

### 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   | 2190300018           |            |             |
| 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美濃 (ユニット1) |            |             |
| 所在地     | 岐阜県美濃市松栄町3-32        |            |             |
| 自己評価作成日 | 平成23年 9月16日          | 評価結果市町村受理日 | 平成24年 1月24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;JigyosvoCd=2190300018-00&amp;PrefCd=21&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/21/index.php?action=kouhyou_detail_2010_022_kani=true&amp;JigyosvoCd=2190300018-00&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   | 岐阜県関市市市賀大知洞566-1          |  |  |
| 訪問調査日 | 平成23年 9月30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)】**

入居者様に四季を感じて頂けるよう季節に応じた場所への外出を行っています。又、地域との繋がりを大切にする為に地域のボランティア団体との交流や、近隣事業者との関係作りに力を入れて活動しています。入居者様個別や仲の良いか方向士の少人数の外出も考え、地域の喫茶店やスーパー等の施設も利用して地域の一員としての生活を支援しています。

**【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)】**

管理者は、着任早々各種の改革に取り掛かった。まず、ホーム理念の見直しである。利用者を満足させるためには、職員の笑顔と元気が不可欠であるとし、「元気の有るホーム」をホーム理念に据えた。新たな理念は分かりやすく、職員にも十分に伝わっている。  
 利用者の高齢化や要介護度の進行によって、利用者の要望に応える外出支援がしづらい状況となってきた。しかし、あえて外出支援を重点課題として取り組み、利用者の希望に合わせた外出の手助けをしている。評価当日には、車いすの利用者が職員と連れ立って(車に乗って)、喫茶店でのモーニングを愉しみに出かけて行った。  
 地域との連携も十分に取れており、ボランティアの来訪も多い。

**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<br>↓該当するものに○印 |   | 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓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<br>(参考項目:23,24,25)     | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<br>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<br>(参考項目:9,10,19)   | ○                     | 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>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<br>(参考項目:18,38)           | ○                     | 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>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<br>(参考項目:2,20)                     | ○                     | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>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<br>(参考項目:38)                 | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:4) | ○                     | 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>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<br>(参考項目:36,37)   | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 66 | 職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○                     | 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:49)                | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:30,31)       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:28) | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>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  | 元気の有るホームをホームの理念とし、入居者様、職員共に元気に過ごせるホームを目指しています。スタッフ、入居者様共に健康でやりたいことができる事を目標に協力しています。                    | 管理者の交代を機に、「利用者に生き生きと暮らしてもらうには、職員の笑顔と元気が不可欠」との思考から、「元気のあるホーム」を理念に定めた。この理念が着々とホーム内に浸透しつつある。 |                   |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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  | 毎月の地域のボランティアの訪問や、シニアクラブとの交流を通じて地域の一員として活動をしています。   | 踊り、三味線、手品、茶道の日赤ボラ、美濃和紙のちぎり絵等々、地域のボランティアがホームを訪れて利用者を楽しませている。                               |                   |
| 3                  |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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  | 事業所の運営だけでなく、認知症サポーターの職員が近隣事業所や地域と協力して講座を開き、地域の中での認知症の相談窓口を目指しています。                                     |   |                   |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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                                     | 運営推進会議での近隣事業所やシニアクラブとの交流をから合同での行事開催や、入居の相談を行っています。   | 隔月開催の運営推進会議では、地域の代表や同業の介護事業者が、利用者へのサービスの向上を目的とした討議や意見交換を行っている。会の終了時に、次回の日程を調整して出席率を高めている。 |                   |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>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  | 月一回は必ず訪問をして情報の交換に努めています。困難事例の相談や、事故報告、ホーム新聞を持っての訪問を行い情報交換や交流を行っています。                                   | 運営推進会議には、高齢者支援センターの職員が出席し、市とのパイプ役となっている。管理者が市の担当者を訪問する機会も多く、良好な関係が続いている。                  |                   |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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 | 定期的な研修を行ない、身体拘束をしない事について考える機会としています。日頃のケアの中でもそれに当たらない為にはどうするか話し合う機会を持っています。                            | 利用者が階段から転落するという事故があり、階段の降り口に施錠した柵が設けられている。法人の研修においては、身体拘束や高齢者虐待の防止についての時間が十分にとられている。      |                   |
| 7                  |     | ○虐待の防止の徹底<br>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                                     | 虐待について主に社内のマニュアルを用いて知識を習得する機会を作る等虐待の予防に全員が努められるよう活動をしています。又、対応が困難な事例にはスタッフのストレスに配慮し、早めの対策が取れる工夫をしています。 |   |                   |

