

### 1 自己評価及び第三者評価結果

#### 【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	令和1年8月25日	評価結果市町村受理日	令和2年1月21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	<a href="https://www.wam.go.jp">https://www.wam.go.jp</a>
----------	---

#### 【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	令和1年9月10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。法人内ででき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よう訪問看護ステーションとの連携を図っている。また外部講師による介助術研修を定期的に開催して、その方の持つおられる力を引き出す支援をケア方針として共有し、実践する事を目指している。

#### 【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)】

前項[事業所の特に入れている点・アピールしたい点]に記入されている内容が、当日の調査で十分に確認できた。母体の山中医院が地域に馴染み深い上に、設立されたグループホームやまなからは12年を経過した現在、完全に地域に定着したといえる。関係の深い「ピアサポートひまわり」や他のグループホームとも連携して、高齢者福祉の充実に向けての努力は行政機関からも認められ頼りにされている。認知症高齢者が多くなってきた現状は、宍粟市内で4か所のグループホームでは絶対数の不足は否めず、「GHやまなか」の入居待機数18人を始め、どこの事業所も似たような状況にある。この実態を行政に強く働きかけるなど事態打開に向けて努力されたい。

#### 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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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、生き活きと働けている (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、安心して暮らせている (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
<b>I.理念に基づく運営</b>					
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が、ホームページ内の情報が定期的に更新できていないため職員間で役割分担を決めて取り組みたい。	理念は「地域の医療と福祉に貢献する」とし玄関・中2階のフロアに掲示され、職員は毎朝確認のため唱和し、日々のケアに努めている。又利用者の中に習字の上手な方がおり、理念を書いて頂き、再確認するとの事である。	
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	地域サロンを週に1回以上開催している。活動を継続する中で地元自治会など地域の方々が主体的に参加されていると共に、入居者の方々と交流がより密になっている。また今年度より市内に4か所ある認知症対応型共同生活介護事業所間で、定期的に連絡会を開いている。	地域との交流は、施設の地域サロン室にて、サロンおしゃべり会・100歳体操・オレンジカフェ・コース等を催し、施設よりは地域の介護の中核として、認知症サポーター養成講座の講師の派遣や地域の4グループホーム連絡会を立ち上げ、情報交換会を実地している。	
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	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。事業所内で4名の職員が認知症キャラバンメイトとして活動している。		
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に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を送付して報告している。また会議後には家族会を実施している。	運営推進会議は毎月2ヶ月毎に開催され出席者は自治会長・地域包括支援センター・老人クラブ会長・地域住民代表・家族・利用者や職員が参加し双方向の議題で行われ、運営に反映させている。終了後に出席の家族会を開き意見・意向を確認している。会議録は欠席の市の方・家族にも配布している	
5	-4	○市町村との連携 市町村担当者とは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。また地元自治会内での独居の認知症高齢者に対して地域包括や家族、その他関係者と連携し地域で暮らせるよう支援している。	市の担当者とは、色々な関わりがあり、宍粟市認知症施策検討会や認知症カフェ・認知症サポーター養成講座への講師の派遣や本年度より市内4グループホーム連絡会の開催による情報交換会を市と連携している。	
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、また動画研修で身体拘束、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。	毎月のユニット会議にて身体拘束をしない研修(福部流動画による具体的な)を行い、主旨は十分に理解しキャリアアップにつなげている。運営推進会議にても時間を取り説明し、理解を得ている。	
7	(6)	○虐待の防止の徹底	動画研修にて虐待、身体拘束について学習する		

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
		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	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。	虐待に関しても、福部流動画にて研修を行い職員は十分に理解している。確認として入浴時・検診時に入念にチェックしている。	

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
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たり、動画研修にて理解を深めている。また今年度実際の相談があり、専門職と連携し必要な制度利用につながったケースがあった。	成年後見制度利用者は1名いるが、地域包括センターや社会福祉協会と連携を取り講習会に出席し、家族よりの相談があれば対応出来る体制は、整っている。	
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	4	入所時に本人・家族・施設間にて、重要事項説明書に基づき十分に時間を取り丁寧に説明し同意を得ている。又法改正や介護度改正時にも再度説明し同意を得ている。又職員にも同様の説明をし理解を得て、ケアに当たっている。	
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回家族会を開催し、茶話会形式のゆったりとした雰囲気の中、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・家族との接点は家族会・来訪時・意見箱等にて意見・意向を確認し、話し合いには茶話会形式にて、ゆったりとした雰囲気の中にて対応している。又年1回家族アンケートを実地し、意見・意向を確認し、職員間にて情報を共有している。	
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ゆ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。	毎月全体会議・フロア会議・リーダー会議と年度末の個人面談を実地し、職員の希望・要望を聞き出し、運営に反映出来る様になっている。会議は良いムードの雰囲気全員声を出せる様に配慮されている。	
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	職員個々の能力や実績、勤務状況を把握して能力評価につなげるシステムの導入などキャリアパスを整備した。また個々の状況に合わせた勤務形態への配慮、処遇改善加算の積極的な算定など意欲的に働ける環境作りを努めている。		
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、外部講師による介護技術研修を隔月で実施している。今年度からインターネットでの動画研修を全職員が個々のステージに合わせて実施している。		
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	宍粟市ケアマネ会や介護事業所による学習会へ参加し、情報共有や学びの機会としている。また行政、医師会、介護事業所間で、在宅での看取りに関するネットワーク作りをしている「宍粟市の在宅生活と看取りを考える会」へ世話人として参加している。		

