24)	○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	使い慣れた家具や布団を持ち込んでいただいたり、仏壇や配偶者等ご家族の写真を飾るなどして、ご家族とのつながりが途切れないように支援している。	ホーム側のベット・空調カーテン以外は火気の無いもの以外家庭にて使い慣れた家具・仏壇・家族の写真等が持ち込まれ、家庭の延長感のある過ごしやすい場となっている。	
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」「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	居室やトイレの場所が分かりやすいよう写真や文字で案内表示をしたり、手すりやすべり止めを設置したうえで階段を設け、住居内の移動もできる力を残すように支援している。		

基本情報

事業所番号	2893800025
法人名	医療法人社団山中医院
事業所名	グループホームやまなか
所在地	宍粟市山崎町山崎5 電話 0790-62-8862

【情報提供票より】平成 29年 8月 1日事業所記入

(1) 組織概要

開設年月日	平成19年7月1日		
ユニット数	2 ユニット	利用定員数計	18 人
職員数	21 人	常勤 13人 非常勤 8人	常勤換算 16.57人

(2) 建物概要

建物構造	木造一部鉄骨造り2階建て 1階 中2階 2階
------	------------------------

(3) 利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

家賃(平均月額)	46,500~54,000 円	その他の経費(日額)	実費
敷 金			
保証金の有無 (入居一時金含む)	270,000円 保全措置 預金	有りの場合 償却の有無	無し
食材料費	朝食	300 円	昼食 400 円
	夕食	400 円	おやつ 100 円

(4) 利用者の概要(8月1日現在)

利用者人数	18 名	男性	1 名	女性	17 名
要介護1	8 名	要介護2	3 名		
要介護3	6 名	要介護4	1 名		
要介護5	名	要支援2	0 名		
年齢	平均 86.8 歳	最低 80 歳	最高 96 歳		

(5) 協力医療機関

協力医療機関名	山中医院・宍粟総合病院・高田歯科
---------	------------------

目標達成計画

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	9	入居の際に「重要事項説明書」を中心に十分説明し納得されサインを頂いているが、職員への研修理解が十分ではない。	入居者、ご家族へ説明している契約内容も法律の改正などに伴って変化しているため、全ての職員がそれらを理解してケアを提供できる。	入退居の際の契約内容など、再度基本的な事項についての研修を実施し理解に努める。	6ヶ月
2	1	利用者やそのご家族がグループホームの情報を検索されるのは主にワムネットとホームページであるが、情報が更新されていない。	ホームページを定期的に更新し、多くの方にグループホームやまなかの取り組みなどを知って頂けるようPRの機会にできる。	定期的に写真などホームページの内容を更新し、グループホームの様子を感じていただけるように努める。	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。

(様式2(2))

サービス評価の実施と活用状況(振り返り)

サービス評価の振り返りでは、今回の事業所の取り組み状況について振り返ります。「目標達成計画」を作成した時点で記入します。

【サービス評価の実施と活かし方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の説明とともに、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ふまえて、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、事業所の努力・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市区町村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目標を話し合い、「目標達成計画」を作成した
	<input type="radio"/> ②「目標達成計画」を利用者、利用者家族や運営推進会議で説明し、協力やモニター依頼した(する)
	<input type="radio"/> ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)
	<input type="radio"/> ④「目標達成計画」に則り、目標をめざして取り組んだ(取り組む)
	<input type="radio"/> ⑤その他()