

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	2591400102		
法人名	株式会社 フジサワ建設		
事業所名	グループホームまごころ・土山		
所在地	滋賀県甲賀市土山町南土山甲448番地		
自己評価作成日	平成28年1月25日	評価結果市町村受理日	平成28年3月24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28年2月2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)】

平成27年4月に開所した施設であるが、認知症ケアの経験者、介護福祉士が多く勤務している。開設前には、介護福祉士や認知症ケア経験者が中心となり、開設前研修を実施した。医療連携体制加算、看取り介護加算している。常に、医師、看護師との連携をとって、利用者の状態を共有している。今年度、看取り介護をすることができた。看取り介護をしているため、認知症の症状の進行や、ADLの低下にも対応したケアを実施している。利用者の重度化に対応できるようにチェア浴槽も設置している。甲賀市内の社会福祉法人と地域連携に関する協定書を締結し、社会福祉法人が運営する、グループホームに介護技術の実習に参加している。また、今後、介護知識や認知症ケア、事例検討会などの勉強会の開催も予定している。隣に、保育園があり、園児、利用者との交流、緊急時避難場所としての受け入れるよう体制を整えている。

【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)】

静かな住宅街の中にあり、グループホームの裏は田園が広がっている。共有スペースは、食事の場と昼間過ごす場を別々に提供できる広い空間となっている。中庭は、秋には秋刀魚を焼いたりアウトドアを楽しめるスペースになっている。「自立」「尊厳」「安全」という基本理念を基にして、誰にでも分かりやすい5つの基本方針を職員全員で作成し、共有し、日々のケアに活かしている。職員は利用者本人の思いや意向に沿ったケアをするように心がけている。排泄のケアについては、排泄パターン、リズムの把握に努め、おむつ使用の利用者が、定期的なトイレ誘導を行うことでトイレでの排泄が可能になったり、布パンツ使用が可能になったこともある。日々のケアの中で起こったことは、些細なことでもヒヤリハット事例と捉え、対策について話し合い、共有することで、事故にならないように努めている。

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)	○	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、生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	基本理念を事務所に掲げ、朝礼時や会議時に理念の確認をしている。	基本理念「自立」「尊厳」「安全」を基に、誰にでもわかりやすい5つの基本理念を職員全員で考えた。基本理念と基本方針を事務所内、玄関ホールに壁に掲示している。	
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	地域のスーパーに買い物、花見、ドライブに出かけている。また、地元の神社の行事にも参加している。	徒歩圏内にある神社の行事には積極的に参加している。自治会にはグループホームとして近日中に入会する予定である。	自治会に入会し、自治会の行事に可能な限り、職員と利用者が参加することにより、地域とのつながりが強まることに期待したい。
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	認知症サポーターキャラバン対象の勉強会に参加している。 土山にこにこ園(保育園)の園児との交流を行っている。		
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回は運営推進会議を実施情報を公開し、サービスの向上のために意見交換している。	2か月に1回運営推進会議を開催している。地域の区長が会議の委員として参加してくれている。会議ではグループホームの状況を伝えて、意見を貰っている。	地域からの委員として、区長だけでなく、民生委員、老人会の委員等、様々な地域の方との関わりを持つことにより、地域との関係を深めていく事に期待したい。
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	運営推進会議で市の職員に参加してもらっている。	運営推進会議には委員として参加してもらっている。	運営推進会議委員としての関係作りだけでなく、事業所から積極的に働きかけ、協力関係を築くことに期待したい。
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	身体拘束をしないケアを、職員研修にて実施している。	身体拘束については職員研修で正しく理解して実践するよう努めている。出入口は昼間は施錠していないため、出ていこうとする利用者もあるが、職員間でヒヤリハット事例として検討し、共有している。	
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	人権研修を職員研修にて実施している。		

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
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	権利擁護を職員研修にて実施している。		
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	入居契約の際、契約の締結、解約、改定等について説明している。また、疑問があれば、いつでも相談することを伝えている。		
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	家族が面会に来られた時に、意見や要望があれば聴いている。	意見箱は設置していないが、家族の面会時に意見、要望を聞くように努めている。訪問時にも家族の面会があり、家族と職員が打ち解けた雰囲気話をしていた。	
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	職員との面談を行い、意見や提案を聴いている。毎月1回グループホーム会議を実施し、意見や提案を聴いている。	月1回のグループホーム会議で、職員からの意見や提案の聞き取りをしている。管理者が進行役を務め、職員全員から意見が出るように心がけながら進行している。	
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	職員との面談の際、強みに着目し、得意な所をケアに活かせるようにしている。		
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	ケア経験年数の長い資格取得者による職場内研修を実施している。職場外研修にも必要時参加してもらっている。		
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	甲賀市内の社会福祉法人と地域連携に関する協定を締結している。意見交換を行っている。また、開設前に他のグループホームで介護実習を行っている。		