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
<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を聞き取り、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利用して頂けるように努めている。また可能な場合は入居前からサロン活動に参加を勧めめどのような場所が見て頂く機会をもっている。		
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し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、それぞれに合った事、得意な事などで役割をもってもらえるよう、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	変化がある際や面会時に状態報告を行い、情報を共有できるように努めている。また家族会の際など、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り、ご協力していただける機会が増えた。		
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いる。馴染みの場所への支援は、ご家族との連携により、職員による個別対応や宍粟生活サポーターなないとの連携で自宅や希望の場所へ行っていただけるように支援している。	友人・知人・家族との馴染みの交流が途切れ無き様に、ホームの交流サロンを活用し、立ち寄ってもらい交流を続けている。馴染みの場所へは家族の協力や、本年度からの個別対応や宍粟生活サポーターなないとの連携で散髪屋・喫茶店・商店等に出かけている。	
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。		
22		○関係を断ち切らない取組み	入院、在宅復帰等から退居となる場合も、転居		

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
		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	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とフォローアップに努めている。またご本人の退居後もご家族にサロン活動へご協力を頂くなど関係の継続に努めている。		

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
<b>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</b>					
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。	入所時にセンター方式シートで本人・家族より意向や要望を汲み取っている。入所後は本人の表情・行動を注意深く観察し、汲み取る様にし、本人・本位の把握に努めている。	
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・家族の要望やドクター情報を集め、居室担当者を含め全員にてケア会議を開き、計画を決めている。計画は短期3ヶ月、長期6ヶ月で、本人の体調変化があれば、その都度見直しをしている。モニタリングは毎月行い、計画の参考資料としている。	
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の連携や、職員による個別対応を行い、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。1日2回、職員から日常の様子やバイタルサインなどを報告し、必要に応じて通院介助、服薬管理などを行っている。	かかりつけ医は入所時に本人・家族・ホーム間にて、よく相談し決めている。現在は協力医である山中医員に全員なっている。本年より24時間オンコール体制(訪問看護ステーションと契約)。利用者は一日2回かかりつけ医にバイタルサインを報告より安心な体制となっている。受診は月2回、歯科は要望により受診している。	
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	法人内診療所の看護師に1日2回FAXにて状態報告し、また契約にて訪問看護ステーションの看護師が週1回訪問。その都度状態報告や相談を行い指示を仰いでいる。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。		
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。	入院時に施設より情報提供書を医療ソーシャルワーカーに提供し連携を密にすると共に入院中は何度も足を運び現状確認し早期退院へと支援している。退院時にはカンファレンスに参加し退院後の受け入れ準備体制を対応している。	
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、事業所の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。今年度より市内の訪問看護ステーションと連携を開始し医療連携の環境が実現した。	入所時に「重度化した場合の対応に関する指針書」に基づき、看取り等の対応に関して、十分に説明し、理解を頂き文書にサインを頂いている。又現実に重度化した時に再度ドクター・施設より終末期医療等に関する意向確認書に基づいて説明し同意を得ている。今迄に看取りも10例ちかく行っており体制は整っている。	
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	定期的に火災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	火災消防署の指導のもと、年2回の総合訓練を	災害訓練は消防署指導による訓練と自主訓練を行っている。以外に避難訓練を	



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
		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	<p>人居者、職員、地元自治会の方々に実施。今年度から災害時の避難確保計画を策定し、風水害時の避難訓練を実施。また実際に3度避難を実施し実践から身につけてきている。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。</p>	<p>練を行っている。以外に避難訓練を3度実施しよりスキルアップを目指している。又近隣の協力もあり訓練に参加してもらっており、地域自治会長・防災関係者・職員のホットライン体制も出来ており、災害時にはサイレンによる体制も整っている。施設は福祉避難場所にも指定されており、備蓄も食料品・衛生品等約</p>	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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、尊厳とプライドを損なわないうように、福部流ビデオによる講習会を実地し声かけの仕方等毎朝職員間で唱和し、確認を行っている。何か問題があれば職員間にて注意し合える関係が出来ており、会議にても注意し合える時間を造っている。	
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よう声かけを工夫して思いをくみ取るように努めている。また個別対応の際は個人の希望に沿う対応に努めたり、外出時の食事や買い物を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」等の希望を実現するため、個別対応やしる生活サポーターなると連携している。		
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、またヘアカラートリートメントの使用など、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、行事食ではおはぎ、焼きそば、カレーと一緒に調理したり、外食も利用している。また、今年度から週に4回自炊する機会を作り、季節の食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。	食事は外部業者によるチルド配達で、ご飯・みそ汁はホームで作って提供している。又本年より週4回自炊の日を作り、メニューは職員が作り、利用者と一緒に準備・調理・後片付けを行っている。外食も要望により全員で寿司店・ファミレス・デザートを食べに出かけている。	
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(状態によりあーとを使用)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。		

