

### 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	2192100044		
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大垣木戸(1ユニットなごみ)		
所在地	岐阜県大垣市木戸町306-1		
自己評価作成日	平成24年 7月 7日	評価結果市町村受理日	平成24年 9月10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_kan=true&amp;JigyosvCd=2192100044-00&amp;PrefCd=21&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/21/index.php?action=kouhyou_detail_2010_022_kan=true&amp;JigyosvCd=2192100044-00&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 7月31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)】**

木戸の第13期理念には3つの柱があります。①ご家族様との関りを増やします。②積極的に地域活動に参加します。③スタッフとの親睦の場を作り定着させます。それにむけて進めています。家族様に対しても常にどのスタッフにもこやかに笑顔で接する事を指導してきている。家族様より、スタッフの異動が多くなじみの関係ができない。不安であるなど話があり、それ以後スタッフの異動は最小限になり、家族様も毎日しているスタッフがいる事により安心してという声も多くなった。大家さんの好意により、畑をすべて自由に使用していいといわれ、昔からされて来た野菜つくり、収穫、草取りなどを楽しんで頂いている。スタッフのチームワークも抜群で各行事の協力体制、手作り弁当(花見、正月、家族会等)など、また花などの環境つくりにも力をいれている。

**【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)】**

ホームの理念は、利用者の地域での普通の暮らしを支えるうえで、ホーム(利用者)と家族・地域・職員とのつながりを大切にすることを唱えている。管理者は定例会議や日々の介護を通じて職員と理念を共有し、理念の実現に向けて全職員一丸の取組みとしている。  
取組みのひとつとして、今年度のホーム行事「納涼の会」を8月に予定している。自治会長の協力を得て自治会内の50班の住民に案内を行い、利用者・家族・地域・職員の交流の機会としている。  
理念に基づく利用者本意の姿勢は、管理者のリーダーシップにより統一されており、外部評価の家族事前アンケートの高評価の結果からも見て取れる。

**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している (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、安心して暮らしている (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		

# 自己評価及び外部評価結果

[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	理念に基づき、その人らしく、自己決定尊重の為、常に利用者様に寄り添い、話しかけている。近隣の保育園よりの訪問も固定化し、手作りの作品もプレゼントされた。	管理者の交代はあったが、これまでのホーム理念を踏襲し、ホーム会議にて職員に周知している。管理者は理念を実践に反映するよう具体的な施策を示し、日々の介護に反映させている。	
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	自治会長より地域の年間行事表を頂き、参加できるものはでかけている。近所の方の手づくり作品を頂く事もある。散歩時は積極的に挨拶を交わしている。	自治会の会員として地域行事に参加し、地域住民との交流に努めている。また、地域の保育園の訪問を得て、利用者と園児との笑顔溢れる交流会に取組んでいる。	イベント開催時には、ホームからのお知らせが、地域の自治会組織50班に及ぶ広範に配布されている。この広報ツールを活かした取り組みの進展に注目したい。
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	地域の回覧版にホーム通信をいれてもらう事により、ホーム訪問が少しずつふえて来ている。その際には、認知症などについての説明や、相談をうけている。		
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	2ヶ月に1度の運営推進会議にて現状報告を資料を基に報告し意見などを頂いている。	家族、市、地域の自治会長及び民生委員の参加を得て、ホーム運営について話し合わせ、参加者の意見を運営に活かしている。ただ、地域密着型サービスに関する知見者の参加がない。	認知症に詳しい医療従事者、他法人のグループホーム管理者等、地域密着型サービスに知見を有する者の参加が望まれる。
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	市役所や包括支援センターからホームへ直接メールや文書などを頂き、共有したり相談の為、連絡をしたりしている。	介護保険課や包括支援センターを訪問し、協力関係を築いている。また、行政から案内のあった会議や研修には積極的に参加し、ホーム運営に活用している。	
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	定期的にホーム会議の中で研修を実施している。新人スタッフには始めに研修をする。玄関の施錠は、できる限り日勤帯ははずしている。	法人及びホーム内の研修を実施し、職員は身体拘束について十分な理解を有するよう取り組み、拘束をしない介護を実践している。	
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	定期的にホーム会議の中で研修を実施している。新人スタッフには始めに研修をする。日頃より、言葉などには十分注意している、		

