

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	3390101677		
法人名	医療法人よつば会		
事業所名	グループホームメディフル藤田		
所在地	岡山県岡山市南区藤田1134番地2		
自己評価作成日	平成30年10月10日	評価結果市町村受理日	平成31年1月30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.kai gokensaku.mhlw.go.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 あしすと		
所在地	広島県福山市平成台31-34		
訪問調査日	平成30年10月26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)】

利用者が高齢化、重度化していく中で、一人ひとりの「地域での暮らし」を大切にするため、地域交流会や地域活動に職員が率先し利用者とともに参加してきました。その努力は現在も地域の慰問やサロンへの参加の継続に繋がっています。職員主体に流されがちな日々の業務の中で「利用者主体」を常に大切に取り組み続けられていることも、職員全員が同じ方向を向き、理念を大切にしているからだと思います。利用者の安心安全な暮らしの継続は職員のやりがいや充実感に繋がっている一方で、その責任の重さに負担感や不安感が生じてきていることも否めず、職員の安心も考えていく必要があると思っています。

【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)】

事業所は田園の中にあるが、近くに大規模の商業施設があり食材の買い出しや利用者の買い物にも便利である。また、全ての居室の日当たりと風通しがよく居ながらにして四季を感じることのできる環境にある。優れている点として、建物の設計に職員も参画していること、危機管理(BCP)に対する準備をしていること、日々のケアの中で何を優先するかを明確にしていることがある。工夫点としては、地域とのつながりを大切に、相互に密な連携をしていること、職員が利用者一人ひとりを的確に理解し、その人に合ったケアをしていること、利用者により意思決定権を持たせていること等がある。

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ます (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、活き活きと働いている (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	特定非営利活動法人 あしすと			

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	倫理、ケア理念の確認を内部研修だけでなく、日々の申し送りやミーティング、カンファレンスを通して全体的に共有が図れている。	理念を玄関に掲示し、月に一度のミーティングやカンファレンス等で振り返りを行っている。また、全ての職員が自己評価表を作成し、共有することで実践にもつなげている。	
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人として日常的に交流している	地域での行事(サロン、夏祭り、クリーン作戦など)や保育園との交流も図られている。地域の商店や米屋との繋がりも継続され、地域との関わりを大切にできている。	地域で実施されているいきいきサロンや清掃に利用者も職員と一緒に参加している。また、生花店や婦人会、消防団との交流も活発で、保育所とは毎年、相互に行き来している。	
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	運営推進会議の場で、地域の方に認知症の理解を求めたり、興味や役立つテーマを取り上げ、ともに学んだりしている。防災に関しては地域と事業所がともに考えている。		
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	2ヶ月に一度、家族や地域の役員が多く参加し、運営報告に対して多くの意見を頂戴している。常に客観的な意見として尊重し運営に反映できるようにしている。	連合町内会長、町内会長、婦人会長、民生委員、包括支援センター、保育所長等が参加して2ヶ月に一度、開催している。内容は運営状況や研修内容の報告等である。出された意見は防災マニュアル等に活かしている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	市担当者との連携は管理者が行っている。地域包括支援センター担当者ともお互いに情報交換を行っている。	管理者が中心となって日常的に細やかに連携している。愛育委員が実施する研修会にも参加し、情報交換も行っている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指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	年1回の内部研修の継続と、今年度改めて指針を整備し、3ヶ月に一度担当者による身体拘束廃止検討会を開催している。日中施錠は行わず、職員の行動や言葉での制止も行わないよう努めている。	家族との連携が細やかで、全てのケアをとおして「利用者はどう感じるか」を合言葉に、身体拘束を必要としないケアに努めている。	
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	身体拘束とあわせて内部研修を実施している。「不適切ケア」の振り返りを行う機会を作り防止に努めている。職員の法律に関しての学び、理解は少し不足がある。		

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	内部研修で権利擁護について繰り返し学ぶ機会がある。成年後見制度を活用している方はいないが、必要な場合は検討していく。職員の制度についての理解は不足している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、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	契約や改定に沿った変更は、都度文書と口頭により説明している。説明者と同席者を設けて、相手の表情をみながら不安や疑問がないか確認しながらすすめている。		
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	言葉にすることの難しくなった利用者が増えている中で、日頃より何気なく発した言葉も意識していくようにしている。家族からも同様で、言い難いことを理解し一方的なお伝えにならないよう注意している。	家族は面会時を中心に、利用者は一人ひとりの状況に応じて話しやすい場を作り、意見に耳を傾けている。出された意見は職員間で話し合うとともに家族と細やかに連携し、利用者にとって最善なことは何かを相互に検討している。	
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	管理者と職員は定期的に面談を行い確認している。反映できるよう調整や改善を行っているがすべて叶えられてはいない。代表者へは管理者より随時報告を行っている。	3ヶ月に一度の管理者との面談やカンファレンス・ミーティング等の中で把握に努めている。出された意見は物品の在庫管理や勤務体制などに活かしている。	
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	職員個々の事情に応じた勤務体制に柔軟に対応している。残業が常態化しないよう業務改善に努めているが難しい面もある。		
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	キャリアパスを取り入れ、個々の目標設定と定期的な振り返りや修正を行っている。法人内外の研修機会を多く設け参加機会を確保している。		
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	外部研修へ参加し、その中で同業者との交流を図ることを促している。今年度他事業所からの研修を受け入れ、交流の機会となっている。		

