

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	2890800028		
法人名	株式会社 エルフ		
事業所名	くつろぎの家エルフ本多聞		
所在地	兵庫県神戸市垂水区本多聞1丁目13-11		
自己評価作成日	令和 4 年 3 月 15 日	評価結果市町村受理日	令和4年4月28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 4 年 3 月 28 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)】

コロナ禍の中で外出することが出来なくなっているため、毎月の行事が充実できるように努めている。
日々のレクリエーションについては、利用者様になるべく全員参加できるものを選ぶようにしている。

【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、道路に面したやや高台の住宅街にあり、法人の小規模多機能ホームと併設している。開設12年目を迎える事業所は、管理者の交代から3か月が経過し、職員体制も整いつつある。新型コロナウイルス感染拡大防止に努め外出自粛や、家族、地域との交流が途絶えるなか、利用者の笑顔を引き出す努力や自己決定を尊重しながら、利用者の暮らしを支援している。海外から来訪し技能実習を終えて入職した職員が多く、利用者に寄り添う支援は利用者からの信頼を集めている。地域の高齢者が道に迷った際、地域の警察と協力して自宅に送り届けるなど、地域住民の支援も努めている。今後も利用者がその人らしい穏やかな生活を送れるよう、また事業所は地域の安心につながる福祉拠点となるよう努めていただきたい。

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)	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。]

	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	内容を要約し、短文での社の理念をユニットに掲げている。	ユニットの入り口に、法人の理念を要約して「普通の生活」「高齢者の価値を下げない」という文章を掲示している。高齢になっても普通の生活が当たり前に行え、居心地の良い暮らしができる支援を心掛けている。理念は事業所内の掲示のみで対外発信はしていない。	事業所の理念を広報誌やパンフレットに掲載され対外発信されてはいいかがか。
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	コロナ禍で緊急事態宣言・まん延防止等重点措置発令中以外は、天候にもよるが近隣を散歩している。	コロナ禍で地域との交流の機会はほとんどないが、近所の寺に少人数でお参りし、住職夫妻と挨拶したり世間話をする事がある。道に迷った近隣の高齢者が事業所に来られることがあり、交番に通報し自宅に連絡したり送り届けた事がある。	
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	コロナ禍のため地域への発信は自粛している。例えば夏祭り等、地域の方々への呼びかけも行ってない。		
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	コロナ禍のため運営推進会議開催を自粛している。事業所内の状況等を会議議事録で各事業所、家族様に郵送している。	本人や家族、地域包括や民生委員、近くの事業所職員などが出席して交流を深めていた。コロナ下の運営推進会議は全て書面報告であり、委員から意見や質問などはない。今後は、書面報告時は意見や質問などの返信依頼をしたいと管理者は考えている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	コロナ感染もあり、市・区保健センターと密に連絡をとり、現状・今後について相談指示を仰いでいる。民生委員にも状況を伝えるようにしている。また、生活保護利用者も多いため、区生活支援課と連絡をとっている。	市や区の保健センターから再三来所され、感染者対応の方法や指示などを教えてもらったり、文書や電話で連絡し合う機会が多い。	
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	事例をあげながら、カンファレンス等で身体拘束廃止を指導している。玄関の施錠は安全のため行っているが、利用者様の希望があれば開錠し散歩に行っている。	事業所の取り組みとして、身体拘束等の禁止を定め拘束をしない介護に努めているが、玄関の鍵は施錠している。事故報告書が多く出されているが、ヒヤリ・ハットの数が圧倒的に少ない。身体拘束適正化委員会は、所長を中心に構成しているが今年度は会議を開催していない。	玄関の施錠は常態化にならないよう、短時間でも開錠する工夫をされたい。 身体拘束適正化委員会は3か月に1回の会議開催と、年2回の職員研修を実施して下さい。