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、成年後見人制度などについては、ホーム会議の中で説明し情報を提供している。		
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	見学時から、契約までの間、電話やお会いしての説明をしている。特に契約時など、十分な説明や質問をお受けして納得をして頂いている。		
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	面会時など、かならず声をかけて、家族様の意見を聞いている。又、家族様アンケートによる、家族様の意向などを受け止め、改善につとめている。	面会時に必ず声を掛け、家族の話聞くように努めている。法人の実施するアンケートと時期が重なったこともあってか、家族アンケートの自由記述欄にはコメントが少なかった。	ホーム運営に家族との連携は不可欠である。行事など家族をホーム運営の当事者として巻き込み、家族が意見を表す機会を設けるよう望みたい。
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	年間行事など、スタッフによる委員会を設け、スタッフが中心となり、進めている。またホーム会議等で意見交換をしている。	職員の意見を具体的な形でホーム運営に反映する仕組みとして、入浴、排泄、事故対策、食事、記録の各委員会を設け、ホーム会議にて職員の発表の機会を設けている。	
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	個々に常に声かけを心がけている。また会社の職員満足アンケートを受け、現状実態を把握する。会社の表彰制度や評価制度を説明し、やりがいに繋がる様にしている。		
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	ホーム内研修を月1回開催、外部研修の資料を掲示し自主的にいける様に促している。		
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	市で開催されている、事業者連絡会やケアマネの研修などで交流を持ち、ネットワークができています。		

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	入居前には2回以上アセスメントの為、面会に伺い、入居日の不安を軽減に努めている。。		
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	見学にみえた時より、家族様の抱えている不安や思いを話して頂く時間をもち、関係づくりに勤めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	今ご本人に必要な支援はなにか？家族様も含めしっかりとお話を聞き、見極め介護計画を作成している。ご本人の状態の変化に柔軟に対応できる様にしている。		
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	生活の中で、家事活動等、常に利用者様と一緒にしている。		
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	ケアプランの中に家族様への協力を常に入れ込んでいる。又面会時など、外出や散歩など関れる時間をもって頂ける様に協力をお願いしている。		
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	利用者様1人1人の担当者とお茶店や買い物にでかける機会を作っている。	知人や自宅の隣人が訪れ利用者と談笑しており、ホームは関係を継続できるよう支援している。また、職員と家族の支援により馴染みのお寺参りや買い物の外出を支援している。	
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	他の利用者様の世話をされる光景も多く見受けられる。きちんとお礼を伝えたり、こちらから、お世話をお願いしたりして関わりもってもらおう。又スタッフが中に入り孤立のない様の努めている。		

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	退去された後でも、ご兄弟の方にホームを進めて頂いたり、近所の方を紹介したりして頂いている。		
<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	入居前のアセスメントでは不十分な場合がでてきたら、再度家族にも情報を収集している。ユニット会議も実施し、スタッフにも共有をしている。	職員は入所前の生活歴を理解し、利用者の思いや意向を把握するように努めている。把握した内容は、職員が加工せずにそのままの言葉で介護記録に記して共有を図っている。	
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	家族と一緒に暮らしていない方が増えてきている。十分なアセスメントが出来ない場合もあるので、こまめに情報を収集する様に努めている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	常に状態は変化しやすい為、スタッフには、いつも・・・だからという思いはしない様、ひよっとしたら・・・という考えでいる様に話している。時におは、申し送りノートに書き、周知している。		
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	ホーム関係者、ご家族様、看護師参加で定期的にサービス担当者会議を開催、介護計画に対してのモニタリングも実施している。」	家族の意見を確認したうえで、看護師を交えて会議を行い介護計画を作成している。計画は身体状態の変化だけに捉われず、利用者の思いや意向を反映した介護計画となっている。	「以前のように自由に歩きたい」、「漬物を漬けて、皆に食べてもらいたい」等の意向が、プランに入っていた。利用者の思いを重視した計画が、さらに増えていくことを期待したい。
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	介護記録の書き方など委員会より、指導したり、職員間で話あったりしている。申し送りノートを活用し共通の情報は共有している。		
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	常にニーズは本人の意向を優先し、その場その時に必要とされる支援ができる様に努力をしている。		

