

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	2570500146		
法人名	特定非営利活動法人しみんふくしの家八日市		
事業所名	しみんふくしの家八日市グループホーム		
所在地	東近江市東沖野2丁目5-5		
自己評価作成日	平成29年7月16日	評価結果市町村受理日	平成29年10月2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29年8月10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>地域の中で助け合って、本人が考え、その人らしく生活ができ、終末期も人として尊厳をもって暮らし個々の生活を一人一人が1日1日を大切に、楽しみ暮らせる支援。</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>人々が互いに支えあい、互いに尊敬し合い、住み慣れたわが家わが町で自分らしい生活がいつまでも続けられることを理念として運営され、同じ建物内で保育事業を展開し、自然な形で地域との交流が図られている。また、自治会が開催している地域サロンにも毎月利用者が参加している。特に今年は地域に協力を得て避難訓練を予定している。看取りの取り組みも実績があり、終末期の意向調査も入居時から始め、毎年確認している。看取りに入る段階では主治医も含めて最終の意向確認が行われる。同時に家族への協力依頼により、主治医、家族、職員で支える体制を構築している。</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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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)		

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	「お互いに支え合い住み慣れたわが家わが町で自分らしい生活が続けられる」という理念を元に地域、学童との交流の機会を持ち実践している。	住み慣れたわが家わが町で自分らしい生活がいつまでも続けられることを願って設立された法人の理念を新人職員には研修時に説明し、職員全員には月1回のスタッフ会議で折に触れて理念の共有が図られている。	
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	2か月に1回の推進会議・月1回のひだまり(サロン)など町内の行事に参加し夕涼み会を主催し交流の機会を増やしている。	同じ建物内で保育事業を展開し自然な形で地域との交流が図られている。地域の役員が運営推進会議のメンバーとして地域との窓口になっている。自治会が開催している地域サロンにも毎月利用者が参加している。	
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	地域の徘徊訓練のお手伝いをし、認知症の勉強会も事業所主催で行っている。		
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	運営推進会議(2か月に1回)利用者の現状・行事等報告し、質問、意見を聞き、サービスの向上へと進めている。	2か月に1回、第三金曜日の夜間に開催している。既に5月19日と7月21日に開催し、行事の案内と報告とともに、今年は9月8日に防災訓練を予定していることから会議において地域の協力をお願いしている。	
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	推進会議、事例検討会、市で行われる研修に参加し連携へと繋げている。	市の長寿福祉課とは運営推進会議の主要なメンバーとして連携を図るとともに、市主催の研修会や事例検討会に参加している。また、保育事業をはじめ多様な事業を展開している法人として市との連携は図られている。	
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	行動制限についても、職員同士で話し合い、拘束について、全職員が理解している。	身体拘束については、法人が主催する研修の中で理解するとともに、スタッフ会議等において職員間で話し合い共有の理解ができている。今まで身体拘束は行っていない。玄関の施錠についても、夜間だけで、昼間に外出されても職員がそっと寄りそっている。	
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	事業所内での虐待が見過ごされない様注意を払っている。防止にも努めている。		

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
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	成年後見人制度を利用されている方がおられる。		
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	お試し入所を設けている。説明を行い理解、納得を図った上で同意書に印鑑を頂いている。		
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	年1回家族会、個別面談を行っている。家族の来所時は職員、ケアマネが意見、要望を聞くように努めている。その内容に対し職員全員把握している。	意見、要望を聞く場としては、年1回の家族会や納涼祭等の行事の機会、その他面会時等を利用して把握に努めている。その結果ボランティアの申し出があり依頼するようになった。	事業所に耳の痛い意見や要望は上がってきていない。今後はそのような意見や要望をくみ取る機会や方法を工夫しさらなる向上を目指してほしい。
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	月1回の会議でテーマを決めて意見交換を行っている。施設長・事務所サイトの個人面談5分間ミーティングが行われている。	月1回のスタッフ会議で日頃感じていることを話す機会が作られている。法人サイドでは半年に1回個人面談があり、5分間ミーティングが行われ運営に関する意見や提案の機会を作っている。	
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	子供が小さくても働ける色々な面での労働条件を受け入れている。職員と話をする機会を設け職場環境・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	年2回以上研修を受ける様進めている。受けたい資格に対し、しっかり話をきいて受けやすい様費用等法人負担している。内容により勤務扱いにしている。		
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	2か月に1回グループホーム部会へ職員が順番に参加し情報交換を行い、サービスの質の向上に取り組んでいる。		

