

### 1 自己評価及び第三者評価結果

#### 【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2872600248		
法人名	社会福祉法人しあわせ福祉会		
事業所名	加西の里認知症老人生活介護事業所		
所在地	兵庫県加西市段下町848-14		
自己評価作成日	令和 6年 2月 5日	評価結果市町村受理日	令和6年5月10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)】

毎日の適度な運動(散歩・足踏み体操・ラジオ体操・棒体操)等身体機能の維持向上の為、こちらから入れている。

※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 [https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action\\_kouhyou\\_pref\\_topiigvosyo\\_index](https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action_kouhyou_pref_topiigvosyo_index)

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 福祉市民ネット・川西		
所在地	兵庫県川西市小花1-12-10-201		
訪問調査日	令和 6年 2月16日		

#### 【第三者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、市の中央部より南に位置した高台にあり、法人の特別養護老人ホームやデイサービス、高齢者福祉センター等を併設した地域に根差した高齢者総合福祉施設である。建物の前には広大な空き地があり、近隣の幼稚園の園児達が遊ぶ声が聞こえるのどかな環境である。理念と共に事業所の年間目標「活気あふれる生活の場を提供する」を掲げ、利用者支援に努めている。毎日、足踏み体操や棒体操、ラジオ体操等をして利用者の身体機能維持・向上を目指している。職員は穏やかな口調で利用者に話しかけ、優しい言葉での支援が定着している。今後も高齢化や重度化に伴い食事形態を工夫し、手作り食事を続けていきたい。敷地内の散策や各種運動を継続し、利用者の心身の安定を図り、安心感や信頼感のある支援に努めていきたい。

#### 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)	<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)	<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)	<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、活き活きと働けている (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、安心して暮らせている (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		

# 自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	第三者	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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	明るく優しい言葉かけとスキンシップを行い利用者家族が安心して過ごせる様に心掛けている。	理念と共に事業所の年間目標「活気あふれる生活の場を提供する」を廊下に掲げている。職員は、利用者に分かりやすい言葉で話しかけ、共感する事を心掛け、何事も前向きに受け止めるよう配慮した支援に努めている。	
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	運営推進会議・あったか相談等地域の代表出席の会議や訪問がある。高校生・幼稚園の12ヶ月のカレンダーやクリスマスリースの持参がある。トライアルも今年は3名の中学生が来所した。	地域の保育園児や幼稚園児の交流会や高校生が手作りカレンダーを持参し交流したり、トライやるウィークの継続をしている。法人内で、週3回開催される緩和型デイサービスを利用している人が、利用者に会いに来ることがある。毎月、自治会から広報紙が届いている。	
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	運営推進会議やあったか相談員の地域の代表の方が来られ理解してもらっている。		
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	活動状況の報告の中で、地域の方や学生と触れ合う事は双方にとって刺激があつてい事なのでこれからも機会を増やしていきたい。	利用者や家族、市職員や地域住民代表の参加で開催しており、市や地域住民から地域の情報が入る。家族から以前に比べ居室の飾りが少ないとの意見があり、置物の配置や壁飾りを検討した事を会議で報告した。民生委員や知見者の参加はない。	地域の民生委員や知見者に参加をお願いしてはどうか。
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	運営推進会議で他、市や他事業所の情報こうかんがある。	行政からの情報は、法人の事務所を通して入る。市から毎月派遣される、あったか相談員(介護相談員)の来所があり、利用者の話し相手になったり、交流の機会になっている。グループホーム連絡会等はまだ再開されていない。	
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	玄関各ドアは日中ドアはオープンにしている。令和4年度は3回身体拘束	身体拘束適正化委員と虐待防止委員は、ケアマネジャーが委員となり併設特養の職員2名と毎月会議を開催している。身体拘束廃止の指針を作成し年2回の研修をしているが、研修記録の記録が不十分である。事故報告書はあるが、ヒヤリ・ハットは日誌に記録している。	委員会記録と研修記録を整備して頂きたい。ヒヤリハットの記録用紙を作成し、職員に周知していただきたい。
7	(6)	○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	令和4年度は年3回高齢者虐待防止の勉強会を持った	虐待防止に関する指針を整備している。身体拘束適正化委員会と同様に会議を開催し研修会をしているが、委員会と研修会の記録が不十分である。職員のストレスは、ケアマネジャーが話を聞き緩和に努めている。	上記同様、記録の整備に努めていただきたい。