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
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	地域の行事に参加したり。近隣のお寺の行事や草取りに出かけている。		
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	協力医の往診を月に2回受けられ、つねに主治医看護師、ホーム長とが連携している。必要に応じ主治医より、ご家族様への連絡もある。	かかりつけ医は利用者、家族の希望する医師としている。ホームの提携医は月に2回往診しており、ホームの看護師、管理者と連携して利用者の医療支援に取り組んでいる。希望者には、歯科医の往診も可能である。	
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	近隣5ホームを担当する看護師が常勤し、ホーム長と連携がとれている。24時間電話にて対応可能となっている。		
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。	入院に関しては、常に主治医よりの説明があり、入院に際しての病院への紹介状などきちんと準備される。情報はホーム長の方へも連絡があり、		
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	重度化した場合における医療体制指針の巻きなおしを実施。家族にはその際、再度説明する。重度化した場合、主治医、看護師、ホーム長又、地域の病院などとその都度、話し合いにて方針を決めている。	家族には事前に終末期の対応について説明を行い、理解を得ている。利用者の状態の変化に応じて、利用者、家族、医療関係者、管理者などの話し合いを行ない、終末期のケアの方針を決めている。	今回の「看取り指針」の更改(説明)によって、利用者、家族の理解は深まったものと思われる。利用者の重度化とは関係なく、今後も、定期的に話し合いの機会を持つことが望まれる。
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	2年に1度は普通救命救急講習を全員受講している。ホーム内研修として定期的に吸引ノズルを使用して実践している。		
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	火災や自信発生時の避難訓練を年2回、実施している。	地震対策として、居室の棚の落下防止や家具転倒防止の対策を完了している。避難訓練は年2回実施し、近隣住人である民生委員の参加を得ている。	

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 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	利用者様一人一人の自己決定を第1としている。日頃より、言葉使い、プライバシーに関して配慮する様に指導している。又スタッフ同志でも指摘し合っている。	利用者への対応は若手職員に至るまで指導を徹底し、利用者の希望する呼称で名前を呼び、利用者本意の対応に努めている。	
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、常日頃よりスタッフの思いで行動せず、時間がかかっても利用者様の意思、決定で進める様にしている。		
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	1日の予定があっても、利用者様の思いが違う場合は柔軟な対応を心がけている。(散歩、入浴、食事時間、行事など)		
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	朝に身支度、食事後の汚れ(衣類、食べこぼし)など気をつけている。毎日の髭そり、女性のうぶなどこまめに手入れしている。毎月の低料金にての理美容サービスも行っている。		
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	食事の準備や後片付けなど、利用者様と共に実施している。誕生日などのリクエストメニューや行事食など利用者様の意見を聞いている。	男性利用者が盛り付け、配膳に力を示す等、利用者の希望により調理の下準備、配膳、下膳、片付け等を楽しみながら手伝えるよう取組んでいる。利用者の嗜好を把握し、リクエストメニューとして提供している。	
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	食事はカロリー-計算されており、水分は16時まで1000mlクリア-を目標としている。その為に色々なゼリー-をつくり提供している。食事形態においても個人の状態に合わせて支援している。		
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	毎食後、本人の残存機能を生かした、状態に合わせた口腔ケアを実施している。		

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
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	一人一人の排泄パターンを把握し、声かけなどを行っている。全員トイレにての排泄を支援している。	排泄記録により、排泄のパターンを把握して適切な誘導を行なっている。成果として、おむつを使用する利用者が無くなり、トイレを利用した自立排泄が増加している。	
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	毎日、排便がある様に水分やゼリ-などの提供に努力している。主治医や看護師と相談して、時には緩下剤の活用もしている。		
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	本人の希望や体調に合わせて入浴をしている。入浴を嫌がられる場合でも声かけなどにて、週に2回以上は実施している。	週に2回以上の入浴を基準に、利用者の希望に応えるように努めている。入浴剤を使用して、温泉気分を楽しめるような配慮もしている。	
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	午後より居室にて休まれる利用者様もみえる。リビングにて眠くなるまで過ごされる方も見えます。		
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	常に薬の事が確認できるようにファイルに入れて見れる様にしている。また申し送りノートに書き、情報をこまやかに共有している。服薬に関しては誤訳がない様に読み合わせをしている。		
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	歌を好きな方と一緒に歌ったり、スタッフの手作りDVDをみて楽しんだり、昔からなじんできた漬物を漬けたり、畑ごと水遣りなど御自分のペースで楽しんでいる。		
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	職員と一緒に喫茶店に行ったり、自分で買いたい物を買に出かけたりしている。御家族様が面会時など外食や買い物、お参り等出かけたりされる。行事では、職員の手作り弁当にて花見にでかけている。	喫茶店に出掛けてモーニングを楽しんだり、職員の手作り弁当を持参して花見外出をしたりしている。家族同伴による外出の際は、円滑に送り出すために事前に準備を整えている。	



