

## 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      | 0790401343        |
| 法人名        | メディカル・ケア・サービス株式会社 |
| 事業所名       | 愛の家グループホームいわき若葉台  |
| 所在地        | 福島県いわき市若葉台2丁目12-3 |
| 自己評価作成日    | 2024/12/1         |
| 評価結果市町村受理日 |                   |

※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.kaigo-fukushima.info/fukushima/Top.do">http://www.kaigo-fukushima.info/fukushima/Top.do</a> |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |  |
|-------|--|
| 評価機関名 |  |
| 所在地   |  |
| 訪問調査日 |  |

## 【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)】

ご入居様、ご家族様が安心・安全・穏やかに過ごせるホーム作りをしています。認知症介護に特化したサービス提供を目指すと共に、地域に根ざし開かれた風通しの良いホームにするべく、介護全般の相談窓口となるよう地域住民の方々、行政・医療機関等と良好な関係を継続していきます。

## 【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)】

職員への教育が必要とされます。

## 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)     | <input type="radio"/>        | 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)   | <input type="radio"/>        | 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらい<br>3. 家族の1/3くらい<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)           | <input type="radio"/>        | 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)                     | <input type="radio"/>        | 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)                 | <input type="radio"/>        | 1. ほぼ全ての利用者が<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<br>(参考項目:4) | <input type="radio"/>        | 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<br>(参考項目:36,37)  | <input type="radio"/>        | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<br>4. ほとんどいない    | 66  | 職員は、活き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | <input type="radio"/>        | 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらい<br>3. 職員の1/3くらい<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)                | <input type="radio"/>        | 1. ほぼ全ての利用者が<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 type="radio"/>        | 1. ほぼ全ての利用者が<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)       | <input type="radio"/>        | 1. ほぼ全ての利用者が<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 type="radio"/>        | 1. ほぼ全ての家族等が<br>2. 家族等の2/3くらい<br>3. 家族等の1/3くらい<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) | <input type="radio"/>        | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<br>4. ほとんどいない    |     |                                                                     |                              |                                                                 |

| 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<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 | 入居前にアセスメントを行ない、不安などの軽減に努めている                 |      |                   |
| 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            | 入居前にご本人様・ご家族様とのアセスメントを行っている                  |      |                   |
| 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        | アセスメントを通し、ご本人様・ご家族様の要望などを傾聴し、計画書の作成を行っている    |      |                   |
| 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                        | スタッフは常に入居者様の話を傾聴できるよう日頃の会話などで人間関係を築けるよう努めている |      |                   |
| 19                   |     | ○本人と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         | 面会時やお手紙などで、生活状況の報告を行ないご家族様との協力を得ながら関係を築いている  |      |                   |
| 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                     | 現状、支援できていないので、今後の課題として取り組めるよう努める             |      |                   |
| 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                 | 孤立しない様、スタッフが会話の橋渡しをする様努めている                  |      |                   |

| 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<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                    | 必要であれば相談や支援を行っている                         |                                          |                                                     |
| 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<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                                           | 入居者様との会話の中で希望要望などを聞いて、ユニット会議などで話し合い検討している | 本当に入居者の希望要望等<br>と関係して対応することは良<br>いと思います。 | 入居者の希望要望等と関<br>いて、本当に対応出来るのか<br>どうかを慎重に検討は見た<br>どうか |
| 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                                       | アセスメントや会議の中で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                                                     | 個別記録を記入し、把握に努めている                         |                                          |                                                     |
| 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 | ケアマネージャーが計画書を作成し、ご本人様・ご家族様の意見などを反映し作成している | 本人と家族等の意見を<br>関係して対応することは良<br>いと思う。      | 入居者と家族等の意見<br>と関係して対応することは良<br>いと思う。                |
| 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                        | ユニット会議で情報を共有し、いろいろな意見を意見を取り入れ計画書の作成をしている  |                                          |                                                     |
| 28                          |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<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               | ニーズに対応出来る様努めている                           |                                          |                                                     |

| 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             |
| 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                                      | ボランティアの受け入れも行ない、地域との繋がりを大切にしている                |                           |                               |
| 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                                  | ご家族様の協力を得て、かかりつけ医の受診を行っている 状態報告もご家族様へ報告して頂いている | かかりつけ医の受診を促している。          | 引き続き継続をお願いいたします。              |
| 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                          | 往診や訪看への報告を行ない、指示をもらい医療機関との連携に努めている             |                           |                               |
| 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。 | 早期に退院できるよう話し合う機会を持つようにしている                     |                           |                               |
| 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  | ご本人様・ご家族様、医療機関と連携を取りながらできる限り対応している             | 愛のグループ会議の中でも報告を受けている。     | 医療機関と連携を取ってさがる充実を図って下さい。      |
| 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                                              | 急変・事故のマニュアルを作成すると共に、研修なども行なっている                |                           |                               |
| 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2回の消防訓練、年1回の災害時想定訓練を行なう 夜間想定訓練を行なっている         | 各種訓練を実施しているのか報告を受けていると思う。 | 実際に訓練等対応と来るのか、ぜひ対策と検討して見て下さい。 |