自己	者 第 三	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	(7)	○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	令和4年度は成年後見制度のパンフレットでの勉強会を持ち各地域の必要な方に活用できる様にしている。	入居前から制度を活用している利用者があり、後見人の定期的な面会と研修により、職員は一定の理解を得ている。家族には契約時にパンフレットを提示し情報提供している。	
9	(8)	○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	事前の見学や説明又居室の都合でショート利用も受け入れている。	昨年末に新規契約の利用者があり、書類を説明し家族は自宅に契約書を持ち帰り記載した。入院時の利用料や居室確保期間等の質問には丁寧に応じている。事業所での利用者リスクは、書類(入所時リスク説明書)を提示し説明、項目毎にチェックし了承を得ている。	
10	(9)	○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	意見箱設置や利用者・家族様からの要望・意見を運営推進会議や直接聞き対応している。	毎月、利用者と職員が話し合う、たんぼぼ会議で利用者の意見を聴く機会が多く、食事やおやつのリクエストに応えている。スポーツ好きだった利用者の提案で、棒体操や足踏み体操を取り入れた。ご意見箱に意見や要望は入らず、家族から運営に反映するような意見はない。	ご家族からの意見を聴き取る工夫をしていただきたい。
11	(10)	○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	月1回のたんぼぼ会議で利用者の要望や意見を検討し楽しんで生活できる様に材料の購入や効かなくなったエアコン・洗濯機・乾燥機の買い替えがあった。	申し送り等で、排泄用品の個々に適した使用方法や利用者の体操を充実する為の取り組み等、職員が話し合って決めている。体操と共に日光浴の方法等の提案があり実行している。	
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	常時努めている。		
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	職員によつての研修や資格の確保を進めている。		
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	令和4年度は市役所で加西市の各施設の合同指導があり他の施設の意見や考えに触れた。		

自己	者	第三	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
<b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>						
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	家族様の話を伺い生活記録や身体状況を踏まえ様子観察や本人話を伺いながら安心して生活できる様に努力している。		
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	家族様の希望・要望等話を伺い安心できる様に対応している。		
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	利用者・家族様が必要な事と必要としている事を把握し状態に応じて対応している。		
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	廊下の椅子で利用者同士での語らいや席の譲りあい、食卓のテーブル拭き、洗濯干したたみをしている。		
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	電話・面会時に最近の様子等報告し紙パンツやパットの持参・家族がリハビリの為に散歩に行かれたり便秘解消の為にヨーグルト持参の家族もある。定期的に自宅に帰られる方もあって家族も支援されている。		
20	(11)		○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	定期的に家族・成年後見人の面会やあったか相談員月1回訪問あり 散髪屋利用2ヶ月に1回来所あり。高校生の12ヶ月のカレンダー持参・幼稚園のクリスマスリース持参と運動会の招待。	コロナ5類後は家族やきょうだいの面会を再開している。以前からの行きつけの美容室に家族と通ったり、家族が自宅で散髪をする利用者もある。定期的な理美容師の訪問により、新たな馴染みが出来ている利用者もある。	
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	利用者同士のコミュニケーションの機会を持ち(ゲーム・レクリエーション)助あえる様に支援している。		

