

### 1 自己評価及び外部評価結果

**【事業所概要(事業所記入)】**

事業所番号	2170103994		
法人名	メディカル・ケア・サービス東海株式会社		
事業所名	愛の家グループホーム岐阜正法寺		
所在地	岐阜市正法寺町9番地		
自己評価作成日	平成24年 8月 9日	評価結果市町村受理日	平成24年 9月18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="http://www.kaijokensaku.jp/21/index.php?action=kouhyou_detail_2010_022_kanji=true&amp;JigyosvCd=2170103994-00&amp;PrefCd=21&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/21/index.php?action=kouhyou_detail_2010_022_kanji=true&amp;JigyosvCd=2170103994-00&amp;PrefCd=21&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

**【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 中部社会福祉第三者評価センター		
所在地	岐阜県関市市平賀大知洞566-1		
訪問調査日	平成24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)】**

立地の面では、市の中心部に割合と近く、交通の便がよく、それでいて、畑や田もあって、緑に恵まれた環境です。一步散歩に出ると、西は伊吹山脈、北は岐阜城が遠望でき、清々しい気分になります。向かい隣には薬品や食品を扱うスーパーがあり、気楽に買い物に出かけることができます。日当たりがよく共用スペースも広く開放的な空間で過ごしていただくことが出来ます。現在は、地域交流を深める事、ご家族様や地域の方が気軽に立ち寄れるホームを作る事に力を入れています。

**【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)】**

本年の3月に着任した管理者は、今までの介護経験から培った利用者本意の介護の熱い思いを、ホーム理念に込め刷新している。理念は実践に反映出来るよう「利用者を良く知る」、「リスクの理解」、「職場の改善」、そして「レク計画」など、具体的な課題を掲げて職員と共に実践している。2ユニットそれぞれに責任者を置き、ユニットの職員の取りまとめの権限を委譲し、人材の育成に注力している。管理者は職員の信頼を得ており、職員のチームワークは良好と言える。課題のひとつである「レク計画」は、1ヶ月に1回の開催を目標に全職員が担当し、前向きに取り組まれている。9月には納涼祭を予定しており、地域と利用者、家族、ホームの絆を深め、地域の中で皆が集うホームとなることを目標とし、地域に呼びかけを行なう予定である。

**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)	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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
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)	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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		

