

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	2570100459		
法人名	有限会社 かねだ		
事業所名	南郷グループホームほたる(つばめ)		
所在地	滋賀県大津市南郷一丁目7-21		
自己評価作成日	平成27年11月24日	評価結果市町村受理日	平成28年3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	滋賀県草津市笠山7丁目8-138		
訪問調査日	平成27年12月9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)】

住み慣れた地域での生活の継続を支援しています。利用者本位の生活を優先して安心して生活できるよう馴染みの関係を築いています。また、一人ひとりの生活スタイルを重視し、つばめユニットは特に活動的でイベントの参加を喜ばれるので企画し、参加して頂いています。一緒に買い物に出掛けたり、料理やおやつを作る楽しさ、大変さも味わって頂いています。心配される健康面でも、日々の様子を申し送り、体調に変化があれば医院と連携し対応しています。

【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)】

南郷グループホームほたるは住宅街の中にある2階建ての2ユニット、定員18名のホームである。近くに瀬田川や千丈川が流れ、徒歩圏内にはスーパー、商店、喫茶店、公園、散策路があり、豊かな自然と生活環境に恵まれている。利用者は職員と一緒に買い物や散歩に日常的に出かけている。職員は常に利用者の気持ちを考えた対応を心掛けており、「楽しくゆったりと、自分らしくありのままに…共に生き、暮らしの中に喜びと自信を…」という理念通りの生活を送っている。同じ敷地内に母体である金田医院があり、医療連携体制が整っている。定期的な往診の他、随時の往診も可能であり、利用者や医師とはなじみの関係ができています。ホームでの看取り経験があり、利用者、家族との話し合いで希望や意向を聞き取り、日々の対応につなげている。

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、生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	理念ボードに提示して目に付きやすいようになっている。日々利用者への気配りを怠らない様、職員間で確認し実践につなげている。	「楽しくゆったりと、自分らしくありのままに…ともに生き、暮らしの中に喜びと自信を…」という開設当初からの理念を実践につないでいくように、日々のケアに努めている。	
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	地域の文化祭に参加したり、ご近所の方やデイサービス利用の方が遊びに来て下さり交流している。	ボランティアからの声掛けで地域の文化祭に作品を出品し、見学に行った。グループホームの夏祭りに地域の方が参加してくれたり、地域との交流を図っている。自治会に加入している。	
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	運営推進会議で高齢者の対応の仕方や症状は議論している。		
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	日常生活の様子を写真で見たり、支援の内容を説明している。家族から出た意見や要望を事業所でも一度検討し、会議でも意見を出してもらい活かしている。	事前に運営推進会議の議題を委員に渡し、活発に意見を出してもらえるように工夫している。日頃の様子を報告するだけでなく、「介護サービスの質について」等、様々な内容で話し合っている。	自治連合会会長、民生委員も委員になっているので、地域の防災訓練、清掃作業などの情報を得て参加し、地域との連携をさらに深めていくことを期待したい。
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に取り組んでいる	認定結果や入居、退所に関してのアドバイスを受けている。	利用者の状態、支援の仕方など、相談、助言を得ている。地域での医療と介護の連携が構築されており、連絡を密にしている。	
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	外部での研修を職員間で共有し、勉強している。今現在身体拘束はないが、課題が出た時は職員間で話し合い、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。又、外部での研修を職員間で共有し勉強している。	どのような行為が身体拘束になるのか、日々のケアが身体拘束に当たらないか、外部研修の資料だけでなく様々な資料を基にして学習し直している。職員間で常に話し合って共有し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	
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	外部での研修を職員間で共有し、勉強している。職員間でも日頃から注意し合っている。 (言葉使い)		

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
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	外部での研修を職員間で共有し、勉強している。以前、成年後見制度を利用されていた方もおられた。		
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	申込み時、しっかり話を傾聴し、本人、家族が安心納得して入居して頂けるように話し合っている。		
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	リビングの目のつきやすい所に意見箱を設置している。また面会時、話しやすいようにこちらから要望がないか尋ねている。	一年に一回、敬老会の時に家族会を開催し、家族から意見をもらっている。また、面会時、職員から家族の意見や要望等を聞き出すようにしている。	家族会の時に職員が席を外して家族だけで自由に意見が出せる環境・雰囲気づくりを期待したい。
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	管理者や代表者は日頃から職員の様子、要望を把握し、意見はミーティング時に討論している。	事前に提出された職員からの意見や提案は月一回の全体会議で話し合われている。日頃より意見や提案が言いやすい雰囲気である。	
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	代表者は個々の勤務状況を把握して給与に反映している。又職場環境の整備に常に気をつけている。		
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	代表者は職員一人一人の力量を把握し、外部研修を職員が受ける機会を設けている。		
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	交流会、研修等で同業者と交流し情報交換している。		