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	個々に応じた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。また福辺流介助術を実施しトイレでの排泄を継続できるように支援している。	個々の排泄パターンを把握し時間少し前にトイレへと誘導している。オムツ類の使用を減らすため、業者の講習会を開き、より良いオムツの使用法の講習会を開き、効率化に努めている。又福部流介助術を学び、トイレでの排泄を持続出来る方法にも努めている。衛生品は一括購入しコスト低減にも努めている。	
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	好みの物など工夫し、自由に水分が摂れる環境を整えている。また散歩や体操等で日常的な運動を勧めている。また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と共にオリゴ糖やTGGヨーグルトを使用するなど薬剤に頼らない排便管理にmLお努めている。		
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てしまわずに、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。	入浴は基本週2回で本人の体調・要望により柔軟に対応している。入浴剤は透明度の良いものを安全のため使用しており、水虫対策も訪問看護のプラスさんをお願いし対策を講じている。又ADL低下と共に二人介助の方も増えてきており2階には出来ておるが、職員の為にも1階にも機械化を進めて欲しい。	入浴介助に携わる職員の負担軽減のためにも、リフト浴への設備改修を急がりたい。
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。また必要な方は臥床時のポジショニングにて安楽に休んで頂けるように支援している。日中に休憩の時間を設けたり、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	服薬内容や体調に変化があれば、送り簿で全職員で情報の共有を図り、かかりつけ医、看護師、薬剤師に状態報告、相談を行いながら健康状態の把握に努めている。特にかかりつけ薬局との連携により副作用による影響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	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、ホームの事務仕事を手伝っていただいたりと、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	コンビニエンスストア、駄菓子屋、馴染みのある		

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
		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に支援している	美容院へ外出されたり、町内にあるひまわりの家などできる機会に外出している。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、毎週木曜日に個別対応で個人の希望に沿った外出の機会を設けている。	外出は認知症対策にも是非必要で増やして頂きたい。日常は近くの神社・コンビニ・駄菓子屋等の出かけ、外気に当たり季節感を味わってもらい、遠出はなかなか難しくなってきたおり家族の協力を得ながら毎木曜日に個別対応で個々の要望を取り入れひまわりの家やランチ等に出かけている。	

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入居者自身で財布を持っておられ、外出の際(買い物、散策、介護タクシーの利用等)にはできるだけご自身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(希望者は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、木造の馴染み易い環境になっている。また、季節に応じた習字やポップ作品を掲示することで見る度に季節を感じて頂けるように努めている。	廊下兼リビングは折り紙やイベントの写真や習字・塗り絵等が飾られ、季節感を醸し出している。又1階には畳のある交流ホールとなっており、色々な方が利用し、地域の交流の場となっており、赤ちゃんより老人の場所となっている。	
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	ソファなどで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、子供さん等の家族写真を飾るなどして、家に居るような雰囲気作りに努めご家族とのつながりが途切れないように支援している。	自宅で使い慣れた家具・寝具や仏壇・家族の写真等が持ち込まれ、自宅に近い・家族と一緒にという環境に努めておられる。それぞれ個性にあふれた特色ある居室となっている。	
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」「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、住居内を移動できる力を残すように支援している。リビングの自席に杖置きを作成し、自身で出し入れできる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】令和 1年 8月 25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	22月 人	常勤 12人	非常勤 10人 常勤換算 15.59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25日現在)

利用者人数	18 名	男性	1 名	女性	17 名
要介護1	4 名	要介護2	7 名		
要介護3	2 名	要介護4	2 名		
要介護5	3 名	要支援2	0 名		
年齢	平均 87.4 歳	最低 81 歳	最高 95 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

作成日: 令和 2年 1月 16日

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	21	浴室の設備として、2ユニットの内、片方にしか入浴介助用リフトが設置されていない。 (バスボード等の福祉用具はあり)	入居者の安全な入浴のため、また入浴介助に携わる職員の負担軽減のため、助成金を利用し設置に向けた具体的な検討を行う。	厚生労働省の職場定着助成金を利用し、設置を目指す。設置後も負担軽減など効果について観察する。	12ヶ月
2					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、行を挿入して下さい。

(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( )