# 自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			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	ホーム理念に基づいて、その時々にあわせた目標をたて、実践しています。	ホーム理念を刷新し、ホーム会議を通じて職員に周知している。同時に具体的な課題を揚げ、職員と共に理念の実践に反映するよう取組んでいる。	本年着任の管理者は、理念に基づき具体的な施策を職員に見える形で示している。今後、中期目標として更に実践への反映に期待したい。
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	近隣への散歩を通じて、地域の方々と交流を図っています。公民館での行事参加や済美高校生生徒との交流を行っています。	本年、始めて隣接する高校の介護実習をスタートした。住人から花、野菜の苗の差入れがあったり、地域の盆踊りに利用者と参加するなど、積極的に地域交流の推進に取り組んでいる。	
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	済美高校生徒にボランティア教室(認知症の理解とケア・グループホームの意義・食事、排泄の介助)を開催している。		
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	活動状況や、事故報告を行い。対策などご家族様や包括支援センターからの意見などを取り入れています。	家族、行政、地域代表に留まらず、知見者である同業者、医療関係者の参加を得て、有益な意見交換を行なっている。家族参加のイベントと会議を同日開催し、多くの参加を得られるよう工夫している。	
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取り組んでいる	運営推進会議の内容の報告や、ホームの状況など、定期的に報告し連携を行っています。また、運営推進会議の運営方法など相談しております。	運営推進会議にて情報交換を行うとともに、市に出向き相談や報告を行って協力関係を築いている。また、市の主催する連絡会にも参加し、行政とホーム相互の交流を行っている。	
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	施錠を行わないことや、ご利用者様の要望にできる限り応じて、ホームの外へ付き添うことや、日頃から気づきの周知や注意を行い、取り組んでいます。	利用者の行動を制止することはなく、利用者の思いに沿った見守りを行なっている。玄関は施錠せず、外出する利用者には、職員が付き添って一緒に散歩している。条件が整えば、希望する場所にドライブに出掛けることもある。	
7		○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	社内研修やホーム内研修で虐待防止の取り組みを行っています。スタッフ間でも注意を払い、虐待が見過ごされる職場環境を作らない事に努めています。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			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		○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	利用者様の状況、環境に配慮し権利擁護を 実際利用して頂いている方がみえます。		
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	契約の際は、必ず、契約書、重要事項など 一緒に読みあわせを行い、ご理解いただけ るように説明を行っております。契約時は時 間を掛けて行います。		
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	ホームに意見箱の設置を行ったり、年に一 度はご家族様アンケートを実施しています。 また運営推進会議等で、要望や意見をお伺 いしています。	ホーム行事は、必ず家族参加を前提にして 案内を行なっている。笑顔溢れる明るいホー ムには、日常的に家族が訪れており、職員は 家族の意見を聞けるよう、家族へのアプロ ーチに努めている。	
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	年に一度、法人のスタッフアンケートを実施 してます。また、スタッフから、意見や提案を 聞くために、社内SSSボックス(改善提案 ボックス)を設置しています。	管理者はホーム運営の方針を明示し、職員 が戸惑うことなく生き生きと働ける職場を創 出している。その結果、職員から積極的に意 見が出され、実践への反映は着実に行われ 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	スタッフからの申し出などにはその都度対 応して頂いています。年に2度評価を行 い。環境や条件面では改善に努めていま す。		
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	ユニットリーダー、ケアマネジャー、調理スタッフ などの研修、会議はエリア単位で行ってしま す。介護雇用プログラムの採用や、ヘルパー資 格支援制度、ケアマネ養成プログラムなどありま す。また、ホーム内研修でスキルアップにつな がる研修を行っています。		
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	併設のデイサービスと合同での災害訓練 や、行事の計画を行っています。今後は交 換研修を行っていきたいと思っています。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			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	サービスの利用前には、事前アセスメントを行い、ご本人との面談をし、気持ちや要望などをお伺いしています。		
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	ご本人様と同じく、利用される前には何に困っていてどんなサービスを受けたいのか、要望などを、お伺いしています。		
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	困っている状況などをお伺いし、グループホームでのサービス内容の説明や、必要があればその他の提案も行っています。		
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	それぞれの方の残存能力に応じて、出来るところはご本人がやれるように支援させて頂いています。		
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	定期的なご家族様への現況報告や、要望などをご家族様と相談しながら伝え、外出や面会の機会をお願いしています。また、ご家族様が気軽に立ち寄り、ご利用者様と接す機会を増やしています。		
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	外出の際は、自宅近くへドライブに行ったり、行きつけの場所へ外出したりできるように支援していますが、	職員の同行により、馴染みの場所であるお寺参りや劇場の演劇鑑賞など、利用者の地域の馴染みの生活の継続を実現している。	
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	利用者様同士の橋渡しの役割をスタッフが先行い共同生活においての他の利用者様との関係作りに努めています。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			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	退去された後も、状況の確認や連絡を行い、必要に応じて相談や支援も行っています。		
<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	(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	サービス担当者会議にて、ご本人より希望などを伺い、ご家族様からの希望・要望をふまえたサービス内容を検討しています。	生活歴を理解し、意思表示の難しい利用者は家族の意見を聞き、利用者の表情や様子から思いや意向を把握するように努めている。	職員の把握した利用者の思いや意向の記録の意義を更に理解し、全職員が共有して実践に反映できるよう期待したい。
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	センター方式の活用や、ご本人との会話の中から拾い集めたり、ご家族様からお聞きしたりして、情報の把握に努めております。		
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	毎日の健康チェックにてその日の状態に合わせた支援が行えるように、申し送りなどで状態を把握・共有しています。申し送りノートを活用しています。		
