

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

Table with 2 columns: 事業所番号, 法人名, 事業所名, 所在地, 自己評価作成日, 評価結果市町村受理日. Values include 3470104955, 株式会社ウェルネット, グループホームふかわの家, 広島市安佐北区深川五丁目7番32号, 令和2年11月24日, 令和3年7月22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)

Table with 2 columns: 基本情報リンク先, URL: http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/

【評価機関概要(評価機関記入)】

Table with 2 columns: 評価機関名, 所在地, 訪問調査日. Values include 特定非営利活動法人 あしすと, 広島県福山市平成台31-34, 令和3年4月14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、当施設が力を入れていた外出レクリエーションが出来なくなった。午前中におこなっている体操・レクリエーションとは別に、日中3名いるスタッフの勤務内容に「コミュニケーションタイム」を作り、映画鑑賞・歌謡曲を聴いたり、トランプ・ボール遊びなどを一緒に楽しみ、退屈をしないように工夫している。月に一回、「食事会」として、ご利用者様の食べたい物をリサーチし、ちょっと豪華に手作りし皆で美味しく楽しんでいる。医療連携は充実しており、内科の医師は3名きていただいている。他は皮膚科・歯科の往診により健康管理体制に万全をつくしている。スタッフはご利用者様を人生の先輩として敬う気持ちを持ち、尚且つアットホームな雰囲気ですっきりと穏やかに生活していただけるように心がけている。

【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)】

事業所は利用者が暮らしやすくりフォームされ清潔感があり、収納が多く整理整頓しやすい。コロナ禍にあるが、体操やレクリエーション・コミュニケーションタイムの実施により、気分転換に努めている。また、担当職員が毎月行事計画を企画したり食事会を開催し利用者の楽しみとなっている。協力医の往診だけでなく、必要時に皮膚科・歯科の往診も受けることができ、適切な医療が受けられるよう支援している。工夫点として、過去の水害の経験を活かし、利用者の安全安心と家財道具を守るために、筆筒を軽いものに変更し2階へ垂直移動がしやすいものにしたことが挙げられる。

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

Large table with 4 columns: 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). Rows 56-62 describe various service outcomes and their evaluation results.

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	玄関・ホールに掲示し朝の申し送り時に唱和をすることで共有し実践に努めている。	各階のホールに理念と介護目標を掲示している。職員は、コロナ感染拡大防止の観点から、申し送りノートで伝達事項を確認しあい、実践に繋げている。	
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	地域の清掃活動や地域行事などに協力し、地域の協力体制づくりに努めている。	コロナ感染対策として、地域行事は開催されなかった。運営推進会議のメンバーには、事業所の行事や生活の状況を記した会議の資料を送付し関係が継続できるよう交流している。	
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	地域の人々などから認知症に対する疑問や質問を受けたり等あれば、ケアマネージャ含めスタッフで対応するように努めている。		
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	2ヶ月に1回開催する運営推進会議では、家族や市職員、民生委員や地域包括の方と顔を合わせ、遠慮なく意見や思いを交換する場となっている。	コロナ禍のため、運営推進会議のメンバーには、事業所の現状・行事や生活の状況を記した会議の資料を送付している。地域包括より意見や提案があり、意見交換する場となった。	
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	届出や運営上の疑問点があれば、電話相談による確認の他、アポイントメントをとり直接担当課へ赴き助言していただくようにしている。	管理者が窓口となり、必要時、関係課とは事務手続や相談事を行い、連携を図っている。市が開催する研修があれば参加している。	
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	身体拘束マニュアルを作成しているが、勉強会や研修を開催することで身体拘束をしないケアに理解を深め、実践している。	2ヶ月毎に身体拘束についての勉強会開催予定であったが、コロナ禍にあり、開催困難であった。帰宅願望のある利用者には、傾聴すると共に、散歩など対応を工夫し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。気になる言葉があれば管理者・職員同士で注意しあっている。	コロナ禍にあるが、勉強会などを開催し、職員で話し合う機会を作ることで、ケアの充実に繋がることを期待します
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	虐待防止の勉強会や研修を開催している。また通常業務内でも職員同士が意識をもって防止に取り組むよう報告連絡相談を徹底している。		

