

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

【事業所概要(事業所記入)】			
事業所番号	1690800055		
法人名	株式会社あゆみ		
事業所名	グループホームあゆみ となみ野		
所在地	富山県砺波市中野340番地		
自己評価作成日	令和7年1月20日	評価結果市町村受理日	令和7年3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/16/index.php?action_kouhyou_de_tail_022_kihon=true&JigyosyoCd=1690800055-00&ServiceCd=320
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人富山県社会福祉協議会
所在地	富山県富山市安住町5番21号
訪問調査日	令和7年2月13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)】

・入居時や定期的に家族へ認知症ケアを説明し家族、職員双方で協力し入居者の平穏維持の努力をしている。 ・職員に対しての認知症ケアの教育に力を入れている。 ・自宅などへの外出支援。 ・利用者家族、職員の子供など異世代交流を行っている。 ・サービス担当者会議に利用者本人も参加し1人1人に合わせたサービス提供。 ・家庭的な雰囲気 で時間に追われず個々へ対応。

【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)】

・「自宅や家族等に対する繋がり大切に」した支援として外出及び外泊の呼びかけを行い、利用者の生活への家族等の参画を図っている。また、利用者家族等並びに職員の家族を含めた交流支援など、管理者が中心となり「家族のような関係性、且つ認知症ケアの徹底」を目指し、職員と家族等、関係者がその想いの共有に努め実践している。 ・避難誘導の際に外部協力者であってもわかるように、各居室の入口壁に自立歩行・車椅子移動のマークや居室から避難したことがわかるように避難後を示すワッペンが取り付けられている。共に視覚情報により避難状況を知らせる工夫が整備されている。 ・介護計画作成にあたり、入所から原則1週間は24時間の過ごし方を記録し、6ヶ月毎に長谷川式簡易知能評価スケール及び日常生活動作アセスメント、利用者の姿(思い)アセスメントを担当者が実施している。それを基にカンファレンスで検討、主治医や利用者、家族等の意向を反映させ利用者本位の介護計画になるよう細やかに取組んでいる。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№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る (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)	○	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)	○	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、活き活きと働いている (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、安心して暮らしている (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	毎日の申し送り時、目につくように事務所に理念を掲示してある。全体会議後は全員で唱和し理念に基づいた介護を行うよう確認し皆で意識を高めている。	法人理念は事務所に掲示してある。利用者と家族には、契約時及び初回の介護計画作成時、職員には入社時に管理者より詳しく説明され、配付されている。何時でも利用者との関わりが途切れないことを大切に24時間面会可能となっている。	現在目指している支援のあり方を事業所独自の理念(テーマ・キャッチフレーズ)に添える等、職員全体で話し合い、ケアの実践に役立つよう工夫する取組に期待したい。
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	地区の納涼祭や秋祭りやお寺の行事に参加し地域の方と関われる機会を作っている。	近隣への外出の機会はある。6年生が、事業所でのボランティア体験を冊子にまとめ卒業時に届けにくるなど交流がある。お寺の花まつりやチューリップ公園に出かけるなどドライブも楽しんでいる。自治会には加入している。	
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	地域の行事に参加・交流することで認知症の方の特性を理解してもらっている。職員の対応を見てもらうことで偏見のない地域づくりを目指している。		
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か月に一度地区長・包括・民生委員・参加できる家族・施設長・管理者・ケアマネが集まり意見交換や日常の活動報告や事故報告等を伝えている。地域行事の情報を教えてもらい活動に活かしている。	家族には往復はがきを用いて出席を呼びかけている。議事録は構成メンバー、家族に配付し、加えて、議事録作成後は参加者代表に内容を確認してもらい、署名をもらっている。同様に、職員は閲覧後、押印している。	
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	市からの介護相談員の受け入れを行っており、利用者の生活の様子をみてもらったり職員と意見交換を行っている。	介護支援相談員の訪問がある。月1回開催される砺波市連絡協議会にはケアマネージャーが参加し情報を共有している。地域包括支援センター職員は砺波市行政職員のため、相談やコミュニケーションがとれている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	年に4回「身体拘束適正化委員会」を開催。年2回身体拘束の勉強会を行い日頃のケアが身体拘束にならないか確認している。不適切なケアがみられた場合は改善に向けミーティングを行い、ケアの統一を図っている。	虐待防止の指針は掲示している。外部研修を希望する職員には積極的に参加させている。「虐待の芽リスト」を年2回実施し、結果については職員全体で話し合い、改善に向けて取組んでいる。	