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	サービスの内容については、ご本人の希望はもちろん、ご家族様からも意見を頂き、主治医などからの意見も反映させて作成していますが、モニタリングが不十分であると感じております。	利用者、家族、医師および看護師の意見を確認し、ユニット会議にてカンファレンスを行ない、介護計画を作成している。介護計画は、その人らしさの出た個別計画となるよう取り組んでいる。	
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	個別の記録のほかに、気づきを共有できるように記入したものを、サービス内容に活かしています。		
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	状況の変化などにはその都度、対応、相談に応じて支援させて頂いています。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			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	かかり付けの主治医の往診や受診を行っています。一部の方になりますが、なじみのスーパーなどへの外出支援も行っています。		
30	(11)	○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	希望のかかりつけ医の利用を行っていただいています。入居時には、ご本人、ご家族に確認を行っております。	提携医は月に2回、看護師は週に1回往診し、利用者の健康管理はきめ細かく行なっている。1名の利用者は、希望するかかりつけ医の往診を受けており、ホームは医師と連携して受診を支援している。	
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	利用者様の状態の把握に努め、連絡相談を行い、連携を図っております。		
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、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。	定期的に面会し状態の確認や把握を行い、主治医との連携を行っております。また、ホームから病院へ情報提供を行い、最適な治療が行われるように努めています。		
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	入居時に説明を行い、希望や要望をふまえて、その他のサービスへの申込の案内や提案をさせて頂いています。	利用者、家族、医師、看護師と相談し、適切な終末期の対応をしている。看取りの経験はないものの、医療行為を生じない場合は利用者、家族の希望に沿ってホームで対応する方針を持っている。	
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	事故や急変時におけるマニュアルに基づいて、定期的に訓練を行っております。		
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	定期的に訓練を行っています。運営推進会議にて、自治会への協力の要請や、近隣住民への協力を促しています。また、地域防災訓練への積極的参加をしています。	管理者は防火管理者として防災計画を作成している。夜間想定避難訓練、消火訓練および通報訓練を実施しているが、今後は地域住民の救命協力を得られるよう計画当中である。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			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	(14)	○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	お客様という意識や、サービスを提供する立場であることを職員には伝え、人生の先輩である事を大切にし、自尊心を損なわない対応、礼儀礼節をもって接しております。	職員は常に利用者への尊敬の念を持ち、丁寧な優しい口調で接するよう心掛けている。利用者の呼称(呼び名)は、利用者の希望を確認して行なっている。	
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	日常生活の中で利用者様に選択していただく場面を支援させて頂いております。		
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	ある程度メリハリのある生活が望ましい部分では声をかけさせていただくが、それ以外は自由に個人のペースを尊重させて頂いております。		
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	女性利用者の方は化粧をされたり、着替えや入浴の際は衣服を一緒に選んだり準備されたりしておられます。		
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	食べ物の好みの把握を行い、その方に合わせた食事の提供や、季節感のある食材を利用し、季節を感じてもらえるような食事提供を行っています。準備や片付けも利用者様と一緒に、サポートを行っています。	利用者の嗜好や服薬情報を記録し、安全で楽しめる食事を提供している。職員と調理員は利用者の日々の体調変化を掴み、食事用の「申送りノート」を作成し、メニューや調理方法などの検討を重ねている。	
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	栄養士の献立メニューをもとに、それぞれの方に合わせて、刻み食などの提供を行っています。水分補給については、夏場1日1300mlを目標に行っています。水分量は毎日の記録に残し、スタッフ全員が把握できるようにしています。		
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	毎食後歯磨き、口腔ケアを行っています。また週に一度は歯科衛生士、月一度は歯科医の往診も行って頂いています。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			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	(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むけた支援を行っている	ご本人の要望希望に応じている。定期的な声かけや誘導(ケアプラン)、介助にて支援を行っています。	排泄記録を取り、介助の必要な利用者は行動や表情から排泄のサインを見逃すことなく、さりげない声かけを行い適切に誘導を行っている。	
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	水分量の把握を行い、運動の促しや、主治医との連携にて対応を行っています。また薬に頼らない自然な排泄が行えるよう、食物繊維や、寒天、ゼリーなどで水分が摂取できるよう支援を行っております。		
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ず、個々にそった支援をしている	毎日入浴していただける環境を作り、できる限り希望に応じて入浴して頂いております。全利用者様を均等にすることを、曜日の仮設定はしていますが、基本的には好きな時間帯に入浴していただいております。	週2回の入浴を基本としており、夏は希望に応じ毎日の入浴にも対応している。入浴を拒否される場合は、無理強いすることなく、納得を得て楽しく入浴できるよう取り組んでいる。	
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	日中も状態等の把握に努め、休息の促しや声かけを行っておこなっています。また安眠効果のある工夫や対応を行っています。		
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	薬の内容についてのチェック表や、専用のファイリングにて確認が出来るようにしています。また誤薬の無いようにマニュアルをもとに確認しています。		
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	嗜好品や楽しみについての把握とともに、要望などに対応できるように支援しています。また、センター方式や、ご家族様からの聞き取りにて、支援が行えるよう努めております。		
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。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	外出などの希望に応じられるように、スタッフの人員確保に努めております。現在はご家族様への協力をお願いし、自宅への帰宅や、旅行などにも行って頂いております。ホームでも外出支援を行っています。	気候を考慮し、毎日の散歩を日課にしている。ホームの外には家庭菜園を造り、利用者が栽培や収穫を楽しんでいる。8月には殆どの利用者の参加によりテーマパークに出掛け、昼食は回転寿司で食事を楽しむなど、外出に積極的に取り組んでいる。	



