

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1691000093		
法人名	株式会社 ウェルフェアネットワーク		
事業所名	グループホーム五箇山		
所在地	富山県南砺市東赤尾横平577番地1		
自己評価作成日	令和7年4月21日	評価結果市町村受理日	令和8年3月31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.mhiw.go.jp/16/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=1691000093-00&ServiceCd=320&Type=search

【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5月21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)】

少人数の中「なじみの関係」が自然と出来上がる事で、生活上のつまづきや行動障害等が軽減し、心身の状態を穏やかに保つ事が出来ます。
過去に体験したそれぞれの役割、たとえば食事の支度や掃除、洗濯等できない部分は支援をし、入居者の失われた能力を再び引き出し、潜在的な力を伸ばすような働きかけを行うことが認知症の症状の改善や進行の防止を図ることであり、一人ひとりが安心してその人らしく暮らすことであると考え、実施しています。

【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)】

- ・山間の静かな場所にあり、インターチェンジからも近く、訪問しやすい立地にある。
- ・病院から紹介された利用者が多い。食事摂取が難しい方なども受け入れ、入所から1年後には自力経口摂取ができるようになるなど、丁寧な介護に努めている。
- ・五箇山にある在宅介護支援センターからの紹介利用も受け入れるようになり、地域には必要不可欠な事業所となっている。
- ・上平診療所とは適切な連携が図られており、利用者にとって安心した医療対応がとられている。

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 3. 利用者の1/3くらい 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 (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、活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)	○	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	理念『可能性を信じ、笑顔になるケア』 実践目的『人として敬い、その人らしく人生を生き、その人らしく安心して暮らしていただく』 その人の立場に立ち、望む暮らしを支援するケアについて共有できるよう確認している。	理念は玄関先に掲示され、職員の目につくようになっている。管理者も笑顔になるケアの実践に日頃から努めている。	
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	祭りなど地域の行事への参加や、近くの保育園との交流を行っている。また、向かいの住宅を職員の住居としている。地域の一員として日常的な交流を継続することが、利用者がその人らしく暮らせることにつながると職員に周知している。	技能実習生(4名)が事業所向かいの住居に住んでおり、地域との付き合いが行われている。獅子舞などの祭りにも利用者・職員が参加し、一緒に楽しんでいる。	
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	地域の方からのちょっとした相談があれば応じているが、今後は地域に向けての認知症の人の理解や支援の方法を伝えていくよう心がけなければならない。		
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	急な管理者の交代があったため運営推進会議は行えていない。今後は2カ月に1回開催し、今施設で重点的に取り組んでいる事、困っている事等行政機関や地域の代表、家族代表と意見を共有し合い、サービス向上につなげていきたい。	管理者赴任から3年目に入り、コロナ禍の状況も改善されている中で、いまだに運営推進会議は開催されていない。管理者は今年度中には行いたいと考えている。	運営推進会議は2か月程度に1回は開催することが制度上でも定められている。施設内状況の情報発信や、外部見識者の意見を施設運営に活かすことは重要と考えられるため、早急に開催されることが望まれる。
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取り組んでいる	砺波介護保険組合担当者、包括支援センター等疑問点や質問は積極的に伝え、協力関係を築くよう心がけており、特に地域の在宅介護支援センターとは、月に何度も連絡を取っている。	市の地域包括支援センターとの連絡の他、五箇山地区にある行政管轄の在宅介護支援センターとも利用者の紹介や、地域住民の相談など多岐に渡り行われている。	