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	基本、現金や貴重品は事務所金庫で保管している。本人希望で、個人的に財布に現金を入れて大切に持参している方も見える。		
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	個人的に電話をする事も出来ず、希望される方もみえない為、ホーム側より意向を伝えることもある。年賀状などは書かれている方も見える。		
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	居室をはじめ、廊下等季節感が感じられる様に掲示物に配慮している。(個人作品も季節のわかる物にしている)	居間や食堂は明るく清潔で整頓されており、快適な環境を維持している。食事中はテレビを消して落ち着いた音楽を流し、食事に集中できるよう配慮している。	
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	テレビをソファで見たり、気の合う方同士でいすにすわりお話をしたり、歌を歌ったりする姿が見られる。		
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	居室は入居の際に家族様にお話をし、できる限りなじみの物を持ってきて頂く様にお話をしている。居室の配置などもご本人の意向に沿うようにしている。	利用者、家族の意向による家具や思い出の写真が持ち込まれ、利用者が穏やかに過ごせる居室としている。地震対策の「棚ネット」や「突っ張り棒」が、どの居室にも完備してあった。	
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	トイレや居室は自分でわかる様に工夫している。トイレ内や浴室など空間認識が出来るように、赤いテープを張り声かけなどとして支援している。できる所は自分で意識して支援している。		

### 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	2192100044		
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大垣木戸(2ユニットのどか)		
所在地	岐阜県大垣市木戸町306-1		
自己評価作成日	平成24年 7月 7日	評価結果市町村受理日	平成24年 9月10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=kouhou_detail_2010_022_kani=true&amp;JkyosyoCd=2192100044-00&amp;PrefCd=21&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/21/index.php?action=kouhou_detail_2010_022_kani=true&amp;JkyosyoCd=2192100044-00&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 7月31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)】**

木戸の第13期理念には3つの柱があります。①ご家族様との関りを増やします。②積極的に地域活動に参加します。③スタッフとの親睦の場を作り定着させます。それにむけて進めています。家族様に対しても常にどのスタッフもにこやかに笑顔で接する事を指導してきている。家族様より、スタッフに異動が多くなじみの関係ができない。不安であるなど話があり、それ以後スタッフの異動は最小限になり、家族様も毎日しているスタッフがいる事により安心してという声も多くなった。大家さんの好意により、畑をすべて自由に使用していいと、昔からなじみの野菜づくり、収穫、草取り等を楽しんで頂いている。スタッフのチームワークも抜群で各行事の協力体制、手作り弁当(花見、正月、家族会等、又花などを環境づくりに力を入れている。

**【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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	理念に基づき、その人らしく、自己決定尊重の為、常に利用者様に寄り添い、話しかけている。近隣の保育園よりの訪問も固定化し、手作りの作品もプレゼントされた。		
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	自治会長より地域の年間行事表を頂き、参加できるものはでかけている。近所の方の手づくり作品を頂く事もある。散歩時は積極的に挨拶を交わしている。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	地域の回覧版にホーム通信をいれてもらう事により、ホーム訪問が少しずつふえて来ている。その際には、認知症などについての説明や、相談をうけている。		
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	2ヶ月に1度の運営推進会議にて現状報告を資料を基に報告し意見などを頂いている。		
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	同業の集まりにも出席する事で市町村担当者、統括の方などの話を聞いたり、相談したりしている。		
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	定期的にホーム会議の中で研修を実施している。新人スタッフには始めに研修をする。2階は階段がある為、玄関の施錠は実施しているが利用者様の希望により施錠は随時開放している。その際はスタッフも随時見守りをしている。		
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	定期的にホーム会議の中で研修を実施している。新人スタッフには始めに研修をする。日頃より、言葉などには十分注意している。丁寧であっても断定的であったり、命令調であったりする場合、その都度注意している。		

