

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	3471503080		
法人名	社会福祉法人 常新会		
事業所名	グループホーム 喜望		
所在地	福山市御幸町下岩成 646-1		
自己評価作成日	平成29年2月10日	評価結果市町村受理日	平成29年5月8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)】

入居者とのコミュニケーションを第一と考え、日々の家事活動や食事作りをする中で入居者と関わりを大切に、楽しい時間を過ごせるよう努力しています。又、回想法を用いて、入居者の心の奥にある楽しい思い出を探り、表現して行けるよう取り組んでいます。家族が面会の来られた時は、ゆっくりと過ごしてもらいながら、日々の様子を伝え、話しやすい関係づくりに努めています。

※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.hiroshima-fukushi.net/kohyo/index.html
----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【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)】

法人の理念を基に各ユニットの理念も作成している。また、職員が話し合っって年間目標を掲げ、達成したことや反省点を明確にして取り組んでいる。職員は一人ひとりの利用者がその人らしく生活できるよう、利用者の理解に努め、「なぜ、この様な行動をしたいのか」を探り、その思いを実現できるよう、取り組んでいる。回想法を用いて子供の頃の思い出話から、田畑や牛、おっぱいの子供達などをダンボールや厚紙を使って表現した作品を飾っている。また、利用者の意向に沿った外出支援に取り組む、映画鑑賞や猫カフェ、道の駅など、日々の支援も充実している。法人内の研修も盛んで、早朝の勉強会や職員のステップに応じた実践開発プログラムがあり、一人ひとりが意欲的に学び、内外の研修会に自ら参加し、目的を持って就労している。利用者は自らのペースを尊重され、穏やかに暮らしている。

【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29年3月21日		

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. 全くいない
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している (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	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	理念「利用者の満足を第一とする」「地域社会への奉仕と貢献」に基づいた目標をチームで立て共有、実践につなげている。	法人の理念を基にそれぞれのユニットの理念を作成し、「入居者の思いを傾聴する」「何でも話し合える関係を作る」等の年間目標を掲げ、達成したことや反省点を明確にして、実践に結び付けている。	
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	町内会の祭りや清掃活動に参加している。地域の小中学生の職場体験の受け入れもしている。	町内会に加入し、清掃活動に参加している。花笠音頭で使用する花を利用者が作り、地域住民は事業所まで神輿を担ぎ、踊ったりしている。事業所主催の「喜望まつり」には地域住民やボランティア、防災関係者が参加し、交流を深めている。	
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	ボランティアの受け入れや地域小中学生の職場体験などを通して認知症の人の理解を深めてもらうようにしている。		
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	利用者やサービス実際の取り組み状況を評価し意見を基にサービスの向上に生かしている。	地域住民代表や利用者家族、職員、包括支援センター職員が参加して年6回開催している。推進会議と家族会を組み合わせたり、平成大学で認知症カフェを開催するなどの工夫もしている。	会議の進め方や地域住民の参加に苦心している。包括支援センターや市の担当者、地域の役員にも参加を求め、事業所と連携を深める取り組みが期待される。
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	訪問調査時に利用者の日常生活やケアサービスの取り組みを伝え助言を得ている。	市担当者へ、利用者の更新や区分変更時に申請書の提出や報告を行い、連携をはかっている。	
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	入社時に研修を行っている。正しく理解し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	法人内で行なわれる月二回の研修会に参加すると共に、ミーティングで事例を基に職員間で話し合っている。利用者の理解に努め「なぜこのような行動をするのか」と、原因を探ることで信頼関係を築き、利用者の思いを実現し、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	社内研修や勉強会で学んでいる。職員が共通の意識を持ち防止に努めている。		