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	入居への理解や納得が難しいが、ご本人の入居への不安や混乱を理解した上で、これまでの暮らしを大切に、まずは職員に安心していただけるようにかかわりを持つようになっている。	
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	入居検討の際に不安な気持ちや大変だったこと等の今までの経緯を丁寧に聞く中で、様々な思いが入り混じっていることを理解し傾聴している。また信頼関係をつくることを大切にしている。	
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	入居決定は本人、介護家族の状況から緊急性を重視している。しかし、金銭面、医療依存度なども含め検討し、他サービスの方がより適切であると思われる場合は、その説明対応も行う。	
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	本人の話に耳を傾け、ともに過ごす時間を大切にしている。本来の個性や今ある能力を考えながら、ともに過ごす関係づくりに努めている。	
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	入居によって、家族との関係が途切れないよう、手紙も活用し生活の様子や変化を常に伝えながら、面会も促している。これまでの家族間の関係性も考慮に入れることが必要と思っている。	
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	本人の身体的な状況や記憶が曖昧となっている中で、馴染みの場へ出かける機会はできていない。ホームへ来所くださる方や現在の地域との繋がりはあるので続けていきたい。	かつての馴染みの場所に出かけることは困難になりつつあるが、利用開始時から出来た新たなつながりである地域サロンや面会者等とのつながりを継続でき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	他ユニットの交流も含めて気の合う者同士と一緒に過ごせる場を設けている。逆に相性の悪い関係性もあり、配慮も必要になっている。	

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	サービス終了後も気軽に足を運んでくださり、畑の手入れや差し入れを持ってきてくださるなど良い関係を築けている方もいる。		
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	一人ひとりの思いや意向について職員が関心を払い把握しようと努め、職員間で話し合っている。言葉にできなくなっている方も多く表情や言動から汲みとったり家族に確認したりしている。	日々のケアの中で把握した思いや意向を職員間で話し合って共有している。困難な場合は家族との連携や利用者の言動等を細やかに観察することで把握している。	
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	本人や家族、入居前の関係機関(ケアマネ等)などから情報を聴き取り把握するよう努めている。家族が知らないこともあり、本人の様子を見ていきながら共有に努めている。		
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	日々関わっていく中で一人ひとりの一日の過ごし方や心身の状態、個々の力の把握に努め、記録や申し送り、カンファレンスなどで共有に努めている。		
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	本人、家族の願いを大切にしながら、アセスメントを行い、必要な支援が何かを職員間で話し合いプランを作成している。カンファレンスに参加できない職員は書面で参加している。	利用開始時は1ヶ月、その後は利用者の状態に応じて2~6ヶ月を目安に柔軟に対応している。モニタリングは1~3ヶ月に一度、実施している。	
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	普段と違った様子や本人の発する言葉を大切に記録に残すようにしている。しかし、記録に時間を要してしまうことや、漏れや不足も多く共有が不十分で実践に繋がっていないことなど課題もある。		
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	利用者のニーズにあわせて満足に繋がる支援を検討しているが柔軟な対応には至っていない。行政や企業などあらゆる人や場を巻き込んだ支援を考えることが多機能化に繋がると思われる。		