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
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	身体的拘束等の適正化を図るための全ての措置(委員会の開催、指針の整備、研修の実施)を行っており、生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き身体拘束を行ってはならないことを周知徹底している。	身体拘束は基本実施しないように努めているが、身体拘束委員会は各種の委員会も含めてほとんど開催されおらず、職員間では身体拘束の定義なども共有されていない。	身体拘束も含めて最低限の事柄の知識を職員間で共有できるよう努めることに期待したい。
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	高齢者虐待防止法については勉強会を行い職員の言動が見方を変えれば虐待に当たる等をその都度伝えるよう心がけている。高齢者虐待とは高齢者の人権侵害であることを皆が理解し支援していくことが大切と考える。		
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	成年後見制度に関しては、以前利用している利用者がいらっしやっただので、制度としては理解している。日常生活自立支援事業に関しては、今後学び、周知する機会を持っていこうと考える。		
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	重要事項説明書⇒契約書に沿って説明を行っている。その都度疑問点は十分な説明をしており、これまでに、契約に対する苦情等は上がっていない。		
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・家族からの意見については、職員・リーダーから管理者へ伝わる事としており、運営規定等で外部機関の紹介もしている。緊急性の高い意見は速やかに代表と協議し、会議等で協議を行っている。	家族の訪問は随時行われており、その都度家族の意見や希望を聞き取るようにしている。聞き取った内容は口頭ではあるが管理者に速やかに伝えるようにしている。	
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	職員は、管理者に忌憚なく意見や提案をしている。重要な提案等については、管理者、代表者協議の上、機会を設けている。	職員との日常の会話の中から職場環境や、ケアの中身における提案を受け、その中で管理者が必要と感じたことについては月に1回開かれる法人代表者等との会議で検討している。	
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	給与等については職員個々の実績を勘案し給与水準に反映している。労働時間については協議の上各自の希望を優先している。やりがいについては研修機会の提供や、各自の提案に自主性を持たせて実行させるよう働きかけている。		

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
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	主にOJTによる育成を行い、行政等の研修には積極的な参加を支援している。研修費用等は助成を行っている。また、各種勉強会も開催している。		
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	管理者・リーダーにおいては、同業者との交流機会は多岐にわたっている。勉強会や、相互訪問を通してさらなる質の向上を図っている。		
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	急な環境の変化に戸惑い、精神的に不安定となられる方が多い。本人の要望や訴えに耳を傾けることはもちろん、目の高さを合わせる、タッチング等本人が安心できるようなコミュニケーションを心がけている。		
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	入居を決めていただく段階で必ず施設の見学を行ってもらい、入居1週間くらいは本人の様子をお知らせしている。初期の段階では信頼関係を築く事がもっとも大切と考えるので、各ご家族様の要望に誠意をこめて対応している。		
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	本人や家族から、今までの生活歴や入所後も継続してほしい事などを事前に聴取している。本人の状況の見極めを行い、満足のいくサービスに繋がれるような対応を行っている。		
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	全て職員からの視点で判断するのではなく、本人の残存能力や今までの生活歴を知った上での言葉がけや支援を行っている。そうすることで、良い関係が築けるのではないかと考えている。		
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	施設は生活の場であり、職員は生活支援を主に行っている。家族には、精神的な支援・通院や面会を行ってもらっている。医師からの病状説明等は、職員と家族が同席するようにしており、共に本人を支えていく関係は築かれている。		

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
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	感染対策を行ったうえで、面会には積極的に来ていただいている。また、施設の中だけではなく外に出ることで、なじみの方々や空間を感じることが出来るよう支援している。	長く利用されている利用者もおられるため、在宅時の馴染みの方との関係性は薄れても、利用者同士の関係性や、介護職員・掃除の職員などとの馴染みの関係の構築などを意識して生活支援を行っている。	
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	利用者同士のそれぞれの関係性を職員は理解し、お互いに関わりあえるような声かけや環境作りに努めている。		
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	特養等への入所でなければ、近隣住民としての関係性を継続し、声かけや家族の介護負担等の聞き取りや、近隣や他の家族からも経過を聞けるような取り組みを行いたいと考えている。		
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	一人ひとりの希望や意向を把握し、それをグループホームでの生活にどう繋げていくかを検討して実施している。家族にも、どのような思いや希望がある方なのかを確認している。	利用者の平均要介護度はかなり高く、活動的な日課は比較的少ない。テーブルの上には雑誌類が置かれている。	
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	利用開始前の段階で、家族や本人からできるだけ聴取するよう努めている。その後、援助の中(コミュニケーションを通して)からも把握するよう努めている。		
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	毎日の過ごし方の様子を観察することで、心身状態や残存能力などの把握を行っている。		
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	本人の課題と支援内容については、本人、家族と話し合いを行っている。それぞれの意見を反映した、本人の現状にあった介護計画を作成するよう心がけている。	介護計画は法人内で兼務するケアマネジャーが担当している。職員全員がモニタリングの役割を持っており、日々の記録をウェブでケアマネジャーに送信している。本人・家族・関係者の意見や希望も聞き取ることに努め、反映させている。	