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
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	本人との面接で、困っていることに耳を傾け、どのように暮らしたいかを聴いている。また、本人の家族、ケアマネ、かかりつけ医からの情報も収集している。		
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	入居決定後、家族との面接を行い、不安、要望を聴き、家族の意向もケアプランに反映させている。		
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	本人、家族との面接でアセスメントし、必要な支援を計画している。また、場合によっては、主治医、看護師との他職種連携によりサービスを展開している。		
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	利用者のできる所に着目し、家事や食料品の買い物の手伝い、畑仕事など、それぞれ役割を持って生活して頂いている。		
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	面会に来られた家族には、ゆっくり過ごせるように居室で会って頂いている。また面会者の数が多いときは、会議室を提供している。いつでも面会できるようになっている。		
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	お盆、年末年始の帰省の援助。グループホームでの情報を家族に提供。家で、もし困ったことがあればいつでも相談することを、家族に伝えている。なじみの場所(神社など)に出かけている。	年末年始やお盆に希望があれば自宅で過ごせるように支援し、日頃の状況を伝えるだけでなく、帰宅時に困りごとが起こった時は支援することを伝えている。地域の敬老会への出席を、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	夕食や花見、ドライブに出かけている。職員補助で、利用者共同で、ちぎり絵カレンダー、折り紙を作成し、隣の保育園に作品をプレゼントしている。		

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
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	退去後、サービス担当者からの相談に応じている。		
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	日常の会話で、本人の暮らしの意向を聴き、ケアプランに反映している困難な場合は、家族から生活歴を聴いたり、本人の今までで生活してきた中での発言などを総合的に考慮して検討している。	利用開始時に、本人だけでなく家族からも、本人のそれまでの暮らしぶり、状況、思い、希望を記入するシートを作成している。さらに日常会話の中で本人の思いを聞き出したことはケース記録に残している。	
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	家族の協力を得て、今までの暮らし方シート、できること・できないことシートを記入していただき、暮らし方を把握している。ケアマネジャーより情報を得ている。		
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	利用者との関わりのなかで、気づいた点は、必ず記録を書き、また職員全員で共有する。看護師から主治医へ、情報を提供し共有している。		
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	計画作成担当者は、本人の暮らしの様子や発した言葉、家族の意向、スタッフの情報を総合的に判断し、できるところに着目したプランを作成している。	利用者一人ひとりの担当職員は決めていないが、計画作成担当者は利用者の日頃の状況や家族からの意向を職員から聞き取り、現状に即したケアプランを作成している。	
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	日々のケアで気づいた事は必ず申し送り、記録を書き、職員すべてが共有する。本人の暮らしに関わる内容であればケアプランに取り込んでいる。		
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	その時々生まれるニーズに対応し、既存のサービスだけでなく柔軟に対応するよう心がけている。		

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	土山にこにこ園との共同により、災害時や緊急時の避難場所として、受け入れる。		
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	毎月1回訪問診療。状態の悪い方は必要時診てもらっている。	それまでの主治医かグループホームの連携医かの選択は本人、家族に任せている。連携医は月1回の往診、必要に応じて訪問看護、連携医の往診は可能である。	
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	毎週1回訪問看護。24時間のオンコールによる対応。		
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。	利用者の入院時、できるだけ面会に行き、本人の状態の確認。主治医、看護師から様子を聴いている。		
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	入居契約時に看取りの指針と終末期の意向確認書について同意を得ている。主治医、看護師、家族、スタッフとのチームケアにより看取りを実施している。	利用開始時にグループホームの看取りの指針を説明し、終末期の意向確認書の同意を得ている。終末期に対しての家族の意向は揺れ動くことを職員は理解しており、機会あるごとに話し合いを持つように努めている。	
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	救急救命研修に参加している。 AEDの設置。 消防訓練を2回実施している。		
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	11月、3月(夜間想定にて予定)に避難、通報、消火訓練を消防署と合同で行っている。	消防署の指導のもと、11月には避難訓練を実施した。3月には夜間想定で避難訓練を実施する予定である。	近隣住宅には高齢者所帯が多く、避難時には地域との協力体制が必要である。運営推進会議で話し合い、地域との関わりを強化し協力体制を築いくことに期待したい。

