

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	2570101127		
法人名	桐生会		
事業所名	桐生園グループホーム くるみの家		
所在地	滋賀県大津市桐生1丁目26番7号		
自己評価作成日	平成28年11月1日	評価結果市町村受理日	平成29年1月31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.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/kaigo/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	滋賀県社会福祉士会		
所在地	滋賀県草津市笠山7-8-138		
訪問調査日	平成28年12月1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)】

毎日の体操や、散歩等で少しずつ身体を動かす機会を持って頂くことで、健康維持、認知症進行予防に努めている。利用者個々の思いを聞き取り、個人外出や、1日の過ごし方などに反映させている。利用者個々の生活歴、得意な事、好み等を把握し、それぞれに応じた過ごし方をして頂けるよう共に考え、実施している。認知症中核症状を確認することで認知症の理解を高め、ケアに活かせるようにしている。

【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)】

桐生園グループホームは、高齢者総合福祉施設桐生園の事業所の一つであり、自然豊かな環境の敷地の中に特別養護老人ホームとグループホームがゆったりと建てられている。重度化した場合や終末期には住み替えを提案しており、初期のグループホームのあり方「軽度の認知症の人がそれぞれのできることをして楽しく生活し、良い状態を長く続けられるよう支援する」を目指して運営されている。日々の食事作りを大切にしており、栄養バランスを考え利用者の希望を取り入れながら職員が献立をたて、二日に一回、利用者と一緒に食材の買物に行き、調理、配膳、後片付け等も利用者と一緒にしている。利用者の思いを大切に寄り添うことで、笑顔あふれる穏やかな日常が送れるように取り組まれている。職員は「自分が必要になった場合は、このホームを利用したい」と言ったことが印象的であっ

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拡がり深まり、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している (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	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	「利用者の望むこと」を支援することこそ、理念にある「心の介護」の実践と考え、日々努力している。	法人理念にある「心の介護」の実践を常に考え、利用者一人ひとりの希望や意向を聞き取ったり汲み取りながら支援していくことにより、利用者が穏やかに笑顔で暮らせるように努めている。	
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	地域の夏祭りや文化祭などに参加、出展している。	地域のボランティアや保育園児が定期的に訪問してくれることで、地域と交流している。今年度は、交流を広げるため、子供会との共同企画として餅つき大会を計画している。	
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	法人全体で時には地域に出向き、時には招き認知症に関して認知症専門医を招き講座を開く等を実践している。		
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	2ヶ月に1回、会議開催し取り組み状況の報告、意見交換(家族としての思い等)を行っている。	地域包括支援センター、家族に加え、今年度より、地域の自治会役員に委員を依頼した。運営推進会議では、日頃の取り組みや状況のほかに、前回調査の評価結果を報告して対応について話し合っている。	運営推進会議は、グループホームが地域とのつながりを深めていく窓口の一つであり、積極的に地域住民が参加してくれるよう働きかけを期待したい。
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	市町村担当者とは、必要に応じて連絡相談をしている。また、滋賀県淡海GH協議会活動にも積極的に参加し、他事業所とも情報共有に努めている。	市とは日頃、連絡相談をするだけでなく、総合事業としてグループホームが関わられることを知るための地域住民アンケートを地域包括支援センターに提案したり、積極的に協力関係を築くように取り組んでいる。	
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	身体拘束ゼロ、玄関は和やかなアラームは鳴るが、施錠はしていない。	玄関は夜間(17:00~9:00)以外、施錠していない。身体拘束をしないケアを目指して日々のケアに取り組んでいる。	
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	法人内研修以外にも職員間で確認、意見交換し自己啓発に取り組んでいる。		

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
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	法人内研修として権利擁護に関して学ぶ機会を持っている。そこで学んだことを通じて各身元引受人に対し後見人等の活用相談に繋げている。		
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	利用開始前に時間をかけ十分な説明を行い理解を得られるよう努めている。		
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	運営推進会議にて意見聴衆している。	運営推進会議で出た意見は運営に反映するようにしている。訪問された家族から意見がもらえるように声掛けをしている。1年に1回、家族アンケートを実施して、より多くの意見がもらえるように努めている。	
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	日頃から意見交換できる関係づくりを大切にしている。また月1回のミーティングでも意見、提案を下に運営に反映させている。	月一回、ユニットミーティングを開催し、意見、提案を聞く機会を設けている。日頃から意見交換しやすい関係づくりを大切にして、意見、提案を取り入れ実践する体制が出来ている。	
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	勤務について個々の要望を無理のない範囲で取り入れた上で勤務状況は常に把握している。やりがいを持てるよう環境・条件の整備に努めている。		
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	個々に受けたい研修内容を聞き取り受ける機会を設けている。月に1回の法人内研修でもサポートしている。		
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	滋賀県淡海GH協議会活動に積極的に参加し、他のGHでの実践例なども参考にしている。		

