

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	2190500047		
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各務原三井町 1F		
所在地	岐阜県各務原市三井町2丁目12番地		
自己評価作成日	平成23年 9月 1日	評価結果市町村受理日	平成24年 2月13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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2190500047&SCD=320&PCD=21
----------	---

【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23年10月 7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)】

全てのご利用者様の状態が把握でき、対応ができるようにシフトをローテーション制で回しケアの統一に努めています。また、年に4回程度、ご家族様も交えた行事(遠足、夏祭り、バーベキュー等)を開催しており、ご家族様にもご理解とご協力を頂いております。また、ご利用者様と地域との関わりを持って頂ける様に、ボランティアの方々にもご協力を頂き活動をしております。

【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)】

管理者交代により、新理念の下で職員が支援に取り組んでいる。職員会議で管理者の思いを表明し、職員間の合議によって理念を作り上げている。
 近隣には他法人の介護事業所があり、防災訓練や運営推進会議の際には呼び掛けている。着実な関係構築を進めており、さらに強い関係構築の実現が可能となっている。
 また、定期的にホーム全体行事を行い、ホームの思い出を一つずつ増やしている。行事を家族に案内し、一緒にクリスマス会を楽しむなど、家族と協力した取り組みがある。家族との連携を大切にして、利用者と家族の絆が深まる支援を心から応援している。

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
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	「さまざまな機会を通じて、地域の人々とのふれあいを大切にします」を理念に掲げ、地域ボランティア等の受入を行い、地域交流を深めていけるように努めています。	法人理念を共有し、職員会議では職員の意見を出し合い、ホーム独自の理念を掲げている。理念の実現に向けて、ホーム全体での取り組みが始まっている。	ホームの理念を大切にして、職員の取り組みが理念につながる事例を期待している。
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	自治会に加入しており、ゴミ捨てや回覧板回し等で地域の方達との交流を図っております。	地域の高齢者事業所と連携して、他事業所との交流会を定期的に行っている。利用者・職員が出かけて、他の事業所利用者との交流がある。	
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	ホーム研修や外部研修に参加し認知症への理解に努めています。また、運営推進会議等で地域の方にホームにお越し頂き、ホームでの生活を見て頂くことで、認知症へのご理解や支援方法を学んで頂く機会作りとしています。		
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	2ヶ月に一回、運営推進会議を開催し参加をして頂いているメンバーの方々に、ホームでの生活状況等の報告を行い、そこでの助言や要望等をしっかりと受け入れ、サービスの向上に努めております。	他事業所が運営推進会議に参加しており、情報交換している。また、食事会や、消防訓練などを合同で開催している。ホームの現状を報告して、活発な意見交換がある。	
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	行政には、事故報告、入居状況、入居営業等の報告や相談を行い協力関係を築く様に取り組んでおります。	市町村・包括支援センターから情報提供があり、相談しやすい関係を構築している。また、事故防止についての助言を受け、ケアに活かしている。	
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	身体拘束についての勉強会を開催し、職員1人1人が身体拘束についてしっかりと認識をする様に努めており、身体拘束の無いケアの実践を行っております。	単独事故防止を図るために、エレベーターにセンサーを設置している。さらに、職員の声かけ・コミュニケーションを密接にして取り組んでいる。来訪者向けの案内を玄関に掲示して、広く周知を図っている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止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逃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	虐待についてホーム研修を行い、虐待防止に努めています。		

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	ホームでの研修を行い、制度に対する理解を深めるように取り組んでおります。また、現在、入居して頂いているご利用者様が制度を利用しており、職員が理解しやすい環境でもあります。		
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	入居、退去時には、ご利用者様、ご家族様に締結、解約の説明をゆっくりと時間をかけ行い理解して頂けるよう努めております。また、改定時に関しても同様に行なっております。		
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	日常の中で、ご利用者様やご家族様の意見や要望を聞き取り、改善できるよう努めております。また、ご家族様に対して、定期的にアンケートを配布し、そこから得られた情報に関しても改善できるようにも努めております。	法人アンケートを実施して、結果を職員で検討し、改善策を掲げて取り組んでいる。また、ホーム行事後に家族会を開き、家族からの生の声を聞く機会を作っている。	
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	全スタッフへ定期手に、意見や提案を聞けるようにアンケートや、管理者による面談等も行なっております。	管理者が交代して、職員間の情報共有が必要と考え、意見交換の時間を設けている。管理者は、職員からの率直な意見抽出に取り組んでいる。	
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	様々な表彰制度を企画し、スタッフのモチベーション向上に繋げております。また、自己評価制度により能力昇給等も行なっており、職員がやりがいを持って働いて頂ける環境作りにも努めております。		
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	ホーム内研修や同法人内の事業所との交流研修も実践しています。ヘルパー・ケアマネ等の資格取得に向けてのサポート研修や合格祝い金や資格手当等の支給もあります。		
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	全事業所が、グループホーム協議会に加入し、他事業所との交流を図るよう推進しています。管理者は、近隣事業所との交流が出来る様に計画をしています。		

