

### 1 自己評価及び外部評価結果(青葉ユニット)

事業所番号	2591400102		
法人名	株式会社 フジサワ建設		
事業所名	グループホームまごころ・土山		
所在地	滋賀県甲賀市土山町南土山甲448番地		
自己評価作成日	平成29年2月17日	評価結果市町村受理日	平成29年4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	<a href="http://magokolo.jp/">http://magokolo.jp/</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	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2月28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)】

平成27年4月に開所した施設であるが、認知症ケアの経験者、介護福祉士が多く勤務している。開設前には、介護福祉士や認知症ケア経験者が中心となり、開設前研修を実施した。医療連携体制加算、看取り介護加算を取得している。常に、医師、看護師との連携をとって、利用者の状態を共有している。看取りの体制を整えている為、認知症の症状の進行や、ADLの低下にも対応したケアを実施している。利用者の重度化に対応できるようにチェア浴槽も設置している。甲賀市内の社会福祉法人と地域連携に関する協定書を締結している。社会福祉法人と、介護知識や認知症ケアなどの勉強会をしている。隣に、保育園があり、園児、利用者との交流、緊急時避難場所としての受け入れるよう体制を整えている。季節の行事には地域のボランティアに参加して頂き、地域とのつながりを重視した施設運営を心がけている。

#### 【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)】

グループホームの裏側には田園が広がる静かな環境の中にある平成27年4月に開設されたグループホームである。「自立」「尊厳」「安全」という基本方針を基に、開設時に職員全員で、誰にでも理解しやすい五つの基本理念を作り上げ、申し送りの時や会議の時に共有し、日々のケアに活かしている。職員は、本人の思いを大切に本人本位のケア、本人の意向や希望に沿ったケア、利用者一人ひとりの出来ることを大切にするケアの実現を心がけている。医療機関、訪問看護と連携をとり、看取りを経験しており、今後も本人、家族、医療関係者、ホームの連携のもと、看取りに対応していく体制を整えている。日常的な受診についても職員が同行することを基本としている。

### 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 3. 利用者の1/3くらい 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、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (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	基本理念を事務所に掲げ、毎日の申し送りのときに唱和している。	基本方針「自立」「尊厳」「安全」を基に、グループホーム開設時、職員全員で考えた5つの基本理念を玄関ホール・事務所内の壁に掲示している。また、毎日、申し送りの時間に唱和し、職員間で共有を図っている。	
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	地域の店に買い物、花見、紅葉見学、初詣に出かけている。また、地域の神社の行事に参加している。	自治会には準会員として協力している。地域の神社への参拝、行事に参加している。グループホームの敬老会などの行事を地域の人に参加してもらえるように案内している。	
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	認知症サポーターキャラバンメイトに参加。地元の中学校に認知症についての講座をする。		
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	2ヶ月に1回は運営推進会議を開催。実施情報を公開し、サービスの向上のために意見交換している。	2カ月に一回、運営推進会議を開催して、グループホームの利用状況、利用者の状態、開催行事などを、報告している。	会議の委員として区長、民生委員など役職に就く方だけでなく、様々な立場の方に委員をお願いして関わりを持つことでホームと地域との関係を深めていく事を期待したい。
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取り組んでいる	運営推進会議で市の職員に参加してもらっている。	運営推進会議に市の担当職員が参加している。担当者に事業所の状況や取り組みを伝え、協力関係を築くよう取り組んでいる。	
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	毎月のグループホーム会議で身体拘束をしないケア(利用者のケアの確認)をしている。	身体拘束をしないケアに取り組んでいることを、利用者、家族には契約時に伝えている。グループホーム会議で利用者一人ひとりのケアについて職員間で話し合い、確認し合っている。	
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	人権研修を実施している。		

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	管理者が成年後見養成研修修了。		
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	入居契約の際、契約の締結、解約、改定等について説明している。また、疑問があれば、いつでも相談することを伝えている。		
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	家族が面会に来られた時に、意見や要望があれば聴いている。	家族の面会は多く、面会時に意見や要望を聞き出すようにしている。さらに家族の意見や要望が聞けるように家族会の開催を検討している。	家族会は積極的に家族の意見や要望を聞き出す機会になるので、家族会の開催に期待したい。
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	職員との面談を行い、意見や提案を聴いている。毎月1回グループホーム会議を実施し、意見や提案を聴いている。	月に一回、グループホーム会議を開催し、職員の意見や提案を聞いている。また、必要時(年に二回程度)職員と面談を行い、意見や要望を聞き出している。	
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	職員との面談の際、得意な所をケアに活かせるようにしている。		
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	甲賀市内の社会福祉法人と地域連携に関する協定を締結している。社会福祉法人の管理者を講師として研修を開催している。職場外研修にも必要時参加してもらっている。		
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	甲賀市内の社会福祉法人と地域連携に関する協定を締結している。勉強会をしている。		

