

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	グループホーム たんぽぽの家		
所在地	加西市段下町848-14		
自己評価作成日	令和2年1月16日	評価結果市町村受理日	令和2年4月14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.kai.gokensaku.nhlw.go.jp/28/index.php
----------	---

【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	兵庫県川西市中央町8-8-104
訪問調査日	令和2年2月19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)】

経営方針
・優しい気持ちを持って、優しい言葉で利用者に接しよう。
・心と体に余裕を持って、ゆったりとした時間を利用者と共有しよう。
・職員に笑顔、利用者に笑顔、施設に笑顔。笑顔のこぼれる「人の関係」を目指そう。

【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)】

事業所は日当たりの良い高台にあり、法人の複合施設と共用の敷地内にある。屋外には季節の花が咲き、野鳥のさえずりが聞こえる。天井が高く開放感のあるリビングでは、利用者から自由に集い、世間話に花を咲かせている。音楽療法、毛筆や塗り絵カレンダー作製などのリハビリを通して機能維持を図っているため、年齢と介護度が高いにもかかわらず、元氣な生活を楽しんでいる利用者が多い。各居室には利用者専用のトイレと洗面台が設置されている。地域との連携は良好で、幼稚園児から高校生、地域住民が定期的に来訪して交流している。法人の高齢者福祉センターとの連携が強く、職員の協力体制が構築されている。引き続き、利用者の穏やかで自分らしい暮らしが続くことを期待している。

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)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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ます (参考項目:9,10,19)	○	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)	○	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)	○	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)	○	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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている	○	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)	○	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)	○	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)	○	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	○	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)	○	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	○	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)	○	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 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
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	努力している。	理念と経営方針は、リビングに大きな字で掲示されているが、法人本部と共通共用の理念であり、事業所独自ではない。職員は毎朝のミーティングや職員会議の前に理念の復唱を行い周知を徹底している。	事業所独自の理念を設定されてはいいかがでしょう。
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	年数回程、小、中、高との交流を行っている。	近くの幼稚園児がお遊戯会のお披露目に来訪したり、中学生のトライやるウィーク、高校生が部活動の一環で事業所の清掃に訪れる。年2回の地域の清掃には職員が参加している。自治会には事業所として加入し、土地柄、地域との関係は密であるといえる。	
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	年1回地域の学生が授業で来園。認知症について理解を深めて頂く場を設けている。		
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	事故報告、入居者状況、入退院、職員勤務体制、意見を参考にしている。	市長寿介護課、自治会長、利用者、家族が参加し、2か月ごとに開催している。行事報告・事故報告・意見交換が行われているが、議事録としては十分ではなく、家族への送付と職員への周知の仕組みがない。	会議後必要事項を記入した議事録を作成し、家族に送付し、職員に周知されてはいいかがか。
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に取り組んでいる	必要時に連絡を取っている。	市からは部屋の空き状況に関しての問合せがあるが、市の担当者が固定されていないため、主任自らが市職員と直接顔をあわせ、情報の行き違いが生じないように努力している。	
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	取り組んでいる。	玄関の鍵は昼間は開錠し、夜間のみ施錠している。身体拘束防止委員会を月1回開催しているが、出席者は併設特養の担当委員会の職員である。研修は、法人が全職員を振り分けるので、事業所職員の研修頻度は低いが、研修参加後の職員は、職員会議で伝達、資料配布、ロールプレイングなどで周知を図っている。	ヒヤリハットと事故報告書を振り分けた記録を整備し、事業所職員が委員会に参加し、情報の取得、職員への周知の仕組みを築いてはいいかがか。