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
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	年に4回「高齢者虐待防止委員会」を開催し、現状の把握とその対策について意見を出し合っている。特に暴言にあたらないか職員の言葉遣いには注意している。		
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	職員全体で制度についての勉強会はしていないが、成年後見人制度を利用している方が2名おり、後見人の方から話を聞き、連携を図っている。		
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	契約に関する説明は施設長・管理者が行っている。分かりやすく説明を行うよう努めており、十分に理解・納得をしたうえで同意をもらっている。		
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	利用者・家族様の意見や要望は記録に残している。これまでは面会時や電話等で意見をもっていたが、メッセージアプリを使うことで迅速に対応でき、職員間の連携もできている。	家族の意見や要望は個別記録、申し送りノートに記入し職員間で共有している。メッセージアプリを導入したことで家族とのコミュニケーションも円滑にすすんでいる。アプリには利用者あたり家族等3名まで登録でき、利用者の写真を添付するなど喜ばれている。	
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	管理者は全体会議や毎日の申し送り時に職員の意見を広く聞き入れ必要に応じて施設長に連絡相談し、意見が反映できるようにしている。	2ヶ月に1回、職員全員参加の全体会議を実施している。職員個々の意見は、管理者が日常業務の中でコミュニケーションを取りながら収集している。	
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	自主申告評価表に基づく個々の能力スキルをチェックしフィードバックによる昇給や賞与に反映している。		
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	職員全てが能力アップできるように外部研修のお知らせを閲覧できるようにし、外部研修参加も個々促している。		

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
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	市の研修、事業所連絡会に参加することで同業者と交流している。		
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	入居前に自宅やサービス事業所で面談を行ったり、施設見学をして頂くことで入所時に不安な生活がおくれる様に努めている。		
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	入居前にご家族様にも見学に来ていただき、施設の雰囲気等や、サービス・設備を確認していただいている。また、お話を伺い不安や要望等を把握し相談がしやすい関係になるよう努めている。		
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	事前の情報や、本人・家族の話を基にその時必要と思われる支援を管理者・ケアマネが中心となって計画している。		
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	日常生活の中で掃除や茶碗拭きなどできる範囲の役割をもってもらい、手伝うことでお互い助け合う生活をおくっている。		
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	面会時やメッセージアプリ等で本人の様子を報告している。外出や一時帰宅の要望があった時は相談し、家族とつながることで心の安定につながっている。		
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	家族の協力を得て通院やなじみの美容院の利用を行っている。手紙のやり取りをされている方には続けられるよう支援している。	これまでの馴染みの関係に加え、新しい関係性を大切にしている。週刊誌や飲料の定期購入（販売店さんが届けてくれる）、マッサージ師、美容院の継続利用等がある。利用者同士の関係においても食事、入浴を気の合う仲間で行うなど新たな関係性が築かれている。	

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
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	利用者同士の相性をみながらテーブル席の配置に気を配っている。レクリエーション時は新しい交流ができるよう職員が介入している。		
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	退去後もタイミングが合えば近況を聞いたり家族様からの相談があれば聞き入れ支援している。		
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	(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	本人に直接思いや意向をきくようにしている。上手く話せない方は日々の会話の何気ない態度から思いや意向をくみとっている。職員間で共有できるよう記録に書きとめ本人の想いを優先できるように努めている。	全職員で2つのユニットA・Bでの利用者の思いや意向を把握するよう工夫している。毎月合同カンファレンスを実施し、カンファレンスまでに決まった様式に職員それぞれが気づきや提案を記入、検討している。カンファレンスの要点事項をまとめ、全職員に回覧し共有している。	
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	入居時に家族より本人のこれまでの暮らしの情報を提供してもらっている。入居後も本人らしく生活がおくれるよう努めている。		
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	その人の生活リズムを大切にし思い思いに生活してもらうように支援している。好きなことや得意なことを取り入れ生活リハビリを行い楽しく過ごせるよう支援している。		
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	毎月合同カンファレンスを行い本人についての話し合いや情報交換を行っている。サービス担当者会議では家族様の意見をとられケアプランに反映させている。	入所後、初回の介護計画作成時には事業所理念について説明を加えている。入所当初は、24時間の過ごし方を把握するシートを活用し、6ヶ月毎に担当者が決まったアセスメントを実施、詳細な状態を把握して家族等と共有し、利用者及び家族等の意向に基づいた計画作成に努めている。	
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	日々の様子は介護記録に残している。夜勤帯は赤ペンで記入し時間経過をわかりやすくしている。特記事項は業務日報にも記入し情報を共有している。		

