

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	2570500286		
法人名	社会福祉法人 美輪湖の家		
事業所名	認知症高齢者グループホーム 檀那木		
所在地	滋賀県東近江市上山町883番地6		
自己評価作成日	平成30年2月20日	評価結果市町村受理日	平成30年4月6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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益社団法人 滋賀県社会福祉士会		
所在地	草津市笠山7丁目8-138 滋賀県立長寿社会福祉センター内		
訪問調査日	平成30年3月14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)】

<p>①地域との交流に力を入れ、利用者とともに地元の行事や美化活動へ参加している。(公民館の掃除、消防避難訓練など)</p> <p>②訪問看護ステーションと連携し、週1回、利用者のバイタルチェックや健康管理をおこなっている。緊急時対応あり。また、看取り介護を実施しており、かかりつけ医や訪問看護と連携して、安楽に最期を過ごしてもらえるように心がけている。</p>

【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)】

<p>平成15年に開設されたグループホーム檀那木は上山町から10分程歩いた山麓にある。地域の集落が身近で、山と田園に囲まれた自然豊かな環境にあり、社会福祉法人「美輪湖の家」が運営する唯一の高齢者部門の施設である。法人理念を要約すると「ともに生きることを希求する」となり、その実践が願いであり、祈りである。と唱えられている。</p> <p>開設から15年を迎えるが人事異動が少なく、職員が定着してかつ良好な関係のもとで日々の支援がおこなわれているのが特徴である。主治医や訪問看護との医療連携も構築され、看取りについても経験を積まれている。</p>
--

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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、活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、その時々々の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	外部評価		
			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	地域に根ざしたグループホームを目指して、職員会議等で周知している。	人生の先輩である入居者の方々を慈しみ大切にこそ、人生が幸福で立派になれるという「檀那木」の由来を共有し、地域に根差したグループホームを目指している。	
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	地元自治会の行事(地蔵盆や防災訓練)に参加し、地域住民とのつながりが少しずつできている。	地元自治会の地蔵盆や防災訓練に参加している。地元の人から野菜が届けられることもある。地域住民とのつながりが少しずつできている。	
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	地元自治会との交流会に参加し、認知症の理解を進めている。		
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	参加者が意見を出しやすい雰囲気の会議を心がけている。	定期的に会議を開催し、事業所から入居者の状況、研修や行事等の報告と課題について話し合われている。また、メンバーからの提言や意見等も積極的に出されサービス向上に活かされている。	運営委員には地域住民の代表が複数参加され、地域との協議の場は整っている。地域との関わりや災害対策の課題について話し合い、地域の理解と支援を今以上に得られるように期待したい。
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	市が開催する事例検討会やグループホーム部会、研修等に参加して意見交換をしている。	相談ごとがあるときは事業所から市に出向いて話し合っている。又入居状況等は共有している。市が開催する研修会や部会には参加して意見交換をしている。	
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	裏口は段差があり、手すりがなく危ないので施錠しているが、玄関は開放している。	全ての職員が身体拘束の内容を理解するように努めている。調査当日も入居者の1人が、調査員を外で待っていて下さり、玄関までの案内を受け、帰りも外まで見送ってもらった。	
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	外部の研修会に参加するようにしている。利用者に対する言動に失礼の内容に注意している。		

自己	外部	項目	外部評価	
			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	実際に利用者が成年後見制度を利用しており、定期的な後見人や家族と連絡を取っている。	
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	入所契約時に説明をおこない、分からないところは補足説明している。	
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	家族会や日々の面会時に意見を聞くようにしている。	家族や利用者の意見を聞きたくて、家族が訪問された時は職員が話をするように努めている。意見箱も設置されているが意見は入っていない。意見や要望を引き出す方法を模索している。
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	職員会議の場で話し合い、出席できなかったスタッフには会議録を読んでもらっている。	職員の異動が少なく、日々の仕事の中で連絡、連携、意見交換がなされていて、運営に活かされている。最近では、メール等も活用している。
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	努めている。	
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	研修に参加できるように勤務を調整している。	
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	市が開催している事例検討会や研修会等に参加し、情報交換をして参考になっている。	

