

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22年12月24日	評価結果市町村受理日	

※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	http://www.shigashakyo.jp/kohyo/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	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23年1月17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)】

学童保育、あったかサロン、親子デイ、保育、グループホーム、昔の長屋を連想するような建物と、子どもとの関わりがあり、大家族のように交わり接する。小さい子を抱いてあやしているその表情は生き生きとされている。地域の住民さんが出入りされて、交流の場であり共に行事などに参加し、触れ合う機会も多く日々の暮らしの中で人々が支えあっている。

【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)】

事業者は、地域で幅広い事業を展開している。グループホームもその中の一つの事業である。各事業を地域の中で連携しているので利用者の活動範囲もおのずと広範囲になっている。事業所の理念に魅かれて勤めている職員も多数おられる。志の高い職員集団の中で、利用者を中心とした穏やかな時間がホーム内に流れている。利用者とともに「今日の時間」を大切にしながら、重度化に対応する体制づくりに職員が一丸となって取り組んでいる。その体制を支える主治医との信頼と連携もできている。「住み慣れた我が家や我が町で、自分らしい生活がいつまでも続けられる」という理念の実現に向けて、先駆的な取り組みをしようとしている。

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
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	サービスの意識を全職員が持ち確認し、その人らしく生活を送る理念のもと、認知の進行、重度化に合わせた対応を心がけ、個別ケアを確認しケアを行っている	ミーティングを重ねて、理念を全職員が共有しており、利用者は無理に周りに合わせず、一人ひとりその人らしく重度化になっても、住み慣れた町や場所で生活ができるような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人として日常的に交流している	地域の自治会に入り月に1度の地域のサロンに参加している。日常的に買い物、散歩などに出かけ、地域の人たちと挨拶をしたり、会話をしている	地域の自治会に加入しており、その事業には利用者は参加している。隣接敷地内にある施設の地域サロンへ毎週参加されている利用者もいる。地域住民とも馴染みの関係で外出の時には挨拶や会話をしている。	
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	実践内容を踏まえ、認知症ケアへの理解を深められるよう、地域に向けて啓発活動、実習生の受け入れを行っている。		
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	利用者の家族、民生委員、市役所の方、地域の方々の集まり、サービスの実践評価の報告、地域の方への協力などを話し合い、協力体制が取られている	運営推進会議を月1回は開き事業所活動や利用者の状況を報告し、協議を積み重ねている。介護保険の委員自主研修会議も開いていた。	
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	運営委員会はもとより、認知症の研修会、徘徊者の模擬訓練、福祉と医療の連携など共に課題解決に努めている	NPO法人としての幅広い活動があり、事業所や職員も経験を積んでいる。市町村の研修には度々講師として職員が出向いたり、市の担当者を招いて研修をしたりして連携している。	
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	夜間以外の施錠は行っていない。利用者が外出したい時、声かけをおこない散歩に出たり、その方の思いをささげらず受け止めて、バリエーションを用いて、根本的な不安、混乱を取り除くよう努めている	重度で車いす生活の利用者も穏やかな表情で過している。身軽に動ける利用者も中庭に出たり自由にしてはいたが、玄関には施錠はなく外扉は開いたままで、自由な暮らしを保障していた。	
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	不適切なケアを行っていないか、利用者さんの尊厳について再確認し、ミーティング、日常において対応を全職員が周知している		

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	成年交換制度について説明を受けている活用されているケースがあり、スタッフはできる範囲支援している		
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	契約について資料を基に説明をし、その場での即答はひかえ後日よく理解され納得されたうえで締結している。又改定の場合は家族会を開き説明をしている		
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	利用者さんは日常生活の中で会話や状態をみながら気持ちよく過ごされるように気配りをし、家族さんが来所された時に質問や意見などあれば、いつでも対応している	ホームは利用者や家族の意見を聞き、個別性の高いケアに結び付けるよう日々努力している。ゆったりとした雰囲気、利用者や家族と常に対話している。そのため意見箱が玄関に置かれているが、意見等が入っていることはない	
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	全事業部門の会議は定期的開催、各事業部門は月1回スタッフ会議にて職員の意見等を反映している	月1回スタッフ会議を開いている。会議には副理事長や管理者も参加している。各担当部会も開催し皆で意見を出し合い計画をたて実行し、4カ月ごとにその成果等を検討している。検討結果の報告もしている。	
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	職員の負担にならないように福祉用具や備品を整備している。労働時間についても8時間以内をキープし重労働にならないように配慮している		
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	年間で2回以上研修するように職員に通達し、内容については各職員が検討し計画をたてている。又スタッフ会議の中でも研修を深めている。外部からの研修の案内は管理者を通して配布している		
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	グループホーム部会、グループホーム事例検討会に参加し、サービスを向上させていく取り組みを行っている		