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
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習しています。現在対象者はいませんが、必要な場合相談員と話し合い対応しています。市民後見人セミナーにも参加しています。	研修などを通して、日常生活自立支援や成年後見制度について学習しています。現在対象者はいませんが、必要な場合相談員と話し合い対応しています。市民後見人セミナーにも参加しています。		
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	契約の締結、解約または改定の際は、書類に目を通しながら入居者や家族に説明し疑問点の確認をしっかりとる事で不安を取り除き納得の上で行っている。		
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	情報処理箱を置き苦情処理委員会を設け、職員管理者全体で内容を共有し、改善案を話し合うようにしている。	家族の訪問時に職員が話しかけ、意向や要望を聴き、家族ノートに記入し、情報を共有し、職員間で話し合っ運営に反映している。決定した方針や結果について、訪問時に報告したり、電話や手紙で家族に伝えている。	
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	ミーティングで出た意見や提案は運営会議にて話し合い、反映させている。年1回個人面談を行い、意見を伝えている。	年間目標に「何でも話し合える関係作り」を掲げ、実践している。出された意見や提案について、ミーティングで話し合い、意見を統一し、担当者を決めて実践に結び付けている。	
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	毎年職員との面接を行い、仕事に対する目標を把握し、職員の努力や実績を昇給へも反映させている。		
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	新人研修は必ず行い、段階に応じ実践開発プログラムを行っている。講演会などに参加し取り組んでいる。		
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	他の施設との相互訪問の活動を通して、サービスの質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	本人(家族)の要望や不安をじっくり聞き、安心して生活して頂けるよう関係が築けるよう、関わりもつ事を大切にしている。		
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	家族の介護に対する思いや悩み不安などに、耳を傾け安心して頂けるような関係づくりを心掛けている。		
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	当施設での対応が、困難な事柄については、その旨を伝え、他のサービス利用も含め、ケアマネに相談し、意見を求めている。		
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	一緒に過ごす中で会話を楽しみながら出来る事は嬉しい、共に生活していると言う思いを大切にしよう心掛けている。		
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	面会の時は共にゆっくり過ごして頂けるよう声掛けし、合わせて日々の様子を伝え、問題のある時は解決に向けて家族の思いを聞き意見交換している。		
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	毎月の墓参りを希望される入居者の思いを大切に、月命日のお墓参りを行ったり、隣に入居している奥さんの面会にいたりしている。	同じ敷地内にあるデイサービスの利用者が訪問し、交友を深めている。また、孫の結婚式や法事、正月など、家族の行事には家に帰り、親戚や友人と親交を温めている。職員は車椅子の使い方や排泄などの情報を家族に伝え、状況によって職員が同行したり、送迎をする等、馴染みの人や場所との関係継続の支援を行なっている。	
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	職員が間に入り、一緒にお茶を飲みながら会話をするなど楽しい時間が過ごせるよう努めている。		

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
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	退去後も家族に様子を聞くなど、状況に応じて対応している。		
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	入居者の発言や行動様子などから、入居者の思いを職員全員で検討し共有している。会話困難な場合は、日々の関わりから理解するようにしている。	利用者が「何故拒否するのか、何故イライラしているのか」を職員間で話し合って原因を探り、利用者の理解に努めている。	
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	日々の会話や、家族から生活史や趣味嗜好を聞くなど、情報の把握に努めている。		
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	毎日の様子(日中の様子、バイタル、食事量、排泄など)をライフチャートに記録し、職員全員で確認できるようにしている。		
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	本人や家族の要望を聞き、職員間でモニタリングを行い、ケアプランを作成している。毎月カンファレンスを行い、3か月ごとに見直しを行っている。	面会時や電話で家族の意向を聞き、生活の自立度、精神状態、生活動作等について、アセスメントと、モニタリングを繰り返し、課題を明確にし、職員間で話し合い、計画を作成している。また、3ヶ月ごとに見直しを行なっている。	
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	個々のライフチャートを毎日記録し、気づきや改善点などミーティングで話し合いケアプランの見直しに活用している。		
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	併設しているデイサービス行事(カラオケ、体操、三味線など)に参加する等している。		

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	喜望にイベントでは入居者と一緒に準備しボランティアの人達との協力が得られている。		
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	かかりつけ医の変更は家族の意見を重視し医師と相談を行い急変時には直ぐ主治医に連絡し指示に従っている。	入所時に説明を行い、利用者や家族が決めた、かかりつけ医の受診支援を行なっている。受診は基本的に家族対応となっているが必要がある場合は利用者の情報を文章で医師に伝えたり、職員が同行し、適切な医療が受けられるよう、支援している。	
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	入居者に変化があった場合はかかりつけ医の看護師に伝え適切な対応をして頂いている。		
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。	入院時は情報シートを提供し病院にも再々面会に行き、状況状態をチームでの把握に努めている。		
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	家族の意向を踏まえ医師、職員が連帯を取り本人家族が安心して納得した最後が迎えられよう支援を行っている。	終末期の対応について、早い段階で事業所でできることやできないことを説明している。終末期の対応が必要になった段階で医師と家族が話し合い、方針を共有している。事業所での家族による看取りも可能である。	
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	急変時の対応は日中と夜間の対応マニュアルを職員間で共有している。		
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	年に2回(1回は夜勤を想定)消防訓練を行っている。	夜間想定を含め、年2回の消防訓練を実施している。10月に行なわれた喜望祭りと運営推進会議を同時に開催し、利用者家族と火災や災害時における対応や体制についての説明もしている。	想定される災害についてのシュミレーションを行い、備蓄等を備えるなど更なる取り組みが期待される。