自己	外部	項目	外部評価	
			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	スタッフから声かけをおこない、ゆっくり時間をかけて話を聞いている。	
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	入所後も家族と連絡を取り、面会時等に話を聞いている。	
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	なるべく「その時」に話し合いをして、適切なケアを行うようにしている。	
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	「本人主体」という理念のもと、自主性を重んじるようにしている。何でもスタッフがするのでなく、利用者ができることは手伝っていただき、利用者とともに生活活動をおこなう。	
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	家族会や施設の行事などの参加を呼び掛けている。	
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	入所後も住んでいた地域の老人会に参加されている。近しい人が面会に来られるように、家族等にも協力して頂いている。	事業所への訪問は、予約なし、時間制限もなしで、いつでも受け入れ可能である。入居者の友人等の突然の訪問もある。
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	静かな環境が好きな利用者には、無理のない程度と一緒に活動の時間を過ごしている。関わる事が好きな利用者は、仲良く話をしたり、重度の利用者のお世話をしておられる。	

自己	外部	項目	外部評価		
			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	近い病院や施設に移られた場合、家族の了解を得てから、スタッフが面会に行くことがある。		
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 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	ケアプラン見直しの際、本人と話をしている。	日々の暮らしのなかで、入居者との何気ない会話から、希望を把握している。「外の風呂に行きたい」「食事の希望」等は、職員で共有して実現できるように努めている。	
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	本人、家族、面会者等に聞き取りをしている。		
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	毎日の申し送りの際に、1日をどう過ごしておられたか話している。心身状態に変化があった時はケース記録に記入し、全スタッフが目を通すようにしている。		
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	本人は日々のかかわりの中で、家族等には面会時や家族会の時に話し合いをおこない、介護計画の作成の参考にしている。	担当制を導入せず、職員全員が入居者の支援をしている。個々の入居者のケアについては日々の支援の中で話し合う場面が多い。共有された課題等が介護計画に活かされている。	
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	個別に介護記録を記入し、出勤したらまず業務日報や介護記録に目を通すようにしている。会議の時にカンファレンスをしている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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	その時その時に応じたケアをおこなっている。		

自己	外部	項目	外部評価	
			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	地域の行事や季節のイベントへ、利用者と一緒に参加している。	
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	入居前からかかっていた医療機関に引き続き通院している。病状によっては専門医への紹介をしてもらっている。	入居者の受診については、希望により事業所の協力医療機関での受診と、入居前からのかかりつけ医の受診を継続する方法とがある。かかりつけ医の受診は家族が支援されている。
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	得られた情報は申し送りでスタッフ全員が知るようにしている。訪問看護やかかりつけ医に伝えて相談し、受診や訪問看護を受けている。	
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、退院時に治療方針や回復状況について連絡を取り合っている。地域連携室や担当看護師と連絡を取るようになっている。	
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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	入所契約時、また実際に重度化した場合・かかりつけ医から終末期がうかがえるようになった時にも、再度説明をしている。訪問看護や訪問診療と協力して支援をおこなっている。	重度化や終末期については、協力医療機関の主治医を中心として、訪問診療や訪問看護の支援と家族の協力を得て意欲的に取り組まれている。病状等の説明も主治医と一緒に家族に説明している。
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	急変時対応の研修に参加したり、訪問看護への連絡方法を見えるところに貼っている。	
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	地元の防災訓練に参加している。日中に避難訓練をおこなった。次回は夜間を想定して夕方におこなう予定。運営推進会議の場で地域の協力を聞いてみると、下の町から施設まで来ることが難しいとも言われた。	定期的に避難訓練を実施し、地元の防災訓練にも参加している。次回は夜間を想定した避難訓練を予定されている。

