

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	2571800107		
法人名	社会福祉法人達真会		
事業所名	認知症対応型共同生活介護施設 ささゆりの家		
所在地	滋賀県犬上郡多賀町大字佐目675番地		
自己評価作成日	平成26年10月15日	評価結果市町村受理日	平成26年12月22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	野洲市富波乙681-55		
訪問調査日	平成26年11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)】

施設理念の「できること」の自立支援から「やりたいこと」への生活支援を下に生活支援を行っています。日常生活において、利用者様自身が出来ることは出来るだけしてもらいように支援しています。また認知症があっても、地域社会で生活出来るように、地域との交流も図っています。サロンや、地域行事(夏祭り、運動会、文化祭、防災訓練など)にも、積極的に参加しています。本人様や家族様のご意向をケアプランに組み込み、本人様のやりたいことを少しずつでも叶えられるように考えています。家族様にも誕生日会、家族会、行事への参加依頼や、病院受診、地域サロンなどをお願いして、生活を支えて頂いています。

【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)】

ささゆりの家は山と犬上川の渓流に囲まれた自然豊かな集落のなかにあり、地域と活発な交流が行われている。夏祭りは事業所と地域との両方で企画がなされている。地域のサロンや事業所の行事などは双方向に活発な交流があるとともに、地域の人が収穫した農作物を持参されるなど日常的な交流がある。災害対策においては、地域との協力体制を築き地域と合同で避難訓練が実施され、また公民館とともに事業所が地域の避難場所になっている。理念として「できること」の自立支援から「やりたいこと」への生活支援が掲げられている。1年に1回理念を基に年間目標について話し合い、今年度は「不適切ケアの改善」に取り組んでいる。利用者・家族等を含む第三者からの意見をとりいれ、一人ひとりの「やりたいこと」への生活支援をより充実したい職員が一丸となっている。

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
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	一年に一回、全体集会を行い、法人理念を基に年間事業目標について共有を図っています。その人らしさを思いながら、「不適切ケアの改善」を行っています。	法人の理念として「できること」の自立支援から「やりたいこと」への生活支援が掲げられている。グループホームはこの理念を共有し、日々実践に繋げている。	
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	施設取り組みで、地域の方が参加される、「山里茶屋」のサロンに参加しています。そこで利用者も交流されています。	法人全体で地域と活発な交流がある。地区の行事での夏祭りは施設と地域の両者で企画し実施している。地区の運動会には競技に参加している。地域との交流は特にグループホームの利用者が中心となっている。	
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	運営推進会議で、地元の役員と話をしたり、地域行事に参加する事で、理解や支援の方法を活かしています。		
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カ月に1度、運営推進会議を行い、広報誌や、文章も含めて報告しています。家族様の意見を反映して、代表者だけでなく、他の家族の参加を促しています。	運営推進会議は2カ月毎に開催されている。事業所からの報告をもとに委員との意見交換が行われている。避難訓練の報告では出された意見に基づきマニュアルが検討されていた。	
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、地域包括支援センターの参加もあり、報告や意見をもらっています。意見で、広報紙の事や、職員の就労時間、ボランティアの受け入れなどの意見をもらいました。	グループホームの担当者が地域包括支援センターと常に連携をとっている。報告をする、指導を受ける、意見交換をするなどしている。	
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	身体拘束防止委員会に出席して、委員会の取り組みや、決定事項を現場に周知して、ケアの実践に活かしています。施設全体での内部研修も実施しています(年2回)	法人全体で身体拘束防止委員会がつけられている。委員会に出席し取り組みや、決定事項をグループホームで周知し、ケアの実践に活かしている。年2回、施設全体での内部研修が実施されているので参加している。	
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	同上		