| 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 |
| 8  |     | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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    | 権利擁護の研修に参加をし、知識の習得に努めている。必要と思われる場合は関係者と相談をする機軸を作れる用意をしている。  |  |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>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                         | 契約書の重要項目を抜粋した重要事項説明書の全ての文章を読み合わせ、その際に御家族様の疑問点にお答えしている。  |  |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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                     | 年一回の御家族様アンケートを通じて、御家族様の要望をお聞きしてホーム運営に反映させている。又、御家族様の面会予定に合わせてお話しをする機会を設け、ご意見をいただける工夫をしている。            | ホーム便りは、ホーム全体の活動を伝える「統一版」と、利用者個々の様子を伝える「個人版」との2部構成となっている。手間はかかるが、家族からは好評である。        |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                      | 職員アンケートを通じてスタッフの思いを聞く機会を設けている。又、毎月のミーティングではスタッフが考えた議題の一つ話し合う事になっている。定期的に面談する機会を設け、スタッフの思いを聞く事を続けています。 | 職員アンケートをたたき台として話し合いを行い、職員と意見交換を行っている。ベテランと若手職員が多く、中堅職員の層が薄い現状があり、若手職員の育成が急務となっている。 |                   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>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      | 年間に二回の自己評価、評価の機会を設ける事とキャリアパス要件を明示するを行っています。事業所の活動を発表する事例研究発表会や各種表彰制度が有り、日頃の活動が発表できる場や評価される機会が有ります。    |  |                   |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>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         | 外部の研修に各自年間二回を目標に参加できるよう努めています。近隣大学と協力しての研修会やホーム内での研修を定期的に行なっています。                                     |  |                   |
| 14 |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 法人内の他事行書との交流や合同での行事の企画を行い、交流を図れるよう努めています。近隣事業者と交換研修も計画中です。  |  |                   |

| 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>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<br>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 | 社内のアセスメント表を用いてご本人様の要望を聞き取りしています。事前にホームのできる事、出来ない事をお伝えしつつ、ご本人の希望がかなえられる方法を考えています。                 |  |                   |
| 16                         |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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            | 入居相談の時点より御家族様の要望をお聞きする時間を作り、関係作りに努めています。   |  |                   |
| 17                         |     | ○初期対応の見極めと支援<br>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        | ホームのできる事、出来ない事をお伝えし、本人にとって必要なサービスか否かの相談をしています。又、利用に到らなかった場合も近隣事業者と協力をして本人が望むサービス利用に向けた支援を行っています。 |  |                   |
| 18                         |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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                        | センター方式のD1 D2を用いてその人のできる事できない事を把握して、出来る事はしていただく。出来ない事はお手伝いさせて頂くことを心がけています。                        |  |                   |
| 19                         |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>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         | 定期的なカンファレンスの機会を御家族様と予定調整し参加して頂き御家族様に協力して頂く事もお話しています。ホームでできる事には限界がある事と御家族様の力が必要な事を常々説明させて頂いています。  |  |                   |
| 20                         | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                     | 入居時に馴染みの人となる方の情報もお聞きして入居後も面会に来て頂けるようお声を掛けさせて頂いています。なじみの場所を探り、その場所を訪れる支援も行っています。                  | 家族の協力を得て、馴染みの場所への支援を行っている。家族と教会へ出かける利用者や、息子さんが経営するケーキ屋さんへ毎週通う利用者がいる。 |                   |
| 21                         |     | ○利用者同士の関係の支援<br>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                 | 入居者様同士の間人間関係に配慮し、共同スペースの座席の配置や仲の良い方達少人数での外出を行っている。   |  |                   |