自己	外部	項目	外部評価		
			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	丁寧な言葉遣いや、目線を合わせた対応をするようにしている。	入居者の誇りやプライバシーの確保については、研修の機会を持っている。言葉使いに気をつける。目線を合わせた会話をするなど職員間で話し合い、共有している。	
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	日常の会話の中で、したい事や今何を思っているか聞くようにしている。自分で選べるように、選択肢を提示している。		
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人1人の生活スタイルが違うため、基本的な施設の生活パターンの中で、自分たちのペースで過ごしてもらっている(昼寝の時かんなど)。スタッフが少ない日や希望が多い時は応えられない時もある。		
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	自分で服選びや化粧ができる人もいるが、できない人にはスタッフがこれほどどうか、こうしてはどうかと手助けをしている。		
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	主に女性利用者が手伝ってくれるため、一緒に献立を考えたり、調理等をおこなっている。	献立は担当者がその日に決めている。入居者の希望や集落の人から届けられた野菜も献立に活かす事ができている。当日の昼食前には調理担当者が献立の説明をされていた。	
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	1人1人に合わせて量を調整している。自分で水分をあまり摂られない方には、小出しにしてスタッフも一緒に飲むようにしたり、ジュースや葛湯を出したりしている。		
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	食後に口腔ケアをおこない、チェック表をつくって記入している。入れ歯を使っている方はポリドントを使用している。利用者にはどうしても口を触られるのが嫌な方もおり、その方にはうがいをしてもらっている。		

自己	外部	項目	外部評価		
			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	排泄チェック表で個々の排泄パターンを把握するようにしている。定期的にトイレ誘導をおこなっている。利用者の中には尿とりパットを替える回数が増えた方、リハビリパンツから布パンツにかわった方もいる。	排泄チェック表を活用して、ひとり一人の排泄の状況を把握して、自立に繋がれるように個別支援している。	
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	運動不足解消のために毎日ラジオ体操をおこなっている。ホットミルクやココア、ヤクルトなどを用意している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	月・水・金曜日を入浴日にしている。入浴するかどうかは利用者に決めてもらっている。車椅子の方は2人介助でシャワー浴をおこなっている。	現在の入居者の方は全員が入浴を好まれ、週に3回の入浴日に入浴をされている。車椅子を利用されている入居者は、日をずらして2人介助で対応している。	
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	疲れた時やしんどい時は部屋やソファで休んでもらっている。音楽を流したり、手のマッサージや足湯をおこなっている。エアコンを使って快適に眠れるようにしている。		
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	薬が変わった時、追加された時は、薬の名前・薬の内容・飲む時間・用量を日報や受診記録に記入している。申し送りの時は薬を見ながら説明している。服薬は必ず手渡しで、飲む様子を見守っている。		
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	本人や家族等から話を聞き、嗜好品や楽しみを把握するようにしている。得られた情報は全スタッフにまわしている。余裕がある日は気分転換にドライブやお茶を飲みに行くこともある。		
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	できるだけ希望に添えるようにしているが、できないこともある。個別に外出したり、2～3人で出ることもある。家族会でも話題に出しているが、なかなか協力してもらえないのは難しい。	入居者に外出の希望を聞く。又会話の中から希望を把握するようにしている。実現可能な外出については、個別外出や少人数での外出を計画し支援している。家族と連携して実現したいと望んでいるが、現状では課題となっている。	

自己	外部	項目	外部評価		
			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	利用者の金銭は金庫で預かっている。個別にお小遣い帳をつけて、家族の面会時に確認してもらっている。自分で支払いができる方には財布を渡して、支払いをしてもらっている。		
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	早朝や夜間にならない限り、本人自ら電話がしたいと言われたときはしてもらっている。家族から「電話の回数が多いから、そちらで加減してほしい」と言われている方もいる。		
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	毎日掃除するようにしている。エアコンやカーテン等で過ごしやすい空間づくりをおこなっている。お正月には鏡餅、3月には雛人形、7月には七夕飾りといった季節に合わせた飾り物を出している。	共用スペースの居間にはソファがおかれていた。奥には仏壇が設置され、床の間には、大きな花瓶に花が生けられていた。食堂の壁には入居者が作成された短歌の色紙が掲示されていた。	
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	廊下にソファを置き、テーブルに自由に飲めるポットを置いている。自分たちでお茶を入れて飲んでいたり、ソファで昼寝している方もいる。		
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	なるべく家で使い慣れたものを持ってきてもらっている。居室のレイアウトは本人と家族に任せている。	居室は入居者の希望により、全面床の部屋と畳敷きの部屋とがある。それぞれの部屋は家族と本人のレイアウトで、使い慣れた家具や、ぬいぐるみ、簡易な仏壇がおかれていた。	
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	利用者の目線に合わせた表札をかけるようにしている。高く見えにくいものは低いところに貼り紙をしている。施設内はバリアフリーになっている。		

