

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	2570700076		
法人名	社会福祉法人 友愛		
事業所名	カナリヤグループホーム ユニット結 ユニット逢		
所在地	滋賀県守山市三宅町833		
自己評価作成日	平成23年1月29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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社団法人 滋賀県社会福祉士会		
所在地	滋賀県野洲市富波乙681-55		
訪問調査日	平成23年2月14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)】

利用者さんの生活の流れに合わせて、24時間体制で日々の暮らしが出来るように努めています。その結果十人十色の生活ペースと個性が見えてきています。人生の先輩として教えて頂く事が沢山あり、このような人間関係を保てるように常に努力しています。職員に意見や想いで生活してもらうのではなく、更に利用者主体の生活をしてもらえるように努めていきたいと考えています。

【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)】

どうしても譲ることはできないホームの方針として、「利用者主体」を日々のケアの根底に置き、利用者のペースにとことん付き合っている。食事の準備も利用者が準備を始めようと、自発的に行動するのを根気よく待ち支援している。職員構成は男女半々で、20代から60代まで各年代の職員がいるが、年代を超えて利用者のよりよい支援についてよく話し合っている。自己評価は各ユニットで評価しそれをホーム全体としてまとめられている。自己評価の実践状況については、職員が厳しい評価をしているが、これらの評価は、今後のサービスの質を深めるための指針となるものと自覚しているからである。ホーム開設から8年目にはいり、家族会の創設準備や各種委員会体制を整えるなど意欲的である。

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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	理念は、職員室に掲げている。しかし、現在やっと共有できてきた状態で、まだしっかり実践にはつながっていない。意識が十分に浸透していない。	運営理念はパンフレットにも記載されている。理念を共有し、利用者ひとり一人の地域での関わりを大切に、外出支援等で日々の実践につなげているが、職員は現状を満足していない。	
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	買い物で、近くの商店街等に行ったり、自治会館のフリーピンポンにも参加したりしていたが、継続できておらず、こちらから働きかけはしていない。散歩時に挨拶する関係になっている。	法人は地域の自治会に入っている。隣に自治会館があり、季節毎の行事等で、招かれたり招いたりしながらの交流はある。しかし、個々の地域住民が日常的にホームを訪れる、と言う関係には至っていない。	
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	実習生や研修等の受け入れて認知症の説明をしている。地域の方にも運営推進会議の場で理解や支援の方法を伝えている。まだホーム内だけで外に出ては出来ない。		
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	運営推進会議で地域の方に認知症や施設の説明をしている。そして地域の方に広めていってもらえるように努力している。施設職員の意見ばかりでなく、参加者の色々な意見が聞けるようにしている。	会議は2カ月に1回開催している。テーマは、その時々必要性に合わせて、職員が決めている。会議で出された意見等は、課題別に6つある委員会で取り組むようになっている。	
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	運営推進会議に市の職員・市の介護相談員に参加してもらっていてホームの現状を知ってもらっている。また、市の介護相談員には月1回ホーム内に入ってもらい色々な意見を頂いている。	運営推進会議の委員として、市の職員と介護相談委員が、行政と施設のパイプ役として位置づけられている。母体である法人は手広く事業を展開、市の指定管理事業もあり協力関係はある。	
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	身体拘束はないように努めているが、十分なトイレ誘導等できていない。夜間帯以外は玄関に施錠せず自由な外出を保障している。	夜間帯以外は玄関の施錠はしていない。棟続きの他事務所へも自由に行き来でき、自由さがあった。	
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	権利擁護について学ぶ機会があるが希望者のみで全員ではない。個人の努力にかかっている。		