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
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	事前面談にて、ご本人様の思いを聞き取ること、思いを表出できない方には、安心してホームの生活を送って頂けるよう「ホームでお待ちしております」と安心頂ける様な声かけ、関係作りに努めています。		
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	事前面談にて、ご家族様の今までのご苦労や入居に至る経緯等をゆっくりと時間をかけ受容、共感した上で、ホームでのご利用者様の生活に対してのご希望、ご要望を傾聴しホーム側としてどのような対応ができるかを話し合っています。		
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	ホームにて対応できないこと等は、地域包括や担当ケアマネや他事業所へ連絡を取りながら調整を行なっています。		
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	共に生活するとの意識を持ち、ご利用者様の力をお借りしながら掃除、調理、行事等を協働で行ないます。時に、智恵をお借りし励まして頂いたりもしています。		
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	ご本人様とご家族様との絆が切れないよう、定期的な報告やケアに関してもご本人様に意向や願いを達成する為に協力頂いています。		
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	ご本人様の親戚やご近所の方等の面会時に、ゆっくりと会話して頂けるようお茶やお菓子をお勧めしたり、また面会に来て頂けるようにお帰りの際にはご協力をお願いしています。	昔馴染みの友人がホームを訪ねてくるなど、馴染みの関係を継続している事例がある。居室での会談を勧めて、来訪者と気兼ねなく過ごしてもらえるような配慮をしている。	
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	日常生活において、相性の良い方とテーブルを同席したり、個別でのレク等の対応や居室移動も念頭に入れどのご利用者様に対しても出来る限り柔軟なサービス提供が出来る様に努めています。		

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	退去後も、新たな生活の場となった施設への、訪問や入院先への面会、連絡を行なっています。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	ご本人様を尊重した暮らし、生活を見つけられるように努めています。	利用者・家族の思いをケアプランに取り入れている。また、本人の発した言葉や行動を介して介護記録に残して、職員が共有している。	利用者個々の希望を、さらに具体化して介護計画に盛り込んだ事例を期待している。
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	今迄の生活スタイルや生活環境等、ご利用者様それぞれの生き方を把握するように努めています。		
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	ご利用者様個々の、ADL/QOLの正確な把握に努め、日々の暮らしに役立っています。		
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	定期的なカンファレンスの開催を行い、医療関係者の見聞や連携を取りながらご本人様やご家族様のご希望を達成できる様に作成しています。	利用者・家族の意向が変化した場合に合わせて、介護計画を変更している。また、職員全員でモニタリングを行い、利用者の変化をいろいろな角度から分析できる仕組みがある。	
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	個別の介護記録等より、スタッフが情報の共有を行い、日々の様子から見えてくるものを重要視し、ケアプランの見直しを行なっています。		
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	ご利用者様やご家族様の状況、心情の変化に即応しニーズに対応するサービスや支援に取り組んでいます。		

