

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1丁目7-21		
自己評価作成日	平成30年11月18日	評価結果市町村受理日	平成30年1月23日(水)

※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3-138 滋賀県立長寿社会福祉センター内		
訪問調査日	2018年12月5日(水)		

【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に馴染みの関係を楽しんでいます。また、個々の生活スタイルを重視し、つばめユニットで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いただいています。一緒に買い物に出かけたり、料理やおやつを作る楽しさ、大変さも味わっていただいています。健康面でも、日々の申し送り、体調に変化があれば医院と連携して対応しています。

【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、金田医院が地域のニーズに応じて設立して来た種々の介護サービス事業の一つで、2003年に敷地内に開設された2ユニット18名定員のグループホームである。地域の住民にとってはかかりつけ医からデイサービス利用、グループホーム入居と顔なじみの関係が続くという環境であり、地域の住民の利用も多い。徒歩圏内にスーパーがあるという地の利もあり、食事は食材の調達から調理までを事業所で実施しており、利用者が一緒に食事を楽しむことが出来ている。職員は利用者一人ひとりに丁寧に向き合い、きめ細かな記録を共有することで利用者本位の対応を心がけている。医療連携体制が確立しているので看取りにも対応している。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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、活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
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	理念を玄関先に提示して目につきやすいようになっている。職員の間で確認しあい実践につなげている	以前のように理念を皆で唱和することは無いが、職員は理念を理解し、日々の利用者への対応の中で活かされている。	
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	地域のイベントに参加したり、散歩をして近隣の方と交流を行っている。又、地域の中学校3校の生徒さんが職場体験に來られ交流を図っている。	地域から要請があって、文化祭に利用者のおちり絵や編み物などの作品を出品し、皆で飾り付けに参加し見学に行っている。近隣の中学校3校、高校1校より職場体験を受け入れ、終了後も手紙や訪問の交流がある。	
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	運営推進会議を行い、高齢者への対応や症状を議論している。		
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	日常生活の写真を飾り、支援の内容を見て説明したり会議等で意見をを出していただき活かしている。	2か月に1回開催の会議には毎回自治連合会長、民生児童委員協議会、地域包括職員、家族代表が出席し、現状報告、課題等を話し合い、意見を日々の実践に活かしている。	
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取り組んでいる	認定結果や入退所に関するアドバイスを受けている。	人事異動で市職員も変わることがあるが、その都度多くの職員と顔なじみになって、病院を紹介してもらったり、いろいろな相談を行い、密な協力関係を築いている。	
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	現在身体拘束はないが、課題が出たとき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。	利用者も重度化しており、課題が出た時は職員で意見を出し合い、ドアに鈴を付けるなど対策を考えている。センサーマット、防護柵が必要な場合は、都度家族に同意をもらっている。	
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	外部での研修内容を共有し、勉強を行っている。日頃も職員の間で注意を行っている。		

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
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	外部での研修を共有し勉強を行っている現在も成年後見制度を利用されている方もおられる。		
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	申込み時、話を傾聴して本人・家族が安心、納得して入居していただ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	リビングの目の付きやすいところに意見箱を設置し、面会時話しやすいようにこちらから要望はないか尋ねている。	年1回家族会を開催しているが意見、苦情はなかなか出て来ない。日々の支援での事故や怪我への対策を説明し、一緒に考えて行きましょうと提案をしている。	
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	管理者や代表者は日頃から職員の様子や要望を把握し、ミーティング時に討論を行っている。	ミーティングは月1回全員出席で全体で行なった後、ユニットに分かれて実施し、意見や提案を検討し運営に反映している。日頃から職員は管理者に要望を伝えられている。	
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	代表者は個々の勤務状況を把握し給料に反映しており、職場環境の整備にも常に気を付けている。		
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、外部での研修を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	交流会や研修会で同業者と交流し情報交換を行っている。		