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	開設前に研修を行うとともに、職員同士で注意している。また、利用者の認知症の症状に合わせ理解しやすい言葉かけを意識している。	接遇研修を行い、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ケアを務めている。職員同士でお互いのケアを確認しあっている。利用者への職員の声掛けは穏やかであった。	
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	利用者の思いや、希望を聴けるように、出来るだけ職員は利用者とのコミュニケーションをとるようにしている。会話の中で「～さんはどうしたいですか？」と聴く場面を多くしている。		
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	利用者の思いや、希望を聴けるように、出来るだけ職員は利用者とのコミュニケーションをとるようにしている。利用者の「花見に行きたい」「外食したい」「神社に参りたい」などのニーズに沿ったケアをしている。		
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	本人の好みの服を選んで頂くようにしている。		
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	外注の食事を使用しているが、週2回は料理作りをする機会を設けている。盛り付けや片付け、味見などスタッフと一緒にやっている。	週2回は利用者と職員で献立から料理づくりをする機会を設けている。他は外注の食事を利用しているが、盛り付け、後片付けなどは利用者と一緒にしている。	
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	決まった食事メニュー以外にも、希望があれば本人の好みの物を食べてもらえるようにしている。 食事、水分量の把握を行っている。		
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	朝、夕の口腔ケアを行っている。入れ歯の洗浄は毎日行っている。		

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	トイレのドアに「便所」と書いた貼紙をして、利用者にわかりやすくする工夫をしている。排泄パターンやサインを見逃さず、利用者のできる所を活かせるように努めている。	トイレがわかるように「便所」と張り紙をしたり工夫をしている。排泄パターン、排泄サインを把握することで、トイレ誘導が可能になり、排泄の失敗がなくなったり、おむつ使用の利用者が布パンツ使用になった利用者がある。	
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	水分摂取量を水分チェック表にて把握している。 必要な方には、主治医、訪問看護と連携しマグミットの調整をしている。		
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	入浴日は決めているが、その日の利用者の状態にて柔軟に対応している。	入浴日は決めているが、入浴時間はその日の利用者の状況、希望によって柔軟に対応している。入浴を拒否される場合は翌日に変更するなどの対応をしている。夜間の入浴希望については対応できていない。	
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	その日の利用者の状態に応じて休んで頂けるようにしている。眠れない利用者については、無理に休んでもらうことなく、話を聴き対応している。		
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	新規利用者、服薬の変更時は、朝礼、申し送り帳を使用し、職員に伝達している。 薬棚、ケース記録に薬の情報を置き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	食事、洗濯物たたみ、食器洗い等、個々の能力に応じて行っている。 畑作業、駐車場の草引き等も行っている。		
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	中庭や畑での活動や、公民館までの散歩を行っている。また、季節に合わせた行事や外食、ドライブも行っている。	外注の食事を利用しない日の買い物、近くの公民館や神社までの散歩など、日常的な外出をしている。本人の希望による墓参り、気の合う利用者同士の外食など、可能な限り外出支援をしている。	

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
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、家族にお金を所持できると伝えていますが、現在、利用者全員、施設でのお金の管理を希望されている。		
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	いつでも、利用者自ら電話をしたり、手紙のやり取りができるように職員が補助するようにしているが、現在、そのような訴えをする利用者はいない。		
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	共用スペースは、木の温かみがあり、落ち着いた雰囲気である。中庭や畑にも通じている。居室に面しているため、表札や便所の標示を大きくし、本人の能力を活かせる工夫をしている。	共用スペースは天井が高く、窓の外の景色は広々した空間を感じられ、ゆったりできる空間である。ホームの敷地内には畑があり、好きな時に畑仕事ができる。中庭はバーベキューを楽しめる空間になっている。	
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	共用スペースは、各ユニットは1フロアしかないので、ひとりの居場所は居室や玄関ホールを使用している。		
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	入居前に、本人または家族に居室を見てもらっている。普段から使っている物、家具、絵画、家族の写真などを持って来てもらうように伝えている。	ベッド、エアコン、備え付け収納庫、洗面台等は各居室備え付けである。持ち込みの家具、家族の写真、絵画等、それぞれが自由に持ち込んで、個性あふれる居室であった。	
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	室内はバリアフリーになっている。居室の表札など見やすい工夫をしている。		

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	4	運営推進会議に地域からの委員として、区長だけが参加している。	地域からの委員として、区長だけでなく、民生委員、老人会の委員等、様々な地域の方との関わりを持つことが必要。	地域からの委員として区長だけではなく、民生委員または老人会から委員として参加をしてもらう。	6ヶ月～12ヶ月
2	35	避難訓練を実施しているが、地域との協力体制が整っていない。	地域との協力を得て、災害対策を計画し実行する。	避難訓練時、地域住民との協力を得られるように、働きかける。	6ヶ月～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】		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()