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	家族の苦労、今までの経緯について話を聞いている。本人の意見を傾聴し、不安感が解消できるよう努めている		
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	生活座、状況を聞く中で、困られていること、望まれている点を把握し、相互が良い方向へ転換できるよう努め、お試し期間を設け、不安、要望に耳を傾け関係づくりに努めている。		
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	お試し期間を設け、本人、家族が希望されない場合には、他のサービスの利用も含め、対応、配慮している		
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	バリエーションの技法を用いながら、利用者の方の気持ちに寄り添うことを大切に、人としての尊厳を大切に、共に支え合い、喜び合って生活している		
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、ホームの行事の参加を求め、2ヶ月に1度等で近況を報告し共有している。情報を共有することで家族の方と共に本人さんを支え協力を行っている		
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	入所が長くなるにつれ外部との継続が難しくなっている。馴染みのある場所、人とのつながりを再認識し、関係が継続できるよう支援に努める	入居が長くなると、前に住んでいた地域への馴染みがうすれてくる。隣接の場で土曜日ごとに開かれる地域サロンへの参加は「新しい馴染みづくり」と認識し、職員が付き添って継続できるように努めている。	
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	ひとり一人の様子、相性を見て、介護者が間に入り、利用者さん同士の関係が深められるよう支援しトラブルが生じそうな場面があれば、場所の変更をさりげなくフォローし、出来る限り本人同士での関係づくりを重点において支援している		

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	他の事業所に移られた方にも、継続的に面会に行き、家族からの相談にも支援を行っている		
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	記録に目を通し、家族から得た情報も参考に、本人の要求を大切に、スタッフと検討し希望、意向を大切に間わりを持つよう努めている	日ごろの利用者の言葉や行動を日誌に記録し、利用者の要望などを職員全員で把握できるよう努めている。	
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	個々の部屋に馴染みの暮らしを残し、本人の気持ちを大切に、情報を共有し、普段の暮らしの中で活かせるように努めている		
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	無理に進めることせず、その人の過ごしやすい1日が提供できるよう、スタッフがその人の現状を把握に努めている		
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	課題とケアとのあり方についてその都度本人、家族、その関係者と話し合っている。一ヶ月に一度スタッフ会議、モニタリングカンファレンスをおこなっている。	本人、家族の思いや意見を反映させ、関係者とも話し合い、一人ひとりについて、日頃の生活に合わせた介護計画を立て、毎月のスタッフ会議でこれを検討している。	
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	経過記録、日課表にその都度記入し、申し送り等で様子、変化を話し、情報交換を行っている。		
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	利用者さんの状況に応じて、人員の配置、変更、増員、ホームサービス等、柔軟な支援で対応している。		

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
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	月に一度地域のサロンにに参加している。ボランティア、オムツ券の活用など、介護保険以外の社会的資源も活用している		
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	月一回の往診時にて、変化、状況をしっかり伝え、医師から受診結果も頂き、適切な医療を受けられている。一部の方は馴染みのある医療機関を受診される。	馴染みの医療機関を受診する時は、本人の状態についての記録を家族に渡している。現在は家族や利用者の希望により全員、毎月往診してくれる診療所の医師と密な連携がとれ、本人も家族も安心して暮している。	
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	看護師を配置しており、常に状態を報告、相談し、指示を得ている。必要があれば看護師が医師に指示を仰ぎ対応している。		
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。	入院時には随時スタッフが顔を出しコミュニケーションを図り、医療機関と情報を共有し、早期退院になるよう家族の方とも協働している		
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	入所時の確認書、重度化に伴う意思確認書を作成し、家族と話し合い、終末期について家族、スタッフと話し合う。話し合いを繰り返しながら、チーム支援に取り組んでいる。	ホームでの看取りの経験を生かして、現在重度化した利用者の終末期を考えて主治医、家族との話し合いも充分なされ、準備体制がととのい職員の覚悟もできている。	
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ている。周知徹底を図っている。隣の学童に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	一ヶ月に一度、想定での避難訓練を行っている。地域の防災網は作成中である。(小さいときは公民館、大きいときは南高校)に避難する。	消防署への直通電話があり、地元に住む職員も数人あり、想定での避難訓練も行っている。しかし夜間の災害対策には少し不安がある。	夜間、職員一人体制時での災害などの具体的な避難体制づくりや、避難後の利用者の更なる安全を確保するためには、近隣住民との協力体制が望まれる。