自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			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	近隣への買物は、ご自分でお金を支払って頂くようにしております。また、個人で財布を所持されているご利用者様もおみえです。		
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	電話の要望にはその都度応じて、支援させて頂いております。		
52	(19)	○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	室温や湿度には充分配慮し、過ごし易い環境に配慮しています。花や、菜園などを利用者様と手入れを行い、季節を感じていただけるように支援させて頂いております。	居間は広く、大きな窓から十分な採光を取り入れた明るく快適な空間である。居間では利用者の希望に合わせて、カラオケや体操、踊りなどを準備し、利用者と職員の笑顔の絶えない空間となるよう工夫している。	
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	気の合う利用者様同士の席の配慮などを行い支援させて頂いております。		
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	ご自宅で使用されていた馴染みのものを、持ってきて頂けるように、説明を行っております。	利用者のこれまでの生活を継続すべく、寝具、家具、写真、神棚など馴染みの物が持ち込まれている。複数の女性の居室には化粧鏡が置かれており、口紅などのお洒落をする場所でもある。	
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	浴室や、トイレなどには案内や目印などをつけ、分かり易いようにし、声かけ誘導を行っております。		

### 1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2170103994		
法人名	メディカル・ケア・サービス東海株式会社		
事業所名	愛の家グループホーム岐阜正法寺		
所在地	岐阜市正法寺町9番地		
自己評価作成日	平成24年 8月 9日	評価結果市町村受理日	平成24年 9月18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="http://www.kaijokensaku.jp/21/index.php?action=kouhyou_detail_2010_022_kani=true&amp;JkyosyoCd=2170103994-00&amp;PrefCd=21&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/21/index.php?action=kouhyou_detail_2010_022_kani=true&amp;JkyosyoCd=2170103994-00&amp;PrefCd=21&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

【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 中部社会福祉第三者評価センター		
所在地	岐阜県関市市平賀大知洞566-1		
訪問調査日	平成24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)】

立地の面では、市の中心部に割合と近く、交通の便がよく、それでいて、畑や田もあって、緑に恵まれた環境です。一歩散歩に出ると、西は伊吹山脈、北は岐阜城が遠望でき、清々しい気分になります。向かい隣には薬品や食品を扱うスーパーがあり、気楽に買い物に出かけることができます。日当たりがよく共用スペースも広く開放的な空間で過ごしていただくことが出来ます。現在は、地域交流を深める事、ご家族様や地域の方が気軽に立ち寄れるホームを作る事に力を入れています。

【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)】

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 (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している (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				