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	勉強会で制度の主旨を学び、後見人の役割を理解し活用できるよう努めている。		
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	通り一遍の説明だけでなく、日々の生活や将来的な対応などを尋ね、家族の抱える不安や思いに耳を傾けることで共にケアの方向を考えていくようにしている。		
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	家族には管理者が面会時に直接意見や要望を聞くようにしている。毎月の連絡便にも利用者の様子を知らせる手紙を同封している。苦情相談窓口も重要事項説明書に明記し、契約時に説明している。	利用者からは日常生活の中で、家族からは面会や電話などで意見や要望を聴いている。様々な要望についてできるかぎり対応している。管理者は、「一筆啓上」と称して家族へ手紙を記載し送付している。	
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	朝礼や勉強会では時間を設け話し合いを行うなど、職員同士でも意見交換しやすい環境づくりに努めている。職員が直接代表者に連絡がとりやすい体勢をとっている。	コロナ感染拡大防止の観点から、申し送りノートで情報を共有している。意見や要望があれば管理者は聴く機会を設けている。行事担当者が季節の行事や食事を楽しむ会を立案・反映させている。訴えの難しい利用者が訴えやすいようにと、職員の発案で笛を吹いて職員に知らせることとした。	
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	職員本人との話し合いなどにより勤務評定し、本人の意見を尊重した上でやりがいをもって仕事に取り組めるよう個々の職員に見合った勤務条件を提供するよう努めている。		
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	勉強会を毎月行うことで個々の職員の資質向上に取り組んでいる。管理者やリーダーが外部研修を受講した後に講師を務める。		
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	代表者は他の同業者との連絡を頻繁におこなっており、意見交換を通じ、サービスの向上に努めている。		

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	リーダー・管理者は初期段階より本人の困っていること、不安なことをしっかりと傾聴することができている。困難などときにはほかの職員とも協力して行う。		
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	入居時に家族から本人の生活暦や性格などを尋ね、入居に際しての要望を取り入れることで良い関係づくりに努めている。		
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	家族と話し合い意見交換を行うことで、利用者に向けた適切なサービス提供を心掛けている。		
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	介護される立場ではなく人生の先輩として尊び、学びの心と感謝の気持ちで日常家事作業をできる喜びとなるよう共に生活している。		
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	利用者にご縁のある方の面会時には職員も同席し、日々の様子を伝える。外出レクリエーション時には家族にも参加してもらい絆を深めている。毎月便りを送り日常の様子を伝え、家族と職員が共に本人を支えていけるよう努めている。		
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	家族だけでなく友人やご縁のあった知り合いにも家族に確認の上面会に来てもらえるよう支援している。訪問看護師・マッサージ師ともなじみの関係づくりに努めている。	コロナ禍の中、感染に気をつけながら家族とホールで面会している。電話や手紙で状況を伝え関係継続の支援に努めている。	
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	日々の生活の中で気の合う方の食卓席を同じにしたり、レクリエーション時や体操時には孤立しないように利用者が互いに関わり楽しめるように努めている。		

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	退所後も家族の訪問や相談を受けることもある。		
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	本人の思いや希望は日々の生活の中から聞き取り意向の把握に努めている。困難な場所には他職種と連携し情報を得たり、家族との話し合いを行い検討しケアに努めている。	新聞を読みたい・カーブの試合が見たい・広告を見て買いたいものをチェックして購入したいなど会話や様々な場面での発言から意向を把握している。昔話から情報収集し介護記録にて職員全体で共有している。	
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	家族や担当ケアマネージャーからの情報提供を受け、これまでの暮らし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	毎日の心身の状況を確認し、排泄表・食事表・水分表・サービス記録をつけることで、現状の把握に努めている。		
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	関係他職種の情報や家族との話し合いを行い意向を聞き、本人本位の介護計画作成に努め、3ヶ月ごとに計画の見直しを行っている。	フロアでの様子をユニットリーダーがまとめて、5-6カ月毎にケアマネがモニタリングしている。本人・家族の意向を確認し、医師や訪問看護師とも連携しながら介護計画を作成している。見直しは1年毎、状態変化時にその都度見直しをしている。	
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	日々のサービス記録に記入し常に情報を共有できるようにしている。また連絡ノートを活用し、職員は勤務前に日々内容の確認を行う。介護計画に必要なことは取り入れるよう努めている。		
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	当日の体調変化により食事内容は速やかに変えている。家族の事情で病院受診が困難な時には、家族に代わり受診の支援に取り組んでいる。		

