

### 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	令和元年12月28日	評価結果市町村受理日	令和2年3月4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	<a href="http://shimin-yokaichi.net">http://shimin-yokaichi.net</a>
----------	---

#### 【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	滋賀県草津市笠山7丁目8-138
訪問調査日	令和2年2月14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)】

小さな子供から高齢者まで住み慣れた家、地域の中で共に助け合い暮らし、その人がその人らしく最後まで人として尊厳をもって暮らして行ける生活を支援している。

#### 【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)】

”住み慣れた我が家やわが町で、自分らしい生活がいつまでも続けられること”を理念に介護保険制度発足時に設立された。利用者職員は家族であり、施設は我が家としてとらえ、利用者の望む暮らしを支援している。施設は住宅内にあり、毎月地域のサロンに利用者が参加するなど自治会の一員として、自然な形で地域の人との交流が図られている。また、施設内の障子貼り替えやスロープの設置駐車場整備等自主的なボランティアの協力がある。終末期、看取りの意向確認は入所時に行っており、今までに看取りの経験が6件ほどある。職員として看護師の配置があり、在宅療養診療所の医師が毎月往診に来ている。医師と家族、職員とで支える体制を築いている。

### 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
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	地域の中で子供から高齢者まで共に暮らし続けられるという理念を共有している学童がなくなった為地域の集まりで子供達と交流している。	理念を共有し、職員全員が外部の見学者に説明できるようにしている。施設はわが家であり、利用者と職員は全員が家族であるとの認識で利用者を主役に日々さりげなく支える介護を実践している。	
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	毎月一回の地域のサロン(ひだまり)に参加させていただき等、地域の一員として日常的に交流している。	毎月地域のサロンに利用者が参加して昼食をともに交流している。一方、施設主催の夕涼み会には多数地域の人々の参加があり交流を図っている。	
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	年一回の地域の徘徊訓練に参加し認知症の人の理解、支援、地域の人からの相談も受けている。		
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	理事長、管理者を中心に入居者の状況を報告、入居者の家族さんも参加して頂き地域の方の意見を取り入れ協力体制が取られている。	2か月に一度、家族や地域代表、民生委員、市担当職員等をメンバーに夜間開催している。出た意見から、発言者自らがスロープを作ってくれるなどの協力がある。	
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	管理者、ケアマネ等との連携がありスタッフに伝えながら取り組んでいる。運営推進会議、事例検討会や市で行われる研修会に参加、夕涼み会を主催し交流の機会を増やしている	市担当者は運営推進会議のメンバーとして課題解決に向けての話し合いに参加している。市主催のグループホーム事例検討会に職員が出席し、市との連携が図られている。	
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	夜間以外の施錠は行っていない。入居者が外出したい時一緒に歩くその気持ちを受け止め不安や混乱を取り除くよう努めている。	身体拘束については職員研修の中で全員が理解しており、個々の安全性の確保と自由な暮らしの支援を職員同士で話し合っ実践している。外に出て行こうとする人には一緒にそっと付き添っている。	
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	虐待防止について、職員全員が認識しており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。		

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	以前は、利用されている方がおられ活用していたが今は新しい職員も職員も増えたので学ぶ機会を持ち研修などへも参加して学びを深めていく。		
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、ケアマネが行っている。必要に応じて事務局長も同席する。お試し入所を設けている。十分な説明を行い理解を得たうえ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	年に一回家族会を開催し意見要望を伺い、スタッフ会議、担当スタッフ等で検討し運営に反映できるよう努めている。来所時いつでも家族が話しやすい様な雰囲気を作っている。	ほぼ全員出席の家族会で意見要望を聞き、職員間で検討し、家族代表が出席する運営推進会議で報告している。利用者一人ひとりに担当職員がつき、家族から何でも話してもらえ関係づくりに努めている。	
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	月に一回スタッフ会議やサービス担当者会議で職員全員が理解し話し合い意見提案を反映している。	職員は、「9人の家、主役は利用者、一緒に生活をともにしている」を基本に、毎月のスタッフ会議で思いや意見を出し合い、提案の実現につなげている。	
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、色々な間での労働条件を受け入れている。職員と話す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	スタッフが年二回以上研修を受けている。その内容をスタッフ会議で報告し全員が理解しケアに繋げている。		
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	グループホーム部会(二カ月に一回)グループホーム事例検討会(三カ月に一回)に参加し情報交換を行いサービスの質を向上させる取り組みをしている。		