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	地域に出向けなくなってきても資源の活用ができるよう、把握とともに活用には工夫や検討が必要。		
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	協力医院と密な連携体制は図れている。必要に応じ受診し、専門医への紹介や家族希望による医療選択もできるよう、医師から直接話を聴ける機会も設けながら支援している。	家族や本人と話し合い、納得したかかりつけ医となっている。協力医の往診と看護師の訪問が隔週であること、事業所と病院の連携が緊密なことで医療面での安心感を利用者・家族にもたらしめている。	
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	連携クリニック看護師の定期訪問があり利用者の健康状態の相談や把握ができています。日々の変化や気づきも随時連絡できる体制が整っている。		
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。	入院時の情報提供、入院中の様子確認、退院時の事前面会を行いながら、早期退院受入に努めている。また入院中のご家族の不安に対応できるよう連絡を取り合うようにしている。		
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、事業所の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	重度化や看取り体制について入居時だけでなく、その後も利用者の状況に応じて説明を繰り返している。本人や家族の不安や希望に応えられるよう、医師も交えながら、随時話し合える場を設けながら納得のできる方向性を検討している。	利用開始時及び利用者に変化があった場合にも家族と細やかに話し合っている。看取りの経験が豊富で、前後の研修も充実したものとなっている。亡くなった場合は、全ての利用者も部屋を訪れて見送りをしている。	
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	未然防止のためのヒヤリハットの活用、振り返りに力を入れている。事故発生時の対応は連携とともにできているが、心肺蘇生や応急手当が全職員にできる実践力はないと思われる。		
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	地域性から必要な災害に対する勉強会や避難訓練は行っている。7月豪雨の際に実際に避難したことで新たな課題もみえてきたが、その改善はまだである。	火災を2回、地震1回、水害1回の避難訓練を実施している。7月の豪雨時には実際に提携医院に避難し、備蓄品の見直しや必要な物品等も整理して今後備えている。	

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	日頃から接遇やプライバシーについては気をつけているが、職員間の会話の中で大声で話したり、年長者への敬いが慣れ合いとなっていたりしている場面がある。	「利用者はどう思うか」「自分の親にかけることが出来る言葉か」を合言葉に、一人ひとりの尊重とプライバシーの保護に努めている。課題と感じたら、その場で管理者等が細やかに指導している。
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	自己決定の視点で、尋ね方の工夫をしたり選択肢を増やしたりはできている。一方で支援しているつもりとなっているかもしれないという意識で引き続き気をつけていく必要がある。	
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	一人ひとりのペースを大切にケアを実践している。スタッフのペースになっていることや、急かしていることもあるため、職員間で声をかけていくことも必要である。	
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	服を選んだり髪を染めたり、化粧をしたりするなどおしゃれが楽しめるように支援できている。反面、衣類の汚れや乱れ、ひげや爪が伸びたままということも多い。	
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	一人ひとりの嗜好を把握し、味や食器の工夫をしている。買物から調理まで一緒に行うこともしているが、楽しみや役割の意識づけには工夫も必要(何をしているか分からずやらされている感とらない工夫)	献立に利用者の意向を取り入れている。食材は職員と一緒に買いに行ったり、畑で栽培した物、地域からの差し入れ等も使い、手作りしている。利用者も調理に加わり、職員と一緒に食べている。
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	採血結果も気かけながら、代替食品や高カロリー食品を取り入れ栄養管理に努めている。高齢により摂取量が減っているため質を高める必要がある。	
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	朝晩のケアは意識が高まり行えているが日中は不足している。協力歯科クリニックの指導助言を受けながら、また家族の理解も得ながら支援を継続していきたい。	

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	一人ひとりの排泄パターンを把握し、トイレ誘導やパット交換を行っている。またその方に応じたオムツを検討し、不快なく過ごせるように努めている。	利用者一人ひとりの状況を細やかに把握することで、昼間は両ユニットとも全ての人がトイレで排泄している。夜間は状況に応じて細やかに対応している。	
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	自然排便は難しくなっており、内服調整で早めの対応はできている。乳製品や寒天の活用のほか、食事や水分量も気にすることはできているが、体を動かすことがあまりできていない。		
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	毎日や夜間も含め、一人ひとりに合わせた入浴やリラクスの目的での支援はできている。体調不良や気乗りのしない状況で入浴できている方への支援がもう少し必要に思う。	回数、時間は決めずに利用者の入りたい時に入浴している。毎回、湯を張り替えたり菖蒲湯や柚子湯も実施し、利用者の楽しみの一つとなっている。嫌がる人には無理強いをせず、更衣や清拭等を行って、清潔の保持に努めている。	
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	入眠時間や睡眠時間を意識し、一人ひとりのペースは把握できている。夜間の状況により起床時間をずらしたり、昼間休息を促すことはできている。		
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	個々に応じた内服支援を行っている。誤薬防止のため、色分けし確認している。目的、用法、用量、副作用についても把握に努めている。今年度薬剤師による勉強会も開催予定。		
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	本人の出来ることや得意なことを見極め、その力を発揮する機会や場面づくりに心がけている。感謝の気持ちを伝え次につながるようにしている。		
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	外出できる体力がなくなっている利用者も多くなってきており、その支援のあり方を見直す時期となっている。買物や周辺の散歩に止まり希望に添った外出ができていない。	全ての利用者の意向を叶えることは難しいが、日々の買い物や初詣、夏祭り、日帰りのバス旅行等に出かけている。また、時候の良い時には散歩やベランダの前にある畑で野菜の収穫等もしている。	