| 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                                       |
| 22                                 |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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                    | 契約が終了しても定期的に連絡をさせて頂く機会を設けたり、利用されているサービス事業所と連絡を取り合わせて頂いています。                                       |   |   |
| <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<br>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   | 介護計画を作成する際には必ずご本人様に希望の確認を取るようお話をさせて頂いている。本人本位に立てるようその方の情報を御家族様からお聞きし相談している。                       | 3ヶ月に1度のモニタリング時に、利用者本人の希望を確認している。ただ、日々のケアの中でつかんだ新たな思いや意向を、介護計画につなげていくためのルールは確立していない。 | 利用者の新たな情報を、記憶に頼らず、担当者会議につなげるための記録として残すルール作りが望まれる。       |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                       | 入居時のアセスメントにて御家族様、関係施設より情報を集めている。入居後も本人や御家族様より情報収集を行っている。  |   |   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>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   | センター方式の書式を使い、その方のできる事、出来ない事の把握に努めている。日頃から出来る事は続けて頂き、現状を把握する事に努めている。                               |   |   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | スタッフ全員から意見をもらい、それを踏まえ計画作成担当者が素案の作成を行なっている。御家族様に日常の様子をより把握して頂く為に画像などを取り入れた資料の作成を行ない、カンファレンスを開いている。 | 介護計画を検討する担当者会議には、ほとんどの家族が参加している。家族が参加することによってプランの内容がより具体的となり、その人らしさの感じられる計画となっている。  | 計画の見直しは、定期的(3ヶ月毎)や状態変化時だけでなく、利用者の意向の変化にも着目して柔軟に見直してほしい。 |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | 個別の介護計画を作成し、それに沿った事柄や気づきを記録に残しています。定期的に計画の見直しに関する意見を職員から集め、担当者会議以前に担当者が計画を作る参考にしていきます。            |   |   |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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               | 入居希望者の方が予めホームに馴染みを持って頂ける為に、入居されるまでの期間にホームを訪問して頂く支援や、御家族様と相談し、ご本人様だけの同窓会への参加等柔軟な対応を考え行っている。        |   |   |

| 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 |
| 29 |      | ○地域資源との協働<br>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                                      | 本人の馴染みの美容院や行きつけの買い物先、馴染みの場所への外出を積極的に行っている。又、馴染みの場所を把握する為に御家族様にアンケート等も用いて情報を集めている。                      |   |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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                                  | 入居時に医療についての希望をお聞きし、希望が無ければ提携医への紹介を行ってもらっている。その他ご本人の希望があれば柔軟に対応をしている。                                   | 馴染みのかかりつけ医を継続して利用することも可としているが、現在では利用者全員がホーム提携医をかかりつけ医として健康管理を行っている。提携医に、医療的な相談をすることも多い。         |                   |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>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                          | 看護連絡表を用いて日常の様子を看護師に伝える事を行っている。主治医の往診までに看護師に状況を伝え、主治医との相談を行っている。  |   |                   |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 救急搬送先病院とは月一回の訪問や勉強会への参加を通して交流を図っている。入院時には必ず主治医、御家族様との情報交換の場を持ち、退院の予定や調節を行う事と三日に一回はお見舞いを兼ねての情報交換を行っている。 |   |                   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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  | 入居時に重度化した場合のホームの指針を御家族様と話し合いをし理解を頂く事している。  | 最後までホームでのケアを望む家族の声はあるが、ホームでのケアの限界を説明して家族の理解を得ている。地域の特養施設と協力的な関係を持っており、対象者が出た場合には優先的に対応してもらっている。 |                   |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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  | 救急対応マニュアルに沿った対応方法の研修を新人に研修として行なっている。又、年一回の救急救命講習の受講機会を設けている。   |   |                   |
| 35 | (13) | ○災害対策<br>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  | 年二回の避難訓練において災害時の避難場所も確認している。近隣の方達にも参加して頂き、万が一に備えての協力体制も築くことをしている。                                      | 地域住民も参加しての防災訓練を実施している。消防署の指導で、備蓄品を外部の倉庫に移設した。   |                   |