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	成年後見人制度を使用されている方もおられ、定期的に来訪もあり、常に連絡を行っています。		
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	初期契約時に、重要事項説明書での説明を行った上で、契約書にサインをもらっている。またその都度、状況に応じて説明をしています。		
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	家族来訪時、個々に話をしています。玄関に意見箱も設置しています。	事業者は利用者や家族の意見をサービスの向上に活かしたいと切に望み、意見箱やアンケートを実施しているが、利用者、家族の意見が少ないのが悩みである。	現状の意見を求めるとともに、家族を含む第三者が将来的に望む支援のあり方にも視点を当てるなどして、多様な意見を求める方法を検討し、その意見を運営に活かしてほしい。
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	会議前にアンケートを実施して、意見を聞いています。その意見を会議にて議論し、定期的に管理者や代表者は面談の時間を設けています。	職員の意見はアンケートを実施して意見を募り、又日常の業務を通じて出された意見等も会議で話し合い、まとめて報告している。管理者と職員との個人面談も定期的実施されている。	
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	人事考課制度を行い、半年ごとに面談を実施して意見などを聞いています。安全衛生管理委員会を中心に環境整備、安全対策も行っています。		
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	施設内での内部研修の推奨、外部研修については、職員玄関にて掲示、または上司からの依頼も行っています。研修参加後は伝達研修を行っています。		
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	彦愛犬のグループホーム部会に参加しています。そこで開催される、研修会にも参加して、意見の交換などを行っています。		

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
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	事前見学の受け入れや、本人や家族の希望があれば、利用に対する説明を行っています。		
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	事前訪問などで、話し合いを行い、介護状況や身体状況を聞いています。		
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	グループホームの説明も含め、訪問時に他のサービスについての説明や見学も支援しています。		
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	出来る事への支援、出来る可能性がある事への支援を通して、日常生活での作業や食事作り、地域行事の参加などを一緒に行っています。		
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	毎月ケアプランの経過や、手紙を書いて、近況報告をしています。定期的な家族様参加の行事も行っています。病院受診も可能な限り家族に、対応をお願いしています。		
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	2名、住んでおられた地域サロンに参加しています。そのうちの1名は在宅復帰に向け、家族様と一緒に地域サロンに参加されています。地域の方に出会うと、いつもと違う仕草や反応、笑顔が見られています。	利用者や家族と話し合い、馴染みの人との関係が続くように支援している。グループホームの所在の地区だけでなく、可能な限り住んでおられた地域のサロンに参加できるようにしている。	
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	リビングの設置や、施設の色々な所に椅子を設置して、利用者同士で話ができるようにしています。生活作業も複数名で行って、関わりがもてるようにしています。		

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
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	退所者の所へ面会に行っています。適宜、情報交換、相談に乗っています。		
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	日々、本人の思いや、話された内容を記録し、家より生活歴など、情報も含め、ケアプランへ反映させています。立案されたケアプランも、定期的に見直ししています。	法人で記録のソフトが導入され事業所ごとに必要な項目を抽出して記録する仕組みとなっている。本人の話されたことが記録されてケアプランに繋げている。より意向や思いを把握したいと模索されている。	思いや意向は流動的で、日常生活の中の何気ない言葉に込められていることがある。その言葉を受け止め、会話の状況や様子などを逐次記録し、やりたいことの支援に繋げてほしい。
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	入所前に、事前訪問を行い、本人、家族、ケアマネージャーから話を聞いています。フェイスシートも事前にもらっています。		
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	アセスメントや、カンファレンスにて現状の把握に努め、ケアプランに反映しています。		
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	定期的、緊急時にもカンファレンスを行い、本人や家族の意見をもらい、ケアプランに反映しています。また、多職種の専門性を活かし、情報共有、意見交換、評価、再計画をしています。	担当者と介護支援専門員で介護計画の原案を作成し、利用者、家族と職員の意見を求め原案を見直し、カンファレンスで計画を立てている。定期的に計画を見直すとともに、状態の急変にも対応している。	
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	パソコンにて記録の管理を行い、情報の共有もしています。カンファレンス前には、職員全員の意見の聞き取りも行っています。		
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	状況に応じて、臨機応変に対応しています。併設の施設相談員や、地域包括支援センターの方にも意見をもらったり、話し合いをしています。		