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	お金を持っている方は少ない。理解できている方も限られているが、その方の使用機会を継続することが必要と思われる。		
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	日常的には行っていないが、年賀状は毎年支援できている。字をかく機会の提供から始めたい。		
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	家具の配置を工夫したり、花を活けたり、心地よく過ごせるように努めている。排泄の失敗による臭いに関してはもう少し取組が必要になっている。	居室の全てが日当たりと風通しが良い。リビングは広くて明るく、温度や光・音等が適切に管理されている。ベランダも広く、お茶を飲んだり魚を焼いたりして楽しんでいる。玄関や廊下には職員・利用者の生けた花や家族の作品も飾られている。	
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	利用者個々の居場所を考えながら、配置はスタッフ間で話し合っていて、お互いの関係性にも配慮ができています。		
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、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	馴染みの家具や日用品に囲まれて過ごせるよう、ご家族の協力も得ながら整えている。本人の状況に応じ配置換えや品の追加、若しくは変更なども適切に行えるようにしている。	全ての部屋に洗面台が設置され、利用者の利便性に配慮している。また、電灯には紐を付け利用者の機能の保持にも配慮している。生花やテレビ、仏壇等も置かれその人らしい部屋となっている。	
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	基本的なバリアフリー、手すりなどの安全配慮はできているが、個々のADL状態や状況により、随時調整していくことを継続していくことが大切。		

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	49	<ul style="list-style-type: none"> 外出先がプラッツ(スーパー)に偏っている。 外出している利用者も限られている。 本人の食べたいものを聞いていても外食に繋がっていない。 本人の行きたいところを把握しきれていない。 「日常的な」「普段の」といえるが外出が十分できているとはいえない。 	<ul style="list-style-type: none"> 本人の希望するところに行くことが実現できる。 具体的に言えない、見つからない方は、本人の楽しめそうなところやシチュエーションを考えて実現する。 近場でもよいので日常的に外に出る機会や出かける行先が増える。 	<ul style="list-style-type: none"> 一人ひとりの行きたいところを各居室担当者が聴き取る(本人だけでなく家族にも確認する) 誕生日や季節にあった外出日を決める。 勤務予定を確認し、実施日を決める。 近場でゆっくりできるところを見つける。 またその場所を職員が把握する。 ファーマーズマーケット、なんば商店、図書館、みさお牧場、公園、ペットショップなど。 	12ヶ月
2	52	<ul style="list-style-type: none"> 家具の配置は、時々変えているが、生活感や季節感などを考えた設えはあまり出来ていない。 「居心地の良さ」を「職員と一緒に居ること」だけに囚われていた傾向がある。(環境にあまり目が向いていなかった) 環境に対してもっと意識すれば、利用者の居心地の良さに繋がると思われる。 	<ul style="list-style-type: none"> いつも季節感や生活感が感じられる空間となっている。 利用者の使いやすさ、分かりやすさの工夫をした片づけや配置ができる。 共用の空間がホールだけでなく、廊下、浴室、トイレ、玄関、ベランダなど広い視野で捉え工夫や設えができるようになる。 音、光、温度、色など、利用者の感覚にも気を配った調整ができるようになる。 	<ul style="list-style-type: none"> 月毎に担当者を決め、季節の雰囲気を出した飾り付けを利用者とともに整えていく。 歌本は季節にあった曲を選定し入れ替える。 気の合う少人数でお茶を自分たちで楽しめるような空間や道具を揃える。 CDやDVDが活用できるようバリエーションを増やしていく 畑や花壇の植え替え、プランターを利用して季節の植物や野菜を楽しめるようにする。 	12ヶ月
3	27	<ul style="list-style-type: none"> 支援経過記録、日誌、議事録、家族宛手紙など利用者の様子を記録する機会が多いが、どのようにまとめるか、どのように記すかなど難しいと感じ、負担感が大きくなっている。 また、時間がかかってしまう現状がある。 必要なことが記録に残されていないなかったり、逆に必要以上のことが長々と記されていてわかりにくかったりしている。 	<ul style="list-style-type: none"> 読み手が読みやすい字や表現で書けるようになる。 書きやすいルールや様式に改善できるものから整えていき、次年度にも継続していく。 職員個々の記録の力が向上できる。 	<ul style="list-style-type: none"> どこに負担感や難しさがあるのか、整理して明確にしていく。(何を書けばよいのか分からない、何が大切なことかが分からない、表記の仕方がわからない、書式が解り難い等) 表記を統一していけるようメディフルでのルール作りをして一覧表とする。 月のミーティング時に話し合い、ルール作りや書式の検討をする。 記録についての外部研修に積極的に参加する。 	18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、行を挿入して下さい。

(別紙4(3))

サービス評価の実施と活用状況(振り返り)

特定非営利活動法人 あしすと

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】	
実施段階	取り組んだ内容 (↓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"/> 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()