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	目立たず、さりげない声かけ、馴染みのある名前で呼びかけている。その方の人格を尊重して対応している。記録等は他から見えないように配慮している。	オムツ利用者は一人だけだが、トイレへ誘導する時の職員の声かけはさりげなく穏やかであった。記録類は事務所で保管・管理されている。	
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	意思表示の困難な方には表情、全身で対応をキャッチし、答えやすい声かけを行い、自己決定できるように支援している		
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し、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	食事、お茶、基本的なものの時間は決まっているが、その時間に摂取する必要はなく、本人のペースに合わせて個別性を大切にしている。重度の方は外出が減少傾向にあり、今後の課題である。		
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	本人のこだわりスタイルを把握し、そのらしさを保てるよう援助している。個々に散髪に行かれたり、化粧されたり、おしゃれができています。		
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	食器はせとものを使っています。調理、盛りつけ、片付けは利用者さんとともにし、スタッフも同じテーブルで、楽しく食事をしています。	全介助が要る利用者3名には職員が付き添い、一緒に食事をしながらゆったり楽しそうに時間をかけて完食していた。食後は、利用者が慣れた手つきで自主的に後片付けをし、職員がその手伝いをしていた。	
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	食事量や水分量をチェックして記入、不足の方は補給をしている。		
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	利用者さんの状態に応じて声かけを行い、スタッフによる口腔ケアを行っている。自立されている方に声かけを行う、その方の気分により毎食後とはいかないときもある。入眠前の口腔ケアは全利用者さんに必ず行っている。		

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し、一人ひとりの排泄リズムをくみ取り、トイレ誘導などを行っている。意思表示が困難な方は顔色、仕草をみてトイレ誘導を行っている。	夜間にはリハビリパンツ使用者もいるが、昼夜を通じ、オムツ使用者は一人だけである。一人ひとりの排泄リズムや仕草などを職員は把握し誘導を行い、「トイレでの排泄」を特に大切にしている。	
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	便秘の方には薬に頼らず、オリゴ糖、冷水、芋、豆、食物繊維を取り入れ、運動を促し、自然排便へつなげている。個々の負担にならないように心がけている。		
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	ゆっくり入浴して頂けるよう配慮しており、入浴をあまり好まれない方には”明日入ろうね”と約束をして入ってもらっている。夜間浴は本人希望に沿って行っている。	入浴は毎日でき、本人の希望に合わせてゆっくり入浴できる。重度の利用者も風呂場を改善したので浴槽の三方から職員三人が介助しながら一日おき位に安心して入浴している。	
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	一人ひとり日中の様子を見ながら、休まれている方には無理な支援をせず、昼夜逆転しないよう日中の活動を促し、生活リズムを整えられ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	薬の説明ファイルを保管している。服薬時は本人に手渡しする場合でも、服薬出来ているか、最後まで支援している。処方の変更があれば、変化の観察を行い、看護師に報告している。		
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	日常生活の中で個々に合った役割を持って頂き、その生活の中で生き生きと生活できるように努めている。		
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	「行きたい」と希望があれば外出を行い、体調、気分、様子を見ながら、外出、買い物、散歩など積極的に行っている。	重度の利用者も含め外出、外食は希望があれば積極的に行っている。	

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、お金の所持したり使えるように支援している	個々に応じた外出時、自分の財布から買い物をするように支援しているが、全体としては、その機会は少なくなっている。本人の状態を見ながら支援できるように工夫していく。		
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、手紙などは本人が話されたり、返事を書かれたりしており、本人と家族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、みかん等の木があり、実を取って日光浴をしながら、食べたり、共用空間は生活感が感じられるように、古い家具等を配置し工夫している。	職員も利用者もゆったりしていて、居心地が良いのか、ほとんどの利用者は、一日中ダイニングでテレビを観たり、食事をしたり、話をして、穏やかに過ごしている。	
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	全体的にリビングで過ごせている。ソファでくつろいだり、庭のベンチでくつろいだり、思い思いに過ごされている。リハビリ室では気の合った人同士でクラフトや絵を描いたり、手紙なども書かれ、自転車漕ぎで足のリハビリもされている。		
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	居室には使い慣れた家具、ベッドなど配置、絵を飾ったり、写真を貼ったり、好みに合わせた居室で過ごされている。	居室は壁に作品や写真が飾られ、一人ひとりその人らしい部屋をつくりだしている。廊下には古い桐タンスを書類入れにしたりして、利用者が暮らした時代を回想できるように配慮している。	
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	トイレに「便所」と大きな字で書いたり、はっきりした色の大きな花をつけ場所が分かるようにしている。混乱が生じないように、さりげなく声かけをおこなったり、自立支援に努めている。		

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	92	外に出ることが好きな利用者が、十分に満足できるような頻度で、外出することが出来ない。	外出する(戸外にでる)機会を増やす。	庭で自由にすごせるようにする。各利用者の行きたいところを把握する。	12ヶ月
2	96	日常的に気楽に、地域の人や知り合いが、訪ねて来るようなことがない。	地域の人達と知り合い、親しくなる。	近隣の散歩をする。地域の催しなどに参加する。	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()