

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	2894400064		
法人名	カネカツ株式会社		
事業所名	グループホーム暖家		
所在地	兵庫県豊岡市城崎町今津787-1		
自己評価作成日	令和2年10月29日	評価結果市町村受理日	令和3年3月1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	https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action=kouhyou_pref_topiigyosyo_index
----------	---

【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 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2年12月3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)】

山陰線【城崎温泉駅】から徒歩で15分の山裾の静かな住宅地に位置し、近くには円山川や少し足を延ばせば日本海が広がっています。ご高齢の利用者様が多くなり、近くの協力医院への受信、往診はもとより、公立豊岡病院はじめ他の医院への受診にも対応させていただいてます。ご利用者様の今まで過ごされてきた暮らしを大切にしながら、一人ひとりのお気持ちに寄り添ったアットホームな生活の場を提供させていただく事を目指しています。生活での介助はもちろん、朝、昼、夕の三食は職員が調理し、温かい食事をしていただく事を大切にしています。

【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、円山川に沿った城崎温泉近くの静かな山裾にあり、近くにも海が見える場所に建っている。居室の窓からは自然が望め、季節の木々や草花、時には野生動物が見えると利用者が教えてくれた。今年は新型コロナウイルス感染防止の為、外出がままならない状況の中で、利用者は近隣の散歩を楽しみながら、新しい生活様式に即した生活を送っている。職員への負担軽減も含め調理専門の職員を配置し、介護職員は利用者との関わりが深まり、利用者との交流する機会が増えている。管理者は職員と共に同じ方向を向いて、利用者の支援に努めている。利用者との関係性が良好に保たれ、利用者の穏やかな生活の継続を期待している。

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)	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)
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)	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)
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)	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元との関係者とのつながりが拡がり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)
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)	66	職員は、生き生きと働いている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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)		

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
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	理念を共有しカンファレンス等で、協議しながら日々の実践に反映できるよう努力している。	利用者の利用者らしい暮らしと、楽しく充実した生活の継続を支援する事を理念とし、事務所や各フロアに掲示している。職員の負担軽減になるよう、調理専門の職員を配置し利用者とのゆっくり過ごせる時間を作り、利用者の安全面を強化した。職員は理念を意識した支援に努めている。	理念の要(かなめ)を表す内容の言葉で表示し、より理念の理解を求められてははかがか。
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	コロナ禍で制限はされるが、運営推進会議や地域の方々とのふれあいを通じて交流している。	新型コロナ感染防止の為、現在は家族以外の来訪者はなく、地域に出かける事も中止としている。利用者は通院以外の外出はなく、事業所近辺の散策を楽しんでいる。	
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	入居相談に来られる方等に対して、個別に相談に応じている。		
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	グループホーム暖家の状況を報告させて頂き、ご意見を反映するようにしている。	会議は市か地域包括、利用者、家族代表、地域住民や知見者等を委員とし、隔月行っていたが、今年4月以降は感染防止の為に実施していない。利用者から「おいしいものが食べたい」と意見が出たり、地域住民から防災に関する話を聴く事がある。会議資料はあるが会議の記録がない。	事業所の利用者状況や、事故・ヒヤリハット報告等も記載されてははかがか。会議ができない時期には、書面開催を実施して議事録を作成し、全家族に送付されたい。
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	運営上必要な事項などは相談するようにしている。	市との連絡はほとんどメールでやり取りしているが、利用者の認定更新時等は窓口に向くことがある。事業所更新手続きについての質問等は電話で行ったり、事業所の防災計画についてのアドバイスを受ける等、市とは密に連携を取っている。	
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	介護施設に於ける身体拘束などについて、具体的にカンファレンスで確認し身体拘束のない介護に取り組んでいる。	玄関は新規利用者の不穏状態時や、事務所に入人がいない時は閉め、それ以外は開放している。身体拘束適正化委員は、管理者と各階リーダーが担い、カンファレンスやミーティングで身体拘束について話し合っているが、会議や研修の記録はない。	身体拘束適正化委員会は3か月毎に開催し、年2回の研修を実施して欲しい。又、それらの記録の保存が必要ではないか。
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逃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	カンファレンスで具体的に虐待について学ぶ機会を持つと共に、虐待がおきないように配慮している。	職員の不適切な言葉掛けがあった場合は、職員を呼び管理者から注意している。管理者は職員がストレスを溜めない為に、全職員の勤務が無理にならないよう配慮している。虐待についても、身体拘束と同様、研修はしているがいずれも記録が残されていない。	身体拘束同様研修記録を残して欲しい。