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
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	入居までに何度か面談を行っている。又、本人の思いをじっくり傾聴し、出来るだけ時間をとり、信頼関係を築けるよう努力している。		
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	申込み時より、家族の思いをじっくり傾聴し、相談や要望等話し合う機会を設けている。		
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	何度も話し合い困っていること、求めている支援を見極めている。		
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	野菜の育て方、料理のやり方、園芸、裁縫などアドバイスして頂いている。昔の歌や生活の様子なども教わっている。		
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	月に一度、最近の様子を書いた手紙と活動時の写真を送って近況を知らせている。又、面会時に職員も仲に入って談話し共に支える関係を築く努力をしている。		
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	知人、友人との手紙のやり取りの支援をしたり、デイサービスへ来られる友人とデイで談話、またこちらにも遊びに来て頂いている。	利用者が隣接されているデイサービスに友人を訪問したり、デイサービス利用者がグループホームを訪問してくれることもある。家族や知人の訪問も多い。	
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	トラブルや孤立防止の為、リビングでの席を考慮したり、常に職員が目配りしている。利用者同士に仲に入り、コミュニケーションを取る様にしている。		

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	サービス利用終了後も、本人や家族が孤立されないよう、他施設の入所の援助やその後の生活相談の支援をしている。		
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	本人の立場に立ち、表情等から不満や希望、思いを聞きだし、支援につなげている。気付きは日々の記録に残し、申し送り時やミーティングの時に職員間で検討している。	利用者が自発的に希望や意向を伝えることは少ないが、利用者の立場に立ち、表情などから希望や意向を聞き出したり、汲み取って支援につなげている。気付きは日々の記録に詳細に残している。	
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	個人のアセスメントファイルを作成し、個々の歴史や趣味、生活歴、サービス利用に至った経緯をアセスメントし把握している。		
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	毎日ケース記録に細かく記録し、個々の力に合った家事やレクリエーションに参加して頂いている。又、定期的に見直し、把握するようにしている。		
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	利用者本人の思いや希望、又、家族の思いや希望を聞き、その上でユニットミーティングで意見交換し、本人主体で作成している。	ユニットミーティングで、利用者や家族の思いや希望を反映させつつ、意見交換し、現状に即した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	個別の生活記録があり、日々の様子や新たな発見を具体的に記録している。課題や変化が生じた時は、詳しく記録し、ケアカンファレンスを開き、介護計画に役立てている。		
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	本人や家族の要望により、外出(外食)されたり、自宅に外泊して来られる方もおられる。又、イベント等は事業所全体が参加し、楽しんで頂いている。		

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	消防や警察とも連携をとって支援している。又、地元で中学生の体験学習(現在3校受け入れ)はとても喜ばれ、一緒に外出も楽しんでいる。		
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	敷地内の医院と医療連携体制を取っている。又、利用者の健康面での心配事や変化が見られる場合、本人、家族と相談の上、専門医を受診して頂き、情報交換している。	隣接する金田医院と医療連携体制をとっている。定期的な往診に加え、変化があれば随時往診してくれることは利用者、家屋、職員の安心につながっている。	
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	医療連携体制を取っているため、利用者の体調や精神状態を週1回看護師に些細な事も報告、相談ができ、日常の健康管理は徹底している。		
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。	他の病院を受診したり、入院したりするときは、家族を交えて情報を共有したり、細かく病院関係者に伝えている。又、入院先の担当医から当施設に院長に情報が入るなど連携に努めている。		
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	これから先の変化に備えて、本人、家族の願いや希望を聴き、その上でホームで可能、不可能を見極め支援している。又、医師や家族と話し合い変化に備えて検討や準備をしている。	グループホームでの看取り経験があり、利用者本人と家族の願いや希望を聞き、可能、不可能を見極め、家族、職員、医師で話し合いをしながら、支援している。	終末期の対応についてはどうしても家族の意見が中心になりがちであるが、利用者本人が終末期はどうしたいのか希望を聞き出す、あるいは、日頃の言動から汲み取る取り組みを期待したい。
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	ミーティング時に緊急時の対応の訓練教育をしている。又、そのマニュアルを常時見える所に提示している。		
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	地域の消防署に避難方法の指導を受けていて、ミーティング時にも確認している。災害時のマニュアルを常時目する所に提示している。	消防署の指導を受けて避難訓練を実施している。災害時のマニュアルを常時見ることができる場所に掲示している。地域で複数の事業所が災害対策について話し合いをしている。	夜間想定避難訓練は実施されているが、実際に夜間に訓練することを期待したい。また、中断している地域連携の取り組みを再開してほしい。