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
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	必須研修として実践している。職員はストレスチェックシートに回答し、その結果をみながら管理者は職員面談を行っている。	虐待防止委員会は身体拘束適正化委員会が兼ねている。虐待研修は、高齢者虐待チェックリストを使用し年1回の研修をしている。職員個々が虐待についてeラーニング研修で学び、報告書を市に提出予定である。	
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	成年後見人制度資料は準備している。契約前から成年後見人制度を利用されているため、現例はない。	数名の利用者が、入居前から制度を利用しているため、職員は一定の理解をしている。入所時、全家族に制度の説明や情報提供をしていない。職員研修も実施していない。	手持ちの資料により、契約時に情報提供されてはいかかが。また、職員研修の議題として計画されてはいかかが。
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	契約時には家族様等に理解・納得を頂けるよう時間をかけ説明している。	契約時は、重要事項説明書などすべて読み上げ丁寧に説明しているが、家族の状況により簡素化する場合もある。質問が多い持ち込み品については、利用者の馴染みのある物とし、面会は現在禁止であり普段の暮らしは動画を見てもらうなどの説明をしている。看取りができる事も伝え納得の上契約している。	
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	コロナ禍のため、運営推進会議や家族会は開催できていない。	面会禁止により、家族との会話の機会が少ない状況であるが、今年1月から広報誌を発行して家族に発信している。以前から、家族からは個人的内容の質問はあるが、事業所に反映するような内容はほとんどない。	
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	毎週ユニットごとに、カンファレンスを開いている。職員との意見、提案は議事録に残し回覧、日々のケア等に活かしている。	利用者の誕生会やおやつレク、もの作りなど行事担当職員の提案で実施している。担当職員の発想により壁紙などを展示し季節感を表している。法人の取り組みとして、職員アンケートによるストレスチェックを実施している。	
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	職員の都合を考慮した勤務体制を心掛けている。有給休暇は可能な限り使えるように対応している。職員との面談は、定期的に行っている。		
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	資格取得希望の職員に対して、勤務体制を考慮し、研修費用は法人が負担している。		

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
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	コロナ禍のため、互いの訪問は自粛している。 連絡会などは、オンラインを利用し交流している。 必要な情報は、郵送している。		
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	可能な限りご本人から、生活歴などを聞き取る。あわせて家族様からも、事前情報を聞き取り職員間で周知する。利用者様とのコミュニケーションに活かし、信頼関係を図る。		
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	家族様のご意向等には、時間をかけている。こまめに家族様と連絡をとるようにし、家族様との関係作りを行っている。		
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	入所前にサマリー等の情報収集を行ない、カンファレンスで職員間の共有している。共有することで、随時の対応ができていく。		
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	ご本人の出来る事は、出来るだけ行えるよう声掛けをしている。コミュニケーションを取りながら、ご本人が役割をもち生活に張りがもてるようにしている。		
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	通院など出来る限り家族様の協力を得られるよう働きかけている。施設で対応した場合は、速やかに家族様に状況報告を行ない、共有している。		
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	電話をかけたたり、手紙を書く投函するなどのお手伝いを行っている。	新型コロナウイルス感染状況が軽減した時の面会はガラスに面した対面で行い、家族からの電話の取次ぎや携帯電話を使用している利用者もいる。昨年春から理美容者が交代し、良い関係性ができ新しい馴染みになっている。	

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
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	利用者様同士の関係が良好に保てるよう、レクリエーションや席などに配慮している。		
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	契約終了した家族様との相談も、丁寧に関わられるように努めている。		
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	入浴介助時は、1:1になるため個々人の話が伺える機会と捉えている。それぞれの利用者様に居室担当がついているので、希望や困り事など伺えるよう心掛けている。	意思が伝えられる利用者が多く、「お菓子が食べたい」「衣類を探して」新聞広告を見て「欲しいものがある」など、個人的内容の訴えがある。出来る事には応え、難しい事も有るが折を見て実行したいと管理者は考えている。	
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	日常の会話の中で、生活歴など得られた情報は記録や申し送りで共有できるように努めている。		
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	ADLが低下しないよう、ご本人が出来る事は可能な限り行えるよう配慮している。		
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	申し送り(ノート)、介護記録日誌、カンファレンスなどにより、情報を共有している。	入所後2週間で暫定的介護計画を作成し、3か月から6か月で見直している。毎月のモニタリングは担当職員が記入する事も有り、週1回のカンファレンスや介護記録、申し送りノートなどから情報収集し、6か月毎に介護計画を見直している。本人には直接、家族には電話で希望を聴いている。	
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	申し送りノート、介護記録日誌、カンファレンスなど職員間で情報共有しながら、介護計画作成や介護計画の見直しに反映している。		

