

1 自己評価及び外部評価結果 (1F)

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2193200017		
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みずほ 1F		
所在地	岐阜県瑞穂市横屋562-1		
自己評価作成日	平成22年 7月20日	評価結果市町村受理日	平成22年 8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	http://kouhyou.winc.or.jp/kaiqosip/infomationPublic.do?JCD=2193200017&SCD=320
----------	---

【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22年 8月18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)】

「その人らしい」を大切に、自己決定、周囲から受け入れられている、やりたい事が出来る等、「普通の生活」をおくって頂けるよう支援させて頂いています。ご家族様のご好意で、利用者様が今までやってきた畑をかして頂き、利用者様、スタッフ共に皆で楽しみながら畑仕事に出かけ、作物の収穫を待ち望んでいます。

【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)】

4月に着任した若い管理者の下、その人らしさを支援する個別ケアの実践に向けて、様々な取り組みが試みられている。これまでの担当制やユニット所属制を残しながらも、積極的に職員配置のシャッフルを実施して、職員全員で全ての利用者に係わる体制をとっている。また、「何をするのか?」ではなく、「何のためにするのか?」を職員に意識づけ、ケアに対する取り組みの深堀りを図っている。3年間の家族アンケートの結果分析より、確実に家族の満足度の向上とケアの質の向上が読み取れる。毎年、管理者が人事異動によって交代していることを考慮すれば、チームケアが見事に実践され、職員一人ひとりがその役割を十分に果たした結果と言っても過言ではなからう。若い管理者を支えるベテラン、中堅、若手の職員バランスもよく、更なる進化を期待したい。

・サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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広がったり深まり、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+-) + (Enter+-)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
理念に基づく運営					
1	(1)	<p>理念の共有と実践</p> <p>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</p>	<p>朝礼、夕礼、ホーム会議に理念の唱和をし、関わりについて等話し合い実施している。</p>	<p>新しい管理者が着任したが、これまで通りの理念を継承し、「明るいホーム作り」、「自己決定」、「地域交流」を支援の柱としている。</p>	
2	(2)	<p>事業所と地域とのつきあい</p> <p>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</p>	<p>地域の喫茶店、散歩、買い物等に出かけている。ラジオ体操にも参加する計画をたてている。</p>	<p>毎朝、近くの空き地で夏休みのラジオ体操が行われている。数人の利用者が、職員とともにこのラジオ体操に参加している。</p>	<p>ラジオ体操での子供たちとの出会いが、地域交流の新たな展開につながることを期待したい。</p>
3		<p>事業所の力を活かした地域貢献</p> <p>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</p>	<p>開かれたホームづくりをめざしている。</p>	/	/
4	(3)	<p>運営推進会議を活かした取り組み</p> <p>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</p>	<p>2ヶ月に1回行っている。うかがった貴重なご意見を基にホーム会議で話し合ったりサービスの向上に活かしている。</p>	<p>規定通りの回数で運営推進会議が開かれているが、利用者や知見者の参加がない。議事録は詳細に取られており、後日の追跡・検証にも十分に耐えうるものとなっている。</p>	
5	(4)	<p>市町村との連携</p> <p>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</p>	<p>市町村、社会福祉協議会の方から情報収集、質問等をさせて頂き、協力関係を築きサービスの質の向上に努めている。</p>	<p>広域連合が、市に代わって許認可権限等を持っている。運営推進会議へも毎回出席があり、会の終わった後で、担当者から関連した電話が入ることがある。</p>	
6	(5)	<p>身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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</p>	<p>身体拘束のマニュアル、研修を行い職員の理解を深めるよう取り組んでいる。</p>	<p>拘束に関するホーム内の研修では、直接的な身体への拘束だけでなく、言葉による拘束についても重点的に取り上げ、職員の意識の底上げを図っている。</p>	<p>玄関ドアの施錠(ボタンによる開閉)については、施錠することの是非ではなく、施錠することによって起こりうる弊害や、施錠しないケアの意味について掘り下げてほしい。</p>
7		<p>虐待の防止の徹底</p> <p>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</p>	<p>研修、マニュアルを置き虐待への理解を深め、虐待の無いケアを実施している。</p>	/	/

