

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	2893300315		
法人名	株式会社 ケア21		
事業所名	グループホーム たのしい家伊丹堀池		
所在地	兵庫県伊丹市堀池2-5-10		
自己評価作成日	令和 6 年 3 月 2 日	評価結果市町村受理日	令和6年3月26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 http://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	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 3 月 16 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)】

閑静な住宅街の中にあり、近隣にはコンビニや公園、学校もあり盆踊り等地域の行事にも参加させて頂いています。コロナ禍により外出が少なくなったため、毎週移動スーパーに来て頂き買い物を楽させて頂いています。お花見やドライブなども行先は状況に応じて決め実施しています。日々のレクにも力を入れており毎日決まった体操や手作りのゲームなどで身体を使ったり頭を使ったりして楽しく過ごして頂いています。また園芸の方も少しづつ広めており、なす、ししとう、サニーレタス、ほうれん草と新たに育てています。医療連携も出来ており健康管理もしっかり行っています。

【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)】

閑静な住宅街にあり、敷地面積も広く、建物も新しく綺麗に整備されている。事業所内は採光が十分であり、清掃が行き届き、空気清浄・温度調整も的確になされている。利用者が過ごすホールでは、レクリエーションで作成した季節の装飾が掲示されており、季節が感じられる暖かな空間が作られていた。
 管理者の強いリーダーシップが発揮されており、施設内でのサービスの質向上に向けた取り組みが伺えた。また、認知症に関する知識を持つ職員のもと、認知症ケアの実践がなされており、利用者一人ひとりにあった支援が検討・実施されていた。
 「食」に対しても力を入れており、施設内調理やテイクアウトのイベントを実施している。また、レクリエーションでは、独自のすごろくゲームや口腔体操など日々楽しめるイベントを企画している。
 「食べる喜び」「行動する喜び」「見る喜び」など感じられる事業所であるため、今後も継続して頑張っていたきたい。

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 (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、生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、その時々々の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)	<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
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	談話室に掲示して共有している。 会議の時なども実践に向けての話し合いを行っている。	談話室には、経営理念やスローガンが掲示されており、管理者は経営理念のもと、職員に自ら動き、考え、成長できるよう仕組みづくりを行っている。事業所独自の「家庭的な生活」をスローガンに職員で取り組んでいる。	事業所スローガンの周知が顧客や利用者十分に周知出来ていないため、パンフレット等に記載してはどうか。
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	コロナ禍が明けようやく地域行事への参加やお手伝いもさせて頂いている。またホームの駐車場に移動スーパーやケーキ販売等来て頂き地域の方にもご利用いただいている。	コロナ禍では、行事への参加が見送られてきたが、今年度は5類へ移行したため地域の行事へ参加した。小学校のお祭りや自治会行事にも参加しており、利用者は地域の一員として交流している。また、移動スーパーやケーキ販売等を招き、地域との交流を図っている。	
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	上記での交流や行事参加などで、少しずつご理解頂いている。		
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	毎回民生委員さんや地域包括の方々に地域の様子や取り組み等お聞きし、意見交換している。	運営推進会議では、家族、後見人、地域包括センター、民生委員などが参加しており、利用者サービスへの評価だけでなく、地域の課題や取り組みなども共有している。	
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に取り組んでいる	情報や案内を頂き必要に応じて相談している。	市の介護保険課担当者とは、必要に応じて相談・連絡を行っている。日常的なことは、地域包括センターの職員や系列施設、エリアマネージャーに協力してもらっている。	
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	毎年、2回研修を行ない全員受講しテストとアンケートを取っている。その結果により必要な職員にはケア研修を実施し正しいケアが実践出来る様な取り組みをしている。入社時にも虐待・身体拘束防止の説明をし確認書を取っている。	過去は、家族の同意を得て、一時的にミトンをつけている利用者がいたが、早急に取ることができるよう支援を強化した。現在は、身体拘束にあたる事例はない。 安全の為、フロアの鍵は閉められているが、必要に応じて、戸外へ行く機会を設けている。	

