

### 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	2570100459		
法人名	有限会社 かねだ		
事業所名	南郷グループホームほたる(つばめ)		
所在地	滋賀県大津市南郷一丁目7-21		
自己評価作成日	平成25年10月7日	評価結果市町村受理日	H26年2月14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	社会法人滋賀県社会福祉士会		
所在地	滋賀県豊洲市富波乙681-55		
訪問調査日	平成25年10月23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)】**

住み慣れた地域での生活の継続を支援しています。利用者本位の生活を優先して安心して生活できるよう馴染みの関係を築いています。ひとりひとりの生活スタイルを重視し、つばめユニットは特に活動的でイベントへの参加を喜ばれるので企画し、参加していただいています。

**【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)】**

南郷グループホームほたるは母体金田医院の敷地内にあり、近くにスーパーマーケットや公園がある生活しやすい環境の中にある。利用者の中には併設のデイサービス、ショートステイを利用していた方もあり地域に根付いたグループホームである。金田医院と医療連携体制をとって、医師が毎日訪れ利用者と顔なじみになっており、医院と同じ敷地内ということが利用者、家族さらに職員の安心につながっている。グループホーム内での看取りについて積極的に関わる姿勢を持っており、希望がある場合は本人、家族、医師、職員が話し合い、看取りを行っている。看取りについての詳細な個別の記録が残されている。利用者一人ひとりについてのきめ細やかな記録を基にして、その人らしい普通の日常生活が送れるよう支援している。地域の行事に参加し、積極的に地域との交流を図っている。

**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	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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	理念はボードに掲示して目に付きやすいようになっている。日々利用者への気配りを怠らない様、職員間で確認し実践につなげている。	「楽しくゆったりと自分らしくありのままに…共に生き暮らしの中に喜びと自信を…」という理念を管理者、職員が共に大切にしており、笑顔で接しながら、目配りと気配りを怠らないケアを実践している。	
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	地域のイベントや文化祭に参加したり、町内の民生委員の方がボランティアとして来てくださるなど交流している。	夏祭り、文化祭等の地域行事への参加、文化祭への出展、地域の人の訪問等、地域と日常的に交流している。災害時の連携の実現に向けて話し合いを実施している。	
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	運営推進会議で高齢者の対応の仕方や症状は議論している。		
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	日常生活の様子を写真で見たり、支援の内容を説明している。会議では意見を出してもらい活かしている。	会議で日々の状況の報告をするだけでなくホームを見学してもらい、実際の状況を伝えている。会議で、次回のテーマについて委員の意見を聞き、議題を作成している。議事録を委員全員に配布している。	
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	認定結果や入居・退所に関するアドバイスを受けている	利用者家族との関係での困難事例等、機会あるごとに相談し、グループホームの状況を把握してもらい積極的に関係づくりをしている。	
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	玄関の施錠も内鍵のみとし、デイサービスへの出入口も内鍵となった。外部での研修を職員間で共有し、勉強するとともに本人の(家族の)同意の上使用している。(車椅子・安全ベルト)	身体拘束ゼロの外部研修を受講した職員により、研修内容がミーティングで報告され、職員全員が周知するよう努めている。車椅子や安全ベルトの使用については、家族と話し合い、同意を得て使用している。	
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	外部での研修を職員間で共有し、勉強している。職員間でも日頃から注意し合っている。(言葉遣い)		

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
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	外部での研修を職員間で共有し勉強している。実際、成年後見制度を利用されている方もおられる。		
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	申し込み時、しっかり話を傾聴し、本人・家族が安心納得して入居していただける様に話し合っている。		
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	リビングの目のつきやすい所に意見箱を設置している。また、面会時、話しやすい様こちらからご要望がないか尋ねている。	玄関とリビングに意見箱が設置されている。家族の訪問時、意見や要望を聴くように努めている。意見や要望等はミーティングで検討し、改善につないでいる。第3者機関の苦情相談窓口のチラシが玄関に置かれていた。	
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	管理者や代表者は日頃から職員の様子・要望を把握し、意見はミーティング時に討論している。	職員は気軽に意見が言える状況であるが、管理者は積極的に職員から意見、提案を聴くよう努めている。出てきた意見や提案は必要に応じて、月一回開催される全体会議で意見を検討している。	
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	代表者は個々の勤務状況を把握し、評価して給与に反映している。また、職場環境の整備に常に気をつけている。		
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	代表者は職員ひとりひとりの力量を把握し外部研修を職員が受ける機会を設けている。		
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	交流会・研修会等で同業者と交流し、情報を交換している。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入居までに何度か面接を行っている。また、本人の思いをじっくり傾聴し、できるだけ時間をとり信頼関係を築ける様努力している。		
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	申し込み時より、家族の思いをじっくり傾聴し、相談や要望等話し合う機会を設けている。		
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	何度も話し合い、今困っていること・求めている支援を見極めている。		
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	野菜の育て方・料理のやり方・園芸・裁縫などアドバイスして頂いている。昔の歌や生活の様子なども教わっている。		
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	月に一度、最近の様子を書いた手紙と活動時の写真を送って近況を知らせている。また、面会時に職員も仲に入って談話し、共に支える関係を築く努力をしている。		
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	知人・友人との手紙のやりとりの支援をしたり。デイサービスへ来られる友人とデイで談話、また、こちらにも遊びに来て頂いている。	併設のデイサービスを利用している友人に話をしに行く利用者があり、デイサービス利用の友人がホームに来ることもある。馴染みの関係が継続できている。孫と手紙のやり取りをする利用者の支援もしている。	
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	トラブルや孤立防止のため、リビングの席を考慮したり、常に職員が目配りしている。利用者同士の仲に入り、コミュニケーションをとるようにしている。		