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
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	日常生活自立支援事業を活用しておられる利用者がおられるが全職員が詳しい内容を把握していない。成年後見制度についても理解は不十分である。		
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	契約時には重要事項説明書に基づいて、ホームで出来る事・出来ない事、生活の上でのリスク、料金、退居の条件などを納得してもらえるように説明して同意を頂いている。		
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	家族の面会時には、職員から話しかけ要望をきけるように努めているが、外部者には運営推進会議ぐらいしか話せる機会がない。利用者や家族が自由に意見を言えるようにはなっていない。	意見箱などは置かれていないが、家族の来訪時には職員がお茶やおしぼりを部屋に運ぶなどし、ゆっくり話す機会が持てるように努めている。家族会を作る準備はしているが、現時点ではできていない。	
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	職員の意見や提案を聞く機会は、月1回の会議の場ぐらいしかなく、機会自体十分ではない。意見は聞いてもらえるが反映されているとは言い切れない。	月1回の会議で意見交換をしている。管理者は現場の職員ならではの視点を重視、可能な限り実現したい思いを持っている。過去には職員の意見で各ユニットに、以前利用者が使用したであろう二槽式の洗濯機を導入した 経緯がある	
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	代表者は日誌などでホームの状況を把握している。そして可能な限り現場に来るようにしている。また、必要時は面談を行いやりがいなど、各自が向上心を持って働ける様に努めている。		
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	研修の案内は貼ってあるが各自の意志に任せている。必要な研修は立場や経験を考慮して受けて貰えるように勧めている。新人職員には1ヶ月程ベテラン職員と一緒に入ってもらい指導を行っている。		
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	淡海グループホーム協議会に入会しており、協議会の研修で同業者と交流を深めるようにしている。また、良い施設には見学に行き交流を深めている。		

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	面接時に本人から現在の状況と昔の習慣を細かい所まで聞くようにしている。情報を駆使して本人との関係作りに努めている。入居が不安な方には併設のショートステイ利用時に日中はホームに入ってもらい馴染んでもらえるようにしている		
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	職員ばかりが話すのではなく、家族が何に悩んで困っておられる事を話してもらるように努めている。否定はせずに苦労や困難を分かち合えるように努めている。		
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	サービス開始時、家族の要望によつての急な入居には必要によつて対応している。		
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	日常生活の中で調理等教えて頂いたり、相談したりして暮らしを共にする者同士の関係を作ろうとしているが、十分とはいえない。		
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	家族の面会時には、職員から話しかけたり、ケアプランの要望を尋ねているが、まだ共に支えていく関係は不十分で、そこまでの理解を得られていない。		
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	個人からの要望がある時のみで、日常的にできていない。入居前によく行っておられた場所に行ったり、馴染みの人に会いに行ったりするが関係が途切れがちになっている。	利用者は地元に住んでいた人が多い。入居前に利用していた理髪店に行くなど、外出支援でなじみの店を利用している。また、好きな芝居見物、実家の墓参りというように、一人ひとりに合わせた支援をしている。	
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	利用者同士の関係がうすく、職員との関係が強い。利用者同士の良い関係を維持できるようにしている。関係が悪い場合は職員が介入して改善出来る努力をしている。		

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
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時や入院された時は利用者と一緒に会いに行き関係が途切れないようにしている。移られる時は移られる事業所に本人のこれまでに生活状況を細かく伝えている。		
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	本人の思いや希望を聴き出せるようには努めているが、困難な場合、本人本意な検討は、十分出来ているとはいえない。	センター方式を使用している。日々の記録では、利用者の言動や行動から意向や思いが把握できるように、詳細な記録がされている。また、職員間で共有し易くするため、その記録には小見出し(簡単な要約)を付ける等の工夫がされている。	
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	フェイスシートやセンター方式をいつでも見られる所にあるが、作成して納得してしまっており、さらなる把握に努める必要がある。家族の面会時に聞いたり話の中から引き出している。		
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	現状の把握に努めてはいるが、まだまだ出来るであろうという思いから不安にすることや職員が入りすぎることがある。		
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	家族とは、面会時や電話でしか話すことができなく、主治医等とは話す機会はない為、十分ではない。担当者の意見が中心のプランになっている。	日々の記録や職員の話聞いて、計画担当者が主に介護計画を立てている。家族にはその計画を説明している。計画は期間に合わせてモニタリング・評価がなされ新しい計画に反映されている。	アンケートに、もう少し本人の情報が欲しいとの意見もある。定期的な郵送物と一緒に近況を知らせる材料と共に、家族の意見や思いを求め、介護計画を見直す時の資料として、計画の中に反映させて欲しい。
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	個別の記録はあるが、あいまいで気づきや工夫は職員一人一人の力量にかかっている。また、膨大な記録の中に重要な事が埋もれていて、介護計画にはいかせていない。		
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	家族の通院が困難な時はホームの職員が代わりに通院に付き添っている。また、車椅子での通院の時は送迎を行っている。		