自己	者三	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	入居される時、必要に応じて日常生活支援事業や成年後見制度について、説明させて頂いている。	現在日常生活支援事業を活用している利用者がある。契約時に日常生活支援事業については説明しており、その資料は準備しているが、成年後見制度に関するパンフレットの備えが不十分である。職員から権利擁護研修の希望がある。	成年後見制度に関するパンフレットを準備し、契約時に家族に説明されてはどうか。職員研修は年間計画に組み込み実施されてはどうか。
9	(8)	○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	契約については、事前訪問時、または契約時に説明させて頂きご家族の不安のないように対応させて頂いている。	申し込み時に見学してもらい、納得を得て契約している。契約時の質問は、医療が必要になった時の対応や費用面、重度化の対応などが多く、常時医療が必要になれば事業所では限界がある事や、協力医療機関や家族の協力のもと、状態によっては看取りも出来る事を伝えている。	
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	面会等で来られたときなど、極力お話や相談を受けるようにし、運営に反映させて頂いている。	利用者から「本が読みたい」との要望に応え、一緒に図書館に行った。「家が気になるので帰りたい」との訴えに、家を見に自宅に帰る等個人的な要望には都度対応している。意見箱に意見は入らず、家族からは運営に反映する内容の意見があれば、受け入れたいと思っている。	
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	職員の意見については、カンファレンスまたは個別に聞くようにし運営に反映している。	事業所運営に関する事や機械の老朽化などは、カンファレンス等で聞くことが多く、必要に応じ対応している。個人的な悩みや相談事は、管理者に直接相談している。退職者があったが、人員にはゆとりがあり特に混乱はなかった。	
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	代表者は職員が業務をしやすいように配慮し、熱意をもって介護できるような職場環境の整備に努めている。		
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、動きながらトレーニングしていくことを進めている	代表者は職員研修を通して職員個々の介護が向上するように配慮している。		
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	市を中心とした小規模事業者のネットワークに参加している。		

自己	者三	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
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	ご利用者の話に耳を傾け不安のないように、心がけている。		
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	ご家族の不安に答えられるように、話をよく聞くようにしている。また何時でも連絡をとれる態勢をとっている。		
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	よく話を聴いて、必要な支援に対応できるようにしている。		
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	同じ食事を一緒に食べるようにするなど、関係づくりに努めている。		
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	通院等家族の方ができる人については、家族の方の付き添いとしている。		
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	友人の面会(コロナ禍現在は遠慮して頂いている)、通い慣れた地域の医院への通院などをおこなっている。	コロナ禍のなか以前していた事が中止になっている事が多い。外出も通院以外は全面中止となり、家族の面会は玄関にて窓越しに行っている。地域行事がすべて中止となり、地域との交流は散歩で会う人との挨拶程度である。理美容の業者も感染防止の為様子を見ている。	
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	食事やお茶の時間には、ご利用者が会話しやすいようにしている。		