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
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	利用申込前に見学説明を行っている。合わせて、本人との面談の上、安心確保への配慮に努めている。		
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	管理者が主となり家族の相談・要望を聞き出し関係づくりに努めている。		
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	利用対象者の状態を聞き取り、他のサービス利用の必要性がある場合は相談窓口の説明も行っている。		
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	人生の先輩として日々尊敬し家事や子育てを教わっている。時には、友達のような気さくな仲間として関わりを持っている。		
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	月に1度、手紙で写真とその月の様子をお伝えし、本人の要望があれば家族様に連絡を取っている。また、行事には案内を送り参加を促している。		
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	年賀状、暑中見舞い、電話等は希望に合わせて支援。また馴染みの喫茶店に定期的に通っている方もいる。	グループホーム利用前に参加されていた書道やちぎり絵のサークルへの継続した参加を支援している。また、元職員が開いた喫茶店に行くことを楽しみにしている利用者もいる。	
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	利用者同士の相性等を把握し、食事席の配置に活かしている。様子観察の上、職員が間に入るなどして、利用者同士の良好な関係であるように努めている。		

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	GH退居後、併設施設に入所された方へアルバムを届けたり行事で出会うことも多くコミュニケーションを図っている。		
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 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	利用者の担当職員が中心となって、個々に話をする機会を意識的に持ち、個人の思いなどの把握に努めている。	利用者に直接、希望を聞いたり、日常会話の中で言われた思いや意向を業務日誌に書き止め、職員間で共有し、実現に向けて話し合っている。	
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	利用開始前の利用サービスの情報や、家族からの聞き取り等でこれまでの経過の把握に努めている。また、利用開始後に、本人との話の中から情報を集めることもしている。		
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	一人一人、その日その日の状態を観察し記録に残している。いつもとちがうこと、気になることなどは職員間で情報交換するようにしている。		
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	普段から気になったことは、カンファレンスで検討するようにしている。担当による本人の生活の意向の聞き取り、全職員によるモニタリングの上、介護計画書を作成している。	担当職員が中心になって利用者の思いや意向をまとめ、カンファレンスで全職員がモニタリング、検討して、家族の意見も入れながら、ケアマネジャーが介護計画を作成している。6か月に一回は見直しをしている。	
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	日々の様子、ケアの内容を個別に記録している。職員間でノートを活用と情報を共有し介護計画の見直しに活かしている。必要に応じて、個々で話し合う時間を持ち、計画の見直しに活かしている。		
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	当法人の有する事業所からの支援も得ながら必要な要望に関して対応している。		

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	近隣の理美容、喫茶店さんを繰り返し利用中。そこでの人との関わりも利用者個々の楽しみとなっている。		
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	利用者の大半が協力医院からの医療支援を受けている。合わせて病状に合わせて専門医療機関への受診も行っている。また希望に応じて協力医院以外への受診についても情報提供している。	利用者の大半は協力医をかかりつけ医として、月一回訪問診療を受けている。従来のかかりつけ医を家族が同行して受診する場合は、書面による情報提供をしている。	
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	協力医院と情報交換、及び療養指示を貰える関係にある。		
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。	入院期間中、定期的に状態確認に伺い病院関係者との情報交換に努めている。退居日の調整については、病院相談員と行っている。		
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	重度化、終末期サービスについては早い段階から環境的困難さがあり早目の住み替えを提案し理解、納得を得られるよう努めている。	重度化した場合や終末期ケアについて、早い段階から医師を交えて家族と話し合う機会を持ち、グループホームでは環境的な困難さがあることを伝え、早めの住み替えを提案して理解、納得を得られるように努めている。救急搬送時のマニュアルを作成している。	
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	消防署の指導を年に1度受ける機会を作り、AED等の操作方法の確認を行っている。		
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	避難訓練の他、当法人全体で消防防災マニュアルに沿って日々整備対策している。	併設の他の事業所の避難訓練にも参加しており、2・3か月に一回の頻度で訓練をしている。消防署立ち合いのもと、夜間想定避難訓練を実施している。法人が災害時の一次避難所になることを地域と話し合っている。	併設の他の事業所を含めた法人全体での災害対策の整備が進められているが、どのような場合にも対応できるようグループホーム単独の災害対策が検討されることを期待したい。

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	丁寧語で話す、苗字で呼ぶことを基本にしつつ、利用者一人一人の状況に合わせて自然な声掛けをするように努めている。	苗字で呼ぶことを基本にし、利用者一人ひとりに合わせた穏やかでゆったりとした声掛けや対応をしていた。	
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	個々の状態に合わせて選択肢を変えるなどの工夫をし、生活の中での選択と本人の思いを引き出し自己決定できる働きかけをしている。		
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	職員本位、業務優先ではなく、利用者のペースや希望を優先し支援に努めている。利用者に直接確認することもしている。		
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	毎朝の整容に加え毛染めの習慣の方は毛染めをしている。また美容室に出掛けリフレッシュして頂いている。希望があれば、化粧を手伝うこともしている。更衣に介助が必要な方も服を選ぶことは促している。		
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	栄養バランスを考えながら一人一人の好みも取り入れ色々なメニューを楽しんで頂き又、常に利用者が一緒に準備片付けをしている。	栄養バランス、利用者の好みなどを考慮し、メニューを考えている。調理、配膳、後片付けなど、利用者と一緒にしていた。キッチンも利用者と一緒に作業できるように工夫された配置になっていた。	
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	一人一人の体調に合わせて量の加減や刻みの調節も行っている。食事量は毎食確認記録している。		
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	口腔ケアでは古洗、洗口液、歯磨き粉等、個々の状態に合わせて支援し義歯専用歯ブラシも使用、ポリデントも適宜実施。歯科受診も随時行っている。その結果を受けて日々のケアにどのように活かすか考えている。		