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
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	カンファレンスや日常の会話のなかでの気付きからニーズを共有し適切なサービスができるよう心がけている。		
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	感染症対策をしながら地域行事には参加している。郵便局や図書館などへ出向き対応を見守りしている。		
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	それぞれの希望される医療機関へ受診、もしくは往診を受けている。本人や家族と相談し歯科や皮膚科など専門医への連携も対応している。	入所後も希望されるかかりつけ医での受診が可能な他、2名の協力医による往診診療も提供されている。受診に関しては、利用者の状況を共有するため、原則家族等が支援しているが、事業所は適切な診療につながるよう「医療連携表」を作成し、医師への情報提供に努めている。	
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	看護師が常勤しており体調の変化があるときは報告・相談し指示をもらっている。		
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。	医療機関の地域連携室と連携を図り身体状況や生活状況などの情報を交換している。注意点なども事前情報を聞き取り退院後も安心して生活できるよう支援している。		
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	入所契約時には看取りはしていないと説明し同意を得ている。経口からの食事摂取が困難になるなどグループホームでの生活が難しい状況になってきた段階で適切な今後のすみかについて本人・家族様と相談支援を行っている。	看護師の配置がなく看取りに向けた体制が構築されていないことを契約時に説明している。利用者の心身状態に応じて、主治医、利用者及び家族等と適切なサービスが受けられる環境を検討・提案しているが、利用が長くなり重度化傾向にあっても利用を希望する声が多くなっている。	「住み慣れたここでの支援を受けながら暮らしたい」と願う、利用者及び家族等の意向を踏まえながら、事業所として終末期や看取りについて学ぶ機会を設け、今後の対応や方針を主治医や職員と検討していくことに期待したい。
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	各自いつでも確認できるように緊急時の対応のマニュアルは作成している。救命救急講習をうけている職員も数名おり、普段からレクチャーをうけている。		

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
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	年に2回消防署の指導のもと日中・夜間の火災想定避難訓練、年に1回の水害想定避難訓練を行っている。BCPの机上訓練も行っているが地域と合同の訓練は行っていない。	水害については、避難区域に該当しており、運営推進会議等で取り上げたところ、地域の計らいで水位計が設置された。地震については、特に計画作成や訓練実施には至っていないが、補強工事が実施された。	大きな地震を経験した教訓を活かし、自然災害事業継続計画(BCP)と併せて、地震計画の整備が望まれる。計画は速やかに職員へ周知し、関係者との共有、訓練の実施、備えの充足等に取り組むことを期待したい。
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(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	プライバシー保護のため個人ファイルは鍵付きの戸だなに保管している。話し言葉や声掛けにも職員同士チェックしあいプライバシーを損ねないよう努めている。	職員には入社時にプライバシーに関する研修を実施している。支援の場面では、トイレ利用時の扉を閉める、入浴の際は鍵をかける、介助時はズボンを引き上げない等、丁寧な声掛けに加え基本的な支援内容についても、具体的な注意事項を共有して取組んでいる。	
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	日頃からおやつ時お菓子を選択してもらったりドリンクの希望を聞いて提供している。やりたいことなど率直に聞き普段の活動に活かしている。		
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	その日その時どのようにしていきたいか聞き取り、確認の声掛けを行っている。食事の時間も一緒にこだわらずその人の生活リズムを尊重している。		
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	洋服を自分で選択できる方は本人に任せている。難しい方でも二択から選んでもらったり職員がアドバイスして納得してもらうようにしている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食材の下ごしらえなど利用者と一緒に取り組み作る過程から関わってもらっている。季節の行事に合わせたメニューの時はスーパーまで一緒に買い物へ行っている。	献立、材料は専門業者から取り寄せ、栄養バランスやカロリーを把握している。毎月2回程度、フリーメニューを設け、利用者の希望を取入れている。調査昼食時には餃子を手作りし、利用者と職員で「こねる、包む、焼く」を分担し、いい香りに加え、楽しそうな利用者の姿が見受けられた。	