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
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	地域行事や、サロンへの参加、ボランティアの受け入れを行っています。		
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	週に2度、主治医が訪問に来られ、その際に、利用者・職員から、話し合いをしています。また、会議で看護師が参加していて、病気の事や、薬の事などの意見交換をしています。常に連絡出来る体制を取っています。	入居時に今までのかかりつけ医を継続するか、事業所の主治医にかわるか利用者が選び、受診支援をしている。現在は全員主治医の往診を受け、法人の看護師と連絡、連携をとりながら健康管理が行われている。	
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	常駐の看護師がおり、常に連絡、相談を行う体制をとっています。また、夜間においては、オンコール体制も整備しています。		
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。	病院への訪問や、医師、相談員と話し合いを行ったり、退院カンファレンスに参加しています。		
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	入所時、重要事項説明書なども含め、看取りの説明やサービスの変更の説明を行っています。外部の看取りの研修などにも参加しています。併設特養からも実践報告などの話を受けています。	入所時に、重度化した場合や看取りについて本人家族に説明し、事業所でできること、できないことを具体的に理解してもらうようにしている。	
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	内部、外部の救急救命講習に参加しています。応急手当普及員(I)を施設全体で3名取得していて、内部研修を行っています。		
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	防災、減災委員会を中心に、設備の点検、年に4回避難訓練を実施しています。地域の方にも避難訓練への参加、意見をもらい、実践へ反映しています。	職員2名が地域の自警団に所属し、地域と合同で避難訓練が行われている。また地域の避難場所が、公民館と事業所の2か所に決められているなど災害対策は地域と事業所が協力して取り組んでいる。	災害の種類により事業所が地域の避難場所になる。地域と共に避難方法、受け入れ態勢、必要となる備蓄品とその保管場所の分散等を話しあっている。

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
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	個人情報周囲に解らないようにしていません。施設の今年度目標である、「不適切ケアの改善」において、接遇面や言葉使いを月目標にあげ、取り組んでいます。人権研修も実施しており、勉強をしています。	今年度「不適切ケアの改善」が目標にあげられている。入浴時や排泄時も状況に応じてカーテン等を利用してプライバシーの確保に努めるなど接遇面での見直しに取り組んでいる。	
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	選択肢のある言葉かけや、丁寧な言葉かけを意識して、本人の自己決定を尊重しています。		
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	職員には時間は目安である事を意識して、利用者のペースに合わせての対応が出来るよう共有を図っています。		
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	利用者と一緒に入浴準備をして自己決定をしてもらっています。2か月に1度、散髪サービスも行っており、毛染めや顔そりなども希望にて実施しています。		
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	利用者の意見を聞き、メニューにも反映させています。特に誕生日には、利用者の意見で、外食に行ったり、鮎ずしを食べました。調理作業時も、職員と一緒に、役割を持って盛り付けなどもしてもらっています。	献立作りは利用者の意見を反映させている。利用者のできる範囲で一緒に調理や配膳をしている。評価日の当日もいなりずしに寿司飯を入れる、ぶどうを小皿に盛りつけるなどの調理に利用者が携わっておられた。	
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	食事、水分摂取量のチェックを表にて記録しています。利用者の体調や病気などにより、食事形態の変更も行っていきます。医師・看護師・管理栄養士等のアドバイスももらっています。		
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、個人に合った、歯磨きやうがい、口腔ケアを行っています。希望者や、口腔トラブルのある方には、毎週訪問歯科受診を行って、治療やアドバイス等ももらっています。		