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
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	身体拘束同様、本社主導により研修を年2回行っており、虐待に繋がるような不適切ケアを行った職員に対して管理者、本社が注意喚起を行っている。	職員は、Eラーニングにて、身体拘束に関するWEB研修を年2回受講しており、学びの機会が確保されている。 また、「認知症」に関する研修も施設独自で行っており、知識・技能向上に努めている。 管理者は職員の不満を適宜聞くようにしており、ストレスマネジメントを行っている。	
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	以前成年後見人の手続きをした際に制度について少し学ぶ事ができたがなかなか共有する所までいっていない。今後研修等でも権利擁護の制度に関することを行いたい。	以前に成年後見人制度の手続きを行ったことがあり、その際に、職員で知識を共有した。一方で、それ以降は学びなおす機会がなかったため、今後研修等を実施する予定である。	地域包括センター等で成年後見人制度に関するパンフレットなどを配布しているため、活用してみてもどうか。
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	利用者様の入居前後にしっかり家族様に説明し不安をできりだけ払拭し安心して契約して頂けるように心掛けている。改定時に関しても同様に行っている。	入居前の見学は適宜予約を受け付けており、施設概要やサービスの説明を行い、困りごとに関する相談にも乗っている。 入退去に関する説明をしっかりと家族にしており、急変時対応や終末期ケアに関する同意なども確認を取っている。また、契約書変更時は速やかに説明を行い、契約変更を行っている。	
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	顧客満足度調査を年1回、必ず行い、常に顧客ニーズを把握し、家族様に対して連絡等を行う時に要望や施設運営の改善点等の意見の聞き取り質の高いサービス向上に努めている。	顧客満足度調査を1年に一度実施している。家族から「面会できないから、利用者の状況を教えてほしい」という要望に対して、日常生活のわかる写真を定期的に配布するなど顧客ニーズに対応している。 ご意見箱も設置しており、いつでも意見を言える体制であるが、今まで意見が上がってきたことはない。	
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	本社主導で従業員満足度調査を年1回、必ず、行い、従業員の不安や要望を吸い上げている。また、各事業所では、月1回開催のフロア会議で質の高いサービス提供に関する意見交換を行っている。	本社主導で従業員満足度調査が実施されている。事業所では、何か新しいことをする際は、フロア会議で意見を募っており、職員はいつでも参画できる環境である。	
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	積極的に夏、冬、有給休暇の取得に取り組んでいる。今期よりチャレンジキャリア制度を儲け、試験性で点数や資格によって賞与の金額が決まるので、努力が反映される仕組みになっている。		

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
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	管理者は職員と常にコミュニケーションを取り適材適所の配置や職員がステップアップできる提案をしている。		
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	伊丹市内のグループホーム管理者は、空室発生時に入居者に関する情報共有を行っている。		
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	入居前のアセスメントの時点で、利用者本人や家族の要望を聞き、介護計画に反映し、全職員が共通認識ができるような体制を構築している。		
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	上記同様、家族が持っている不安要因のヒアリングを常に行い、実現可能なことを介護計画に反映させると共に利用者の状態に変化が観られたらその都度、家族に相談を持ちかけている。		
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	家族とともに現状把握を行い、現状で必要な支援を見極め、タイムリーに対応している。		
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	利用者個々に応じた対応に努め、女性利用者が多いことから、洗濯物、炊事、裁縫等の家事に携わってもらっている。		
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	毎月、写真付きのお便りでご様子や状況をお伝えし安心して頂いている。また面会時にはご要望などもお聞きしている。		

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	
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	親類や在宅での生活時代からの知人の来訪について歓迎している	利用者は地元出身者が多い。地域の小学校のお祭りには、利用者だけでなく、親族も参加してもらっている。 コロナ流行前は、馴染みの人が事業所を訪れていたが、コロナ後は利用者の重度化もあり、途切れてしまっている。		
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	食席についても利用者の性格や利用者相互の関係性を配慮し、円滑に生活が行えるような援助を行っている。また、利用者が孤立しないような配慮も行っている。			
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	サービス利用終了時にも利用者の転居への手続きや本人や家族の想いを常に大切にしている。			
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	常に各利用者の思いや考え、性格等の把握に努めている。また、心身の状態の細やかな変化に対しても敏感になり、最適な援助ができるように努めている。	職員は利用者の思いや意向を傾聴し、一人ひとりに対して、丁寧に支援している。居室担当を設けており、状況に応じて適宜、家族への連絡も行っている。 移動スーパー等では、利用者が好きなお菓子を選ぶことができ、買い物の楽しさを味わえるようにしている。		
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	利用者の出身地、職業、趣味と現在に至るまでの生活歴等の把握に努め介護計画に反映させている。また、入居時に在宅時の馴染みの物品の持ち込みも奨励している。			
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、バイタル測定を行い、その時々体調の変化や排泄の状態をしっかりと確認し、健康状態の把握に努めている。			
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	介護計画作成時には、各利用者に対して個別ケアが実現できるように主治医や看護師の意見を盛り込みながら職員全員の意見も集約できるように心がけている。	各フロアの計画作成担当者が中心となり、カンファレンスで職員の意見をもとに3か月毎にモニタリングを行い、半年毎に介護計画を見直している。利用者の心身状態の変化や低下時には柔軟に見直している。家族の意向を尊重しつつ利用者本人の思いを大事にしている。		