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
<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	本人との面接で、困っていることに耳を傾け、どのように暮らしたいかを聴いている。本人の家族、ケアマネ、かかりつけ医からの情報も収集している。		
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	入居決定後、家族との面接を行い、不安、要望を聴き、家族の意向を聴く。		
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	本人、家族との面接でアセスメントし、必要な支援を計画している。また、場合によっては、主治医、看護師との他職種連携によりサービスを展開している。		
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	利用者のできる所に着目し、家事や食料品の買い物の手伝い、畑仕事など、それぞれ役割を持って生活して頂いている。		
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	面会に来られた家族には、ゆっくり過ごせるように居室で会って頂いている。また面会者の数が多いときは、会議室を提供している。いつでも面会できるようになっている。		
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	お盆、年末年始の帰省の援助。グループホームでの情報を家族に提供。家で、もし困ったことがあればいつでも相談することを、家族に伝えている。なじみの場所(神社)に出かけている。	お盆、年末年始などに帰省する援助をしている、また、帰省時に自宅で困りごとが起こった場合はいつでも職員が相談にのることを家族に伝えている。馴染みの美容院に家族と行く利用者もいる。	
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	夕食や花見、ドライブに出かけている。職員補助で、利用者共同で、ペットボトルでけん玉を作り、保育園児にプレゼントしている。		

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	退去後、サービス担当者からの相談に応じている。		
<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	日常の会話で、本人の暮らしの意向を聴き、ケアプランに反映している困難な場合は、家族から生活歴を聴いたり、本人の今までで生活してきた中での発言などを総合的に考慮して検討している。	利用者本人や家族からそれまでの暮らしぶり、状況、思いなどを聞き出し、意向の把握に努めている。日常生活の中で発された本人の言葉をケース記録に残している。	
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	家族の協力を得て、今までの暮らし方シート、できること・できないことシートを記入していただき、暮らし方を把握している。ケアマネジャーより情報を得ている。		
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	利用者との関わりのなかで、気づいた点は、必ず記録を書き、また職員全員で共有する。看護師から主治医へ、情報を提供し共有している。		
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	計画作成担当者は、本人の暮らしの様子や発した言葉、家族の意向、スタッフの情報を総合的に判断し、できるところに着目したプランを作成している。	利用者一人ひとりの担当職員は決めていないが、利用者の日常の様子、家族の意向などを総合的に判断して通常は三カ月に一回、必要があれば随時、本人のできることに着目して介護計画を作成している。	
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	日々のケアで気づいた事は必ず申し送り、記録を書き、また職員全員で共有する。本人の暮らしに関わる内容であればケアプランに取り込んでいる。		
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	その時々生まれるニーズに対応し、既存のサービスだけでなく柔軟に対応するよう心がけている。		

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	土山にこにこ園との共同により、災害時や緊急時の避難場所として、受け入れる。		
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	毎月1回訪問診療。状態の悪い方は必要時診てもらっている。	かかりつけ医の受診も可能であるが、連携医は月一回、往診してくれる。受診には職員が同行し、状況を説明している。専門医の受診など必要な場合は家族も一緒に同行する。	
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	毎週1回訪問看護。24時間のオンコールによる対応。		
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。	利用者の入院時、できるだけ面会に行き、本人の状態の確認。主治医、看護師から様子を聴いている。		
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	入居契約時に看取りの指針と終末期の意向確認書について同意を得ている。主治医、看護師、家族、スタッフとのチームケアにより看取りを実施している。	利用開始時、ホームの看取りの指針を説明し、終末期の意向確認書の同意を得ている。また、本人の状況に変化があるなどした場合は、機会あるごとに家族と話し合い、意向確認書に同意を得ている。	
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	救急救命研修に参加している。 AEDの設置。 消防訓練を2回実施している。		
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	年2回(1回は夜間想定)で避難訓練を消防署と合同で行っている。 災害の際は区長との連携をとれるようにしている。	消防署の指導のもと、年二回(内一回は夜間想定として夕方に実施)で避難訓練を実施している。災害の際には区長と連携が取れるようにしている。	災害時の避難には地域との協力体制が不可欠である。運営推進会議で話し合い、地域との関わりを強化し、協力体制を築いていくことを期待したい。