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
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	単発的な利用はあるも継続できておらず、ホーム内で完結していることが多い。		
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	今までかかっておられたかかりつけ医に受診してもらっています。通院時に日頃の様子を記入してかかりつけ医に渡すようにしています。また、家族が通院できないときは職員が代行しています。	利用者は毎月定期受診している。受診は原則として、家族が対応することになっているが、受診の際には、利用者の症状や日々の生活の様子を記入して家族に渡している。家族の事情によっては、職員が受診の支援を	
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	看護職がホーム内には常時おらず、他部署から看護職を呼ばないといけない為、日常の情報や気づきを伝え相談ができず、見て貰う時のみで完結している。		
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。	できるだけ早く退院出来るように病院・家族と連携を取っています。また、利用者の環境の変化を考えて職員と利用者で面会に行くようにしています。		
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	入居時から常にホームで対応出来る事と出来ないことを明確に話しており、家族にもホームで対応出来なくなった時の事を考えた話をしています。	ホームの方針として、入所要件を基本に置き、それらが満たさなくなった時退所の目安となる。このことは入居時に、利用者や家族に説明し、理解を得ている。退去後の生活の場についても、利用者や家族と話し合い、より良い方法を共に模索、支援している。	
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	マニュアルはあるが、定期的な訓練はなく、不安がある。また、応急手当の研修等は、希望者の参加のみである。		
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	避難訓練はあるが、十分ではない。地域との協力体制はない。	ホームは新しい建物であり、構造上十分な対策がなされている。田畑に囲まれていて隣接する民家はなく、火災に関しては類焼するリスクは少ない。想定した訓練や避難マニュアルは整備されている。	想定通りいかない事が多いのが非常時であることから、是非計画的な訓練は実施してほしい。実施体験する中で、職員が避難方法を共有すると共に、地域の中で施設の果たせる役割、地域に求めたい協力体制など

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	心がけてはいるが、とっさの時などでできていないことがあり、まだまだ職員の一方的な対応が多い。一人一人への人格の尊重への対応が足りない時がある。	言葉かけは、利用者の言葉を待ちながら、穏やかにされていた。食事の準備で、食材の切り方が思うようにいかないときでも、職員は自分の説明が悪いからだ、利用者を気遣っていた。	
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	できる限り選択肢があるように努めているが、表せる方にかたより、困難な方への希望の代弁など不十分である。職員が決め付けてしまっている事も多い。		
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	一人一人のペースではなく、全体のペースに引き込んでいることが多い。職員側の意志によって利用者の意志によらず動かしている時がある。		
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	できる方は自身でされているが、困難な方への支援は服を出す時など選択肢を作っているが、職員が一方的に選んでしまったり不十分である。		
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	できる限り好みの物を食べて頂けるように個別の外食や希望を聴こうとしているが、楽しみになるよう十分な支援ができておらず、準備や片付け時等に口論があったり、嫌な思いをさせていることがある。力を生かしているとは言えない	利用者は、それぞれ出来ることを、出来る範囲で役割分担しながら楽しんでされていた。若い男性職員をうまくリードしていく利用者のてきばさした態度が、たくましく感じられた。	
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	水分量は、お茶やコーヒー等で不足しないように注意をしているが、栄養バランスはできていない。また、一人一人の習慣に応じた支援というより、お菓子を出す等の一辺倒の対応になっている。		
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	本人に任せていることがが多く、毎食後の歯磨きはしていない。		