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
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	日々の介護記録や日報は、管理者・看護師・介護支援専門員・介護職員が必ず目を通し、情報共有に努め、介護の計画の中に取り入れる工夫を行っている。		
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	その時々ニーズに対応して、住み慣れた環境で暮らしていけることに着目したサービスの提供を心がけている。		
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	地域資源を近隣の職員や自治会長等から把握し、一人ひとりの残存能力を考慮した上で豊かな暮らしに繋がるよう支援している。		
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	近隣には上平診療所しかなく、1年に1回医師が変更となる。事業所と、南砺市民、南砺中央病院、診療所との連携は密にとれており、適切な医療を受けることができる。	基礎疾患における定期受診については協力病院等に家族が同行している。普段の医療対応は、上平診療所により適切に行われている。	
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	利用者の異常に関しては直ちに看護師に報告をしている。それを受けて看護師は、適切な処置やアドバイス、受診の必要性の判断を行うことで双方がスムーズに協働していると考える。		
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。	南砺市民、南砺中央病院の医療連携室とは、利用者の入院、受診に関する事はもちろん、医療・生活に関する事も情報交換を行っている。医療と福祉の連携はスムーズに行っていると考える。		
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	終末期の段階で家族、主治医、施設看護師と担当者会議を開催し、近隣の医療機関との密な連携をとり、本人・家族が終末期に向けて満足のいくものになるよう、状態の変化等を説明するよう取り組んでいる。	数年は看取り対応は行われていない。今後看取りが必要な場合は、丁寧な対応をしていくこととしている。	

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
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	利用者の急変や事故が起こったときは、管理者に報告し指示を受けている。応急手当や初期対応の確認も定期的に行っている。		
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	避難訓練は年2回行っている。地域に災害情報、避難情報が出た時は自治会長から施設に連絡⇒避難場所の確認、近隣の職員への連絡、出動態勢をマニュアル化している。	避難訓練は行われている。近年の雪害時には、道路が閉鎖されたが、管理者が自ら食品や消耗品を運ぶなどの対応をしていた。	山間部に事業所があり水害、雪害により、孤立することがあるため、消耗品、食品等の備蓄は重要である。管理方法を法人代表と話し合い、適切な対応に努めることに期待したい。
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	認知症になっても人として敬い、施設のキャッチフレーズである「その人の立場に立ち、その人が望む暮らしを支援するケア」を実践している。	管理者は技能実習生や新しい職員が多い中で、利用者一人ひとりの尊厳や人格の尊重を職員全員が理解することに努めている。	
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	日常生活支援(食事、おやつ、入浴等)の声かけは、「〇〇ですよ」ではなく「〇〇しませんか～」というふうに、本人が意思を表出できるような言葉かけを心がけている。		
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	食事、入浴等の時間帯やペースは一人ひとりの生活習慣にできるだけ沿ったものになるよう心がけている。レク等も「今日は何をしましょうか？」と皆の希望にできるだけより添えるように心がけている。		
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	毎日の着替えは「今日はどうよう服を着ましょうか？」と本人と共に洋服選びを行うよう心がけている。入浴後の髪の毛のセット等も本人の希望を聞き、希望に添えるものを心がけている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食材を切ったり、盛りつけたり、皿を出したり洗ったり・・・その方が以前できたことを継続できる支援を心がけている。食事中は、食材の内容や、味付け等を話題にし、楽しい雰囲気のある食事としている。	外部業者からの献立に基づいて、食材の配送を受けている。たまに、地域の方から山菜をいただくこともある。事業所内で調理をし、利用者それぞれに適した食事を提供するようにしている。	