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
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	ご本人の話を聞きながらご本人があまり意思疎通困難な方にはご家族様から生活歴などを聞いて、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	ご家族様の苦労経緯等お話を聞きお話し期間を設けてその間に不安や要望等を聞き良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	お話し期間を設ける事により、本人と家族が希望されない場合等には他のサービス利用も含めた対応に努めている。		
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	本人の気持ちに添い共に支え合い助け合っ生活している。それぞれが出来る範囲で役割を持ち自信を持って暮らせる居場所作りにとスタッフ一人ひとりが関わるよう努力している。		
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	外出、面会、行事の参加をお願いしている。三カ月に一度近況を手紙でお知らせ写真も添えてる。手紙で様子が良く分かれると遠方の家族から喜ばれている。		
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	家族の訪問は多く気楽に外出、外食に行かれている。馴染みの人や場所との関係が途切れないよう努力している。	馴染みの美容室や買い物、近くのコンビニなど行きたいところに出かける機会をつくっている。家族が外食など自由に連れて行くこともある。重度の人でも散歩や外食に行けるよう支援している。	
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	それぞれの状況、性格を把握し、家事の役割分担をさりげなく出来るようスタッフ間で協力しているが難しい場面もある。		

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
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	入居者さんが亡くなられた後も家族さんとの交流があり、ボランティアとして参加して下さったりギターライブに来てくださったり、行事に参加して下さっている。		
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	入居者個々に担当がいて、毎月一回介護計画の見直し等行い、本人の希望や状況話し合い生活しやすさを本人本位に検討している。	言葉に出せない人も表情の変化で気持ちを察するなど日々の生活の中で把握に努めている。一人ひとりの思いや意向を常に聞き、それにこたえていく支援を職員間で話しあって実践している。	
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	アセスメント、経過記録を活用し来所時に家族さんから、情報を集め日常生活の把握に努めている。新しく得た情報は随時追加して共有している。		
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	日々の生活の中で、言動、表情、顔色、声の大きさ等多面から感じ取り経過記録、申し送りノートなどでその人の現状の把握ができる様努めている。申し送りでも伝えている。		
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	担当者が月一回介護計画を立て伝え、見直し、ケアマネ等と検討したりご家族様が来所時様子を伝えどの様なケアを支援していくか話をし介護計画を作成している。	ケアマネージャーは年1回家族との面談で要望や意見を聞き、担当職員と課題や支援内容など話し合っって介護計画を作成している。家族からは積極的な意見が多く出されている。	
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	経過記録、日課表にその都度記入し申し送り等で様子変化を確認、ケアマネにも情報を報告、相談している。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	入居者さんの状況に応じて人員の増員、ホームサービス、家族さんの協力も得ながら柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。		

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	月に一回の地域サロンの参加、ボランティアによる物作りやスタッフの子供たちの来訪等心身の力を発揮し暮らしを楽しむことができ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	入居者全員が地域の在宅療養支援診療所の医師を主治医として月一回の往診、緊急時対応も行って頂きいつでも医療を受けられるよう支援している。	主治医の往診が月1回あり、緊急時の往診も可能になっている。認知症専門医や歯科等は家族の協力が得られない人には受診支援をしている。	
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	看護師に状態を報告、相談、指示を仰ぎ対応している。適切な受診、看護を受けれる様に支援している。		
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。	近年入院されていない。ケアマネが病院関係者との情報交換、相談に動く投取りにしている。		
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	地域の在宅療養支援診療所の医師を主治医に迎え、看護師も配置、家族の要望に応じ看取りが出来る体制を整えている。終期は医師から家族へ看取りの説明があり看取りの確認書を交わしている。	過去に6人の看取りを経験している。入所時から毎年意向確認をしている。主治医から看取り期になると家族と職員に話しがあり、家族の意向に沿う体制をとっている。	
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	各種マニュアルを備え周知徹底を図っている。隣接のほっとタイムにAEDを設置している。		
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	避難訓練と年一回夜間想定総合避難訓練をしている。総合避難訓練時、地域の協力体制の見直しを行っている。	年1回夜間を想定した総合避難訓練を行っている。地域の応援がある。地域の人と利用者で防災ずきんを作って、枕元に大事な物や非常時に必要な物を入れて置いている。	地震災害も含めた地域との協力体制、備蓄品の検討を期待したい。

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
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	支援が必要な時、目立たずさりげない言葉かけをし、人格を尊重している。年長者として敬意を払いご本人も答えやすい関係作りをしながら人間の尊厳について繰り返し話し合っている。	職員は常に敬う気持ちを持っている。気遣いされないさりげない見守りとその人に応じた言葉かけを心がけて日々のケアを実践している。	
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	日常生活の中でご本人に合わせた声掛けをし表情や行動、しぐさから思いをくみ取り遠慮せず自己決定できるよう働きかけている。		
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	何度も話し合い、見直ししながら本人のペースに合わせてその日をどの様に過ごして頂くか支援している。		
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	本人の好みのスタイルを把握しその人らしさを保てるよう支援しさりげない言葉がけで交換など行っている。		
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	朝食はほぼ入居者の方が準備をして下さっている。スタッフは声掛けや補助役。毎食の片づけは一緒に行っている。食事は出来る作業は一緒におしゃべりしながら行っている。	居間の隣に台所があり、自宅と同様に食事の準備から後片付けなどできることを利用者と職員が一緒にしている。食材は週1回生協で宅配を注文し、足りない物は利用者と一緒買い物に行く。主役は利用者で、職員は自然な形で補助役に徹している。	
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	食事量、水分量を記録し把握、一人一人に合った食べ物、きざみ、ミキサー食など食べやすいよう工夫している。		
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	出来る方には声掛け、見守りをしている。出来ない方には口腔ケアを毎食後行っている。		