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	ご本人、家族からの相談には支援させて頂いている。		
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	(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	思いや希望については、話をしながら、また表情から推測し把握するようにしている。	契約時に家族からの聞き取りを中心に、本人からも稀に聴くことはある。日常会話の中で「ここにずっと居るよ」との言葉を聴く事も有る。新しく入所の利用者の入浴が難しく、誘い方に工夫して可能になった利用者がある。おやつ飲み物は希望を聴いている。	
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	入居前にはご家族から、入居後はご本人との会話を通して知ることが多い。		
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	ご本人と接しながら、また職員から報告を受け状況を把握している。		
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	ご本人、家族からの相談には支援させて頂いている。主治医、がいの理学療法士等の意見を聞き職員で相談し介護計画を作成している。	各階別々に更新時に介護計画作成している。モニタリングは独自の様式を使用し管理者と職員が記入している。家族の面会時に窓口で要望等を聴き、署名捺印をもらっているが、聴き取り日時や内容の記録がない。介護認定更新時の為、介護計画作成の期間が長期になっている。	家族の来所時に合わせ、サービス担当者会議を開催し、記録を残されてはいいかがか。介護計画作成は6か月で見直していただきたい。
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	朝のミーティング、及びカンファレンスなどで情報を共有し、日々の介護に活かしている。		
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	ご本人や家族のニーズに対して、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	読書好きのご利用者とは図書館に行き、本を借りてくるなど地域の資源を活用している。		
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	協力医院(内科・外科)、主治医、精神科等ご家族の意見を聴きながら、適切な医療が受けられるよう支援している。	協力医による月2回の訪問診療により、体調管理を図っている。整形外科や歯科等の受診が必要な場合は、その都度職員が同行し、利用者の状態についての報告や相談をしている。認知症状による状態変化があった場合は、協力医から専門医に繋ぐこともある。	
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	医療対応が必要と考えられるご利用者について介護職員は、協力医院及び関係病院と連絡を取りながら、適切な医療が受けられるように支援している。		
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。	入退院時には病院側と情報交換を行い、医療、介護がスムーズに対応できるようにしている。	利用者個々の疾患により入退院があるが、協力医と市内の医療機関と連携して早期の受診、入院により重度化を防いでいる。普段から利用者の状態観察に努め、些細な変化を見逃さないよう注意し、家族とも情報交換を図っている。利用者の安心のためにも早期退院を目指している。	
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、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居される時に、終末期の方針については説明し同意を得るようにしている。また、終末期が近づくと、ご家族・協力医・市担当者等と連絡を取りながら支援させて頂いている。	毎年、終末期を迎える利用者はおり、ほとんどを看取っている。利用者の状態悪化に併せ、協力医、家族とは意思確認を行っている。利用者が安らかに、また家族が不安なく看取りができるよう、職員は見守りサポートしている。	
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	殆どの職員は、応急手当や初期対応お訓練はできている。		
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	職員の緊急連絡網によって対応できるようにしている。	8月に1回目の屋間想定避難訓練を実施した。各階の職員が連携して利用者を誘導し、避難経路の確認を行っている。近隣に住む職員が即応援できる体制もある。運営推進会議で報告し説明しているが、特に協力を働きかけてはいない。次回は1月の実施を予定している。	運営推進会議等で、利用者の状況を理解してもらうためにも応援を呼びかけ、可能な協力体制を築いていただきたい。

自己	者三	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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
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	人格を尊重した言葉かけができるように、普段から気をつけて対応している。	管理者は、介護における人としての尊厳は、利用者に対しての自分との関係性が一番大事ではないかと考えている。引き継ぎや会議の折に、具体例を参考に話し合っている。利用者の中には、同性介助が必要な場合もあり、個々の思いを汲み取り対応している。	
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	ご利用者が思われていることが表出できるような関係づくりを目指している。		
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	一人ひとりのペースを大切にし自由に過ごして頂いている。		
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	外部から出張美容をお願いし(コロナ禍で現在はお断りしている)1~2ヶ月に1度、理美容のサービスを受けて頂いている。今は、職員がさせて頂いている。		
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	ご利用者の食べたいものを聞き、各フロアで食事作りをしている。また、ご利用者と職員と一緒に食事の片付けをしている。ご利用者の楽しみのひとつとなっている。	各フロアにいる専任の調理担当職員が、その日のメニューを決め、調理をしている。前の日のメニューを参考に、重ならないよう献立を考えている。時には利用者からのリクエストの献立になることもあり、好みの食材で食べやすいよう調理方法を工夫している。お取り寄せ料理を楽しむこともある。	
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	食事量、水分量については、記録を執りながら必要な内容、量を介護職員が担当医師と相談し、検討、支援している。		
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、ご利用者の状況に応じて口腔ケアをしている。		