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	先日まで1名権利擁護を利用されている利用者様がいた為、スタッフとの情報共有はされていた。今後も、権利擁護、成年後見人制度についていつでも活用できるように学ぶ機会を設けていく。		
9		契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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、わからない事が多く不安を抱いておられる事を考慮し、繰り返し丁寧に説明させて頂いている。時間を経過しての疑問点や確認事項についても、遠慮なく質問して下さいと伝えている。		
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	利用者様アンケートを作成したり、ご家族様来訪時に常に問いかけ、意見を表出しやすい雰囲気づくりを心掛けている。玄関に意見箱設置し、第三者機関への連絡先ポスターの掲示している。	3年間の家族アンケートの結果の分析から、確実にケアの質(家族の満足度)の向上が認められる。ただ、アンケートの回答率が低下してきている。	1年毎に管理者が交代(法人内人事異動)したことを考慮すれば、その条件下での家族の満足度の向上は特筆もの。名実ともにチームケアが実践された結果であろう。
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	ホーム会議に悩み、意見を共有する時間をもうけている。管理者は、提案、意見が活発に出るよう職員とのコミュニケーションを常にとっている。	担当制やユニット毎の所属制度を残しながらも、積極的な職員配置のシャッフルを行い、職員全員で全ての利用者に係わる体制を取っている。その中での気づきを、夕礼で発表し合っている。	
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	気軽にスタッフに声を掛けている。忘年会など開催している。社長は、講話会で前向き、やる気が出る話をして下さる。		
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	ホーム内研修を行ったり、外部研修、看護師からの指導を受け職員間で共有している。		
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	同社のグループホーム間で、見学に行ったり、行事のお手伝いに行き交流を図っている。		

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
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	ホームでの生活を具体的に説明し、本人様からの質問等に丁寧に返答している。最新の配慮で対応し、要望や不安を受け止めている。		
16		初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	ご本人様、ご家族様がどのような事に困っているのか、利用が適切であるかをよく話し合っている。丁寧に、細かく説明し、不安が解消されるまで対応する。		
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	入居希望の際、ご本人様にとって一番必要な支援はなにかを十分検討している。状況に応じた情報提供をさせて頂いている。		
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	ご利用者様の人格を尊重し、生活のお手伝いをさせて頂き、共に生活を営んでいるという認識を持った関りをしている。		
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	ご家族様と面会時など交流を持ち、ご利用者様を理解すると同時に、ご家族様の想いを理解したいと努めている。双方が支え合える関係性を築いている。		
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	馴染みの物を用意したり、場所へ行き、ご本人様の活動意欲を触発できるよう、状況に応じ提供している。	家族の協力を得て、かつて住んでいた家の畑の一部を借り受けてホームの菜園として利用している。畑作業に出かけた利用者が、近所の人と再会して話に花が咲いた。	
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	利用者間の交流は見守り、状況に応じて会話、関係の架け橋となっている。利用者間の関係性を職員は、情報共有している。		

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
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	退去の際は、十分な情報提供させて頂き、ご家族との相談上、契約内容に基づき決定している。退去後、相談があれば、敏速に対応している。		
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	本人を知ろうと、会話や関わり、ご家族様から引き出そうと努めている。人格を尊重し、利用者様本位の視点に立ち検討した支援を行なっている。	「100の気づき」は完成したが、分析作業が行われておらず、今後の課題となっている。利用者のポケットに入っていた広告(マクドナルド)の切れ端から、ハンバーガー大会へと進展した例があった。	思いや意向は“把握する”ことが最終的な目的ではない。それらの思いを如何に具現化できるかが問題となる。その中でも、重要なものはケアプランを動かすこととなる。
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	入居前に本人様、ご家族様からお話を伺っている。入居後もご本人様やご家族様から協力得、本人様を知ろうと努めている。		
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	ご利用者様の日頃の生活、身体状況を理解し、その時々々の表情や行動から察知できるよう、職員間で情報を共有している。		
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	ご本人、ご家族様の想いや意見を聞きプランに反映させている。職員がモニタリングを実施し、それらも参考に介護計画作成している。	家族が参加するケアプランの作成会議が定着している。家族の来訪に合わせ、2~3ヶ月毎に定期見直しが実施され、身体状態の変化に対応した見直し例もあった。内面的な(思いや意向の)変化への対応例はない。	その人らしさを支援する個別ケアの目的は、把握した利用者の思いや意向を、如何に計画に反映させて実現できるかにある。その人だけの計画の完成を持ちたい。
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	個別記録からも介護計画の見直しを検討している。毎日の様子、介護計画に対しての記録を記載し、職員は目を通し、情報の共有を徹底している。		
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、その時々々に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	買い物等の外出支援、受診等、状況に応じて取り組んでいる。		