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
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	職員は常に利用者一人一人の人格を尊重し誇りやプライバシーに配慮した言葉掛けや対応をしている。個人情報についても緊張感を持ち管理している。	言葉遣いは日々の介護に影響するものと捉え、利用者の人格を尊重し、誇りやプライバシーに配慮した対応に努めている。	
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	職員は利用者が話かけやすい雰囲気を中心に掛けている。又、利用者の思いに常に耳を傾け、安心、納得されるまで話を聞き対応している。		
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、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	本や作業療法(貼り絵、塗り絵、パズル、裁縫等)を提供しているが、本人の希望やペースを大切に、歩行リハビリ、レクリエーション、体操、音楽DVD、外出などやりたい事を支援している。		
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	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。外出時は特におしゃれをして頂けるように一緒に洋服を選んだりしている。		
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	食事一連の作業を利用者と共に職員が行い、片付けも一緒にやっている。特に食事の下ごしらえや月2・3回イベントを企画し、サンドイッチやお寿司、おやつ作りを楽しんでいる。	献立作り、食材の買い出し、調理、盛り付け、後片付け等、一連の作業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	毎日、個別に食事量、水分量の記録付けしている。食事量は個別に職員が把握し、水分は1日1300cc以上を目安に提供している。		
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	毎食後、必ず口腔ケアを支援している。義歯の方には個別に義歯洗浄の支援もしている。		

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
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	排泄記録付け、パターンを把握している。リハビリパンツやパット使用の方もおられるが、ほぼ全ての方がトイレで排泄している。	排泄は、記録をしてパターンを把握している。リハビリパンツやパットを使用しているが排泄はトイレでしている。	
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	繊維質の野菜を多く摂ってもらうよう心掛け、水分摂取を勧めている。又、体操や散歩など個人に合った運動も支援している。排便状況により個別に便秘薬を服用されている方もおられる。		
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	入浴の曜日や時間は一応予定として決めているが、本人の希望を優先し、入浴を楽しんでもらえるよう支援している。	入浴は、利用者の希望により、家族の同意を得て、隣接されたデイサービスの浴室を使って朝、実施している。曜日は決めているが、本人の希望を優先している。	
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	一人一人の要望に合わせて、昼寝や休息が出来るように支援している。馴染みの寝具や環境の中、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	職員は利用者の服薬状況を把握している。又、医師の指導のもと服薬できるよう支援し、服薬による副作用や変化が出た場合は、すぐに医師に報告している。		
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	アセスメントシートを活用し、その方の生きてきた時代背景や状況を知り、個別性を尊重した対応をしている。家事への参加やおやつ作りなど職員と一緒に楽しんで頂いている。		
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	徒歩圏内にスーパーや公園があり外出が容易でもあるので、ホームの中だけに止まらない生活環境を支援している。	徒歩圏内にスーパーや商店、喫茶店、公園、散策路があり、散歩や買い物に日常的に出かけている。花見、紅葉狩り、美術館見学等に出かけるときは、計画的に職員体制を整えている。	

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	少数であるが、所持して使っておられる方もおられる。こちらでお預かりしている場合は家族の面会時に金銭出納帳を見せ伝えている。		
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	電話は希望時にかけて頂いている。手紙も自由に出して頂けるよう、切手の購入や投函の支援もしている。		
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	リビングの畳コーナーやテーブル、洗面所に季節の花を飾ったり、利用者の写真や作品を飾ったりしている。テレビの音量や温度、照明の管理も注意して行っている。	壁には利用者の作成した貼り絵や行事の写真などが掲示されている。外からの光が十分に取り入れられ明るいリビングであった。利用者同士の会話が弾むとテレビの音量を下げる配慮がされていた。	
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	玄関先や廊下、リビングにソファや椅子を置いたり、畳スペースで利用者同士が囲みできる空間を設けている。		
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	本人が今まで使っていた家具を置いたり、家族の写真を置いたりして、安心して過ごせるよう工夫している。	利用者が使い慣れた家具を持ち込まれていたり、家族の写真が飾られていたり、個性あられる居室になっていた。	
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	居室前には、写真入りの表札を掛け、トイレ、洗面所にも大きな字で表示し、混乱や失敗を防いでいる。		

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	29	地域(自治体)の行事への参加が出来ていない。	避難訓練や祭りごとに参加したい。	回覧などを見て行事の日時を把握し、参加できるようスケジュールを組む。	12ヶ月
2	41	食事の入らない方がおられ、嗜好品を提供しているが、介助拒否もあり、水分・食事共に摂取量が少ない事。	寝たきりにならない様、体力を維持していく。	時間にとらわれず一日を通し介助をし、少しでも食べて頂ける様、一一口を続ける。	1ヶ月
3	21	他利用者の行動が気に入らないと暴言を吐かれたり、手が出る利用者がおられる。	他利用者と楽しく生活出来る。	トラブルにならない様、見守りや、口論になりそうな時はスタッフが仲に入り和を保つ。	1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()