| 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<br>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                   | ホーム内のミーティングや研修機会において声かけについて話し合いを持っている。各自確認し合い、スタッフの関り方を見直す機会を作っている。   | 法人の研修やホーム内研修で学ぶだけでなく、配慮に欠ける言葉かけや態度を見逃さず、その場で注意して改めさせている。        |                   |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                     | 誕生日のメニューや選択メニューを設け、皆様の自己決定の機会を作るよう心掛けている。   |   |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | その日の入居者様の希望や状態を把握して一日のユニットの予定と目標を立てるようにしています。外出の希望や買い物の希望もお聞きしつつ一日の業務を組み立てています。                               |   |                   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                  | 起床介助時にどのような服装をされるかをお聞きする事や、御家族様や本人から好みを聞く事しておしゃれに気を使って頂くよう心掛けている。又、髪の毛が伸びてきた時は、美容院に訪問していただいたり、予約を取ったりと対応している。 |   |                   |
| 40                               | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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     | 誕生日や行事など特別な日のメニューは入居者様と一緒に考えるようにしています。食事の準備や方付けを入居者様のできる事で割り振り、分担して業務を行っています。                                 | 自発的に調理の下ごしらえに参加する利用者がある。下膳や食器ふき等、それぞれの利用者が、自身の可能な範囲で手伝いに参加している。 |                   |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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          | 入居者様それぞれが食べやすい工夫やメニューの調整を調理担当者と協力して行っています。皆様が飲みたい物を飲めるよう幾つかの飲み物を準備して対応しています。                                  |   |                   |
| 42                               |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                   | 毎食後の歯磨きと起床時のうがいを行っています。義歯等口腔内の状態に合わせた支援を提携歯科医と相談し、必要があれば訪問での口腔ケアや受診の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 |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>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                             | 入居者様の排泄のパターンや習慣を把握して誘導するタイミングを工夫したり、対応をしています。出来る限り自立での排泄や訴えをお聞きできるよう努めています。               | トイレでの排泄を基本としており、2階ユニットではポータブルの利用者はいない。声掛けだけで十分な、ある程度の排泄自立をしている利用者も多い。 |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>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   | 服薬での対応だけでなく、毎日ヨーグルトをおやつにお出しし、腸内環境の安定を考えています。運動や体操で身体を動かしていただく工夫もしています。                    |   |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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                            | 順番や回数の希望に応じた入浴の支援を行っています。又、季節に応じて入浴剤や菖蒲湯、柚子湯等を入れています。                                     | 基本は週に2～3回の入浴であるが、風呂好きな利用者は週に4～5回は入浴している。拒否があった時には無理強いせず、気長に声をかけている。   |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>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  | 入居者様の様子や体調に応じて居室で身体を休めていただく時間を取るように支援しています。又、日常の様子から安心して眠れるよう居室の環境の工夫や寝具の工夫を行っています。       |   |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>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   | 薬局より薬が届いた時に薬の情報を各自が目を通し、担当入居者様の配薬を行っています。主治医と話しをして症状の変化があった場合はすぐに相談できるように努めています。          |   |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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                            | 皆さんのできる事の中で役割を持って頂き、退屈されないように一日を過ごしていただく工夫を行っています。日頃より楽しめる事や楽しめる場所をお聞きしてそれを実現できるよう努めています。 |   |                   |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>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 | 入居者様の行きたい場所や馴染みのある場所を普段の会話や御家族様からお聞きし、外出の付き添いをしています。又、出かけた日事前に把握して準備出来るよう工夫しています。         |   |                   |

| 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 |
| 50 |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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  | 買い物や行事での外出時にはお金をご自身で持っていていただく事で、お金も使う事を楽しんでもらっています。                                   |      |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | ご自身でご家族に電話をかける支援やご家族からの電話にご本人様が出られる支援を行い、繋がりを大切にしています。                                |      |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 自然の光が入り易いよう工夫をし、季節の掲示物や美濃市の特産品の美濃和紙を使った飾りを使う等の工夫をしています。                               |      |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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  | 気の合った入居者様同士でゆっくり過ごせるテーブルの配置やソファの配置を心がけるようにしています。玄関などにも入居者様の過ごす事ができるベンチなどを置く等配慮をしています。 |      |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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  | 入居以前の住み慣れた環境に近くなるように御家族様に自宅の様子についてお聞きしたりして馴染みの持てる部屋作りに努めています。                         |      |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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   | 入居者様のできる事出来ない事、わかる事分からない事をセンター方式を使い把握し、できる事、わかる事の支援と環境作りを行っています。                      |      |                   |

### 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   | 2190300018           |            |             |
| 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美濃 (ユニット2) |            |             |
| 所在地     | 岐阜県美濃市松栄町3-32        |            |             |
| 自己評価作成日 | 平成23年 9月16日          | 評価結果市町村受理日 | 平成24年 1月24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;JigyosyoCd=2190300018-00&amp;PrefCd=21&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/21/index.php?action_kouhyou_detail_2010_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2190300018-00&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   | 岐阜県関市市市賀大知洞566-1          |  |  |
| 訪問調査日 | 平成23年 9月30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)】