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
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	食事量、水分量は毎回記録に残している。栄養に関しては、外部からの食材の配達。水分不足が考えられる方に関しては、イオン飲料(ポカリ等)を飲んでいただいたり、それらをゼリーにして誤嚥性肺炎の防止に努めている。		
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「歯磨きをしませんか?」と提案し、一人ひとりの口腔ケアを行っている。自分のできない方に関しては職員が支援し、できる事のみ行ってもらい、最終チェックは職員で行っている。		
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	①排泄パターンを知る ②本人の身体状況・認知状況を知る ③声かけ、移動以上の支援 これらを行うことにより、紙おむつや尿取りパットの軽減、トイレでの排泄がに繋がった。	定時におむつ交換を行い清潔保持に努めている。ポータブルトイレも利用されるなど、利用者それぞれの特性に合った対応を行っている。	
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	可動性の低下、水分不足、食事量の低下等人それぞれ便秘になる誘因は違っていると考える。時に緩下剤を服用しながらも、その人に合った予防法を取り入れ、実施するよう心がけている。		
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	入浴習慣はその人によって異なる。週2回の入浴のうち1回は時間帯や日程を決めずに入浴できるようにし、今までの生活習慣を大切にしよう努力している。	浴室にはゆったりとした浴槽があり、脱衣所も広いので、一人ひとりゆっくり入浴を楽しむことができる。また、ユニットごとの浴槽を使い分けて使用している。	
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	午睡する方、しない方・・・早寝早起きの方等それぞれの睡眠パターンを知り、できるだけこちら側の意向で変えない様にその人の生活習慣を尊重するよう心がけている。		
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	入居時には薬の内容を看護師より説明している。入居後に薬が変更になった際は薬剤師から説明がある。介護記録(タブレット)からも薬の情報を確認できるようになっている。		

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	洗濯物を干したりたたんだり、テーブルを拭くなどの食事の用意を職員と一緒にやっている。一人ひとりの生活歴を知った上での支援を行っている。		
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	冬以外はできるだけ小人数での外出の機会を設けている。家族と話し合いながら、本人の希望に少しでもより添えるような支援を行っている。	コロナ禍が収束した後も外出支援はほとんど行われていないが、天気の良い日は田園を眺めながら散歩をしたり、日光浴をしたりしている。	今後は、事業所の特徴を生かした食事会などのイベントや草むしり等の外出支援についても期待したい。
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	お金を手元に持っていないと、安心できない方には、家族・本人・GHの双方合意でお金を所持していただき、買物の同行もできるだけ本人の意向に沿って行っている。		
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	手紙、電話等本人の希望に沿って支援を行っている。		
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	汚染時の掃除や、危険物等の除去、季節の花を飾ったり、四季を感じるもの等を飾るようにし、施設の中でも日本の四季を感じるよう心がけている。	談話室兼、食堂にはテレビやソファが設置されゆっくり過ごすことができる。壁には折り紙の作品等が貼られており、室内からは四季の変化を楽しむことができる。	
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	フロアは一体型になっているが、その中でも食堂、リビング等それぞれの空間が演出できるよう工夫を施している。		
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	居室は、電動式ベッド、タンス、空調のみとしている。入居時には、本人の使い慣れたものや慣れ親しんだものを持ってきていただき、穏やかに暮らせるような工夫を行っている。	居室は清潔に保たれており、整頓されている。面会は各自の居室で自由に行うことができる。希望があれば居室でテレビを見て楽しむこともできる。	

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
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	一人ひとりの能力にあわせて、トイレや食堂に自力で移動できる動線の確保を行うことで自立した生活が送れるように工夫を行っている。		

目標達成計画

作成日: 令和7年12月27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	4	運営推進会議が開催されていない	2か月に一回の運営推進会議を行う	管理者を中心とし法人内の経験者のアドバイスを受けながら実施していく。	4ヶ月
2	23	平均介護度が高く、活動の日課が少ない	職員が中心となり、可能な利用者にも一緒に活動することで、介護度の高い方にも楽しんでもらえるような活動を行っていく。	職員間で、皆で楽しめるレクリエーションについて話し合いを行い実施に向けて準備をする。少しずつ行い各職員が慣れていく。	3ヶ月
3	49	コロナ渦が収束した後も外出支援がほとんど行われていない。	技能実習生が事業所向かいの住居に住んでいることから地域の方との交流がある。そこを生かし、事業所として地域との関りを増やしていく。	利用者、他の職員も地域の行事に積極的に参加し関係を築いていく。また施設の催し物を企画し、地域の方にも来て頂けるようなイベントの開催に向けて取り組んでいく。	6ヶ月
4	6	各種の委員会が開催されていない。	まずは身体拘束委員会の開催を早急に行い、他の委員会の開催も順次行っていく。	各委員会の担当者を決めて開催していく。まずは身体拘束委員会をはじめとし、職員間で必要な事柄を共有できるように取り組む。	2ヶ月
5	35	山間部に事業所があり水害、雪害により孤立することがある。	非常時に備える。	米・水、非常食(長期保存できるもの)の備蓄をする。	2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()