2 目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに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	13	現在、備蓄品のリストと災害倉庫の購入を検討しているが、火事や地震・台風などの小中居災害に応じたマニュアルは出来ていない。	火事の場合、地震の場合、避難を要する大きな災害など状況に応じた対策がある。	・他の施設がどんなマニュアルを作成しているか調べて、対策の参考にする。 ・備蓄リストを作成し、食品など期限があるもの、紙おむつ等の備品と種類を分けて、どこに保管するか話し合う。	12ヶ月
2	12	重度化・終末期の状態は個々に違いがあり、症状によっては看取りができない場合も出てくる。事業所で看取りができる条件と、看取り時に家族に求める条件が明確化されていない。	どんな身体・精神状態までなら事業所で看取りができるか、看取り時に家族にどんな協力を求めるか、指針に明確化されている。	・職員間で、どんな身体状態までなら看取りをすることが出来るか話し合う。 ・看取りになった時、訪問看護とどのように連携していくのか、主治医の往診は出来るのか確認する。	12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。

3 サービス評価の実施と活用状況

サービス評価の振り返りでは、今回の事業所の取り組み状況について振り返ります。「目標達成計画」を作成した時点で記入します。

【サービス評価の実施と活かし方についての振り返り】		
実施段階		取り組んだ内容 (↓該当するものすべてに○印)
1	サービス評価の事前準備	<input type="radio"/> ①運営者、管理者、職員でサービス評価の意義について話し合った
		<input type="radio"/> ②利用者へサービス評価について説明した
		<input type="radio"/> ③利用者家族へサービス評価や家族アンケートのねらいを説明し、協力をお願いした
		<input type="radio"/> ④運営推進会議でサービス評価の説明とともに、どのように評価機関を選択したか、について報告した
		<input type="radio"/> ⑤その他()
2	自己評価の実施	<input type="radio"/> ①自己評価を職員全員が実施した
		<input type="radio"/> ②前回のサービス評価で掲げた目標の達成状況について、職員全員で話し合った
		<input type="radio"/> ③自己評価結果をもとに職員全員で事業所の現状と次のステップに向けた具体的な目標について話し合った
		<input type="radio"/> ④評価項目を通じて自分たちのめざす良質なケアサービスについて話し合い、意識統一を図った
		<input type="radio"/> ⑤その他()
3	外部評価(訪問調査当日)	<input type="radio"/> ①普段の現場の具体を見てもらったり、ヒアリングで日頃の実践内容を聞いてもらった
		<input type="radio"/> ②評価項目のねらいをふまえて、評価調査員と率直に意見交換ができた
		<input type="radio"/> ③対話から、事業所の努力・工夫しているところを確認したり、次のステップに向けた努力目標等の気づきを得た
		<input type="radio"/> ④その他()
4	評価結果(自己評価、外部評価)の公開	<input type="radio"/> ①運営者、職員全員で外部評価の結果について話し合った
		<input type="radio"/> ②利用者家族に評価結果を報告し、その内容について話し合った
		<input type="radio"/> ③市区町村へ評価結果を提出し、現場の状況を話し合った
		<input type="radio"/> ④運営推進会議で評価結果を報告し、その内容について話し合った
		<input type="radio"/> ⑤その他()
5	サービス評価の活用	<input type="radio"/> ①職員全員で次のステップに向けた目標を話し合い、「目標達成計画」を作成した
		<input type="radio"/> ②「目標達成計画」を利用者、利用者家族や運営推進会議で説明し、協力やモニター依頼した(する)
		<input type="radio"/> ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)
		<input type="radio"/> ④「目標達成計画」に則り、目標をめざして取り組んだ(取り組む)
		<input type="radio"/> ⑤その他()