

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	2570101473		
法人名	株式会社 ランガ・グード社		
事業所名	認知症高齢者グループホーム 楽日荘		
所在地	大津市長等2丁目1-19		
自己評価作成日	平成24年1月17日	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	http://www.kaigo-shiga.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2570101473&SCD=370
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社団法人 滋賀県社会福祉士会		
所在地	滋賀県野洲市富波乙681-55		
訪問調査日	2012年1月30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)】

基本理念である『楽日荘で楽しい日々を』全職員は日々の支援の中で実現できるよう心がけている。利用者・家族共に本当にここで暮らして良かったと思っただけのグループホームを目指している。

【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)】

グループホーム楽日荘はアーケードのある菱屋町商店街の中にある。天候を気にすることなく日常の買物外出ができ、又交通の便も良い。基本理念の「楽日荘で楽しい日々を」の実践にむけて具体的に「その人らしく暮らせる。家庭的な雰囲気を大切に。社会参加を支援する」と3つの項目を明示しているが、なかでも家庭的な雰囲気を大切に日々の生活を支援している。職員の9割以上が常勤である。居室は、利用者の希望で和室にも洋室にも対応でき、部屋は利用者の状態に合わせて手すりが設置されている。排泄支援ではリハビリパンツから布パンツに移行するべく支援し、移行できた利用者もある。地域にある他の介護保険事業者と、「長等共生ネット」をたちあげ連携して、「認知症研修会」を開催するなど地域と交流している。現状に満足することなくよりよいホームをめざして、取り組んでい

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、活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	楽日荘で楽しい日々を過ごしていただけるよう職員全員が意識して取り組んでいる。	理念の実践にむけて、具体的には、「その人らしく暮らせる・家庭的な雰囲気を大切にす。社会参加を支援する」と明示している。中でも家庭的な雰囲気を一番大切にしながら全職員が日々実践につなげている。	
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	ホームのイベントに地域の方を招いたり、地域の行事に参加し交流している。	毎日の買物を通じて日常的な近所付き合いが行われている。地域の祭りで神社に参拝したり、自治会の消防訓練に職員と利用者で参加したり、商店街のイベントを一緒に行うなど地域行事にも積極的に参加している。	
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	運営推進会議等で情報交換している。		
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	現状の報告をし、貴重な意見・提案をいただきサービスの向上に努めている。	2カ月ごとに会議が開催されている。会議の内容はホームからの報告が大部分を占めている。さまざまな意見や提案を議題にするべく、運営会議に職員も出席するようになった。	
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取り組んでいる	管理者が必要に応じて相談や意見を求めたりし、協力関係が築けるよう取り組んでいる。	利用者の状態が変化して、支援に対してさまざまな課題が出現した時は、市町村と連携を密にして、相談・意見を求め、よりよい支援の方法を検討している。	
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	会議や社内研修で身体拘束をしないケアを職員間で共有し常に心がけている。	身体拘束をしないケアを職員間で共有し実践している。	
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	日々のケアで虐待に該当しないかを常に意識し注意している。。		

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	今年度は学ぶ機会が不十分であった為、活用は出来ていない。		
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	管理者が行うが、家族から質問や疑問点があった場合は職員の分かる範囲で説明している。		
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	ご意見箱の設置、面会などの際は家族より意見・要望を聞き職員会議等で報告・改善策を取り反映している。	玄関に意見箱がおかれているが、意見がはいっていることは稀である。家族は直接職員に話をされることが多い。家族の意見は申し送りノートを通じて全職員が共有し、会議の議題につなげている。	
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	毎月の定例会議で、職員との意見交換をして運営に反映している。	ユニット会議、全体会議、4つの各委員会と職員が意見や提案を発する機会は多くある。又、直接リーダーや管理者に話をすることもある。出された意見は会議で話し合い運営に反映している。	
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	環境整備委員会で職員の職場環境改善に努めている。		
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	新規入職者に、オリエンテーションを実施・教育し、キャリアパスを導入している。		
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	グループホーム協議会主催の研修会や近隣の施設職員との勉強会に参加している。		