	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
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	コロナ禍のため、面会が制限されているが、利用者様の様子を知りたいという家族様には電話の取次などを行っている。また、毎月のレクリエーションの写真を、利用者様ごとにスケジュールカレンダーとしてお送りしている。		
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	在宅生活時は理美容院に出かけ好きなヘアスタイルが出来たが、入所するとそれが叶わないと言われる。2カ月に1回であるが、ご本人の意向に沿った訪問理美容の社会資源を利用し、おしゃれを楽しまれている。		
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	定期往診時に、利用者様の状態を報告し主治医と情報を共有している。状態の変化があれば、適時報告し、必要に応じて通院支援も行なっている。	入居前からのかかりつけ医の利用を優先し、利用者、家族の意向を尊重しているが、多くは協力医療機関の訪問診療を利用している。月2回の定期診療の他、他科受診が必要な場合は紹介状により、家族及び職員が付き添い受診する。歯科衛生士による口腔ケアの体制も整備されている。	
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	看護師との報告や相談をこまめに行なっている。また、看護師からも受診や注意点など適時連絡がある。連携により、日常の詳細を把握や改善できるように努めている。		
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。	地域医療連携室のMSWと連携をとり、入退院の様子をサマリー等で情報収集に努めている。入院中の居室確保期間は、1カ月のため家族様の意向等を確認したうえで、医療機関と連携している。	事業所の主治医と看護師の連携により、日々の健康管理と併せ、利用者の状態変化時の素早い処置が可能となり入院回避につながっている。入院があった場合は、出来る限り早期退院に向けて医療関係者及び職員間の協力を密にし、退院後の受け入れ体制を整えている。	
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	ご本人・家族様の意向を伺い、グループホームの看取りについて説明している。また、主治医には家族の意向を伝え、ご本人を中心としたチームケアが行なえる体制作りに取り組んでいる。	契約時における事業所の方針の説明はもとより、利用者の入退院等の状態変化の際には、重度化・終末期に関する同意書、並びに看取りに関する事前確認など、家族との意思疎通を図っている。利用者、家族の思いを大事に、安心して過ごせる環境になるよう努めている。	

	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
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	緊急時の連絡体制は整っているが、職員の全てが応急手当や心肺蘇生が出来るという状態ではない。状況で#7119に連絡する。		
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	避難訓練を行ない、避難経路や場所を掲示している。	年2回の避難訓練を定期的実施している。参加できる利用者と職員が、火元を特定して避難経路の確認を行うことで、利用者の動作や環境面も含め安全性を見極めている。対面による運営推進会議開催ができないことから、地域との情報交換、協力体制が進みにくい状況である。	今後の感染状況をみながら、可能な方法での情報提供等を進めていただきたい。
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	理念に沿いケアをしている。親しくなりすぎず他人行儀にならず、ほどよい距離感もち対応している。	利用者のケア方針を協議する中で、職員からの意見をもとに利用者尊重について話し合い、チームケアについて再確認するようにしている。理念である「高齢者の価値を下げない」ということを振り返る機会とも捉えている。	
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	職員が決定するのではなく、まず「どうされたいですか？」と伺い、お返事がなければ二者選択にするなど、本人の声を大切にしている。		
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	日々コミュニケーションを図り観察することで、いつもと違う様子がわかりやすくなる。その際は、お話を傾聴している。		
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	衣類の乱れ、汚れ、髪、髭などに気をつけながら清潔に過ごして頂いている。		
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	配膳時に料理名を説明したり、朝の段階で昼食の献立を報告するなど、食事に楽しさが持てるようにしている。	利用者自身がその日のメニューを紹介したり、具体的に掲示することで、関心をもってもらい楽しみに感じてもらえるよう努めている。季節感のある行事食や食材を工夫し、お誕生日にはケーキを用意し、みんなで祝う。利用者参加の手作りおやつも楽しみの機会となっている。	

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
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	定期的に水分摂取して頂くとともに、トータルで水分量が少ない方にはその方が飲みやすい水分を提供している。また、食事面では苦手な物などは代替え食で提供させて頂いている。		
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、口腔ケアをしている。毎週の訪問歯科にて、ブラッシング指導を受けている。また、磨きにくい箇所は介助で口腔衛生保持に努めている。		
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	夜間はオムツ対応の利用者様が少数いるが、日中はリハビリパンツ使用でトイレで排泄をしている。立位保持のためラジオ体操やリビング内や廊下散歩をしている。	昼間はトイレでの排泄が基本であるが、夜間は利用者の状況により、ポータブルトイレやおむつ利用もある。個々の習慣や状態に応じて声かけや誘導のタイミングをみるなど、さりげない対応を心がけている。	
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	一日2回程度、ジョイサウンドでラジオ体操や全身体操を行なっている。排泄記録で状況把握し、看護師や主治医と連携し水分摂取の声掛けや緩下剤で調整している。		
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ず、個々にそった支援をしている	個々の利用者様の好まれるお湯加減や入浴時間を把握し、対応している。	おおまかには週2回をベースとしているが、利用者への無理強いはせず、臨機応変に対応している。時には、職員が代わって声かけしたり、時間をおいて誘うこともある。一人ひとりお湯を入れかえ、その人のペースで気持ちよく入浴してもらっている。	
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	それぞれの利用者様の望まれる照明や室温に配慮している。また、温かいお茶を提供したり、夜が怖いと訴える方には、夜勤者が見守りの旨を伝え安心され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	誤薬がないようトリプルチェックを行なう。排便については排便記録で状況を看護師・主治医と連携をとり服薬調整を行っている。		