自己	者三	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
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	自分で排泄できる方はして頂いている。一日でも長く自力でできるよう支援する。	多くはリハビリパンツを使用しており、基本はトイレでの排泄を支援している。状態によってはおむつの使用、夜間のみ室内のポータブルトイレを使用している人もある。把握している排泄状況に併せ職員が誘導するが、本人からの尿意の表出を大事にしている。	
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	個々に応じた食事内容や、適切な水分を摂って頂いている。		
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	週二回を目途に、ご本人の状況に応じて臨機応変に入浴して頂いている。	職員の声かけにより入浴してもらう場合が多いが、困難な場合は、職員が入れ替わったり、時間をずらすなど臨機応変に対応している。失禁等の場合は状況に応じてシャワー浴を行う。ゆったりした時間を大事にし、懐かしい昔の話を職員に聴いてもらうことを楽しみにしている人もある。	
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	今までの生活リズムを崩さず、不安のないよう声かけをし、安眠していただけるよう支援している。		
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	ご本人の状況を担当医に報告し薬等の処方をして頂いている。内容については職員が把握し、変化については記録して担当医に報告している。		
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	食事の片付け、洗濯物たたみ、食材の買い出しに同乗して頂いている。天気の良い日は外出など気分転換をしていただけるように支援している。		
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	コロナ禍で現在、行楽地や人の多い場所は出かけられないので、近隣の散歩などを楽しんで頂いている。	地域の行事への参加や遠出はできないことから、できるだけ散歩には行くようにしている。利用者からの要望や様子を見て、外気浴も兼ね近隣を歩いている。出入りの際職員は、感染予防対策のためのチェックを行い、利用者もマスクの着用は必須としている。	

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
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	現在、お金を所持されているご利用者はいないが、買いたい物があれば相談にのり、職員が買物に行っている。		
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	手紙、年賀状、電話などご利用者から希望があれば、介護職員が取り次ぐなど支援している。		
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	温度、湿度には気を配り、また不快な音には注意をし、心地よく生活していただけるよう配慮している。	現在、窓を開放し定期的に換気を行うなど、室温は常に確認している。気候の変動に併せた加湿対策も行っている。職員は、利用者がこれまで通りリビングの好きな場所で過ごせるよう、間隔をあけるなど椅子の配置を工夫している。	
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	ソファを設置したり、気の合ったご利用者同士食事ができたり、会話ができるよう配慮している。		
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	入居時、家族の方に自宅で使い慣れた物や愛着のある物を持ってきて頂くようお願いしている。	整理ダンス、テーブルや椅子、テレビなどが、使いやすい置かれている。その人なりに自室で好きなテレビを見るなど、思い思いに過ごしている。職員は定期的に窓を開放し換気に努め、加湿器を設置している。	
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	ご利用者の必要に応じて、介助バーや手すりを取り付け、安全と自立の工夫をしている。		

(様式2)

事業所名:グループホーム暖家

目標達成計画

作成日: 令和 3年2月28日

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		家族来所時に、介護の内容について話し合った事項がサービス担当者会議記録に残されていない。	介護内容について、ご家族と打ち合わせた事項をサービス担当者記録に記載する。	窓口(事務室)及び各フロアに様式を準備し、記入する。	4月
2		日常生活支援事業、成年後見制度について入居時に説明しているが、成年後見制度のパンフレットがなく、十分に説明されていない。	日常生活支援事業、成年後見制度について入居時に、ご家族に分かりやすく説明する。	成年後見制度のパンフレットを社協から頂いておく。	4月
3		理念を表示し、業務を行っているが、短文で整理した方が職員に理念が定着しやすいと考えられる。	理念の要を示す内容の言葉で表示する。	カンファレンスで再度、職員全員でゆっくり内容を討議しながら短文でわかりやすい理念を作り上げる。	10月
4					月
5					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】		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
			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
			⑤その他()
2	自己評価の実施		①自己評価を職員全員が実施した
			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
			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
			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
			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
			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
			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
			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
			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)
			⑤その他()