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
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	本人の性格、生活歴を把握しゆっくりと話を聞く体制を作っている。生活を共にしている者とした関係作りに努めている。		
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	お試し期間を設け導入後も何度も話を聞いて、話しやすい関係作りに努めている。		
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	本当にその方に合っているのか、何が一番必等で何に困っておられるのか支援をする上で何度も職員で話合っている。		
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	職員と利用者が一緒に家事をしたり、散歩、買い物、外食など、生活の一部とし、共に生活する者同士の関係を築いている。		
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	家族さんと相談しながらご本人と一緒に支える支援が出来る様 行事の参加来所の機会を増やしてもらったり、外出の機会も増やして頂いたり、来所時は職員も混ざって話している。		
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	利用者の馴染みの友人がホームに訪ねて来られるが年齢的なものもある為年々少なくなっている。馴染みの場所にドライブに行ったり関係が途切れないように支援している。	利用者が固定メンバーとなり、年々高齢になってきたことから馴染みの人の来訪が減っている。しかし馴染みの場所には家族やボランティアの協力を得て出かけて関係が途切れない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	職員が自然な形で利用者の中に入り利用者さん同士が上手に関わり合い、生活出来るよう支援している。		

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	契約終了しても家族さんがボランティアとして参加して下さっている。		
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	スタッフ会議のカンファレンスで検討し、必要に応じサービス担当者会議を開き、本人の立場、思いに立って話し合い検討している。	個々の利用者を個々の職員が担当しており、それぞれの思いや意向を把握している。そのツールとして日課表、管理日誌、経過記録等を活用しスタッフ会議やサービス担当者会議で検討し本人の支援につなげている。	
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	アセスメント、経過記録を活用し来所時に家族さんに話を聞き情報を集め、日常生活の把握に努めている。		
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	日課表、経過記録に記入し申し送りを行い現状の把握に努めている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 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	月1回の会議、ケア申し送りノート、サービス担当者会議で意見、アイデアを反映し介護計画を作成している。	利用者の担当者が日課表、管理日誌、経過記録、ケア申し送りノート等を活用し、本人の思いや意向をスタッフ会議及びサービス担当者会議で伝え、いろいろな意見、アイデアを反映した介護計画としている。	
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	個別記録、支援経過記録に記入し、ケア申し送りノートを活用し報告、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。		
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	状況に応じ、ボランティア、家族さんの協力を得ながら柔軟な支援サービスに取り組んでいる。		

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
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	サロン、散髪ボランティア、地域の行事(花見)など暮らしを楽しむ事が出来るよう支援している。		
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	月1回の往診で健康管理を行っている。他の病院への受診には、先生、家族、職員が話し合い適切な医療が受けられるよう支援している。	利用者全員が協力医療機関である永源寺診療所の医師が主治医となっており月1回の往診がある。他の診療科受診についても主治医の支援により家族、職員の連携で通院を行っている。	
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	体調変化などあれば、その都度報告し、指示を受け情報を共有し連携を取っている。看護師から診療所へ連絡を取り適切な受診が受けられるよう支援している。		
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。	ここ何年は入退院はない。情報提供、カンファレンス等参加し情報交換、相談に努めている。そうした場合の対応を決めている。		
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	終末期の意向等の書類を作成。先生、家族、職員で何度も話し合いを重ねチーム支援に取り組んでいる。	過去に4人の看取りを経験しており、終末期の意向調査も入所時から始め、毎年確認している。看取りに入る段階では主治医も含めて最終の意向確認が行われる。同時に家族への協力依頼により、主治医、家族、職員で支える体制を構築している。	
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	研修に参加 マニュアルが見えるところに貼ってあり、職員が新人に指導を行っている。		
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	火災報知器、スプリンクラーの設置月1回のシュミレーション避難訓練 年2回地域協力の元での避難訓練 地域との協力体制に力を入れていく。	毎月、職員が様々な状況を想定した図上による避難訓練を実施している。また、年2回実地による避難訓練を予定しているが、今年度は地域の協力を得た避難訓練が実施される。	毎月職員が交代でシュミレーションによる避難訓練を実施しているが、今後は訓練内容を会議等で検討し、利用者をはじめ職員全員で情報の共有を図ってほしい。