# 自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			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	ホーム理念に基づいて、その時々にあわせた目標をたて、実践しています。		
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	近隣への散歩を通じて、地域の方々と交流を図っています。公民館での行事参加や済美高校生生徒との交流を行っています。		
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	済美高校生徒にボランティア教室(認知症の理解とケア・グループホームの意義・食事、排泄の介助)を開催している。		
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	活動状況や、事故報告を行い。対策などご家族様や包括支援センターからの意見などを取り入れています。		
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取り組んでいる	運営推進会議の内容の報告や、ホームの状況など、定期的に報告し連携を行っています。また、運営推進会議の運営方法など相談しております。		
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	施錠を行わないことや、ご利用者様の要望にできる限り応じて、ホームの外へ付き添うことや、日頃から気づきの周知や注意を行い、取り組んでいます。		
7		○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	社内研修やホーム内研修で虐待防止の取り組みを行っています。スタッフ間でも注意を払い、虐待が見過ごされる職場環境を作らない事に努めています。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			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		○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	利用者様の状況、環境に配慮し権利擁護を 実際利用して頂いている方がみえます。		
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	契約の際は、必ず、契約書、重要事項など 一緒に読みあわせを行い、ご理解いただけ るように説明を行っております。契約時は時 間を掛けて行います。		
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	ホームに意見箱の設置を行ったり、年に一 度はご家族様アンケートを実施しています。 また運営推進会議等で、要望や意見をお伺 いしています。		
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	年に一度、法人のスタッフアンケートを実施 してます。また、スタッフから、意見や提案を 聞くために、社内SSSボックス(改善提案 ボックス)を設置しています。		
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	スタッフからの申し出などにはその都度対 応して頂いています。年に2度評価を行 い。環境や条件面では改善に努めていま す。		
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	ユニットリーダー、ケアマネジャー、調理スタッフ などの研修、会議はエリア単位で行っておりま す。介護雇用プログラムの採用や、ヘルパー資 格支援制度、ケアマネ養成プログラムなどありま す。また、ホーム内研修でスキルアップにつな がる研修を行っています。		
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	併設のデイサービスと合同での災害訓練 や、行事の計画を行っています。今後は交 換研修を行っていきたいと思っています。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			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	サービスの利用前には、事前アセスメントを行い、ご本人との面談をし、気持ちや要望などをお伺いしています。		
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	ご本人様と同じく、利用される前には何に困っていてどんなサービスを受けたいのか、要望などを、お伺いしています。		
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	困っている状況などをお伺いし、グループホームでのサービス内容の説明や、必要があればその他の提案も行っています。		
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	それぞれの方の残存能力に応じて、出来るところはご本人がやれるように支援させて頂いています。		
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	定期的なご家族様への現況報告や、要望などをご家族様と相談しながら伝え、外出や面会の機会をお願いしています。また、ご家族様が気軽に立ち寄り、ご利用者様と接す機会を増やしています。		
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	外出の際は、自宅近くへドライブに行ったり、行きつけの場所へ外出したりできるように支援していますが、		
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	利用者様同士の橋渡しの役割をスタッフがいき共同生活においての他の利用者様との関係作りに努めています。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			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	退去された後も、状況の確認や連絡を行い、必要に応じて相談や支援も行っています。		
<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	(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	サービス担当者会議にて、ご本人より希望などを伺い、ご家族様からの希望・要望をふまえたサービス内容を検討しています。		
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	センター方式の活用や、ご本人との会話の中から拾い集めたり、ご家族様からお聞きしたりして、情報の把握に努めております。		
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	毎日の健康チェックにてその日の状態に合わせた支援が行えるように、申し送りなどで状態を把握・共有しています。申し送りノートを活用しています。		
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	サービスの内容については、ご本人の希望はもちろん、ご家族様からも意見を頂き、主治医などからの意見も反映させて作成していますが、モニタリングが不十分であると感じております。		
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	個別の記録のほかに、気づきを共有できるように記入したものを、サービス内容に活かしています。		
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	状況の変化などにはその都度、対応、相談に応じて支援させて頂いています。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			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	かかり付けの主治医の往診や受診を行っています。一部の方になりますが、なじみのスーパーなどへの外出支援も行っています。		
30	(11)	○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	希望のかかりつけ医の利用を行っています。入居時には、ご本人、ご家族に確認を行っています。		
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	利用者様の状態の把握に努め、連絡相談を行い、連携を図っております。		
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、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。	定期的に面会し状態の確認や把握を行い、主治医との連携を行っています。また、ホームから病院へ情報提供を行い、最適な治療が行われるように努めています。		
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	入居時に説明を行い、希望や要望をふまえて、その他のサービスへの申込の案内や提案をさせて頂いています。		
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	事故や急変時におけるマニュアルに基づいて、定期的に訓練を行っています。		
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	定期的に訓練を行っています。運営推進会議にて、自治会への協力の要請や、近隣住民への協力を促しています。また、地域防災訓練への積極的参加をしています。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			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	(14)	○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	お客様という意識や、サービスを提供する立場であることを職員には伝え、人生の先輩である事を大切にし、自尊心を損なわない対応、礼儀礼節をもって接しております。		
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様に選択していただく場面を支援させて頂いております。		
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	ある程度メリハリのある生活が望ましい部分では声をかけさせていただくが、それ以外は自由に個人のペースを尊重させて頂いております。		
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	女性利用者の方は化粧をされたり、着替えや入浴の際は衣服と一緒に選んだり準備されたりしておられます。		
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	食べ物の好みの把握を行い、その方に合わせた食事の提供や、季節感のある食材を利用し、季節を感じてもらえるような食事提供を行っています。準備や片付けも利用者様と一緒にいき、サポートを行っています。		
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	栄養士の献立メニューをもとに、それぞれの方に合わせて、刻み食などの提供を行っています。水分補給については、夏場1日1300mlを目標に行っています。水分量は毎日の記録に残し、スタッフ全員が把握できるようにしています。		
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	毎食後歯磨き、口腔ケアを行っています。また週に一度は歯科衛生士、月一度は歯科医の往診も行って頂いております。		