入居者様に四季を感じて頂けるよう季節に応じた場所への外出を行っています。又、地域との繋がりを大切にする為に地域のボランティア団体との交流や、近隣事業者との関係作りに力を入れて活動しています。入居者様個別や仲の良いか方向士の少人数の外出も考え、地域の喫茶店やスーパー等の施設も利用して地域の一員としての生活を支援しています。

【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<br>↓該当するものに○印 |   | 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓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<br>(参考項目:23,24,25)     | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<br>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<br>(参考項目:9,10,19)   | ○                     | 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>4. ほとんどできていない    |
| 57 | 利用者職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)            | ○                     | 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>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<br>(参考項目:2,20)                     | ○                     | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>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<br>(参考項目:38)                 | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:4) | ○                     | 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>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<br>(参考項目:36,37)   | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 66 | 職員は、生き活きと働いている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○                     | 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:49)                | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:30,31)       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:28) | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>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  | 元気の有るホームをホームの理念とし、入居者様、職員共に元気に過ごせるホームを目指しています。スタッフ、入居者様共に健康でやりたいことができる事を目標に協力しています。                    |      |                   |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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  | 毎月の地域のボランティアの訪問や、シニアクラブとの交流を通じて地域の一員として活動をしています。   |      |                   |
| 3                  |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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  | 事業所の運営だけでなく、認知症サポーターの職員が近隣事業所や地域と協力して講座を開き、地域の中での認知症の相談窓口を目指しています。                                     |      |                   |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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                                     | 運営推進会議での近隣事業所やシニアクラブとの交流をから合同での行事開催や、入居の相談を行っています。   |      |                   |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>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  | 月一回は必ず訪問をして情報の交換に努めています。困難事例の相談や、事故報告、ホーム新聞を持っての訪問を行い情報交換や交流を行っています。                                   |      |                   |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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 | 定期的な研修を行ない、身体拘束をしない事について考える機会としています。日頃のケアの中でもそれに当たらない為にはどうするか話し合う機会を持っています。                            |      |                   |
| 7                  |     | ○虐待の防止の徹底<br>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                                     | 虐待について主に社内のマニュアルを用いて知識を習得する機会を作る等虐待の予防に全員が努められるよう活動をしています。又、対応が困難な事例にはスタッフのストレスに配慮し、早めの対策が取れる工夫をしています。 |      |                   |

| 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 |
| 8  |     | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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    | 権利擁護の研修に参加をし、知識の習得に努めている。必要と思われる場合は関係者と相談をする機軸を作れる用意をしている。  |      |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>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                         | 契約書の重要項目を抜粋した重要事項説明書の全ての文章を読み合わせ、その際に御家族様の疑問点にお答えしている。  |      |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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                     | 年一回の御家族様アンケートを通じて、御家族様の要望をお聞きしてホーム運営に反映させている。又、御家族様の面会予定に合わせてお話しをする機会を設け、ご意見をいただける工夫をしている。            |      |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                      | 職員アンケートを通じてスタッフの思いを聞く機会を設けている。又、毎月のミーティングではスタッフが考えた議題を一つ話し合う事になっている。定期的に面談する機会を設け、スタッフの思いを聞く事を続けています。 |      |                   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>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      | 年間に二回の自己評価、評価の機会を設ける事とキャリアパス要件を明示するを行っていません。事業所の活動を発表する事例研究発表会や各種表彰制度が有り、日頃の活動が発表できる場や評価される機会が有ります。   |      |                   |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>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         | 外部の研修に各自年間二回を目標に参加できるよう努めています。近隣大学と協力しての研修会やホーム内での研修を定期的に行なっています。                                     |      |                   |
| 14 |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 法人内の他事行書との交流や合同での行事の企画を行い、交流を図れるよう努めています。近隣事業者と交換研修も計画中です。  |      |                   |