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	排泄チェック表を使用、一人ひとりの排泄リズムを把握しトイレ誘導を行っている。重度でどうしても無理な方以外はオムツの使用を減らせるよう努力している。	個々の排泄リズムや特徴を把握している。それぞれした行動を見逃さない、声かけをするなどトイレでの排泄ができる支援をしている。重度の人でもその人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	排便パターンの把握、薬のみに頼らず、オリゴ糖、水分補給、繊維質の多い食材の提供、体を動かせたり、腹部マッサージも行っている。		
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	入浴の嫌いな方にも無理強いせず、カレンダーにシールを貼ったり、本人が入浴を楽しめるよう、個々にそった支援をしている。曜日は決めていない。	入浴の回数や順番は決めていない。本人に入るか入らないか希望を聞いている。重度の人はリフト浴で入浴している。嫌がる人には無理強いせず、日や時間、職員を変えて声かけをして入っている。	
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	日中の活動を楽しく無理のない程度に促す事で夜間ほぼ全員の方が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	薬の説明を保管、スタッフが把握できるようにしている。服薬の支援、確認を行っている。処方の変更などがあつた場合には状態変化の観察、記録を行っている。		
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	日常生活の家事に一人一人役割があり自信を持って生活している。趣味のお琴をひかれたり、歌を歌ったり、体操、散歩等気分転換できるよう支援している。		
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	本人の希望があればできるだけ外出、体調を見ながら買い物、外食、花見、散歩等を行っている。家族さんも外出を良くして下さる。重度の方も出来るだけ散歩、外食できるよう支援している。	個々の希望で買い物や花見、外食、散歩など外出支援をしている。家族が連れて行くことも多くある。重度の人でも花見や外食、散歩に行っている。	



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
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	自己管理が可能な人には要望があれば持ってもらっている。外出時個々が支払できるように支援している。		
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	電話、手紙等本人が話されたり、読まれたりしている。本人と家族との関係を大切にしている。		
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	庭の花壇にみかん、イチジク、さくらんぼなど実のなる木があり取って食べたり、玄関に季節の花を飾っている。室内の共有空間を大切に居心地良く過ごせるよう工夫している。	居間と一体的に台所があり、食事時には全体に匂いが漂う。居間から居室に行く廊下の一角に古い木製の家具が置かれ、廊下の両側は腰板と障子になっている。裏庭には果樹があり、自由にとって食べたりしている。全体的に自宅を思わせる工夫がされている。	
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	共用空間の中で過ごされているか、本人の意志で思い思いに過ごされている。やりたい事があれば自室に帰れる事もある。		
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	居室には使い慣れた家具があり、家族の写真、自ら作られたカレンダー等を貼ったり、趣味の物を置かれたり居心地の良い部屋で過ごされている。	居室は畳と障子で落ち着いた雰囲気がある。それぞれ使い慣れた物を持ち込んでいる。表札は、自身で作った物(各自全く異なる)に自分で名前を書いて掲げ、自分の部屋であることがわかるようにしている。	
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	トイレが分かるよう「便所」と大きな字で分かりやすいようにしている。外へはスロープもあり浴室はリフト浴も設置している。日々変更したりしながら生活。		

## 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		職員側の決まり事、都合が優先に偏った考えでのケアで一人一人がどの様に過ごしたいかなどその人の気持ちになってケアすることが出来ていない。	もっとスタッフが話し合っよりよい一人ひとりのケアが支援出来るようにする。	ケアマネがスタッフの意見を聞き、その方にあった支援ができるように支援内容の用紙を作り、それを実行に移している。	6ヶ月
2		重度の方の楽しみ、支援ができていない。軽度の方は日常の生活の中で見つける様になっているが一人一人の思いに提供できていない。	重度の方も日々の生活の中で、心地よく過ごせるように考えていく。軽度の方にも生活の張り合い、楽しみを多く持っていただき、生き生きとしてもらえる支援を考えていく。	コロナの為、外出はできないが、庭だけでも、音楽を聴くだけでも工夫している途中で継続	6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( )