自己	者 第 三	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	連絡があれば相談支援致します。		
<b>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</b>					
23	(12)	○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	普段の会話や月1回のたんぼぼ会議での意見伺い意見の選択をして頂く事もある。	職員は、明るく優しい言葉遣いで利用者に接し、言葉だけに頼らず、表情や反応からも思いや意向を察知できるよう心がけている。また、毎月利用者を交えて食べたいものや行きたいところ、やりたいこと等を中心に要望を楽しく話し合う「たんぼぼ会議」を開催し、得た情報を介護計画やケアに生かしている。	
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	入所時の生活歴記入時と前ケアマネジャーからの情報や本人・家族様からの情報で把握している。		
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	定期的なバイタル測定や日常生活動作等様子観察し把握に努めている。		
26	(13)	○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	毎日のサービス実地状況のチェックと半年毎のモニタリングをしご本人と家族様の要望を伺い、担当者会議で担当者、職員の意見や話し合いで介護計画を作成している。	介護計画は半年毎にサービス担当者会議を経て作成担当者が評価し、見直している。パートを含む職員も計画を共有し、毎日モニタリングを行っている。担当者会議にも複数の職員が参加し、医療関係者の情報ははじめ、日々のケアや「たんぼぼ会議」で得た情報を持ち寄り、意見交換している。	
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	ケア記録や日々の様子普段と変わった事等記入し職員間で共有し実践している。		
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	職員同士で話し合い可能な限り要望希望等を受けて柔軟に対応している。		

自己	者	第三	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	2月に1回の散髪屋さん(数名)・1ヶ月に1回のあったか相談員・トライアルウイークの学生との交流がある。		
30	(14)		○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	今までのかかりつけ医を受診される方もいますが殆ど施設の医院がかかりつけ医です。家族本人の意思で他の病院にかかっても自由である。状態によって他病院受診診断がある。	協力病院の内科医による定期的な訪問診療がある。また、特養の看護師が毎日訪れて健康管理をしている。かかりつけ医は自由に決めることができ、入居時に希望を書面で確認している。現在、利用者の全員が協力病院の訪問医を選んでいく。協力病院の歯科検診を月1回実施している。協力病院以外の病院や他科への受診は原則、家族が同伴する。	訪問診療の受診結果や医療情報を家族等に報告しているが、報告の記録が確認できなかった。家族等との信頼関係を保つためにも記録の徹底が望まれるのではないかと。
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	特養併設の看護師に常に特変あった場合状態報告・相談し指示仰いでいる。		
32	(15)		○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。	入院中は病院の地域総合支援センターと連絡を取り合い面会はリモートで行う。退院時は介護サマリーの発行でスムーズに施設生活の移行ができる。	かかりつけ医の紹介で入院することが多く、入院中を含めて、各医療機関の地域医療連携室と情報交換を行っている。退院時も連携し、状況に合わせて医療連携でカンファレンスを行い、スムーズな施設生活につなげている。	
33	(16)		○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	御家族に状態等を詳しく説明し共有している。家族様希望により医療が必要であれば入院支援と重度化であれば特養に入所支援を行う。	重度化した際や終末期の事業所の対応を契約時に説明し、延命治療に対する意向や終末期に過ごしたい場所(自宅か施設か病院か)を確認して同意書ももらっている。事業所での看取りは行わず、施設を希望する方には併設の特養等を勧めている。重度化の目安として医師の判断のほか、要介護4以上で食事がとれなくなった時等と説明している。	どのような状態をもって重度化や終末期とするか等、事業所としての基準や対応について明記した「指針」を作成することが望まれる。
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	年一回救急処置訓練をしている。		