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
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	サービス利用終了後も、本人や家族が孤立されないよう、他施設の入所の援助やその後の生活の相談の支援をしている。		
<b>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</b>					
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	本人の立場に立ち、発言、表情等から不満や希望、思いを聞き出し、支援につなげている。気付きは日々の記録に残し、申し送り時やミーティングの時に職員間で検討している。	利用者に寄り添うことで、本人の希望や思いを聴き取るよう努めている。職員の気付きは、小さな事でも個別の生活記録に記録し、職員間で共有し、検討している。	
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	個人のアセスメントファイルを作成し、個々の歴史や趣向、生活歴、サービス利用に至った経緯をアセスメントし、把握している。		
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	毎日ケース記録に細かく記録し、個々の力にあった家事やレクリエーションに参加して頂いている。また、定期的に見直し、把握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	利用者本人の思いや希望、また家族の意志や希望を聞き、その上でユニットミーティングで意見交換し、本人主体で作成している。	毎月、個人ごとに目標を立てて、ユニット会議でモニタリングをしている。モニタリングの結果と毎日の個別記録を合わせて3ヶ月に一回、介護計画を見直している。本人主体の介護をする体制ができている。	
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	個別の生活記録があり、日々の様子や新たな発見を具体的に記録している。課題や変化が生じた時は詳しく記録しケアカンファレンスを開き、介護計画に役立っている。		
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	本人や家族の要望により、外出(外食)されたり自宅に外泊してこられる方もおられる。また、イベント等は事業所全体で参加し、楽しんでいただいている。		

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	消防や警察とも連携をとって支援している。また、地元の中学生の体験学習やヘルパー実習生の受け入れはとて喜ばれ、一緒に外出することも楽しんでいる。		
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	敷地内の医院と医療連携体制をとっている。また、利用者の健康面での心配事や変化が見られる場合、本人・家族と相談の上、専門医を受診していただき情報交換している。	母体の金田医院と医療連携体制をとっており、院長が毎日利用者の様子を見に来ている。医院が同敷地内にあり夜間の往診にも気軽に対応してくれることが、利用者本人、家族さらに職員の安心感につながっている。	
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	医療連携体制をとっているため、利用者の体調や精神状態を週一回看護師に些細なことも報告・相談ができ、日常の健康管理は徹底している。		
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。	他の病院を受診したり、入院したりするときは家族を支えて情報を共有したり細かく病院関係者に伝えている。また、入院先の担当医から当施設の院長に情報が入るなど連携に努めている。		
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	これから先の変化に備えて、本人・家族の願いや希望を聞き、その上でホームで可能不可能を見極め支援している。また、医師や家族と話し合い変化に備えて検討や準備をしている。	ターミナルケアについては積極的に関わる姿勢を持っており、今までに経験した看取りの詳しい個別記録を個別ファイルにして残している。本人や家族の思い、希望を確認しながら、医師の意見やホームの状況を考慮に入れて検討、看取りを実践している。	
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	ミーティング時に緊急時の対応の訓練教育をしている。また、そのマニュアルを常時見えるところに掲示している。		
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	地域の消防署に避難方法の指導を受けていて、ミーティング時にも確認している。災害時の対応マニュアルを常時見えるところに掲示している。	消防署の指導のもと避難訓練を実施している。緊急時の家族の連絡先と職員の連絡網の作成、備蓄等、ホームでできることを検討し、実践している。災害時の地域との連携について、話し合いが進められている。	夜間の災害時の対応については消防署より指導を受けて確認しているが、対応が困難になるであろう夜間を想定した訓練の実施も大切である。