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
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	ボランティアの支援を利用できる体制を整えている。消防署の協力を得て避難訓練、救命救急講習など受講している。		
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	ご利用者様とご家族が希望されるかかりつけ医となっている。提携医の往診時は、看護師が立会っている。他医療に受診を希望される方はその都度ご家族と連絡をとっている。	これまでは複数のかかりつけ医が利用者の健康管理を担ってきたが、ホーム提携医に一本化した。5ホームを担当する看護師が職員として配置されており、提携医との連携もとれている。	
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	看護師は利用者の健康管理、状態変化に応じた支援を行なっている。職員は、記録、申し送りで伝え看護師、医師との連携をとっている。		
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。	入院に伴うリスクを回避できるよう、ご家族様、ご本人様の了承を得、医療機関と話し合いをし、ご家族様とも情報を交換しながら事業所で対応可能な段階で退院支援を行なう。		
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	契約時にもご家族様に契約内容を基準にお話をしている。ご本人様、ご家族の意向をきき状況に応じ主治医、家族、ホームで話し合いをしながら支援をしている。	「終末期のケアをホームで」と願われる家族もあるが、ホームでのケアの限界を説明して理解を得ている。ほとんどの利用者が、特養への利用併願を行っている。	
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	職員全員が消防署の協力を得て、普通救命講習を取得している。		
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	消防署の協力を得て避難訓練を実施。避難経路の確認など職員、利用者共に行なっている。	夜間想定避難訓練を実施し、2階利用者や車いす利用者への対策が課題として残った。次回訓練時には、この点についての消防署との意見交換が予定されている。	

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
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	研修等行い、職員は理解している。職員間で気をつけるよう声を掛け合っている。	完全に排泄自立をしていない利用者ではあるが、他人の手を借りずにトイレを使うことを望んでいる。その気持ちを察し、利用者を傷つけない対応を心掛けている。	
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	職員は、入居者様が意見、要望が言いやすいよう配慮し、ご自身で決める場面や決めるような促しを行なっている。		
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	食事の時間など1日の流れはあるが、利用者様のペースにそい好きなように過ごして頂いている。		
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	買い物に出かけご自身で衣類等を選んでいただいている。洋服も自己決定して頂いている。		
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	出来る事は、ご利用者様にして頂き職員がサポートにまわり食事準備、片付けを行なっている。	2階ユニットでは、利用者全員が介助なく食事を摂っていた。その人の嚥下・咀嚼能力を考慮し、おかゆ、トロミ、ミキサー食等、様々な手が加えられていた。	
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	食事量、水分量など記録に残している。本社の管理栄養士の献立を使用。一人ひとりの状態に合わせ、きざみ、とろみをつけ提供している。		
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	食後は、必ずケアを行なっている。困難な方は、ガーゼ、綿棒で行なっている。		

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
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	ご利用者様の排泄間隔を把握し、トイレで排泄できるよう誘導、声かけを行っている。	夜間にポータブルを使用する利用者が1名いるが、極力トイレでの排泄ができるように支援している。昼間のおむつ利用者はほとんどいない。	
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	水分を多く摂る事、飲食物の工夫をしている。運動等も促している。		
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	ご利用者様におうかがいし、入浴をして頂いている。拒否される方には、対応、声かけ等考慮し、工夫をしている。	2日置きの入浴が原則となっており、利用者は週に2～3回の入浴を行っている。	
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	夜間眠れるよう日中の活動の工夫を行なっている。眠れないときは、暖かい飲み物を飲みながら職員と過している。ご本人様の生活リズムへの考慮と共に、生活リズムを整えていく取り組みも心掛けている。		
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	利用者様全員の処方箋をファイルにし確認できるようにしている。服薬確認も口頭と記録にて確認している。		
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	ご利用者様の得意分野で活躍して頂ける場を提供している。表情や取り組みで察知しながら支援している。		
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	日常的に外出に機会をもち、季節を味わっていただいたり、買い物に出かけたり、個別で出かけ興味、関心にあわせた支援を行っている。	この数ヶ月、入退院や入退居が続き、外出支援の回数が減る結果となった。利用者の家族の好意で借りている畑での作業が、「畑ノート」に記録されていた。	