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	入居までに面接を何度か行い本人の意見や思いを聞き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	相談や申し込み時よりも家族の思いを傾聴し、サービスの向上に努めている。		
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	何度も話し合い、困っていることや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	料理の下ごしらえや準備を行ったり野菜の育て方、昔の歌や生活の様子を教わったりしている。		
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	月に一度日頃の様子を書いた手紙を活動の写真と一緒に送り近況を調べている。また、面会時に職員も話に混ざり関係を築く努力を行っている。		
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	知人、友人との手紙のやり取りを支援したり、デイサービスへ来られる友人とデイサービスでの談話やこちらに遊びに来ていただいたりする。	併設のデイサービス利用から入所された利用者は知人が来ているときは会いに行ったり、訪問がある。利用者の希望に添って、月2、3回デイサービスで催されるイベントに参加しており、デイサービスの利用者と交流がある	
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	トラブルや孤立を避けるため、常に職員が目配らせて利用者同士の仲介に入りコミュニケーションを取るようになっている。		

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
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	サービス終了後も本人や家族が孤立されないよう、他の施設への入所の援助や生活相談の支援を行っている。		
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、表情や行動から不満や希望を聞き出し支援につなげている。日々の記録に残し申し送りやミーティング時に検討している。	利用者個々に丁寧に向き合い、表情や言動などの日々の記録を細かく記入して職員間で共有し、思いや意向を把握している。食事の希望を聞くこともある。	
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、個人の趣味や経歴、生活歴、サービス利用の経歴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	毎日ケース記録を細かく記録し、個々の力にあった家事やレクリエーションに参加していただいている。定期的に見直しや把握を行っている。		
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	利用者本人の意見や希望、家族の意見や希望を聞き、ユニットのミーティングで意見を交換し本人主体で作成している。	月に1回家族が来られた時に報告、説明、意見を聞き、介護計画を作成している。毎月の職員ミーティングで1人ずつのモニタリング、目標見直しをしている。	
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	個別の記録があり、日々の様子や発見を具体的に記録している。課題や変化が起きた際に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、自宅で食事や外食をされたり、事業所で一緒に食事をされる方もおられる。イベント等は事業所全体で参加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	消防や警察と連携を取って支援している。地元の中学校の職場体験を行い、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おり、利用者の健康面での変化がみられる場合、本人や家族と相談の上、専門医に受診していただき情報交換を行っている。	敷地内の医師が毎日訪れ、顔なじみの関係が出来ている。専門医受診の際は原則として家族が付き添うが、担当職員も同行し、日頃の様子を説明している。	
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	医療連携体制を取っている為、利用者の体調や精神状態を週1回看護師に報告、相談でき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。	他の病院を受診していただいたり、入院をするときは家族を交えて情報を共有し細かく病院関係者に伝えている。入院先の担当医から当施設や併設の医院の院長に情報が入るよう連携を行っている。		
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	この先の変化に備えて本人、家族の願いや希望を聞き、ホームでの可否を見極め支援を行っている。医師や家族との話し合いや変化に備えて準備や検討をおこなっている。	入居時に家族に終末期の対応について思いを確認しているが、ほとんどの家族がグループホームでのターミナルケアを希望している。ターミナルに入る際は、再度家族に説明し、家族の意向や本人が望んでいたかの確認をしている。	
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	ミーティング時に緊急時対応の訓練を行いマニュアルを作成し見える場所に提示している。		
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おり、ミーティング時にも確認し見える場所に提示している。	敷地が低地なので水害対策の避難指導を受け、避難所へは行かず2階に避難となっている。非常時の際の手伝いの連絡網を作成している。水や缶詰等の備蓄もしており、オムツ、お米などは普段から大目に在庫している。	