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
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	必ず、入居前にご本人と面接し、アセスメントをとり、困っている事、不安に思う事等に耳を傾けるようにしている。		
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	サービス導入前に、本人と共に施設見学を勧め十分な説明と話し合いを行い、不安の解消に努め信頼関係が築けるようにしている。		
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	面接調査で得た情報を管理者・リーダー・他の職員とカンファレンスを行い情報が共有できるようにしている。		
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	日常生活で本人と話し出来ることはしていただき、本人の得意なことを教えていただき共に学び合っている。		
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	支援する中で家族と協力し共に支え合う関係に努めてはいるが、充分とはいえない。		
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	馴染みの人や場所との継続に努めてはいるが、全入居者には出来ていない。	同じ町内からホームを利用されている方は、馴染みの人が訪問されている。馴染みの理美容室の利用希望があり、その時は職員体制を整えて希望に添えるように支援している。	
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	利用者同士が出来る範囲でお互いに世話をされているのを、職員は間に入りお手伝いしている。		
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	サービスが終了しても家族間の連絡があり、近況を訊ねたりはするが、支援には至らない。		

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
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	毎日の生活の中で、会話から訊ねたり、行動から意向をくみ取るように努めている。	日々の暮らしの中で、利用者の行動や何気ない会話を通じて、思いをくみ取るようにしている。それらを記録に残し、会議に繋げている。特にイベントに対する要望などは入浴時などにも心して聞きだすように工夫している	
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	本人や家族から得られた情報を職員間で共有し住み良い暮らしができるように努めている。		
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	歩行や食事、排泄など、一人ひとりの有する力を確認しながら、日々の過ごし方が把握できるよう努めている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 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	介護計画に基づき3か月毎に、プランの評価を行い職員間で意見交換し、家族には面会時や電話で意向を伺い意見を反映できるように努めている。	3か月毎に介護計画を評価している。担当者が決まっており、利用者・家族の意見を聞き、ユニット会議で担当者を中心に話し合い介護計画を作成している。	
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	個別の介護記録や送りノートに記入し、状態の変化、気づき、改善などの情報は職員間で共有している。		
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	その時々状況により通院介助や理・美容院への同行、送迎などに柔軟に対応している。		
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	図書館、商店街イベント、氏神祭等に参加し地域と交流している。		

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
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	それぞれのかかりつけ医の有無を確認し、本人・家族の要望を尊重し適切な受診支援を行っている。	在宅療養支援診療所の医師がかかりつけ医となっており、往診が月に1～2回あり診察を受けている。訪問歯科も月に1～2回の往診がある。希望により従来の主治医が往診している利用者もある。	
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	利用者の様子に変化があった場合や、介護職が日常生活で気になる事は、看護師に連絡・相談し適切な受診・看護がうけられるように支援している。		
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。	利用者が入院する際は、必要な情報提供をし、入院中は面会などで病院関係者との情報交換・相談に努めている。		
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	契約時に身体状態が重度になった場合の対応、看取り指針について説明し、利用者にとって最良の場が選択・提供できるように支援している。急な状態変化についてはかかりつけ医、看護師、介護職、家族間で本人にとって最適な対応ができるように体制を整えている	契約時に看取り指針について説明し、ホームでできる支援を家族等と話し合い共有している。22年には初めてホームでの看取りを経験した。	
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	外部機関の講習に参加しているが、職員全員は受講していない。定期訓練については今後行って行きたい。		
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	職員、利用者参加の火災訓練は年2回行っている。	消防訓練は年に2～3回実施している。新人職員はできるだけ参加できるように配慮している。地域の協力体制を構築すべく継続的にアプローチしているが、体制を築くまでには至っていない。	災害を想定した避難方法の検討は必要である。ホームでできること、地域に協力を求めることを専門職を交えて話し合い、地域や関係機関と共通認識を持ち連携を密にしてほしい。