| 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<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                    | 研修を行い、スタッフ全員に学ぶ機会を作っている                        | 研修は、スタッフ全員に行っていると思います。          | 研修内容を活かせることを期待しています。               |
| 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                      | ご入居者様にとって解りやすい、選択しやすい支援を行なっている                 |                                 |                                    |
| 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し、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 | ご入居者様のペースに合わせ支援している                            |                                 |                                    |
| 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                                   | 身だしなみは出来る限り自身で行って頂いている<br>季節の変わり目などは助言をし支援している |                                 |                                    |
| 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      | 盛り付け、片づけ等を一緒に言い、外出レクなどで食事を楽しんで頂く               | スタッフ忙しくないのび、<br>実際は厳しい内容だと思います。 | スタッフの確保が課題だと思っていますので<br>取組をお願いします。 |
| 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           | 食事量・水分量を記録し、個別にキザミ食、ミキサー食、とろみなどを付け提供している       |                                 |                                    |
| 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                    | 訪問歯科の助言を聞きながら毎食後行っている                          |                                 |                                    |

| 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             |
| 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                              | 記録を確認しながら、トイレ誘導や声かけを行っている                  | 声をかけて対応していると思います。 | 歩行が難しい方もいるので補助金による体制を強化してほしい。 |
| 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                                              | 朝食時、牛乳やヨーグルトを提供し、毎日の運動を行ない便秘対策を行なっている      |                   |                               |
| 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                             | 入浴日は決めず、週2回以上入浴して頂く様声かけ等を行なっている            | 実施していると思います。      | 風呂での事故等がないようにして下さい。           |
| 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                                               | メリハリある生活リズムを心掛けている                         |                   |                               |
| 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                                          | 個別記録ファイルに薬の情報を入れ、スタッフ全員に理解してもらっている         |                   |                               |
| 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                             | 日常生活の中で役割をもってもらい、日々生活して頂く                  |                   |                               |
| 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に支援している | 季節にあった外出レク、外食などを行なったり、戸外での洗濯干しやごみ捨てを行なっている | 実施していると思います。      | 老若男女とも散歩することも大切だと思います。        |

| 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                                                                          | 事務所で保管しているが、ご本人様の希望があれば自由に使えるよう支援している            |               |                                       |
| 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                                                                                                   | 希望時には必要に応じて電話が出来るよう支援している                        |               |                                       |
| 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                         | 花や装飾品を飾り、季節を感じて頂く様にしている<br>中庭での園芸、野菜づくりで季節を感じて頂く | 取り組んでいると思います。 | モチベーションなどを活用して見た季節を感じてもらう。            |
| 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                                                                              | ご入居者様の関係性を考え、テーブル席の配置をしている                       |               |                                       |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>居室、或いは泊まりの部屋は、プライバシーを大切にし本人や家族と相談しながら、居心地よく、安心して過ごせる環境整備の配慮がされている。<br>(グループホームの場合)利用者一人ひとりの居室について、馴染みの物を活かしてその人らしく暮らせる部屋となるよう配慮されている。 | 馴染みの物を持ち込んで頂いたり、家具の配置などを考えたりしている                 | 対応していると思います。  | 対応していると思いますが、難しい内容だとも思います。慎重に対応して下さい。 |
| 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                                                                     | 出来る事はなるべくやって頂き、見守りの中、役割を持ち生活してもらうよう支援している        |               |                                       |

## 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<br>順位 | 項目<br>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<br>要する期間 |
| 1        | 3        | 地域に根ざし、認知症の専門家としてのサポート、普及を更に深めて行く | ①認知症を患っても、自宅・地域に住み続けられる地域作りへの協力<br>②地域住民やこれからを担う子供達へ認知症の理解を深められる活動の実施 | ①専門家として認知症介護相談所の利用推進<br>②認知症サポーター養成講座の定期開催<br>③共用デイサービスの検討                       | 12ヶ月           |
| 2        | 10       | ご家族様との結びつきをより深め、信頼関係を更に強化する       | ①ご家族様主体の家族会開催(3～4回/年)                                                 | ①ホーム行事等に家族会を重ねて開催する<br>②ご家族様の意見・要望を取り入れ、ご満足頂ける環境の整備<br>③ご家族様と日頃のコミュニケーションの頻度を増やす | 12ヶ月           |
| 3        | 13       | 職員の育成に努め、安心できるホームを築く              | ①本社・事業所研修を継続する                                                        | ①コミュニケーションを図りながら、得意を向上する②資格支援制度を活用                                               | 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。