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
<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	利用者の認知機能に合わせ声かけを、理解しやすい言葉などで行っている。職員同士や管理者から言葉づかいに注意する環境にも努めている。	利用者一人ひとりの状態に合わせ理解しやすい言葉かけ、丁寧すぎない言葉使いに心がけている。過剰な声掛けで、本人の出来ることを取り上げないようにしている。	
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	利用者とのコミュニケーションを密にとり、本人の希望を聴くように職員は心がけている。		
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	1日の決められた日程を作らず、利用者の思ったことをできるようにしている。買い物や外出の支援がもう少しできればと思う。		
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	着替えの際、本人の好みの服を選んで頂いている。起床時、整容を促し、介助にて行っている。		
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	外注の食事を使用しているが、週2回は料理作りをする機会を設けている。盛り付けや片付け、味見などスタッフと一緒にしている。外食の支援も行っている。	簡単に調理できる外注の食材を使用して、盛り付け、後片付けを利用者と一緒に行っているが、週2回は、献立作り・買い物・調理・盛り付けなど食事作りを職員と利用者が一緒に行っている。	
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	1日の水分量はチェック表にて把握している。食事量が低下している方は別に食事チェック表を使用し、主治医や家族に報告できるようにしている。		
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	朝、夕の口腔ケアを行っている。入れ歯の洗浄は毎日行っている。		

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	利用者のADL、認知機能に合わせた排泄介助を行っている。できるだけ、トイレで排泄ができるよう、排泄チェック表を使い、排泄間隔を把握するように努めている。	排泄チェック表に記録し、排泄パターンを把握することで、トイレ誘導が可能になり排泄の失敗が減ったり、おむつからリハビリパンツになった利用者がある。	
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	水分チェック表にて、水分量の把握、排泄表にて把握している。必要な方には、主治医や訪問看護師と連携し下剤、浣腸を行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴日は決めているが、その日の利用者の状態に合わせて柔軟に対応している。	週二回、入浴日は決まっているが、医師の指示がある利用者には毎日シャワー浴を行うなど、必要に応じて柔軟に対応している。	
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	その日の利用者の状態に応じて休んで頂けるようにしている。眠れない利用者については、無理に休んでもらうことなく、話を聴き対応している。		
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	薬の変更時は必ず職員に周知し、変更後の利用者の様子は記録に書くように申し送る。ケース記録にも薬の情報を確認できるようにしている。		
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	日常の食事盛り付けや、洗濯物たたみ、部屋の掃除などを手伝ってもらっている。 畑仕事、駐車場の草引き等も行っている。		
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	お盆や正月には外出、外泊できるようにしている。買い物やドライブにも行っている。孫の結婚式に参加する支援も行っている。	日常的に食材の買物、近隣の神社や公民館への散歩など、できる限り希望に沿う外出を支援している。お墓参り、孫の結婚式への出席など、家族とともに職員も同行する外出支援も行っている。	



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	現在、お金の管理は事業所で行っているが希望があれば、いつでも使えるようにしている。		
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	正月の年賀状の作成を行っている。携帯電話を所持している利用者もおられる。		
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	全館バリアフリーになっており、段差はなく安全である。エアコン、床暖房を使用し快適に暮らせるよう温度管理を行っている。浴室にもエアコン、床暖房を設置している。	共用空間は、天井が高く明るく、食事の場とくつろぎの場を別々に提供できるゆったりした空間となっている。敷地内に畑があり畑仕事を楽しむ利用者もある。二つのユニット間にある中庭ではバーベキューを楽しむこともある。	
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	共用スペースは、1フロアのみなので、居室や玄関ホールを使用している。別ユニットへの行き来もして柔軟に対応している。		
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	入居前に、本人または家族に居室を見てもらっている。普段から使っている物、家具、絵画、家族の写真などを持って来てもらうように伝えている。	ベッド、エアコン、洗面台、備え付け収納庫が備え付けで設置されている。持ち込みの家具、家族の写真、絵画など、自由に持ち込んでおり、個性あふれる居室であった。	
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	年月日や食事メニューを書き、利用者が目で見てわかるようにしている。季節に応じた飾り付けをしている。		

## 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	4	運営推進会議に、地域の方の参加が少ない。	様々な地域の方との関わりを持つことが必要。	区長、民生委員の参加だけでなく、様々な立場の方(老人会など)に委員として参加していただく。	6ヶ月～ 12ヶ月
2	35	避難訓練を実施しているが、地域との協力体制が整っていない。	地域との関わりを強化し、協力体制を築く。	災害時、地域住民との協力を得られるように、運営推進会議で話し合う。	6ヶ月～ 12ヶ月
3	10	家族会が開催されていない。	家族会は家族の意見や要望を聞きだせる機会になるので、家族会を開催する。	家族会を開催する。	6ヶ月～ 12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( )