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
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	排泄パターンを把握する事で失敗を減らし、トイレでの排泄支援を行っている。	支援が必要な方は排泄パターンを把握し、トイレでの排泄と排泄の自立に向けた支援をしている。リハビリパンツ利用から布パンツ利用になった方もいる。	
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	個々の状態に応じ牛乳の提供などを行っている。水分量、食事量も合わせて観察して、便秘予防を考えている。		
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	一人一人の体調や希望に合わせてAM・PMと入浴時間の調整をしている。“今日入りたい”との希望には出来るだけ沿うようにしている。	利用者一人ひとりの体調や希望に合わせて午前・午後の入浴時間を調整し、できるだけ「今日入りたい」という希望に沿うように努めている。毎日入浴される方もあるが、最低週2回は入浴してもらうようにしている。	
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	座って過ごされる時間の長い方には日中も横になる時間を持って頂けるようにしている。就寝前はそれぞれが安心して過ごして頂けるよう支援し、共有部分の明かりも徐々に暗くするようにしている。		
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	保管は個別ケースに入れ準備の段階で二重三重の確認。確実に服用して頂ける支援をしている。薬の内容、用量についても分かり易く貼り紙するなどの工夫をしている。		
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	一人一人の好きな家事や得意な家事に取り組める機会を持って頂いている。日々の家事以外にも、ぬりえや貼り絵などの趣味的なことや、外出で気分転換をはかるなど、個々に応じて取り組んでいる。		
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	年間計画を立て全体として毎月外出をしている。また、個人の希望や興味を把握し、個別外出を計画的に行っている。その中で喫茶店などなじみの場所作りに取り組んでいる。	食材の買い物を二日に一回、希望に沿って利用者と一緒に出掛けている。美容院や喫茶店など馴染みの場所への外出を支援している。年間計画を立てて、以前に住んでいた場所に行くなどの支援もしている。	

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
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	立替え精算を基本とするも、買い物時には財布を準備し支払いを利用者自身にして頂く場合もある。		
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	家族、利用者共に電話や手紙のやり取りを自由にして頂いている。携帯電話を持ち込んでいる方もある。		
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	温度計、湿度計を活用し、温度、光、音等で不快な思いが少なくようにしている。リビングには季節の花を飾り、音楽を流し、キッチンの香が漂う空間となっている。廊下には日常の写真を飾り思い出に浸れるよう工夫している。	広い廊下の隅には椅子やソファが置かれ、思い思いに過ごせるようになっている。掘りごたつのある畳の場所もあるが、床からの高さがあるため、今は使われていない。テーブルには花が飾られ、季節感が感じられるようになっている。	
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	ソファはいくつもあり仲の良い方と2人で会話出来る。居室以外にも廊下には死角スペースに椅子があり思い思いに過ごせ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	利用開始時、利用後問わず自由に家具を持ち込んで頂き、安全確保の上、自由に配置できるよう支援している。	使い慣れた家具を持ち込んだり、フローリングにカーペットを敷いたり、個性あふれる部屋になっている。安全確保や動線を考慮し、家具の配置換えを、するなど居心地よく過ごせるよう支援している。	
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	安全第一に整理整頓を徹底し貼り紙案内で“分る”ようにしている。		

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	27	介護計画を読むことはあっても把握するまでには至らず、介護計画に沿った記録ができていないことがある。	介護計画に沿った記録ができるようにする。	ユニットミーティングで介護計画を見直す時間を持つ。ケース記録の項目に介護計画に沿った分かりやすい項目を設け、記録しやすくする。	6ヶ月
2	11	自己評価に全職員が関わっていない。	複数職員で、自己評価作成に取り組む。	複数職員への自己評価表配布で、GHがすべきこと、目指すものなどを再確認できるようにする。	6ヶ月
3	64	法人全体としては地域住民の訪問機会は確保しているが、GH単独での地域住民の訪問、交流が少ない。	地域住民や訪問ボランティア、地域住民との交流機会を増やし、行事等通じて地域からの参加の声も増えるようにする。	桐生町内で開催される秋祭りに参加させて頂き、近隣保育園の運動会の見学や地域美化活動への参加をする。	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。

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】		取り組んだ内容	
実施段階		(↓ 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()