自己	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	注意し防止に努めている。	スピーチロックが気になる職員には、主任が場を変えて話を聴き、ストレス解消に努めている。ヒヤリハット・事故報告書の記録が法人のリスクマネジメント委員会と共用であり、実態の把握が不十分である。	委員会の記録は事業所にも保管し、職員が閲覧できるような仕組みを作ってはいかがか。
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	利用者で該当者はないが、会議等で制度について話しあっている。	全職員対象に、昨年、行政の資料をもとに内部研修を行った。契約時に市が用意する入所資料一式の中に後見制度の案内は入っているが、その後家族へは面会の際などに随時情報提供している。	制度説明用の案内パンフレットを常備し、必要な時に家族へ情報提供できるようにされてはいかががでしょう。年1回程度職員が知識を持てるよう研修の計画を立ててはいかがか。
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	契約に納得して頂いている。	契約時、家族への説明は主任が対応している。家族からは費用に関する質問が多く、丁寧に答えている。契約時に看取りや終末期に関する記載はないが、家族へは入所時に口頭で説明し、総括的に同意を得ている。	
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	意見箱の設置や家族様と対話している。	家族から運営に関する要望はあまりないが、毎月1日に開催される利用者の会(たんぽぽ会議)ではイベントの希望などの具体案が多く出てくる。家族交流会が年2回あり、年々参加率が上がってきた。家族と頻りに連絡を取るなど事業所との関係は良好である。	
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	随時反映している。	GH/高齢者会議、職員会議などでは、備品の故障・入替について職員から意見があり、法人で対応している。法人内部での異動が多いが、事業所での経験が長い職員の技能に助けられている。	
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	研修等に参加している。		

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
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	連絡会等を通じ、ほかの施設との交流を深めている。		
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	日頃より対話し、関係づくりに努め、要望等を伺い安心して頂くよう対応する。		
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。		
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	利用者と家族様が必要としていることを把握する。		
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	職員は支援する側の思いがある。		
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	面会時や電話で利用者の状態や体調を伝える。		

自己	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	家族様と連携し支援に努めている。	かかりつけ医やなじみの場所、行きつけの美容院には家族が同行している。法人の地域交流会の参加者が事業所を訪問して利用者と会話することを利用者は楽しみにしている。	
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	利用者全員で出来ることを見つけ実践支えあえるよう支援する。		
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	連絡があれば行う。		
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	希望や意向の把握に努めている。	難聴の利用者にはゆっくり話したり筆談で思いや意向を掴むようにしている。入所時に聴き取った意向以降は、日々の生活の中で良好な関係を築いてからフランクな声かけを行うなど、聴き取りの工夫をしている。職員間の送りノートに利用者の様子を毎日記入し、情報を共有している。	
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	入所時生活歴等を書類に記入。利用者との対話や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	バイタル測定や日常生活動作等を観察し意見等を聞いている。		
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	本人と家族様の意向を聞き、担当者に意見等を聞いている。	事前に家族の意向を確認してから、ケアマネジャー・担当職員でサービス担当者会議を開催している。モニタリングシートがなく、支援計画の推移や利用者情報の記録の保管が不十分である。	利用者個人情報の整理、モニタリング用紙の書式を定め、支援計画の推移の記録の仕組みを作られてはいいか。

自己	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	特変があれば個別記入し、細かい日常生活の様子は口頭で行う。		
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	出来ることがあれば取り組みたい。		
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	商店への買い物や幼、小、中、高校生との交流。		
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し、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	主治医指示、または家族様の意向で家族様対応。	利用者は、協力医療機関の医師をかかりつけ医としている。毎週内科と整形外科医の訪問診療があり、必要時は基本家族の付き添いで受診している。利用者の状態変化時は、法人の看護師が判断して医療機関につなげている。	
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	週2度医師による往診。以外は看護師。		

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
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。	病院や家族様との対話し、カンファレンス等に出席し情報交換をしている。	入院時は、利用者の生活状況を医療機関に情報提供している。入院中は毎週1回面会に行き、利用者の気持ちの安定と医療機関との情報共有を図っている。家族と共に退院時カンファレンスにも参加している。今年度原因不明の発熱で入院し、3か月の入院後家族の希望で別の施設に移行したという事例があった。	
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	家族様に状態等を説明し、情報共有している。医療が必要になれば病院へ入院。	契約時、重度化や医療中心の状態になれば転院もありうる等の説明をし、事業所で出来る事と出来ない事を十分伝えた承を得ている。現在まで看取りの経験はないが、家族の要望があれば事業所での看取りの受け入れも可能である事を伝えている。	
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	年1回程救急処置訓練をしている。		
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	法人合同の訓練が2回、事業所独自で3回を年に行っている。	法人の避難訓練と、事業所独自の訓練を実施しているが、夜間想定や地域住民参加では実施していない。地形的には水害の危険性はほとんどなく、施設全体が地域の避難場所に指定されている。災害時の非常食や水の備蓄は法人で確保しているが、非常用持ち出し資料の整備はしていない。	運営推進会議に合わせ、避難訓練を実施する方法は是非実現して欲しい。非常持ち出し資料の整備や、水や食料の備蓄も事業所独自で確保されてはいいか。