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	一人一人の生活歴を把握し、同じ対応でもその方の合う言葉や仕方に配慮している。	自分がされて嫌だと感じることは行わず、利用者一人ひとりの理解に努め、その人らしい言葉かけやペース、タイミングに合わせて対応している。	
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	その日にやりたいことや、思っている事、望んでいる事など日常の会話の中から思いを探り提案している。		
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	個々のペースを大切にしてプログラム化しないように意識して、日々入居者の希望に沿えるよう工夫している。		
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	定期的に美容院の方に来て頂き化粧もして頂いている。外出の時の身だしなみはお手伝いしている。		
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	冷蔵庫の内容を見ながら季節の物を取り入れ、好みに合った食事を一緒に考えている。	季節感を取り入れ、行事の内容や利用者のリクエストに合わせた献立である。また、外食や喫茶店などにも出かけ、食事が楽しみなものになるよう、柔軟に対応している。利用者は、野菜の皮むきや準備、後片付けを職員と一緒にやっている。	
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	食事形態は個々に合った状態で、出している。食事量、水分量は一日を通して記録し把握している。		
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	義歯の方は毎日ポリドントを使用し浸け置きにしている。歯の状態によっては歯科往診に来てもらっている。		

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	個々に合わせたおむつをしようしています。トイレで排泄が可能な入居者には時間毎にトイレ誘導を行なうべく、パットの使用を減らせるようにしています。	排泄の失敗は「利用者の自尊心を傷付けてしまう」という信念に基づき、排泄パターンを把握し、タイミングを図り、さりげない誘導を行ってトイレでの排泄の自立支援に取り組んでいる。	
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	排便チェック表で確認して本人に無理なくスムーズな排便を促せるよう水分や便通に良い食材を摂っていただけるように心掛けている		
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ず、個々にそった支援をしている	個々の状況に合わせてシャワー浴、浴槽に入る、清拭をしている。本人の希望に添って入浴している。	概ね週2回の入浴支援を行なっているが毎日、入る利用者もいる。湯船に浸ることができない利用者について、シャワー浴と足浴を同時に行ない、身体をしっかりと温めている。また、利用者同士で、デイサービスにある天然温泉に入り、楽しんでいる。	
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	その人の状態によって昼寝をしていただいている。ゆっくり休めるように努力している。		
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	薬の説明書は個々のファイルに保管し、すぐ確認出来る様にしている。状態を職員で把握し、変化がある時は主治医に連絡し相談している。		
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	洗濯たたみ、洗濯干し、食事の準備、片づけ、新聞折り、ゴミ捨て一緒にすることもあれば自主的に手伝って下さることもある。		
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支援している	ドライブや買い物等外出をしている。遠出が難しい入居者も近くを散歩したりベランダで日光浴したりしている。	道の駅へ出かけたり、映画鑑賞、猫カフェ、食材の買い物など、少なくとも月1回は外出支援を行なっている。ベランダでの日光浴や散歩など、利用者の状態に合わせた気晴らしや健康管理にも努めている。月命日の墓参りなどの、個別支援も予定を組んで実施している。	

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
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	お金は金庫で預かっている。自分で管理できる人は少しの現金を自分で所持していただいている。		
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	本人の希望がある時は家族、親戚に電話している。		
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	季節の花を飾ったり、クリスマスやお正月、ひな祭りなどの行事に合わせて飾りつけするようにしている。飾る物は入居者が活けてくれたり、作品だったりする。	共用空間は清潔で明るい。利用者同士で会話が弾むようにテーブルや椅子の配置をしている。また、廊下には窓越しにやわらかな日差しを受け、一人でゆっくりと過ごせるよう、一人がけのソファも置いている。田畑や牛など、子供の頃の風景や暮らしぶりを皆で語り合い、ダンボールや厚紙などで描いた作品を飾り、生花を活けて居心地よく過ごせるように工夫している。	
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	窓辺やテレビ前、廊下にソファを置き入居者同士、又は一人でゆっくり過ごせる居場所作りをしている。外を眺めたり日光浴したり過ごされている。		
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	家で使ってた物、写真や布団など馴染みの物を持ち込んでもらい安心して心地良く過ごしていただけるようにしている。	居室は、利用者一人ひとりの状態や好みに合わせ、家から持ってきた馴染みの家具や家族写真、お花等を配置し、その人らしい暮らしができ、安心して過ごせるように支援している。	
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	トイレの場所が分からない人の為に「トイレ」と明示したり居室の入り口には名前を表示している入居者によっては表札の上に花などの目印をつけて対応している		

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	・運営推進会議への取り組みが積極的でなく、盛り上がりに欠けている。問題点をあやふやにしている。	・地域の人に色々と情報発信が出来るよう、地域の役員の人に協力をあおぐ	・包括の担当者や地域の役員と話し合い、どのような取り組みをしたらいいのか情報をもらう	6ヶ月
2	26	・年2回 消防訓練を行っているが、参加できる職員は限られており、地域との連携が不十分	・火災だけでなく、地震や水害などに対しての対応が出来るよう準備する	いざという時の為の備蓄や訓練の情報を地域に発信していく	6ヶ月
3					
4					
5					

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"/> 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()