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
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	普段は事業所での管理を行なっているが、買い物や外出へ出かける際は、ご自身で支払って頂けるよう、お金を手渡ししている。		
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	ご利用者の希望に応じて、電話や手紙を出せるよう支援している。ご家族様から電話がかかってこられ、楽しそうにお話してみえる。		
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	暖かい生活空間を配慮し季節感を感じて頂ける掲示物等を工夫している。利用者様が快適に過せるよう職員で話し合っている。	ホームの理念に謳っている「明るいホーム作り」の理念そのままに、利用者にとっての過ごしやすい場所を提供している。明るく清潔感あふれるホーム、との家族の賛辞もあった。	
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	玄関にベンチを置いたり、廊下のカドにソファーを置きご利用者が思い思いに過ごされるよう工夫している。		
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	使い慣れたもの、馴染みのあるもの写真等を居室に持ってきて頂けるよう依頼している。ご本人様、ご家族様と話しながら安心して過ごせるようしている。	見学した居室は、特段に持ち込み量が多いということはない。職員から送られたお手伝いの感謝状が壁に飾られており、利用者が1字1句をも間違えずに読んで聞かせてくれた。	
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	できるだけ自立した生活が送れるよう、職員間で話し、相談し環境設備に取り組んでいる。		

1 自己評価及び外部評価結果 (2F)

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2193200017		
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みずほ 2F		
所在地	岐阜県瑞穂市横屋562-1		
自己評価作成日	平成22年7月20日	評価結果市町村受理日	平成22年 8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	http://kouhyou.winc.or.jp/kaiqosip/infomationPublic.do?JCD=2193200017&SCD=320
----------	---

【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22年 8月18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)】

「その人らしい」を大切に、自己決定、周囲から受け入れられている、やりたい事が出来る等、「普通の生活」をおくって頂けるよう支援させて頂いています。ご家族のご好意で、利用者様が今までやってきた畑をかって頂き、利用者様、スタッフ共に皆で楽しみながら畑仕事に出かけ、作物収穫を待ち望んでいます。

【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)】

--

・サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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広がったり深まり、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+)- + (Enter+)-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
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	朝礼、夕礼時、ホーム会議で運営理念を唱和し、1日の関わりについて話している		
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	ラジオ体操に参加したり、近所の喫茶店に出かけている		
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	地域貢献は不十分である為力を入れて取り組んでいきたい		
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	会議で家族や地域包括センターなどの方々より意見を頂きホームで話し合いサービスに生かしています		
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に取り組んでいる	質問や情報収集をしてサービスの取り組みを伝え、協力関係を築いています		
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	マニュアルや研修を通して拘束に関する理解を持てる様にしている		
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	マニュアル、研修を通して虐待について職員が理解できるようにしている		

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
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	権利擁護を利用してみえるかたが居られた為、職員の情報共有は出来ている。		
9		契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	入居時にご本人様、ご家族様共に不安があるため、話を伺い不安要素を軽減できるように努めています		
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	利用者様アンケートを行ったり、ご家族様が意見を伝えやすいように意見箱を設置しています		
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	ホーム会議や業務の合間などで意見や提案を聞いている。また、ケアでしてみたい事が出れば、挑戦する機会を作っています		
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	コミュニケーションを取り話をしている。また社長の講話に参加し、意識の変化が出てきている。		
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	ホーム内研修や外部の研修を受けることでケアの向上を図っています		
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	会社内で同期を集めた研修会や他のホームとの交流会を設けることで意見交換や横のつながりを作れるようにしています		

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
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	ご本人様に安心して生活して頂けるように話を伺い、人間関係が円滑に出来るようにしています		
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	介護での不安や不満などを親身に伺い少しでも不安解消できるように努めています		
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	その時何を支援したらいいのかを検討し、必要に応じた支援をしています		
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	ご本人様に出来ることはして頂き、出来ない部分でのお手伝いをさせて頂いています。また、家事などは利用者様主体で行なっています		
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	面会、電話時にご家族様、利用者様とで交流機会を設けゆっくり話が出来る機会を作っています		
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	馴染みの物や場所に出かけて活動意欲が持てる様にしています		
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	利用者間の会話には見守りをし必要に応じて会話の架け橋をしています		

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
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	退居の際には、必要に応じた情報提供をさせて頂きご家族様と相談の上、決定しています。退去後も相談があれば、迅速に対応しています		
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	希望や意向を利用者担当職員がアセスメントを取り、情報共有し、把握に努めています		
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	入所前に、ご本人様やご家族様より情報収集をし、入所後も引き続き情報収集をしています		
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	お一人、お一人の過ごし方や、表情、身体状況の変化を観察し、情報共有をしています		
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	職員がモニタリングやアセスメントを取ることで利用者様の思いややりたい事、ご家族様からの意見などを伺いカンファレンスで話し合いをし介護計画を立てています		
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	前日の記録をスタッフが読み、また、申し送りを職員間で行い理解して業務に入るようにしている		
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	買い物等の外出支援、受診など状況に応じて対応をしています		