	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
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	ご本人が出来る献立書き、新聞たたみ、洗濯たたみなど依頼し、必ず労いの声掛けをする。楽しみ事は、お誕生日会・毎月の行事・おやつレクリエーション・物作りを行っている。		
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	コロナ禍のため、人が密集している場所には出かけることはないが、例えば自然の中での芋掘りに出かけ、いつも地域の農園の方に配慮を頂いている。	ドライブがてらの花見や紅葉狩りには、少人数で出かけている。恒例となっている芋ほりは、農園の協力により十分な感染対策のうえ楽しむことができている。気候のいい時期は、近隣の寺社や周辺の外気浴も兼ねた散歩を心がけている。	
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	コロナ禍のため、ご本人と一緒に買い物などには行けていないが、広告などを見て希望されるものがあれば社が立て替えている。		
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	個人携帯を持っておられる方には操作を手伝ったり、ご家族からの電話には随時取り次いでいる。		
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	清潔に配慮し、トイレや居室等不快な臭いがないよう掃除をしている。コロナ禍の折、換気に気をつけている。季節感を取り入れた壁紙を利用者様と一緒に作っている。	換気に注意をばらうとともに、室内で過ごす時間がほとんどなので、清潔、季節感を大事にしている。利用者との共同制作のおひなさまの飾りや写真の掲示など、見て楽しめる工夫にも努めている。食事時の席については固定せず、利用者の希望を聞きながら柔軟にしている。	

	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
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	リビングの席は決まっているが、気のあった利用者様同士が会話を楽しめるよう都度配慮している。		
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	ご本人の思いを大切に馴染みの物を置き、心地よく過ごせるようにしている。季節の衣替えや、居室の整理整頓を行っている。	位牌や鏡台など、その人の大切な物や思い出の家具等を持ってきてもらうようお願いしている。こだわりの衣服などおしゃれに関心のある人は自分好みの服や小物を選ぶのを楽しんだり、居室での一人の時間を大切にしている人もいます。	
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	それぞれの利用者様が思い思いの時間を過ごされている。昼夜逆転にならないよう日中は起きて過ごして頂けるようレクリエーションなどに工夫している。		

(様式2)

事業所名:くつろぎの家エルフ・本多聞

目標達成計画

作成日: 令和4年 4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	6	玄関の施錠が常態化している。	短時間から開錠していく。	毎日10:00と15:00に30分ずつ、開錠していく。	6か月
2	26	モニタリングは計画作成者がほぼ行っている。居室担当者等が今後モニタリングを出来るようにする。	それぞれの職員が担当利用者様の日々の変化などに気付き、モニタリングに落とし込み、より良いサービス提供ができる。	毎月末に介護計画に沿ったケアが出来ているかをモニタリングをする。 状況により、アセスメント、サービス担当者会議を開き、QOLの高い介護計画に活かす。	6か月
3		eラーニングは各自で行っているが、年2回の身体拘束防止研修と成年後見人制度研修が出来ていない。	身体拘束防止研修を年2回と成年後見員制度研修を行う。	今までの研修は受動的であったが、研修タイトル内容を能動的に調べる。 身体拘束防止研修、6月と12月予定。	12か月
4	1	理念は掲示している。理念を心がけてケアしているが、対外発信はしていない。	理念は掲示だけでなく、職員は再確認する。また、家族様など対外発信していく。	理念を毎朝の申し送り時に唱和する。(R4年4月～) 毎月の家族様宛のおたよりに「理念」を載せる(R4、5月号～) 製作中のパンフレットに理念を載せて製作する。	12か月
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
		<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()