自己	者 第三	項目	外部評価		
			自己評価 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	
35	(17)	○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	加西の里年間訓練訓練2回・消火訓練1回GHでは避難訓練を2月に1回行うと合計3回となる。	法人の敷地建物は市の福祉避難所に指定されている。法人と合同で消防署の協力による火災避難訓練を年2回と業者協力のもと消火訓練を実施している。このほか事業所でも独自に火災避難訓練を年1回行っている。非常持ち出し袋を用意し、デイサービスの倉庫に法人として水や米、レトルト食品等、3日分を備蓄している。ハザードマップや連絡網等を記載した防災マニュアルを備えているが、更新していない。	連絡網とともに防災マニュアルの定期的な見直しが求められる。夜間を想定した避難訓練も行っていただきたい。また防災対策は地域住民との連携が欠かせない。運営推進会議で消防訓練への参加を呼びかけてはどうか。
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	(18)	○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	各個人に合った言葉かけをおこなっている。認知症で難聴の方には身振り手振りで表現し意思の疎通を図っている。大事な事は居室で話す様にしている。	利用者尊重、尊厳の視点から言葉遣いには特に注意を払っている。各居室にトイレがあり、訪問診療の際もリビングではなく居室で行っている。浴室の脱衣場に洗濯機を置いているため、利用者が入浴中は洗濯機を利用しないようにしている。	
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	分かりやすい様に説明し、どれが良いのか選択して頂いている。		
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	体操やレクリエーション等は声掛けをしているが参加は自由で自分のペースで生活されています。		
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	かかりつけの美容院に行かれています。かつら使用の方 自宅で散髪してもらいに帰られている方等おられる。衣服の選別も支援して。		
40	(19)	○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	食事が一番楽しみの為個人に合った食事形態を提供し食事前の口腔体操をして安心して美味しく食事ができる様支援し、後のテーブル拭きは皆さんでして頂いています。	3食共、法人で食材を共同購入しユニットで職員が作っている。献立は特養の管理栄養士が立てており、職員は利用者の食べたいものを聞き献立に反映させている。たこ焼きなど作りながら食べる食事レクリエーションを行っている。嚥下食では刻み食のみに対応している。コロナ禍で中断していた外食も再開した。	

自己	者 第 三	項 目	外部評価	
			自己評価 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
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	管理栄養士の献立で毎日店から食品が納入している。その材料で料理作りを行い食べやすい食事形態で提供している。都度こまめな水分補給を行っている。	
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	各利用者の応じて、声掛け・見守り・一部介助で清潔保持に努めている。	
43	(20)	○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	定期的な誘導と排泄パターンを把握しトイレ誘導しパット内失禁があった方が自分で排泄できる様になった。	排泄チェックリストで把握した排泄パターンだけでなく、身振りそぶりから察知して、さり気なくトイレ誘導を行っている。布パンツを使用する利用者が数名いる。夜は本人の意向を優先する中で紙オムツやパッドも使用して安眠を重視している。
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	水分補給と適度な運動して頂き食物繊維とヨーグルトの摂取等を行いながら排便コントロールを行いスムーズな排便に努めている。	
45	(21)	○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	入浴は週2回で火水・木金と決まっているが、利用者の気分意向によって曜日や午前午後と変わる事があり気分よく清潔に過ごして頂ける様に支援しています。	ゆったりとした浴槽の個浴で1対1介助により、週2回入浴している。利用者の状態によって浴槽に浸かるのが難しい場合は、シャワー浴や、デイサービスの機械浴を利用する場合もある。冬至にはゆず風呂を楽しんでいる。
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	なるべく日中は起きて頂いて運動等活動的に過ごして頂きそれ以外でも居室でくつろいだり、ベッド休んで頂いたり等ストレスのない様に努めています。	
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	定期的に薬の見直しを行い過程によって変化が生じた場合は、看護師・Drと相談し支援している。	
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	月1回たんぼぼ会議で希望・要望を伺い計画し支援を行っている。洗濯たみ・干しが好きな人できる人にしてもらい支援している。	