自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			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	(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むけた支援を行っている	ご本人の要望希望に応じている。定期的な声かけや誘導(ケアプラン)、介助にて支援を行っています。		
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	水分量の把握を行い、運動の促しや、主治医との連携にて対応を行っています。また薬に頼らない自然な排泄が行えるよう、食物繊維や、寒天、ゼリーなどで水分が摂取できるよう支援を行っております。		
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ず、個々にそった支援をしている	毎日入浴していただける環境を作り、できる限り希望に応じて入浴して頂いております。全利用者様を均等にすることから、曜日の仮設定はしていますが、基本的には好きな時間帯に入浴していただいております。		
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	日中も状態等の把握に努め、休息の促しや声かけを行っておこなっております。また安眠効果のある工夫や対応を行っています。		
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	薬の内容についてのチェック表や、専用のファイリングにて確認が出来るようにしています。また誤薬の無いようにマニュアルをもとに確認しています。		
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	嗜好品や楽しみについての把握とともに、要望などに対応できるように支援しています。また、センター方式や、ご家族様からの聞き取りにて、支援が行えるよう努めております。		
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。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	外出などの希望に応じられるように、スタッフの人員確保に努めております。現在はご家族様への協力をお願いし、自宅への帰宅や、旅行などにも行って頂いております。ホームでも外出支援を行っています。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			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	近隣への買物は、ご自分でお金を支払って頂くようにしております。また、個人で財布を所持されているご利用者様もおみえです。		
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	電話の要望にはその都度応じて、支援させて頂いております。		
52	(19)	○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	室温や湿度には充分配慮し、過ごし易い環境に配慮しています。花や、菜園などを利用者様と手入れを行い、季節を感じていただけるように支援させて頂いております。		
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	気の合う利用者様同士の席の配慮などを行い支援させて頂いております。		
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	ご自宅で使用されていた馴染みのものを、持ってきて頂けるように、説明を行っております。		
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	浴室や、トイレなどには案内や目印などをつけ、分かり易いようにし、声かけ誘導を行っております。		

### 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	1	・ご利用者様の想い、ご家族様の想いを会話の中で把握できても、記録として残っておらず、スタッフ全員が把握し切れていない。	・想いや意向を見過ごさず、全スタッフが共有できるようにする。	・ユニットとして、ご家族、ご利用者様の想いや意向を、ケアプランに活かせるよう記録として残し、小さな想いでも見過ごさないようにする。	6ヶ月
2	2	・月に一度は、ご家族様が参加できる行事を行っているが、一部のご家族様しか参加ができていない。	・ご家族様、地域の方々との関係作りを積極的に行う。	・ご家族様にも、行事の運営側に加わっていただけの行事を開催する。(お祭り等) ・地域の方にも参加いただける行事を行う。また、参加を促すための、チラシや回覧板を活用する。	6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。