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	馴染みの関係を大切にしながら、目上の方、人生の先輩であることを忘れずその方に応じた声掛け、対応を行っている。	利用者さんへの言葉かけについては、常に人生の先輩であるということを念頭に置き、その人に応じた対応に心がけている。	
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	ひとりひとりの表情を読み取り「待つこと」が心掛け、自己決定出来るよう支援している。		
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	ひとりひとりの生活を大切に体調、ペースに合わせて本人に希望を聞いたりしながら支援をしている。		
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	散髪ボランティアに来てもらっている。家族さんと一緒に洋服を買いにいたり、洋服の整理をしたり、部屋で一緒に洋服を選んだりしその人らしくおしゃれができるよう支援している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	一緒に食事を楽しんでいる。食事作り、片付をお話ししながら行っている。その日の体調、様子を見ながら食事形態を変えている。	朝食は利用者が準備し、昼と夜は職員が調理している。食材は生協に発注し、商品確認や足りない物の調達は利用者と一緒にしている。また、できる範囲で切ったり洗ったり盛付や片付等も一緒にしている。	
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	その日の個々の状態に合わせて食事形態を変えている。日課表に摂取量記載 バランスの把握に努めている、献立を毎日記載		
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	ご本人それぞれの力に合わせて口腔ケアを行っている。困難な場合等家族さんの協力を得ている。		

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	排泄チェック表を活用し一人一人の排泄のリズムを把握、しぐさ、行動等のサインに気づけるよう努めている。	パット使用者が3名で、おむつ使用は6名である。個人の排泄チェック表を活用し、排泄パターンを把握しているので、その時の表情や様子を見てトイレに誘導している。	
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	服薬に頼らず、乳酸菌、食事内容を工夫したり、水分量、腹部マッサージを行い効果が出ている。		
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	無理強いはいらない。声掛けを行い入りたい気持ち、タイミングに合わせて個々にそった支援をしている。	木曜日以外はいつでも入浴は可能な状態であり、希望により入浴されている。重度の方についてはリフトを設置し介護の負担を軽減している。入浴拒否が続く場合は、工夫しながら声掛けしている。	
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	体調に合わせて、体を動かしたり、日光浴をしたり、夜間眠れない時は飲み物を飲みながら話をし安心して休んで頂けるよう支援している。		
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	服薬の確認。処方の変更時、状態観察。その都度看護師に報告、相談している。		
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	ひとりひとり自ら選択された役割がある。得意な分野で楽しみ、張り合いのある日々を過ごされている。おもい思いに過ごす事ができる支援を行っている。		
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	ボランティアの協力を得ながら希望にそって外出支援に努め、遠い所などは家族さんの協力を頂き事前計画をし、支援している。	介護の状態がそれぞれ異なってきているので、個々の希望を聞きながら、職員だけではなくボランティアの協力を得て花見に行ったり神社や公園などに出かけている。また、遠方に出かける場合は家族の協力での外出支援に努めている。	

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
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	個々での所有はないが希望のある時、財布を持って買い物、食事が行える。個々の力に合わせ、注文、支払いをする支援を行っている。		
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	3か月の様子の手紙を送る時本人の手紙を同封したり、電話で話せるよう支援している。困難な片には、職員が本人と話をし代筆している。		
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	季節の果物を取って食べたり、季節のカレンダーなど作品と一緒に作って飾り、生活感、季節感を取り入れている。	庭にはミカンやイチジク、サクランボウ、ヤマモモ等の樹木が植えてあり、自然豊かな空間が広がっている。また季節毎に収穫も楽しんでいる。居室と居間を結ぶ廊下の一角には古い木製の家具が設置されており生活感あふれる工夫がなされている。	
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	ホールにソファを置き思い思いに過ごしたい場所を選んでおられる。重度の方は思いを聞いたり、表情、しぐさなど見て、居場所の工夫をしている。		
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	大切な家族の写真、馴染みの物を置いたり、それぞれに本人と話をしながら居心地よく過ごせる工夫をしている。	使い慣れた家具やベットなどを配置したり、所狭しと絵や家族の写真を飾ったり、馴染みのものが置いてあったり、ベットと家具だけのシンプルな空間になっていたり入居者それぞれの個性あふれる居室になっている。	
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	トイレは馴染みのある「便所」と書かれた物を表示少しの声掛け、見守りで自ら行動、理解出来るよう工夫している。		

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	26	軽度の方から重度の方が入所されている。重度の方のより良い生活、ケアのあり方	重度の方でも役割、日々の生活を中心に終末期までその人らしさを失わない、支援ができるチームケア作り。	日常生活の中で、残存機能を引き出せる支援に取り組んでいる	6ヶ月
2	46	役割、楽しみの支援 女性ばかりのホームな為日常の家事等が取り合いになってしまう。それぞれのやり方が上手く回れていない。	個々に役割を持っておられるところを生かし2～3組ほどに分かれてそれぞれが力を発揮できるようになる。(9名それぞれの役割)	3組に分かれ、日常生活の中での得意な分野で力が発揮できる支援、取り組んでいる。(重度の方も参加)	6か月
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(運営推進会議で評価結果の報告だけで終わってしまっている)
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(担当スタッフに介護支援計画書を作成してもらい、1カ月ごと評価し、話し合う)