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	職員は常に利用者ひとりひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーに配慮した言葉かけや対応をしている。個人情報についても緊張感をもち管理している。	職員は利用者一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを大切にし、一人ひとりに合わせて目配り気配りの行き届いた言葉かけや対応をしている。	
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	職員は利用者が話しかけやすい雰囲気を中心掛けている。また、利用者の思いに常に耳を傾け、安心、納得されるまで話を聞き、対応している。		
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	本や作業療法(貼り絵・塗り絵・パズル・裁縫等)を提供しているが、本人の希望やペースを大切に、歩行リハビリ・レクリエーション・体操・音楽DVD・外出など、やりたいことを支援している。		
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	その人らしい身だしなみやおしゃれが出来るように支援している。外出時は特におしゃれをしていただけるよう、一緒に洋服を選んだりしている。		
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	食事一連の作業を利用者と共に職員が行い、片付けも一緒にやっている。特に食事の下ごしらえやおやつ作りは楽しみながら一緒に行っている。	利用者に食べたいものを聞いて職員が献立を決めている。ユニットごとに別メニューを作り、交換して同じ食事を提供している。調理、後片付けを利用者と職員が一緒に行い、利用者は役割として楽しみながらやっている。	
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	毎日、個別に食事量、水分量の記録をつけている。食事量は個別に職員が把握し、水分は一日1300cc以上を目安に提供している。		
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、必ず口腔ケアを支援している。義歯の方には個別に義歯洗浄の支援もしている。		

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
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	排泄記録をつけ、パターンを把握している。リハビリパンツやパット使用の方もおられるがほぼすべての方がトイレで排泄している。	排泄記録をつけて一人ひとりの排泄パターンを把握し、リハビリパンツやパットを使用してもトイレで排泄できるように支援している。ポータブルトイレをベッドサイドに置いている利用者もいる。	
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	繊維質の野菜を多く採ってもらうよう心がけ、体操や散歩など個人に合った運動を支援している。排便状況により、個別に便秘薬を服用されている方もおられる。		
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	入浴の予定は一応予定として決めているが、本人の希望を優先し入浴を楽しんでもらえるよう支援している。	利用者の希望で併設のデイサービスの広いお風呂をデイサービス開始前に利用している。利用者の状態に応じてホーム内の個浴を利用することもある。入浴できない場合は清拭で対応している。	
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	ひとりひとりの要望に合わせて、昼寝や休息ができるように支援している。馴染みの寝具や環境の中安心して休まれている。		
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	職員は利用者の服薬状況を把握している。また、医師の指導のもと服薬できるよう支援し、服薬による副作用や変化が出た場合は、すぐに医師に報告している。		
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	アセスメントシートを活用し、その方の生きてきた時代背景や状況を知り、個別性を尊重した対応をしている。家事への参加やおやつ作りなど職員と一緒に楽しんでいる。		
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	徒歩圏内にスーパーや公園があり、外出が容易でもあるのでホームの中だけにとどまらない生活環境を支援している。	毎日、近くのスーパーへ食材の買物に出かけている。室内だけで過ごさず外の空気をすうということが大切だと考えているので、敷地内を歩いたり、近くの公園に出かけたりしている。外出時に顔なじみの近隣の人と話をすることもある。	

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	少数ではあるが、所持して使っている方もおられる。こちらでお預かりしている場合は家族の面会時に金銭出納帳を見せ伝えている。		
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	電話は希望時にかけていただいている。手紙も自由に出していただけるよう、切っでの購入や投函の支援もしている。		
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	リビングの畳コーナーやテーブル、洗面所に季節の花を飾ったり、利用者の写真や作品を飾ったりしている。テレビの音量や温度、照明の管理も注意し、行っている。	利用者が協力して作成した、季節感あふれる大きなちぎり絵がリビングや階段の踊場に飾られていた。2階のベランダには花や野菜が植えられたプランターが置かれ、1階から見える庭には花や木が植えられていた。	
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	玄関先や廊下、リビングにソファや椅子を置いたり、畳のスペースで利用者同士が団欒できる空間を設けている。		
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	本人が今まで使っていた家具を置いたり、家族の写真を置いたりして安心して過ごせるように工夫している。	使い慣れた家具を持ち込まれている方、こだわりのものを置かれている方、スッキリした部屋の方、家族の写真を飾られている方、それぞれ、その人らしい部屋になっていた。	
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	居室前には、写真入りの表札を掛け、トイレ、洗面所にも大きな字で表示し、混乱や失敗を防いでいる。		

## 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	24 ・ 38	習字・お花など趣味をお持ちの方が多いので、ボランティアでボランティアで教えに来て下さる先生がおられると嬉しい。(カルチャースクール)	月一度でいいので教室が開けるようにしたい。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の自治会などに声をかけてみる。</li> <li>・運営推進会議で話してもらう</li> </ul>	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】		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( )