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
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	宅配の食材で食事作りをしている。その方の咀嚼能力に合わせてトロミやミキサーなど加工して提供している。		
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	毎食後口腔ケアを声掛けひとりひとりに合った口腔ケアを見守り介助している。夕食後は義歯洗浄剤で洗浄し口腔衛生の保持を務めている。		
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	ひとりひとり排泄チェック表を記入しパターンを把握したうえで声掛けを行っている。オムツやパッドは個人の状態に合ったものを選択し不快感が少なくなるよう配慮している。	利用者には、ジュース複数、紅茶、珈琲、スポーツ飲料、ノンアルコール酒類等多くの飲み物を日常的に提供し、脱水や便秘にならないよう配慮している。水分をしっかりと摂取しながら、排泄チェック表を用いて、それぞれのパターンを把握、誘導しながら排泄の自立を支援している。	
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AM10時のおやつ時にはヨーグルトを提供し、水分摂取が促されるよう常時数種類のドリンクを準備している。日中に体操・周回運動など身体を動かす時間を設けている。		
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	週2回の入浴を行っているが希望があればその人のタイミングや夜間帯に入浴もうけている。常時数種類の入浴剤があり好きなものを選んでもらっている。一般浴と特別浴があり利用者の状態にあわせて入浴を介助している。	一般浴槽又はストレッチャー浴(機械浴槽)、5種類の入浴剤、提供時間等、利用者や家族等の希望や状態に合わせて柔軟に選択できる。利用者それぞれの入浴時に浴槽を入替えている。地元で採れたゆずを頂く機会も多く、ゆず湯は利用者からの評判も良い。	
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	居室は安心できる空間であるように毛布も馴染みのあるものを用意してもらっている。その日の体調を見ながら午睡を声かけたりホールでもくつろげるようソファや畳スペースがある。		
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	薬の内容はユニットごとにファイリングしており、いつでも確認できるようになっている。薬が変更された場合や追加になった場合など職員全員へ周知されるまで申し送りしている。		

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
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	調理の手伝いや食器の片付けなど利用者の出来る範囲のことが続けられるよう支援している。頼られる存在でいられることで自信をもってさらに意欲的に生活ができるよう努めている。		
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	天気が良い時など本人の希望を聞いて外散歩に出かけている。本人と家族の希望もあればいつでも外食や外泊ができるように対応している。	地域栽培で馴染みのあるチューリップ、コスモス、菊等の鑑賞に出掛けたり、近所から「気球が飛んでるよ！」の声があると、希望者で見に行ったり外出支援にも積極的に取り組んでいる。散歩は日常的に行い、車両の少ない道路で散歩コースを設けている。また、事業所前で庄川花火大会や桜の鑑賞を季節ごとに楽しんでいる。	
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	基本的に本人のお金をつかう機会はない。個人の買い物は代金を立て替えている。商品を選ぶ、お金を受け渡すことで買い物を楽しんでもらっている。		
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	定期的に家族と電話で話す方もあれば携帯電話でいつでも家族と会話されている方もおられる。年賀状以外にもおたよりを頂き返事をかき交流を続けておられる方もいる。		
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	ホールの天井が高く開放感がある。ユニットを越えて交流ができるようにしている。季節の飾りつけや思い出の写真や塗り絵などの作品が貼ってありいつでも見られるようにしている。	各ユニットの廊下突当りには、外を眺めゆったり過ごせるコーナーを設けている。2つのユニットA・Bはリビングで繋がっており高い天窓に加え、併設している和室の窓からの採光があり広く明るい。和室には雛人形が飾っており、季節を感じることで利用者が思い思いに過ごす空間が提供されている。	
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	畳スペースやソファ・テーブル席など好きな場所で過ごしている。テレビを見たり、利用者同士で歌をうたったりパズル本をといたりおもしろいものもあって過ごしている。		

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
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、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居時に馴染みの家具や好きな写真やポスター、人形などをもってきてもらい居心地の良い部屋になるよう支援している。家具のレイアウトは本人と家族の意見を取り入れ環境変化の不安が少なくなるようにしている。	自宅から馴染みのある私物を持ち込み、利用者の身体機能に応じた動線(ベッド、家具、ポータブルトイレ、コンセントの位置等)に配慮している。これまで魚屋や理髪店を営んでいた利用者には、店舗風表れを作り、居室口に設置する等、利用者が心地良く過ごせる居室づくりに努めている。	
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	トイレの場所が分かりやすいよう案内板をつけたり自分の居室の表札の色や絵柄を選んでもらって作り、わかりやすくしている。弱視の方の動線の手すりには凹凸をつけてひとりでも移動できるよう工夫している。		

目標達成計画

作成日: 令和7年3月20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	1	パンフレットに理念が入っていない為目標としている家庭的なイメージが伝わりにくい。	となみ野独自のキャッチフレーズを作り実践する。	全体会議でとなみ野のキャッチフレーズをみんなで話し合い定義する。	6ヶ月
2	13	地震の訓練を一度も行っていない。	年2回の火災訓練、年1回の水害訓練以外に地震訓練を実施する。	BCP机上訓練同様、地震訓練を行う。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
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。

(別紙4(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()