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
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、誇りを尊重しプライバシーに配慮した対応を行っている。個人情報についても緊張感を持ち管理している。	職員は一人ひとりの様子を伺いながらゆったりと、それぞれに合った対応をしている。食事の場面での声かけも時間をかけて個々に合った促しをしており、利用者への尊重と配慮が感じられた。	
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	利用者が話しかけやすい状態を常に作り利用者の思いに耳を傾け、安心、納得されるまで対応を行っている。		
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し、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	読書や作業療法、家事手伝いなどを提供しているが、本人の希望やペースを大切にしたいことを中心に支援を行っている。		
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いただけるよう一緒に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行い、楽しみながら一緒に作業していただいている。特に食事の下ごしらえや月2・3回のイベントを企画し、サンドイッチやおすし、おやつを作り楽しんでいる。	食事は材料調達から調理迄すべて事業所でしている。希望はなかなか出て来ないが、選択肢を出して選んでもらったり、季節感を出すようにしている。おやつ作りなどはパート毎で出来る事を見つけて参加してもらっている。	
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	個別に食事量、水分量を記録し、一日の摂取量の目安を決め足りていない方には嗜好品にて補充している。		
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、口腔ケアを行い支援をしている。義歯の方には洗浄も支援を行っている。		

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
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	排泄記録を付け個人の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方もおられ、ほぼすべての方がトイレにて排泄されている。	詳細な記録を付けて職員が共有し、促しによりほぼ全員がトイレで排泄出来ている。	
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	食物繊維を多くとってもらうように心がけ水分の摂取も勧めている。又、体操や散歩を行い個人にあった運動も支援している。排便状況により個別に薬を服薬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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴の時間と予定は決めているが希望や状況を考え支援を行っている。	利用者の希望により、隣接のデイサービスの広い浴室を利用し、ゆったり入浴が出来る。時間的に朝に限られてしまうが、入居時に説明をし、家族の理解を得ている。重度の利用者が増え、週2回の入浴となっている。	
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	個別の要望に合わせて、昼寝や休息をできるように支援しており馴染みの環境で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	利用者の服薬状況を把握し、医師の処方のもと服薬できるように支援を行い副作用や変化が出た場合、すぐに報告している。		
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環境状況を把握し、個別性の尊重した対応を行っている。		
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	徒歩圏内のスーパーや公園があるのでホームの中だけにとどまらない生活環境を支援している。	利用者の重度化の為、遠方への外出は出来なくなったが、近隣への買い物、散歩等出来る限りの外出を心がけている。天気の良い日は施設前に椅子を出してお出かけの気分転換をしてもらっている。	外出は利用者にとって喜びであり、遠方への外出が少ないことを職員達ももどかしく思っている。重度の方が増えているが、家族の協力を得る等工夫して、全員での外出の実現に向けて検討してほしい。

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
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いただき、手紙も自由に出していただけるよう切手を購入し投函を代理で行っている。		
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、写真や作品を展示したりしている。テレビの音量や温度、照明の管理も注意して行っている。	2階のベランダには利用者と植えた季節の花がプランタンに咲いており、居間は日当たりがよく明るい。食事の際は一人一人の様子を伺いながら職員がブラインドで光の調整をしている。廊下の壁には作品のクリスマスのちぎり絵が貼ってある。	
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	リビング、廊下などにソファや椅子を置いたり、畳スペースで囲んで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。	家族の意向で家具や写真を置いたり、ほとんど家具を置かなかつたりと、利用者それぞれに合った居心地の良い空間になっている。居室は洋間と和室があるがほとんどの利用者はベッドを利用している。	
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	居室前に写真入りの表札をかけたたり、トイレや洗面への方向を看板で表示している。		

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	49	散歩や買い物など近所の外出はできているが車での外出が出来ていない。	少し遠出のドライブや外食を兼ねた外出ができる	利用者の自立度が下がり車椅子の方が増えているので車椅子対応の車数台を借りれる段取りを行う。又、ボランティアの募集も考える。	3ヵ月
2	38	日中、座りっぱなしの方もおられ、個人的な歩行リハビリなどができていない。	車椅子から手引き介助で移動ができるようになる。	週2・3回曜日を決めて廊下の手すりを使い歩行リハビリを行う。	1ヵ月
3	41	ご飯やおかずはスムーズに食べられるが、汁物やお茶などが残ったり、拒否され水分不足が心配される。	水分不足を防止し健康を維持できる。	嗜好品を提供したり、時間にとらわれず声掛けや摂取介助を行い、一日の水分量を確保する。	1ヵ月
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()