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、成年後見人制度などについては、ホーム会議の中で説明し情報を提供している。		
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	初回訪問されてより、契約までの間、アセス時にも不安や要望を聞く事で安心して頂ける様にしている。		
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	面会時など、かならず声をかけて、家族様の意見を聞いている。又、家族様アンケートによる、家族様の意向などを受け止め、改善につとめている。		
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	年間行事など、スタッフによる委員会を設け、スタッフが中心となり、進めている。またホーム会議等で意見交換をしている。		
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	個々に常に声かけを心がけている。また会社の職員満足アンケートを受け、現状実態を把握する。会社の表彰制度や評価制度を説明し、やりがいに繋がる様にしている。		
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	ホーム内研修を月1回開催、外部研修の資料を掲示し自主的にいける様に促している。		
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	ケアマネ研修で同業の方達との交流があり、空き情報の提示により、助けあえる様な関係づくりをしている。		

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>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	2回以上のアセスメントとゆっくり話を聞き、手を握るなどスキンシップに心がけ、不安を軽減できる様にしている。		
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	見学にみえた時より、家族様の抱えている不安や思いを話して頂く時間をもち、関係づくりに勤めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	今ご本人に必要な支援はなにか？家族様も含めしっかりと話を聞き、見極め介護計画を作成している。ご本人の状態の変化に柔軟に対応できる様にしている。		
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	自らされる事は見守り、誰かの為になっている、役にたっている、こんな事ができると自信に繋がる様、家事活動を一緒にしている。		
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	ケアプランの中に家族様への協力を常に入れ込んでいる。又面会時など、外出や散歩など関れる時間をもって頂ける様に協力をお願いしている。		
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	天理教の方が見え、教会におまいり行く事など支援している。		
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	他の利用者様の世話をされる光景も多く見受けられる。きちんとお礼を伝えたり、こちらから、お世話をお願いしたりして関わりもってもらおう。又スタッフが中に入り孤立のない様の努めている。		

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	退去された後でも、ご兄弟の方にホームを進めて頂いたり、近所の方を紹介したりして頂いている。		
<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	入居前のアセスメントでは不十分な場合がでてきたら、再度家族にも情報を収集している。ユニット会議も実施し、スタッフにも共有をしている。		
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	家族と一緒に暮らしていない方が増えてきている。十分なアセスメントが出来ない場合もあるので、こまめに情報を収集する様に努めている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	日々の状態の変化は記録に残す事を話している。いつもと違う時は特に注意、観察する様に話している。		
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	書式配布により、スタッフ全員にモニタリング評価、意見を聞く様にしている。サービス担当者会議に看護師や主治医出席、出席できない時は別日、話を聞く様にしている。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	介護記録の書き方など委員会より、指導したり、職員間で話あったりしている。申し送りノートを活用し共通の情報は共有している。		
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	本人の意向を優先しているが、その為にその前にしなければならない課題のある時は、その課題優先としている。		

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
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	地域の行事に参加したり。近隣のお寺の行事や草取りに出かけている。		
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	協力医の往診を月に2回受けられ、つねに主治医看護師、ホーム長とが連携している。必要に応じ主治医より、ご家族様への連絡もある。		
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	近隣5ホームを担当する看護師が常勤し、ホーム長と連携がとれている。24時間電話にて対応可能となっている。		
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。	入院に関しては、常に主治医よりの説明があり、入院に際しての病院への紹介状などきちんと準備される。情報はホーム長の方へも連絡があり、情報は共有されている。		
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	重度化した場合における医療体制指針の巻きなおしを実施。家族にはその際、再度説明する。重度化した場合、主治医、看護師、ホーム長又、地域の病院などとその都度、話し合いにて方針を決めている。		
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	2年に1度は普通救命救急講習を全員受講している。ホーム内研修として定期的に吸引ノズルを使用して実践している。		
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	火災や自信発生時の避難訓練を年2回、実施している。		