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
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	場所等が分からない時等は、誘導しているが、自立にむけた支援はできていない。	利用者の多くはリハビリパンツを利用している。定時誘導等を行っていない。臭いやその時々で汚れを察知して対応している。	排泄の自立は人として大きな課題である。介護計画等で課題にとりあげ、一人ひとりの排泄リズムをつかむ工夫をして、トイレでの排泄支援につなげてほしい。
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	便秘になってからの対応が多く、薬に頼ることが多い。		
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	できる限り希望にそうようにタイミングをみて入浴の声かけに努めているが、夕方の入浴が中心となっている。	利用者の希望により、毎日入浴することができる。現在1名の利用者が、毎日入浴している。入浴を好まない利用者に対しては、週2回は入浴されるように支援している。	
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	起床や就寝の時間は決まっていないが、不眠や昼夜逆転しそうな方等へは日中の活動を促す支援で対応していることが多く、環境等の支援は不十分である。		
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	家人に通院を頼んでいる為、主治医とは話す機会がなく、ほとんど目的や用量等は聞かされるのみであり、十分な理解はない。		
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	生活歴や力を十分把握できていない。また、支援も十分ではない。		
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	できる限り本人の希望にそって、外出できるように努めているが、家族や地域の人々との協力はできていない。	食材等の購入の為、毎日交代で買い物に出かけている。計画を立てて外出することもあるが、その日の利用者の希望により、可能な限り外出を支援している。	

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
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	自己管理できる方は持つておられるが、家族や本人に頼っていることが多く支援はできていない。また、持つておられても使う機会が少ない。		
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	手紙や電話等希望があればして頂いているが、それを伸ばすような支援はできていない。		
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	不快に感じないように努めているが、掃除等が不十分であり、居心地よく過ごせるとはいえない。季節の花を飾ったりしているが常時ではない。	ひな祭り、クリスマス、お正月、などの時には、準備や飾り付けて行事を催し、季節の変化や思い出につながるようにしている。わざとらしいと思うような飾り付けはあえてしていない。	共用空間づくりについては、一人ひとり満足度は違うもの。変化の少ない日常を補うものとして、一人ひとりの利用者の感性に訴えるものや、記憶につながるものを模索し、空間作りについて、日常的なアプローチの工夫を継続してほしい。
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	居間の前室にしか副共用空間がなく、活用できていない。居室以外は、独りになることが少ない。		
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	居室へは家族と相談し、使い慣れたものを持ってきて頂いているが、それ以外の支援や工夫は少なく、家族に頼っているところが多い。	入居時、今まで使用されていた家具等を持ちこんでもらうようにしている。当日は長年使用されたタンス類が居室におかれていた。部屋の片付けや掃除も、出来るだけ利用者の気付きを待ち、必要以上に手を出さないようにしている。	
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	できること、わかることを十分把握できておらず、一人ひとりではなく全体を通してになっている。		

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	43	排泄をリハビリパンツ・パットに頼りすぎていて一人一人の排泄間隔がつかめていない。トイレでの排泄が出来ていない。	一人一人の排泄間隔をつかむ。	日中トイレ誘導をこまめに行い排泄間隔をつかむ様にする。トイレでの排泄が出来る様に心がける。	3ヶ月
2	26	ケアプラン作成はほぼ職員だけでして家族・利用者の意見や想いが入っていない。	家族・本人・職員とで作るケアプラン。	面会時に家族と支援についての話をする様に心がける。また、家族と面談する機会を設けたりする。本人にもどの様な生活をしたいか聞く様にする。	3ヶ月
3	35	災害対策が机上では色々な対応等考えられているが実際に動いてする訓練が出来ていない。	利用者・職員とで実際に避難訓練する。	実際に起こったら困る夜間帯に避難訓練を行う。	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()