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	運営推進会議や地域スタッフ・ボランティアから、地域資源を聞き取りながら、ご利用者が安心して楽しく暮らせるような支援に努めています。 【地域行事・ボランティア受け入れ・保育園児・地域へ外出等】		
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	ホームでは、長期にわたり同じかかりつけ医の往診があり、ご利用者の健康管理についての相談やアドバイスを頂いています。また、各個人のかかりつけ医への受診はご家族様の対応であるがホームの看護師により、各医療機関との連携を取り情報共有に努めています。	提携医の往診が定期的にある。緊急時には電話にて相談・指示を受けることができ、連携体制が構築されている。提携医以外のかかりつけ医を希望する利用者には、家族が対応している。	
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	毎週2回ホームへの業務に従事しており、介護スタッフよりご利用者の健康管理についての気付き・報告・相談を受けそれに対して助言や指導を行なっています。		
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。	入院時は、ホームの介護サマリー等の情報を病院に提供しています。また、入院中もご本人様の面会に伺い病院関係者との情報交換を行い早期退院ができる様に努めています。		
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	入居申し込み時や、ご見学の際にターミナルケアを現在ホームで行っていないことをきちんとご説明し、納得をして頂くことと入居前に特別養護老人ホームへのお申し込みもして頂いています。	初期の面接時に、家族から終末期についての意向を聞きだしている。入居時には、ホームの方針を家族へ伝えており、重度化した場合の契約(指針)を交わしている。	
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	ホームスタッフ全員が毎年、消防署に救命救急講習を受けており、事故発生時や急変時に対応できるように努めています。		
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	毎年2回消防署に避難訓練を依頼し、他事業所や地域住民の方々にも参加して頂き実践を行っています。また、災害時には町内の認知症高齢者の方の避難所としての役目も担えるように行政に申し出ています。	運営推進会議で避難訓練を行い、会議参加者に協力体制の構築を依頼している。また、近隣高齢者事業所も避難訓練に参加し、地域連携へとつなげている。	近隣事業所との交流により、災害時の協力体制が構築できる取り組みを期待している。

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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの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	ホーム研修を行い、適時スタッフに注意、指導を行いながら、個人の人格を尊重した声かけやプライバシーに配慮したケアをスタッフ全員が対応できるよう徹底を図っています。	利用者自身がプライバシーを大切にしたいという思いから、居室内側にロープで簡易の鍵を作っている。利用者が自己管理できるように工夫している。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	ご利用様が、どのようなケアや支援を望まれているのかを確認するように努めています。また、ご利用様の選択肢を広げることができるような工夫も行なっています。		
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	ご利用様一人一人のペースを大切に、ご本人様のご希望に沿った支援ができるように努めています。		
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	毎朝の整容や、衣装選びを自己決定して頂ける様に支援し「お似合いですよ」「きれいですよ」等の賞賛の声かけも行なっています。		
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	毎週日曜日にご利用様が希望されたメニューを提供しています。また、調理の下準備、味見、テーブル拭き等をご利用様と一緒に進んでいます。	毎週日曜日には、利用者の希望を取り入れたメニューを用意している。また、利用者の希望により、回転寿しの外食が実現している。	
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	こまめに水分補給をして頂ける様に、飲み物だけではなくゼリーや水分を多く含んだ果物等を提供し水分確保に努めています。他、体重の管理や疾病、状態に合わせた食事量や食事形態にて提供しています。		
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、ご利用様の力量に合わせた、口腔ケアの支援を行なっています。		

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 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	できる限り布の下着を着用して頂くようにしています。また、紙の下着であっても、時に失禁があっても安易にパットの多様やオムツに頼らないケアの実践に努め、ご利用者様一人一人の力に合わせた排泄ケアの支援を行なっています。	夜間に安心して排泄できるように、ポータブルトイレを配置している事例がある。トイレまでの廊下に目印をつけて、認識できるよう工夫している。	
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	できる限り下剤に頼らないよう、水分摂取や毎日一度は腸内環境を整えるためにヨーグルトを一品添えるなど自然排便ができるように工夫しています。また、体操等の運動できる機会も作っています。		
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	入浴前には必ず、入浴への声かけを行ない、できる限りご利用者様の希望やタイミングに合わせて入浴して頂ける様に努めています。(心不全等の持病の方には、医師からの助言を頂きシャワー浴等の対応も行なっています)	利用者の希望に応じて、毎日入浴している事例がある。入浴拒否がある場合には、本人の意思を第一に考えて柔軟に対応している。	
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	ご本人様のご希望や、下肢の浮腫が強い方には足浴を行ったり、気持ちよく安心して休息して頂ける様に、清潔な寝具を使用して頂く事や、室温等の居室環境を整えることに努めています。		
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	ご利用者様一人一人の持病の理解や、どのような効能や副作用のある薬を内服されているかなど看護師から学び、症状に変化が見られた場合には早急に医師及び看護師に報告を行い、助言や指示を受け対応しています。		
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	一人一人の生活歴や力量に合った役割作りや、ご本人様のご希望に沿った楽しみごとや気分転換を図れる様に支援しています。(掃除・洗濯・調理・外出・全体レク・個別レクなど)		
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	ご家族様にご協力頂き、ドライブや買い物等の外出をして頂いています。日常の中では、洗濯干しや水やり、回覧回し等をスタッフと一緒にいたり、外出レク等の機会も作り戸外に出て頂けるような支援に努めています。	天気の良い日にはホームの周辺を散歩して、気分転換を図っている。また、バーベキューやイチゴ狩りなど、ホーム行事として出かけている。	