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
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	普段のミーティング・定期的なカンファレンスにて、本人の思い、身体状況も踏まえ、個別の排泄支援を実施しています。家族の援助もあり、現在布パンツを試している方もいます。	排泄チェック表を活用して、一人ひとりの排泄の状態を把握し、個別の排泄支援をしている。カンファレンス等で常に排泄の自立に向けて支援の方法を話し合っている。	
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	排便チェック表をつけており、それに基づき、看護師や医師とも話し合いをしています。また、起床時の水分摂取や、牛乳を飲んでもらっています。食事も、栄養士に評価してもらい、野菜が多く摂れるメニュー作りをしています。		
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	週によって入浴回数は違いますが、最低週2回の入浴は確保しています。希望の回数・時間帯について、個人の希望の聴き取りを行った上で、タイミングに合わせて実施しています。	個人の希望を聴き、基本の入浴日を決めているが希望に添うように臨機応変に対応している。現在1日おきに入浴をする人が多いが毎日入浴する利用者もある。	
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	夜間の就寝時間は、利用者に合わせています。日中も、利用者の体調や体力なども考慮して、個々に臥床する時間を設けています。		
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	主治医や看護師と相談しながら、薬の見直しや頓服の実施を決めています。看護師より、会議時に薬や病状の説明も受けています。		
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	利用者の希望をケアプランに反映し、実施しています。その日の気分や、体調にも考慮しながら、行っています。また職員間でも情報の共有、記録にも残すようにしています。		
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	個人の買い物、定期受診、サロン、地域行事への参加などで、外出しています。また地域の知り合いの方に会いに行かれる利用者もいて、付き添いを行っています。本人様の希望や、生活必需品購入のため、車にて大型店舗にも出かけ買い物しています。	毎月地域のサロンに参加のため外出や出身地域のサロンまで外出する。日用品の購入のため大型店舗まで外出する。また利用者の希望を取り入れて全員で外出し好きな食事をするなどしている。	

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	現金は1部利用者を除いては、職員で管理しているが、希望必要時に出しています。一緒に買い物に出かける機会も増えています。		
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	利用者が希望される時には、職員が電話して、利用者に代わっています。		
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	施設に咲く花を飾ったり、仕切りをしたりして、落ち着ける空間を作っています。温度や、光なども、季節により調整しています。ホール全体に、利用者思い、思いの所におられます。	不快や混乱をまねくような刺激はなく、心地よい空間になるように工夫されていた。共用空間の和室は南側に位置し明るい日差しが差し込んでいた。そこには仏壇が設置され、旧型のミシンがおかれていてホットする空間となっていた。	
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	利用者の馴染みの物・使い勝手の良いクッションや座布団を設置したり、各場所に椅子やソファを置き、1人でゆっくり出来る空間を作っています。		
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	利用者の生活に関わりのある物や馴染みの物を置き、安全で落ち着けるレイアウトを心がけています。本人の意思や動き易さも考慮しています。家族の写真やプレゼントされた造花などを置かれています。	本人の思いを大切に使い慣れた家具等を持込んでいる。利用者の状態を考慮し和室を洋室にしたり、居心地よく過ごせるよう工夫されている。居室内やドアの掲示等も本人の希望を聞き表札や写真を飾る等されていた。	
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	理解しやすいように、居室前に表札を置き、写真なども貼り、居室を解りやすくしています。物も利用者の手の届く位置に起いてます。		

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	23	ケアプランに繋がるような気づき、情報量が少ないように感じる。目標設定もご本人のご意向に添えていない可能性もある。	利用者の隣に座り、対話の機会を増やす。	対話の中から得た情報、ご本人の何気ない言葉も記録に残していく。また常時、ミニカンファレンスや、ケアプランカンファレンスにて情報の共有・検討を図り、ケアプランへ繋げていく。	12ヶ月
2	10	玄関に設置している意見箱、外部評価でのアンケートの回収率が悪い。ご家族のご要望等を受けられる場面が少ない。また定期的なアンケートも行っていない。	サービス向上に向けたアンケートの実施。	引き続き、面会時、イベントなどを通してご家族との交流、意見交換の場を設ける。またアンケートの内容に関しても、ご家族自身がサービスを受けられる場合など興味の手持てる質問形式へ変えてみる。定期的なアンケートの実施、お電話にて事前にお知らせする。	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()