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
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	介護記録にも常に利用者の心身の状態の変化をその都度、記入するようにし、居宅療養管理指導書や栄養管理表の内容も介護計画に反映できるようにしている。		
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	訪問理容、訪問歯科、訪問マッサージ等、実現可能である事は、要望を汲み取った後にサービス提供に繋げている。		
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	自治会に加入して、地域情報については入手できている。		
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	月2回、内科の訪問診療を受けている。エコー検査や心電図等も施設で受けることが可能。訪問看護と訪問歯科のサービスも受けている。それ以外の受診が必要な時は家族に依頼	ほとんどは、事業所の協力医療機関を主治医としており、日常の健康管理や訪問診療だけでなく緊急時や終末期に至る必要な医療についても対応している。訪問歯科の利用、または利用の頻度は家族の意向により選択できる。	
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	月4回、訪問看護ステーションから、看護師が来訪し、健康チェックを行っている利用者の体調異変時にも報告し、適切なアドバイスを受け、訪問診療とも連携できている。		
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。	訪問診療とは、24時間体制で適切かつ迅速な対応ができている。利用者の入院時にも病院と密に連絡を密にして最適な関係を構築している。	日頃から丁寧な状態観察により転倒等の防止に努め、こまめに温湿度調節を行うことで感染対策を行い入院回避につなげている。入院時は早期退院に向け、早めに医療関係者と情報共有を図り、事業所で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	重度化や終末期に向けた方針について、入居契約時充分時間をかけて家族に説明している。そして、実際、終末期を迎える事になったら、再度、医療機関、家族、職員等としっかりと方針検討と確認をい、望ましい看取りを行えるような援助を行っている。	契約時に事業所の方針を説明、納得のうえ、確認書を交わしているが、利用者の状態変化に応じその都度、家族とは意思確認を行っている。終末期は、家族が利用者と共に過ごせるよう環境を整え、職員も共に寄り添い見守ることを心がけている。	

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
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	急変時、事故発生時の対応については、本社作成のマニュアルがある。そして、実際の事故発生時のフロチャートも各フロアでしっかり確認し、共通認識を持っている。		
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	年2回の消防訓練を日中、夜間想定で行っている。運営推進会議でも報告を行い、協力要請を行っている。伊丹市内主催の連絡会でもハザードマップ等で避難場所や災害が起こりやすい場所のレクチャーを受けている。	火災想定については、オール電化ではあるが、雷やほこり等が原因となることも注意している。備蓄に関しては法人内事業所での連携を想定し準備している。運営推進会議では必須事項として取り上げ、共有を図っている。BCP計画は作成しており、必要に応じて更新している。	
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	お一人ひとりの生活歴を把握しその方に合った声掛けや対応を行っている。	身体拘束等の適正化及び高齢者虐待防止に関する研修を通して学び、職員に周知している。特に排泄時のパット交換、入浴時の声かけや対応については、利用者の羞恥心に配慮するよう注意している。	
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	日常生活の中で自己決定を強いる場面がほとんどないが職員がために声かけを行い、個々の利用者の意思を汲み取れる環境作りを心がけている。		
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	各利用者の個性や能力を適切に把握し、環境が許す限り、本人の意思に合った生活支援を行っている。		
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	季節や気温にあった衣服の着用をして頂き、2ヶ月毎に訪問理容のサービスを受けている。		
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	入居者の状況に合わせた食事形態で提供し、各行事ごとに季節や嗜好にあった出前オードブル弁当を楽しくいただいている。	管理栄養士が作成した家庭料理を中心としたメニューを、職員が手作りしている。食材は一括購入し、利用者の好む独自に考案した調味料を使うなど、薄味ながら美味しく食べてもらう工夫をしている。利用者は野菜の皮むきや食器洗いなど、できることを率先して関わっている。	