| 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>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<br>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 | 社内のアセスメント表を用いてご本人様の要望を聞き取りしています。事前にホームのできる事、出来ない事をお伝えしつつ、ご本人の希望がかなえられる方法を考えています。                 |      |                   |
| 16                         |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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            | 入居相談の時点より御家族様の要望をお聞きする時間を作り、関係作りに努めています。   |      |                   |
| 17                         |     | ○初期対応の見極めと支援<br>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        | ホームのできる事、出来ない事をお伝えし、本人にとって必要なサービスか否かの相談をしています。又、利用に到らなかった場合も近隣事業者と協力をして本人が望むサービス利用に向けた支援を行っています。 |      |                   |
| 18                         |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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                        | センター方式のD1 D2を用いてその人のできる事できない事を把握して、出来る事はしていただく。出来ない事はお手伝いさせて頂くことを心がけています。                        |      |                   |
| 19                         |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>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         | 定期的なカンファレンスの機会を御家族様と予定調整し参加して頂き御家族様に協力して頂く事もお話しています。ホームでできる事には限界がある事と御家族様の力が必要な事を常々説明させて頂いています。  |      |                   |
| 20                         | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                     | 入居時に馴染みの人となる方の情報もお聞きして入居後も面会に来て頂けるようお声を掛けさせて頂いています。なじみの場所を探り、その場所を訪れる支援も行っています。                  |      |                   |
| 21                         |     | ○利用者同士の関係の支援<br>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                 | 入居者様同士の間人間関係に配慮し、共同スペースの座席の配置や仲の良い方達少人数での外出を行っている。   |      |                   |

| 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 |
| 22                                 |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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                    | 契約が終了しても定期的に連絡をさせて頂く機会を設けたり、利用されているサービス事業所と連絡を取り合わせて頂いています。                                       |      |                   |
| <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<br>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   | 介護計画を作成する際には必ずご本人様に希望の確認を取るようお話しをさせて頂いている。本人本位に立てようその方の情報を御家族様からお聞きし相談している。                       |      |                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                       | 入居時のアセスメントにて御家族様、関係施設より情報を集めている。入居後も本人や御家族様より情報収集を行っている。  |      |                   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>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   | センター方式の書式を使い、その方のできる事、出来ない事の把握に努めている。日頃から出来る事は続けて頂き、現状を把握する事に努めている。                               |      |                   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | スタッフ全員から意見をもらい、それを踏まえ計画作成担当者が素案の作成を行なっている。御家族様に日常の様子をより把握して頂く為に画像などを取り入れた資料の作成を行ない、カンファレンスを開いている。 |      |                   |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | 個別の介護計画を作成し、それに沿った事柄や気づきを記録に残しています。定期的に計画の見直しに関する意見を職員から集め、担当者会議以前に担当者が計画を作る参考にしていきます。            |      |                   |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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               | 入居希望の方が予めホームに馴染みを持って頂ける為に、入居されるまでの期間にホームを訪問して頂く支援や、御家族様と相談し、ご本人様だけの同窓会への参加等柔軟な対応を考え行っている。         |      |                   |

| 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 |
| 29 |      | ○地域資源との協働<br>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                                      | 本人の馴染みの美容院や行きつけの買い物先、馴染みの場所への外出を積極的に行っている。又、馴染みの場所を把握する為に御家族様にアンケート等も用いて情報を集めている。                      |      |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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                                  | 入居時に医療についての希望をお聞きし、希望が無ければ提携医への紹介を行っている。その他ご本人の希望が有れば柔軟に対応をしている。                                       |      |                   |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>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                          | 看護連絡表を用いて日常の様子を看護師に伝える事を行っている。主治医の往診までに看護師に状況を伝え、主治医との相談を行っている。  |      |                   |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 救急搬送先病院とは月一回の訪問や勉強会への参加を通して交流を図っている。入院時には必ず主治医、御家族様との情報交換の場を持ち、退院の予定や調節を行う事と三日に一回はお見舞いを兼ねての情報交換を行っている。 |      |                   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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  | 入居時に重度化した場合のホームの指針を御家族様と話し合いをし理解を頂く事している。  |      |                   |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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  | 救急対応マニュアルに沿った対応方法の研修を新人に研修として行なっている。又、年一回の救急救命講習の受講機会を設けている。   |      |                   |
| 35 | (13) | ○災害対策<br>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  | 年二回の避難訓練において災害時の避難場所も確認している。近隣の方達にも参加して頂き、万が一に備えての協力体制も築くことをしている。                                      |      |                   |