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	町内会・子供会。ボランティア・地域包括支援センター等の連携に努め、暮らしに楽しみが持てるように支援している。		
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	協力病院の往診があるほか、家族や本人の希望するかかりつけ医受診では対応する家族に様子を報告している。また、家族の希望が受けられるように支援している。	協力医の往診が1～2週毎にあり、必要時に皮膚科・歯科の往診も受けることができる。夜間・緊急時は訪問看護師に連絡相談が可能で、主治医の指示を受けて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	訪問看護師に日々の状況を伝え、病状の変化があれば医師の指示により訪問看護が対応する。看護師の気付きはノートに記入し、職員との情報共有に努め、適切な健康管理ができるように支援している。		
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	入院時には家族の了解を得て面会に行き、病院関係者との情報交換を行うことで、本人のために最善の対応を検討し、早期退院できるよう努めている。		
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	入院時に「重度化した場合における対応・終末期ケア対応指針」の説明と、同意を得ている。その後の必要な時期が来たときに、医師をはじめとする関係者で話し合い、具体的な対応方針を書面化し、重度化・終末期の支援に努めている。	入所時にできること・出来ないことを利用者・家族に説明し同意を得ている。重度化した場合はその都度、家族に意向の確認を行い、医師とも相談しながら、今後の方針を共有し、支援に取り組んでいる。	
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	緊急マニュアルを作成しているほか、勉強会で救急対応の勉強をしている。		
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	通報避難訓練を年2回行っている。河川の危険水位の表示場所を職員間で共有している。地域協定を結んでいる。	利用者も参加し、年2回通報・避難訓練を開催している。備蓄として、保存水・お菓子など2-3週間分用意している。地域協定を結んでおり、地域住民の避難の受け入れも行っている。	火災避難訓練の振り返りを資料としてまとめ今後活かすことで、利用者の安心安全に繋げることを期待します。

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	勉強会を行い職員が意識して対応するように努めている。生活の場として家庭的な雰囲気の中で目上の方に対する尊敬の念を持った声掛けや対応に努めている。	利用者の性格や思いを理解し、言葉遣い・距離感に配慮しながら心地よく感じられるような声かけや対応に努めている。排泄・入浴の際は、プライバシーを損ねない対応を心掛けている。
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	日常生活の様々な場面で思いを聞き、自己決定できるよう努めている。	
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	個々の利用者の生活リズムに配慮しながら共同生活に支障がないように、希望に沿った暮らしができるよう支援している。	
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	季節に合った服が選べるように、押し付けないように提案しながら本人が選んで着ていただいている。2ヶ月に1回は散髪がある。	
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	刻み・ミキサー・おかゆ等利用者個々の能力に合わせた食事提供をしながら、職員も交え楽しく食事ができるようにしている。可能な利用者には準備片付けなどを行っている。いただいている。	月曜から土曜日は配食サービスを利用しており、利用者の咀嚼状態に合わせて盛り付けている。日曜は利用者の好みに合わせた手作りメニューを提供している。おやつや行事食は、担当者が計画して、職員と一緒に作り楽しむことができる支援を行なっている。
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・水分摂取表を作成している。変化をつけて水分摂取できるよう牛乳、お茶、紅茶等様々な種類の飲料を用意し提供している。	
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	毎食後の歯磨き、歯のない方には舌磨きをしていただいている。訪問歯科から指導を受け、必要時には治療も行っている。	