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
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	毎日の各利用者の食事摂取量、水分量を確実に介護記録に記入し、食事形態も利用者の嚥下、咀嚼状態を把握し、適切な状態で提供している。		
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に、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、週1回、訪問歯科により適切な診療と処置を行っている。		
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	排泄チェックは細かく行い、出来る限り排泄の自立を維持できるような支援を行っている。	できるだけトイレでの排泄を推奨している。その人なりの習慣や意向を尊重し、心身状態に応じた声かけや誘導を心がけている。利用者の中には残尿感の強い人もあり、不安を感じないように対応には配慮している。	
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	毎日、ヨーグルト類、野菜ジュース、ごぼう茶、青汁など自然な飲食物を提供し腸の動きを促進するため体操も行っている。		
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	声掛けを行い拒否があれば、時間を変えたり日を変えている。また楽しんで頂けるよう入浴剤も多種類用意し選んで頂いている。	週2日を目安に午前か午後に声かけ、誘っている。無理強いせず、声かけのタイミングをずらしたり、職員が代わって誘うこともある。入浴剤等も準備し、季節に応じてゆず風呂を楽しむこともある。	
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	お一人ひとりの状況に合わせて支援している。		
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	一人ひとりが服用している薬の表を作っており、誰が何を飲まれているか一目で分かるようにしている。用法要領についても同様である。		
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	利用者様それぞれ出来ることの役割を木間実施して頂いている。趣味も違うのでそれぞれにお好きなことをして頂けるよう支援している。		

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	気候の良いときは家族様の協力を得ながら散歩に行ったり、テラスでお茶会をしたりしている。	なかなか外出がままならないが、近隣を家族と散歩したり、ウッドデッキで気分転換をはかっている。今後は、地域の情勢をみながら外出の機会を増やす予定である。	
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	今のところ本人がお金を所持しておられる方はいませんが移動スーパーで施設の買い物をして頂き、しせつのお金で支払って頂いています。		
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	年賀状、暑中見舞い等が施設に届き、在宅生活時からの繋がりのある方との関わり合いのある利用者もおられる。		
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	1Fの玄関には、季節の花や観葉植物や壁画も飾られている。また、外にはウッドデッキテラスがあり、バーベキューやお茶会等を行っている。また、庭にある花壇では、家庭菜園を行い、数種類の野菜を栽培している。	リビングは十分な採光により明るく、季節の手作り作品や利用者の行事での様子の写真が掲示されている。玄関に飾られた花や庭の畑の家庭菜園からも自然に季節が感じられる。	
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	リビングの座席は、できるだけ気のあった利用者同士が座るようにし、各居室の行き来も自由にできるようにしている。外のウッドデッキも有効活用している。		
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	入居時には、在宅生活時に馴染みの家具、衣類、写真等の持ち込みをして頂いている。なかには、仏壇を持ち込まれている方もおられる。	長年使っていた整理ダンスや棚、仏壇などが、使いかってよく置かれている。家族の写真や共同の手作り作品が飾られている。居室でテレビを観て過ごしている人もいる。	
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	共有スペースには、手すりが設置されており、居室には、ナースコールも設置されている。		

(様式2)

事業所名: たのしい家伊丹堀池

目標達成計画

作成日: 令和6年3月15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	2	ようやく地域との交流ができるようになったが、日常的には出来ておらず、直接的な招待もできていない。	お互いに行事等の参加が気軽にできるよう交流を深める。	・ホームで喫茶サロンを開き、地域の方に来ていただく。 ・ボランティアさんを招いた際もお声掛けする。	6か月
2	23	認知症が進行し、意思表示困難な利用者様の「思い」がケアプランの優先課題になっていない。	利用者様の「思い」をケアプラン最優先課題にする。	・センター方式シートを使用し、ご本人の情報を整理、ケアプランを作成する。	12か月
3	26	モニタリングをヒアリングのみで行っており、記録がない。	ケアプランの目的達成度をチェックできる。	・モニタリング表を作成。 ・介護記録に反映させる。	3か月
4	49	近年、人員不足やコロナ禍もあり、外出レクが出来ていなかった	・日常的な外出支援ができる。 ・張り合いのある日々を過ごす。	・散歩の計画を立て、ご家族様にも協力を仰ぐ。 ・春(お花見)秋(紅葉)の外出実施。	8か月
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。

(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()