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 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	利用者様一人一人の自己決定を第1としている。日頃より、言葉使い、プライバシーに関して配慮する様に指導している。又スタッフ同志でも指摘し合っている。		
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、常日頃より、スタッフの思いで行動せず、時間がかかっても利用者様の意思、決定で進める様にしている。		
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	1日の予定があっても、利用者様の思いが違う場合は柔軟な対応を心がけている。(散歩、入浴、食事時間、行事など)		
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	服は希望があれば、一緒に買い物に出かけたりできる様に事前にご家族様に了解を頂く様にしている。洗面所にて髪をとく事も起床時行う。		
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	食事の準備や後片付けなど、利用者様と共に実施している。誕生日などのリクエストメニューや行事食など利用者様の意見を聞いている。		
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	食事はカロリー-計算されており、水分は16時までに1000mlクリア-を目標としている。その為に色々なゼリー-をつくり提供している。食事形態においても個人の状態に合わせて支援している。		
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	毎食後、本人の残存機能を生かした、状態に合わせた口腔ケアを実施している。		



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
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	排泄パターンの把握により声かけ誘導、してできる限り、トイレでの排泄を支援している。		
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	寒天や、牛乳などで毎日排便のある様に支援しているが、困難な時は主治医よりの指示で薬を服用している。排便の状態により、服薬の調整をしている。		
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	本人の意向に体調に合わせて入浴をしている。入浴を嫌がられる場合でも、声かけなどにて週に2回以上は実施している。		
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	居室で休まれる方が多いが、常に本人の様子観察により、お尋ねをして休んでいただく様にしている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	常に薬の事が確認できる様にファイルに入れて確認できるようにしている。また申し送りノートに書き、情報をこまやかに共有している。服薬に関しては誤薬のない様に読み合わせをしている。		
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	趣味が継続できる様に居室で過ごさせている時は様子を見守りさせて頂いている。ビールなど好きな方は主治医やご家族様と相談し、ノンアルコール等を楽しんで頂いている。		
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	買い物と一緒に出かけたり、お参りに家族様と出かけたりしている。面会時など、一緒にホーム周辺を散歩して頂いている。		

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	基本、現金や貴重品は事務所金庫で保管している。本人希望で個人的にもって見える方も見える。		
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	息子と話がしたい、頼みたい事があるなど、希望される時は自由にされている。(事前に家族様には了解を得ている)		
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	掲示物や季節の花により、季節感がでる様にしている。		
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	廊下にソファを置いたり、リビングに小テーブルを置き、仲間で話をする空間としている。		
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	ご夫婦で見える方が、別々の部屋であるが、ご希望があれば、一つの部屋で休んで頂くようにしている。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	脱衣所に手すりをつける。白い手すりには赤いテープを張り認識できるように支援している。		

## 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	2	地域に密着という事で地域行事などに参加したり、50ある班に対し、回覧版にてのホームからのお知らせは行き届いているが、更に関係を深める為に月の定期活動にも参加して行くといい。	月に1回は、地域の人たちと触れ合う機会をつくる。 地域での活動をする事で、ホームの存在を知ってもらい、地域に根付いて行く。	木戸自治会の年間行事に基づき、参加できる活動を確認し、ホームの行事の中に取り込んで行く。自治会長に月の定期活動を聞き、参加できる物に対しては参加しても良いか伺う。参加できる物があれば、お願いをする。回覧板の継続(認知症について、グループホームについて等)	12ヶ月
2	4	定期的に運営推進会議に参加はしているが、参加者において、認知症に詳しい医療従事者、他法人のグループホーム管理者等、地域密着型サービスに知見を有する者の参加が望まれる。	自治会長、民生委員、包括センター、他法人の管理者など、参加人数を増やす。	現在、他法人の管理者は一人なので、ほかの管理者など、参加してもらえる様に働きかける。主治医、看護師などの参加も要請して行く。	6ヶ月
3	10	家族との連携は不可欠である。行事など家族をホーム運営の当事者として巻き込み、家族が意見を表す機会を設ける。	月に1回は、家族がホームに来ることができる。 家族主催の行事などを開催する事が出来る。 運営推進会議への参加人数が増え、意見が気楽に話せる。	ホーム通信や、面会時などに積極的に声かけをして行く。利用者様の誕生会等、個人的な招待状などを作り、さそって行く。運営推進会議の重要性をアピールし参加を勧めていく。最終的に家族様主催の行事が出来る事を目指す。	12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。