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
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	ご利用者様の中では、財布(お金)を持っていないと不安に思われるご利用者様も見えるため、ご家族様と相談をさせて頂いた上で、所持させて頂いています。		
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	ご本人様のご希望があれば、ご家族様に電話をかけて頂いたり、手紙を書ける方には、年賀状などを書いて頂いたりしています。		
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	共同の空間には、ご利用者様が解り易いよう目印等の工夫や花や季節感のある掲示物や作品を飾るなど生活感や居心地良く過して頂けるような工夫をしています。	廊下には、写真や利用者の作品が飾ってあり、ホームの暮らしぶりを垣間見ることが出来る。ホームでの人間関係も考慮して、リビングのテーブル配置も工夫している。	
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	ご利用者様同士が、自由に気の合った方とコミュニケーションが図れたり、独りで物思いにふけることができる居場所があります。リビングにソファがあります。		
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	居室には、ご家族様にご本人様の馴染みの家具や写真等の思い出がある品を持参して頂いています。	自宅から思い出の写真や道具を持ち込んで、本人の暮らしやすい環境を整えている。家族の写真を見ながら、思い出話をしている利用者の姿が印象に残った。	
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	居室やトイレ等にご本人様が解りやすいように目印をつけ安心して生活して頂けるよう工夫をしています。廊下の手すりや床など、ご利用者様に毎日安心、安全に生活を送って頂けるように掃除や点検を行なっています。		

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	2190500047		
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各務原三井町 2F		
所在地	岐阜県各務原市三井町2丁目12番地		
自己評価作成日	平成23年 9月 1日	評価結果市町村受理日	平成24年 2月13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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2190500047&SCD=320&PCD=21
----------	---

【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10月 7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)】

全てのご利用者様の状態が把握でき、対応ができるようにシフトをローテーション制で回しケアの統一に努めています。また、年に4回程度、ご家族様も交えた行事(遠足、夏祭り、バーベキュー等)を開催しており、ご家族様にもご理解とご協力を頂いております。また、ご利用者様と地域との関わりを持つて頂ける様に、ボランティアの方々にもご協力を頂き活動をしております。

【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と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
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	「さまざまな機会を通じて、地域の人々とのふれあいを大切にします」を理念に掲げ、地域ボランティア等の受入を行い、地域交流を深めていけるように努めています。		
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	自治会に加入しており、ゴミ捨てや回覧板回し等で地域の方達との交流を図っております。		
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	ホーム研修や外部研修に参加し認知症への理解に努めています。また、運営推進会議等で地域の方にホームにお越し頂き、ホームでの生活を見て頂くことで、認知症へのご理解や支援方法を学んで頂く機会作りとしています。		
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	2ヶ月に一回、運営推進鍵を開催し参加をして頂いているメンバーの方々に、ホームでの生活状況等の報告を行い、そこでの助言や要望等をしっかりと受け入れ、サービスの向上に努めております。		
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に取り組んでいる	行政には、事故報告、入居状況、入居営業等の報告や相談を行い協力関係を築く様に取り組んでおります。		
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	身体拘束についての勉強会を開催し、職員1人1人が身体拘束についてしっかりと認識をする様に努めており、身体拘束の無いケアの実践を行っております。		
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	虐待についてホーム研修を行い、虐待防止に努めています。		

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	ホームでの研修を行い、制度に対する理解を深めるように取り組んでおります。また、現在、入居して頂いているご利用者様が制度を利用しており、職員が理解しやすい環境でもあります。		
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	入居、退去時には、ご利用者様、ご家族様に締結、解約の説明をゆっくりと時間をかけ行い理解して頂けるよう努めております。また、改定時に関しても同様に行なっております。		
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	日常の中で、ご利用者様やご家族様の意見や要望を聞き取り、改善できるよう努めております。また、ご家族様に対して、定期的にアンケートを配布し、そこから得られた情報についても改善できるようにも努めております。		
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	全スタッフへ定期手に、意見や提案を聞けるようにアンケートや、管理者による面談等も行なっております。		
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	様々な表彰制度を企画し、スタッフのモチベーション向上に繋げております。また、自己評価制度により能力昇給等も行なっており、職員がやりがいを持って働いて頂ける環境作りに努めております。		
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	ホーム内研修や同法人内の事業所との交流研修も実践しています。ヘルパー・ケアマネ等の資格取得に向けてのサポート研修や合格祝い金や資格手当等の支給もあります。		
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	全事業所が、グループホーム協議会に加入し、他事業所との交流を図るよう推進しています。 管理者は、近隣事業所との交流が出来る様に計画をしています。		