自己 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
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	努力している。	利用者への声掛けは丁寧におこなっている。不適切と思われる言葉がけを聞いた時は、別の場所に呼び主任が注意している。居室入り口には暖簾を掛け、扉の窓から居室内が見えない様に配慮している。	
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	選択して頂く。		
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	職員のペースになっているところがある。		
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	選択して頂く。		
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	下ごしらえやトレイ拭き等を行っている。	法人の栄養士がメニューを作り、事業所職員が手作りの食事を提供している。利用者は自分で食し職員は声掛けや見守りをしている。利用者は、食時用のトレイを拭いたり、おやつレクの時は一緒に作っている。野菜の栽培や収穫を予定している。メニューの掲示はしていない。	準備中から食事を楽しんでもらう為、メニューを利用者に書いてもらい、楽しみの範囲を広げられてはいいかがか。
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	減塩食や刻み食。		
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	毎食後に口腔ケアを行っている。		

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	自立でない人もWC介助を行っている。	トイレは居室に有り、利用者は昼夜とも居室のトイレで排泄している。夜間のみおむつ使用者が一人あるものの、日中はリハビリパンツを使用している。夜間の巡回時は、トイレ使用時の転倒に留意している。高齢の利用者が多い為、現在の排泄状態を維持する事を目標に努力している。	
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	運動や水分補給を促し、バランスの良い食事の提供。		
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2回の利用。	入浴は週に2回午後に設定し実施しているが、外出や散髪時等状況により柔軟な対応をしている。全員が家庭浴槽に手すりを使用し入浴している。シャワーで洗身したあと浸かる為、湯はかけ流しで対応している。二人で一緒に入浴希望があれば応じている。	
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	日中適度な運動と休息をとり、昼夜の温度調整を行っている。		
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	定期的に薬の見直しを行い、症状が変化すれば医師等に相談する。		
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	洗濯たたみや下ごしらえ、掃除等行っている。		
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	施設外の散歩や外出、家族交流会等を行っている。	近隣は静かで安全な環境であるので、季節や天候を見て散歩に出かけている。利用者は順次おやつレクの材料を買いに出かけたり、年に2回の家族交流会には、家族と共に参加している。近くのフラワーセンターや、玩具博物館にも出かけているが、今後はドライブも取り入れ外出したいと事業所は考えている。	

自己 第3	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	引き落としのため所持されておらず、利用者によって異なる。		
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	希望があれば支援。		
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	玄関や壁等に飾る小物を利用者に作っていただく。	事業所のリビングは天井が高く開放感がある空間であり、対面キッチンからは利用者の様子が見渡せる。廊下やリビングに温湿度計が設置され、加湿器や濡らしたバスタオルにより、湿度を保つように工夫している。利用者は、それぞれ自分の居場所を作り過ごしている。リビングの畳コーナーは使用していない為、撤去する方向で検討中である。	
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	食堂や廊下にソファを設置等くつろげる場所を設けている。		
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	家庭で使用されていた服やタンス等設置している。	トイレ、洗面所、エアコン、ベッド、クローゼット、及び防災カーテンが準備されている。トルペイントの手作り表札が掛けられ、利用者はテレビや整理ダンス、応接セット等、馴染みの家具や位牌を置いている利用者もあり、収納場所が広く整理が行き届いている。	
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	下駄箱等に名前を記入。		

(様式2)

事業所名:加西の里認知症対応型生活介護

目標達成計画

作成日: 令和 2年 3月 16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	8	職員間で勉強会が出来ていなかった。	年1回は部署会議等の場で行う。	必要な情報を集め、書類を作成する。	1年
2	26	利用者のモニタリングが不十分だった。	用紙を作成し、1日1回記入する。	業務に取り入れ記入者の分担を行う。	1か月
3	7	会議等の書類を閲覧しやすい状態に出来ていなかった。	設置場所や保管方法を工夫する。	設置場所や保管方法を工夫する。	1年
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】		
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	☐ 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
		☐ ②利用者へサービス評価について説明した
		☐ 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
		☐ 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)	☐ 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
		☐ 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
		☐ 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	☐ 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
		☐ 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	☐ 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)
		☐ ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)
		☐ 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()