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
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	ボランティアの支援を利用できる体制を作っている 消防所協力の下講習会や訓練をしています		
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	必要に応じて主治医にて診察をして頂いています。また、連携医の往診時には看護師が立会いをしています 他の医療機関を受診希望がある際には家族、主治医、ホームで情報共有をしています		
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	看護師は、健康管理、状態把握をし記録に残し、その都度職員への指示を頂いています		
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。	入院に伴うリスクを回避できる様に、ご家族、ご本人様の上承を頂き医療機関と連携を取っています。また看護記録を毎日記録し、異変があれば相談できる体制が取れています		
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	家族様に契約内容を基準に話をしています。意向を伺い状況に応じて、主治医、家族、ホームで話し合いをしています		
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	全職員が消防署の協力の下、普通救命講習を受講しています		
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	消防署の協力の下、避難訓練を実施しています。また、避難経路の確認や対応を職員、利用者様の周知をしています		

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
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	研修を大ない、職員はプライバシーや声かけなど互いに声を掛け合って対応してる		
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	入居者様が意見や要望が言いやすい話し方や雰囲気作りをしている		
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	食事、おやつの時間など1日の流れはあるが、利用者様のお好きなペースにあった生活をして頂いています		
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	洋服など買い物に出かけ選んで頂いたり、更衣時にも自分で選択し、着る洋服を選んでもらっています		
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	野菜切りや配膳、下膳など出来る事はして頂いています。		
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	食事量や水分量を記録に残し、申し送りをしてます。栄養士の献立を使用しています。一人ひとりにあった食事形態で食事を提供しています。		
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	食後は、声かけや一部介助にてケアをしています。困難な方には、ガーゼなどを使用しています。		

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
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	利用者様の排泄間隔を把握し、トイレで排泄が出来るようにしています。		
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	水分を多く摂る事や、きなこ牛乳等を使用したり、身体を動かすなどを行っています		
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	利用者様に声かけをしお好きな順番がある方、温度などを考慮し、入浴して頂いています。		
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	夜間眠れるように、日中の活動時間を増やしたり、眠れないときには、一緒に話をして過しています。		
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	利用者様の処方箋をファイルし、いつでも確認できるようにしています。内服確認も口頭と記録にて確認しています。		
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	それぞれの得意分野での役割を支援しています。楽しみごとなどはご家族様や利用者様に伺ったり、職員間の情報共有にてその人に合った支援をしています		
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	外出機会を設けて、季節を味わったり、買い物等に個別で出かけています。		

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		<p>お金の所持や使うことの支援</p> <p>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</p>	<p>事業所でお金の管理は行なっていますが、買い物先ではご自身で支払いをして頂けるように支援しています</p>		
51		<p>電話や手紙の支援</p> <p>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</p>	<p>利用者様の希望に応じて電話や手紙を出しています。ご家族様からの電話が掛かってくると利用者様に取り次ぎをしています</p>		
52	(19)	<p>居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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</p>	<p>季節感のある掲示物作りを利用者様とともに行っています。また職員間でも話し合いをしています</p>		
53		<p>共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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</p>	<p>玄関のベンチを置き、利用者様同士で話したい時にはゆっくり話ができるように対応しています</p>		
54	(20)	<p>居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>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</p>	<p>いままで使ってきたものや写真などを持ってきていただけるようにご家族様に依頼しています。</p>		
55		<p>一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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</p>	<p>出来る限り自立した生活が送って頂けるように職員間で話し合い、相談し環境整備をしています</p>		

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	4(3)	規定通りの回数で運営推進会議が開かれているが、利用者や知見者の参加がない。	利用者、知見者も参加した会議を開催する。	10月から利用者様に運営推進会議に参加して頂く。会議にホームの行事や取り組みを組み入れていく。知見者は、包括支援センターへ他のホームとの交流等を依頼する。	2ヶ月
2	23(9)	「100の気づき」は完成したが、分析作業が行なわれておらず、今後の課題となっている。	内面的な(思いや意向の)変化時にケアプラン変更を行なう。	「100の気づき」の分析作業を行い、利用者様担当が中心となり「気づきシート」を活用しより深く関わり、記録からの吸い上げ、言葉、気持ちの変化等を記載する。	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 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。