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
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	事前面談にて、ご本人様の思いを聞き取ること、思いを表出できない方には、安心してホームの生活を送って頂けるよう「ホームでお待ちしております」と安心頂ける様な声かけ、関係作りに努めています。		
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	事前面談にて、ご家族様の今までのご苦労や入居に至る経緯等をゆっくりと時間をかけ受容、共感した上で、ホームでのご利用者様の生活に対してのご希望、ご要望を傾聴しホーム側としてどのような対応ができるかを話し合っています。		
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	ホームにて対応できないこと等は、地域包括や担当ケアマネや他事業所へ連絡を取りながら調整を行なっています。		
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	共に生活するとの意識を持ち、ご利用者様の力をお借りしながら掃除、調理、行事等を協働で行ないます。時に、智恵をお借りし励まして頂いたりもしています。		
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	ご本人様とご家族様との絆が切れないよう、定期的な報告やケアに関してもご本人様に意向や願いを達成する為に協力頂いています。		
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	ご本人様の親戚やご近所の方等の面会時に、ゆっくりと会話して頂けるようお茶やお菓子をお勧めしたり、また面会に来て頂けるようにお帰りの際にはご協力をお願いしています。		
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	日常生活において、相性の良い方とテーブルを同席したり、個別でのレク等の対応や居室移動も念頭に入れどのご利用者様に対しても出来る限り柔軟なサービス提供が出来る様に努めています。		

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	退去後も、新たな生活の場となった施設への、訪問や入院先への面会、連絡を行っています。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	ご本人様を尊重した暮らし、生活を見つけられるように努めています。		
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	今迄の生活スタイルや生活環境等、ご利用者様それぞれの生き方を把握するように努めています。		
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	ご利用者様個々の、ADL/QOLの正確な把握に努め、日々の暮らしに役立っています。		
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	定期的なカンファレンスの開催を行い、医療関係者の見聞や連携を取りながらご本人様やご家族様のご希望を達成できる様に作成しています。		
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	個別の介護記録等より、スタッフが情報の共有を行い、日々の様子から見えてくるものを重要視し、ケアプランの見直しを行なっています。		
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	ご利用者様やご家族様の状況、心情の変化に即応しニーズに対応するサービスや支援に取り組んでいます。		

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	運営推進会議や地域スタッフ・ボランティアから、地域資源を聞き取りながら、ご利用者様が安心して楽しく暮らせるような支援に努めています。【地域行事・ボランティア受け入れ・保育園児・地域へ外出等】		
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	ホームでは、長期にわたり同じかかりつけ医の往診があり、ご利用者様の健康管理についての相談やアドバイスを頂いています。また、各個人のかかりつけ医への受診はご家族様の対応であるがホームの看護師により、各医療機関との連携を取り情報共有に努めています。		
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	毎週2回ホームへの業務に従事しており、介護スタッフよりご利用者様の健康管理についての気付き・報告・相談を受けそれに対して助言や指導を行なっています。		
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。	入院時は、ホームの介護サマリー等の情報を病院に提供しています。また、入院中もご本人様の面会に伺い病院関係者との情報交換を行い早期退院ができる様に努めています。		
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	入居申し込み時や、ご見学の際にターミナルケアを現在ホームで行っていないことをきちんとご説明し、納得をして頂くことと入居前に特別養護老人ホームへのお申し込みもして頂いています。		
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	ホームスタッフ全員が毎年、消防署に救命救急講習を受けており、事故発生時や急変時に対応できるように努めています。		
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	毎年2回消防署に避難訓練を依頼し、他事業所や地域住民の方々にも参加して頂き実践を行なっています。また、災害時には町内の認知症高齢者の方の避難所としての役目も担えるように行政に申し出ています。		