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 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	常に言葉かけの際は、利用者の誇りやプライバシーを損ねないようにし、職員間でも注意し合っている。	食事場面では、利用者ごとにさりげなく声かけし、会話がつながるようにされていた。食事が進まない利用者には、横で一緒に食べながら声をかけ会話しながら手伝う事はせずに食べるのを静かに見守っていた。	
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	日常でのいろいろな言動や表情などから利用者に合わせた声掛けをし自己決定を支援している。		
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	その人らしい暮らしに合わせている。行事などには無理なく参加できるように本人の意思を尊重している。		
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	出張理美容や馴染みの理美容店に行かれる支援をしている。		
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	食材の買い出し等は無理のない程度と一緒にいき、食後の片付けは出来る方にはお願いしている。	献立は担当者が利用者の希望を聞きながら決め食材の買い出しは近所の商店街やスーパーと一緒にやっている。テレビは付けずに会話しながら全員残すことなく食べ、食器を流しへ持って行く人、洗っている人もあった。	
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	献立ノートを記入しメニューが重ならないように栄養バランスに注意している。食事量・水分量は個別の介護記録に記入している。		
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	毎食後に一人ひとりに、声掛けし丁寧に口腔ケアを行っている。		

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 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	リハビリパンツ、パットで対応しているが、布パンツを着用出来るように支援している。また、排泄のチェックを行いトイレの支援を行っている。	排泄パターンをチェックし、トイレでの排泄に向けて支援している。リハビリパンツで対応をしている利用者については、布パンツに移行できないかアプローチしている。	
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	水分量を毎食ごとにチェックし、補給できているか確認している。		
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	入浴前に声を掛け希望時間を聞いて入浴を楽しんでもらえるようにしている。体調不良時は日をずらして対応している。	現在入浴の時間帯を希望される利用者はいない。申し出があれば希望に沿って入浴することができる。浴室も入りやすいように改造されている。入浴を拒否する方もあるが、気持ちに添いながら工夫して入浴して頂いている。	
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	落ち着いて休めるための声掛けや会話を行っている。日中に休息が必要な方は休みたい場所で昼寝等をしてもらっている。		
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	個別管理をしている。薬についての説明書もファイルし常時確認できるようにしている。		
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	季節・月毎の行事参加、洗濯や食事にかかわる作業の支援を個々の力に応じて行っている。		

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
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	外出行事では家族の協力を得て支援出来ているが、日常の外出は少なくなっているのが今後の課題である。	1日2回午前と午後に商店街やスーパーにその日の食材購入のために外出している。外出が同じ利用者に偏らないように配慮している。お花見や外食などの行事も利用者の思いをできる限り吸い上げ、その思いに添う形で実施している。	
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	お金を所持されている方には、代理での買い物や買物をされた後に小遣い帳への記入を支援している。		
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	本人が望めばいつでも電話は掛けられるようにしている。必要な方には介助をしている。		
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	掲示物で季節が感じられるように空間づくりを行い、照明は柔らかい温かみある電球とし居心地良く過ごせるようにしている。	室内は明るく落ち着いた雰囲気である。食堂の窓には節分をテーマにした飾りつけがあり、そのスペースに、利用者が描かれた鬼の絵が貼ってあった。1人の利用者が「あの鬼の絵、私が描いたの」と描かれた絵を誇らしげに紹介して下さった。	
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	利用者同士の関係に配慮してリビングテーブルを配置し、ソファや和室で過ごしていただけのようにしている。		
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	家族と協力し、本人が望む家具や馴染みのある品物を居室に配置している。	居室の前には利用者ごとに工夫を凝らした表札が掲げられていた。居室内は個々の利用者の馴染みの家具が置かれていた。お仏壇が置かれている部屋もあった。ベッドも使い慣れたものを持ってきている人が多い。	
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	自立した生活が送れるように、定期的に本人の能力を確認して必要な生活空間を提供している。		

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	8	日常生活自立支援制度や成年後見制度について学ぶ機会が少なく、利用者が活用されている事の理解度が低い。	全職員が制度を理解して、活用されている利用者を理解し支援を強化する。	社外研修に参加する。 社内研修において勉強会を開催する。	6ヶ月
2					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()