| 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 |
| <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<br>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                   | ホーム内のミーティングや研修機会において声かけについて話し合いを持っている。各自確認し合い、スタッフの関り方を見直す機会を作っている。   |      |                   |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                     | 誕生日のメニューや選択メニューを設け、皆様の自己決定の機会を作るよう心掛けている。   |      |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | その日の入居者様の希望や状態を把握して一日のユニットの予定と目標を立てるようにしています。外出の希望や買い物の希望もお聞きしつつ一日の業務を組み立てています。                               |      |                   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                  | 起床介助時にどのような服装をされるかをお聞きする事や、御家族様や本人から好みを聞く事しておしゃれに気を使って頂くよう心掛けている。又、髪の毛が伸びてきた時は、美容院に訪問していただいたり、予約を取ったりと対応している。 |      |                   |
| 40                               | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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     | 誕生日や行事など特別な日のメニューは入居者様と一緒に考えるようにしています。食事の準備や方付けを入居者様のできる事で割り振り、分担して業務を行っています。                                 |      |                   |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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          | 入居者様それぞれが食べ易い工夫やメニューの調整を調理担当者と協力して行っています。皆様が飲みたい物を飲めるよう幾つかの飲み物を準備して対応しています。                                   |      |                   |
| 42                               |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                   | 毎食後の歯磨きと起床時のうがいを行っています。義歯等口腔内の状態に合わせた支援を提携歯科医と相談し、必要があれば訪問での口腔ケアや受診の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 |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>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                             | 入居者様の排泄のパターンや習慣を把握して誘導するタイミングを工夫したり、対応をしています。出来る限り自立での排泄や訴えをお聞きできるよう努めています。               |      |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>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   | 服薬での対応だけでなく、毎日ヨーグルトをおやつにお出しし、腸内環境の安定を考えています。運動や体操で身体を動かしていただく工夫もしています。                    |      |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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                            | 順番や回数の希望に応じた入浴の支援を行っています。又、季節に応じて入浴剤や菖蒲湯、柚子湯等を入れています。                                     |      |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>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  | 入居者様の様子や体調に応じて居室で身体を休めていただく時間を取るように支援しています。又、日常の様子から安心して眠れるよう居室の環境の工夫や寝具の工夫を行っています。       |      |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>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   | 薬局より薬が届いた時に薬の情報を各自が目を通し、担当入居者様の配薬を行っています。主治医と話しをして症状の変化があった場合はすぐに相談できるように努めています。          |      |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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                            | 皆さんのできる事の中で役割を持って頂き、退屈されないように一日を過ごしていただく工夫を行っています。日頃より楽しめる事や楽しめる場所をお聞きしてそれを実現できるよう努めています。 |      |                   |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>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 | 入居者様の行きたい場所や馴染みのある場所を普段の会話や御家族様からお聞きし、外出の付き添いをしています。又、出かけた日事前に把握して準備を出来るよう工夫しています。        |      |                   |

| 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 |
| 50 |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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  | 買い物や行事での外出時にはお金をご自身で持っていていただく事で、お金も使う事を楽しんでもらっています。                                   |      |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | ご自身でご家族に電話をかける支援やご家族からの電話にご本人様が出られる支援を行い、繋がりを大切にしています。                                |      |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 自然の光が入り易いよう工夫をし、季節の掲示物や美濃市の特産品の美濃和紙を使った飾りを使う等の工夫をしています。                               |      |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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  | 気の合った入居者様同士でゆっくり過ごせるテーブルの配置やソファの配置を心がけるようにしています。玄関などにも入居者様の過ごす事ができるベンチなどを置く等配慮をしています。 |      |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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  | 入居以前の住み慣れた環境に近くなるように御家族様に自宅の様子についてお聞きしたりして馴染みの持てる部屋作りに努めています。                         |      |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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   | 入居者様のできる事出来ない事、わかる事分からない事をセンター方式を使い把握し、できる事、わかる事の支援と環境作りを行っています。                      |      |                   |

## 2 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次のステップへ向けて取り組む目標を職員一同で話し合いながら作成します。  
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        |      | 利用者様のニーズや状態の変化に合わせたケアプランの柔軟な変化が出来ると良い。 | 利用者様のニーズの変化を聞き取る工夫が出来るようになる。 | 随時アセスメント表の変更を行う。                             | 6 か月       |
| 2        |      |  | 変化に合わせた柔軟なケアプランの作成。          | アセスメントの変化があった際はサービス項目の変更を行い、ニーズにあったプランを作成する。 | 6 か月       |
| 3        |      |  |                              |  | か月         |
| 4        |      |  |                              |  | か月         |
| 5        |      |  |                              |  | か月         |

注1) 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。

注2) 項目数やセルの幅が足りない場合は、行を挿入してください。