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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの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	ホーム研修を行い、適時スタッフに注意、指導を行いながら、個人の人格を尊重した声かけやプライバシーに配慮したケアをスタッフ全員が対応できるよう徹底を図っています。		
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	ご利用様が、どのようなケアや支援を望まれているのかを確認するように努めています。 また、ご利用様の選択肢を広げることができるような工夫も行なっています。		
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	ご利用様一人一人のペースを大切に、ご本人様のご希望に沿った支援ができるように努めています。		
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	毎朝の整容や、衣装選びを自己決定して頂ける様に支援し「お似合いですよ」「きれいですよ」等の賞賛の声かけも行なっています。		
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	毎週日曜日にご利用様が希望されたメニューを提供しています。また、調理の下準備、味見、テーブル拭き等をご利用様と一緒にしています。		
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	こまめに水分補給をして頂ける様に、飲み物だけではなくゼリーや水分を多く含んだ果物等を提供し水分確保に努めています。 他、体重の管理や疾病、状態に合わせた食事量や食事形態にて提供しています。		
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、ご利用様の力量に合わせた、口腔ケアの支援を行なっています。		

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 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	できる限り布の下着を着用して頂くようにしています。また、紙の下着であっても、時に失禁があっても安易にパットの多様やオムツに頼らないケアの実践に努め、ご利用者様一人一人の力に合わせた排泄ケアの支援を行なっています。		
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	できる限り下剤に頼らないよう、水分摂取や毎日一度は腸内環境を整えるためにヨーグルトを一品添えるなど自然排便ができるように工夫しています。また、体操等の運動できる機会も作っています。		
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	入浴前には必ず、入浴への声かけを行ない、できる限りご利用者様の希望やタイミングに合わせて入浴して頂ける様に努めています。 (心不全等の持病の方には、医師からの助言を頂きシャワー浴等の対応も行なっています)		
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	ご本人様のご希望や、下肢の浮腫が強い方には足浴を行ったり、気持ちよく安心して休息して頂ける様に、清潔な寝具を使用し頂く事や、室温等の居室環境を整えることに努めています。		
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	ご利用者様一人一人の持病の理解や、どのような効能や副作用のある薬を内服されているかなど看護師から学び、症状に変化が見られた場合には早急に医師及び看護師に報告を行い、助言や指示を受け対応しています。		
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	一人一人の生活歴や力量に合った役割作りや、ご本人様のご希望に沿った楽しみごとや気分転換を図れる様に支援しています。 (掃除・洗濯・調理・外出・全体レク・個別レクなど)		
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	ご家族様にご協力頂き、ドライブや買い物等の外出をして頂いています。日常の中では、洗濯干しや水やり、回覧回し等をスタッフと一緒にしたり、外出レク等の機会も作り戸外に出て頂けるような支援に努めています。		

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
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	ご利用者様の中では、財布(お金)を持っていないと不安に思われるご利用者様も見えるため、ご家族様と相談をさせて頂いた上で、所持をさせて頂いています。		
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	ご本人様のご希望があれば、ご家族様に電話をかけて頂いたり、手紙を書ける方には、年賀状などを書いて頂いたりしています。		
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	共同の空間には、ご利用者様が解り易いよう目印等の工夫や花や季節感のある掲示物や作品を飾るなど生活感や居心地良く過して頂けるような工夫をしています。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	ご利用者様同士が、自由に気の合った方とコミュニケーションが図れたり、独りで物思いにふけることができる居場所があります。リビングにソファがあります。		
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	居室には、ご家族様にご本人様の馴染みの家具や写真等の思い出がある品を持参して頂いています。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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	居室やトイレ等にご本人様が解りやすいように目印をつけ安心して生活して頂けるよう工夫をしています。廊下の手すりや床など、ご利用者様に毎日安心、安全に生活を送って頂けるように掃除や点検を行なっています。		

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	23	ご利用者様個々の希望をお伺いし、介護計画に盛り込み実行しているが、個々により実行できているものとできていないものとばらつきが生じている。	全てのご利用者様の個々に持ってみえる御意向を把握、認識しご利用者様の状態に合わせた実行可能な介護計画を作成しサービスの提供をする。	ご本人様から直接、御意向をお伺いします。また、日常生活の中からご本人様のニーズを引き出せるように関わりを持ちます。ご家族様の面会時等に、ご家族様からのご意向もお伺いします。介護計画を作成するにあたりご本人様の御意向を優先し介護計画に反映し実行をしていきます。	6ヶ月
2	35	近隣事業所との、災害時の協力体制を構築する為の交流(取り組み)の機会が少ない。	近隣事業所との定期的な交流により、災害時等に協力し合える体制を構築する。	地域包括支援センター(つつじ苑)を中心拠点とし、災害時等の連携、支援体制の協力委託契約を結びます。また、定期的に他事業所との交流を図り、災害時を想定した訓練等も行っていきます。	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。