自己	者 第 三	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
49	(22)	○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	天候の良い日は屋外に散歩に今年度は福崎町の河童と外食を行い楽しめた。	敷地内に四季折々の草木を植えた庭園があり、利用者は散歩や日光浴を楽しんでいる。その一角にある桜や果樹を植栽した「ふれあい広場」では花見を計画している。1月には全員が車で隣町の福崎町に繰り出して妖怪見物や、名物のもちむぎ麺を味わった。	
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	買物は立替で利用料と一緒に引き落としをしている。利用者はお金は扱わない。		
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	希望時は支援している。		
52	(23)	○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	季節感が味わえる様にに応じて飾りつけを行っている。又トイレの便座と洗面の水道は暖かくしている。	玄関先には雛人形など四季折々の飾り付けをし、壁面には利用者の書道作品やイベント時の写真を飾っている。吹き抜け天井のある広いリビングには、カウンターキッチンと畳のスペースがある。リビングや玄関先、廊下にもソファを置き、利用者が好きな場所で休憩ができるようにしている。	
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	廊下の日当りの居場所に椅子が並べてあり、日向ぼっこをし他の利用者と雑談したりして過ごされている。		
54	(24)	○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	希望により化粧台・TV台・写真・飾り物を置いて居られ、カレンダー塗り絵等も貼られている。	居室にはトイレと洗面室があり、造り付けのダンス、電動ベッド、防災カーテン、寝具を備えている。半数の利用者がテレビを持ち込み、整理収納ケースや三面鏡、カセットレコーダー、趣味の本などを置いている人もいる。整理整頓され、きれいに清掃されている。扉の内側に職員が手作りの色柄を変えた半間のれんをかけている。	居室は必要以上に飾らず、すっきり整えられているが、殺風景と感じている家族もいる。本人や家族の意向を確認したうえで、その人らしい居室づくりについて職員間で今一度、話し合われてはいかかだろうか。
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	居室入口に表札設置、下駄箱に名前、作品に名前を記入し誰のか分かる様にベッド下に滑り止めマットの設置をしている。		

(様式2)

事業所名:加西の里グループホームたんぼぼの家

作成日: 令和6年5月10日

### 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	6	法人での委員会記録とグループホームの研修記録の整備が不十分であった。ヒヤリハットは日誌に記録する様になっているが、事故件数の割にヒヤリハットの記録が殆どなかった。	身体拘束適正化委員会の記録とグループホームでの研修記録を整備し、ヒヤリハットの記録用紙を作成し皆に周知記入 身体拘束をしないケアを継続する。	法人事業所での身体拘束適正化委員会の結果をグループホーム職員に周知し、グループホームでの身体拘束適正化(年4回)を研修開催し実地記録を整備保管する。ヒヤリハット報告書を作成記録し検討、情報共有する。	3月
2	7	法人での委員会記録とグループホームの研修記録の整備が不十分であった。	虐待防止委員会の記録とグループホームでの研修を開催し記録を整備し、虐待防止を引き続き継続する。	法人事業所での虐待防止委員会の結果をグループホーム職員に周知しグループホームでの虐待防止委員会の(年2回)研修開催し実地記録を整備保管する。	3月
3	30	訪問診療の受診結果や医療情報を家族に報告し日誌に記録しているが記録の整備保管が不十分であった。	各利用者の訪問受診結果や医療情報を家族に報告すると共に記録の整備保管を行い家族様との信頼関係を築いていきたい。	各利用者の協力病院訪問受診結果と医療情報を家族に報告すると共に記録の整備保管を行う	3月
4	54	本人・家族が好みの家具を持ち込みされている部屋もあるが利用者によって殺風景な部屋もある。	本人家族の意向を取り入れ、その人らしい居心地の良い生活空間を提供していきたい。	余暇活動を利用し各利用者が作品を作れる様に提案提供し一緒に作り飾って行く。	8月
5	35	連絡網と防災マニュアルの更新整備ができていなかった	連絡網と防火マニュアルの更新整備し夜間想定避難訓練を年3回行うと共に運営推進会議で消防訓練への参加をお願いする。	法人で地震災害対策用と感染症対策用のBCPを策定と共にBCP委員会を2月に開催、年1回づつ地震災害対策と感染症対策の研修と避難訓練2回内1回は夜間想定を計画。GH独自で連絡網防火マニュアル更新と夜間想定避難訓練年3回。運営推進会議で消防訓練の呼びかけを行う。	3月

(様式3)

サービス評価の実施と活用状況(振り返り)

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="checkbox"/> 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="checkbox"/> ②利用者へサービス評価について説明した
	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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定したか、について報告した
	<input type="checkbox"/> ⑤その他( )
2 自己評価の実施	<input type="checkbox"/> ①自己評価を職員全員が実施した
	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> ⑤その他( )
3 外部評価(訪問調査当日)	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> ④その他( )
4 評価結果(自己評価、外部評価)の公開	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> ⑤その他( )
5 サービス評価の活用	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)
	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> ⑤その他( )