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	排泄表を作成し、排泄パターンを把握し声掛け誘導をおこなっている。全介助が必要な利用者もトイレで排泄できるように支援している。	トイレでの排泄を心掛け、排泄表を活かして誘導の声かけをしている。夜間は個々の排泄状況に合わせて対応している。排泄の自立支援を心がけ、毎日の体操やレクリエーションを行い、身体機能の維持に努めている。	
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	必要な利用者には主治医により薬が処方されるが食事内容にも気をつけている。		
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	入浴は3日に1回実施している。気分乗らない場合など本人の希望により後日入浴していただいている。	週3回午前中の中の入浴対応をしている。浴槽に浸かることが困難な場合は、シャワー浴と足浴を行っている。職員との会話を楽しむ人もいる。入浴困難な場合は、無理強いせず、タイミングに合わせた声掛けを行い支援している。	
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	寝具は腰痛対策として低反発マットレスを使用し苦痛ない眠りがとれるようにしている。天気の良い日には布団干しをすることで清潔を保ち気持ちよく寝れるよう支援している。		
47		・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	薬剤師からの説明を聞くほかお薬表の内容を確認している。服薬時には利用者の前で日にち朝昼夕食後等の説明を行い薬の数を声に出し、飲み込みするまで確認して服薬間違いのないように支援している。		
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	洗濯物干しや食事の手伝い、掃除等の利用者の得意な家事作業が継続して行えるよう支援している。		
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	普段行けないような場所へは家族に協力していただき外出ができるよう支援している。	コロナ禍にあり、外出を控えるかわりに、事業所の駐車場を利用して、「ティーパーティ」を企画したり、ひな祭りや節分などの行事を楽しむ機会を作り、利用者の気分転換に努めている。	

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	外出レクリエーションの際には利用者本人が支払いできるように買い物支援を行っている。		
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	施設の電話を使用できるようにしている。手紙を送る際には相手先の住所の間違いや職員が確認してから投函している。		
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	ホール内は色を統一、シンプルにし落ち着いた環境にしている。季節の行事がある場合は置物や壁飾りをし、季節感を楽しんでいる。	リビングは広く明るく、ベランダから景色を眺めることで季節感を感じることが出来る。ピアノが設置されており、利用者が職員と演奏を楽しむこともあった。トイレは三箇所あったり、いつも決まったソファで利用者がゆったりと過ごす等、居心地良く過ごせる工夫をしている。	
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	食卓席では気の合う方と座れるように配慮している。ゆっくりと過ごしたいときにはソファに座りくつろぐようにしている。		
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	各居室にはエアコンを設置し温度管理を行っている。家具は自宅で使用していた使い慣れた物を持ち込まれている利用者もいる。	ダンスとベッドが備え付けられ、テレビや家具等馴染みの品々を持ち込み、住みやすい環境作りをしている。本人の希望で目線の高さでカレンダーを設置したり、利用者が作成した手芸品や家族の写真を飾り、居心地良く過ごせるよう配慮している。	
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	壁面には手すり棒が取り付けられており、自立歩行が安全にできるよう配慮している。居室の入口には表札を掛け「できること」「わかること」が継続できるよう工夫している。		

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	35	火災・災害訓練時、マニュアルは作成し、行っていたものの振り返り等行っていなかった	火災・災害訓練の振り返りを資料として残し今後の訓練に活かすようにする。より良い訓練ができ、利用者・スタッフの安全につながる	その訓練の気づき、反省などを参加者に用紙を配布、記入提出してもらい、まとめた物を訓練振り返り資料として作成し閲覧できるようにする	1ヶ月
2	6	コロナ禍であるため、職員同士の集まりの制限があり、勉強会ができていなかった	月に一回の勉強会を再開させ、職員の資質の向上に取り組んでいく	毎月のテーマと担当者を決め表を作成する。担当者はテーマにそった資料を作ることで理解を深め、それを皆で共有する勉強会にする	1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、行を挿入してください。

(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()