

令和 7 年度

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	1670102456
法人名	株式会社ツクイ
事業所名	ツクイ富山萩原グループホーム
所在地	富山市萩原179-1
自己評価作成日	令和7年7月22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）】

○協定医、訪問看護ステーション、薬剤師との連携により、日常的な健康管理から看取り期に至るまでの相談体制が整っている。
○地域包括支援センター主催の勉強会などに参加。認知症カフェの開催にも携わり、地域の方々との連携を図っている。
○毎月、年間行事計画から、外出、食の企画、外部ボランティアによる催し、職員の楽器演奏など
多岐にわたる企画で、活気のある生活をしていただけるよう、工夫している。

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページ等で閲覧してください。

基本情報リンク先	
----------	--

【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）】

・法人で年間の研修計画（eラーニング）での研修やビデオで各情報がデジタル画面で放映され、職員一人ひとりに周知できるようにしている。
・家族には請求書と便り、個別の写真等を同封し、家族の意見や要望の有無にかかわらず、必ず返信できるようにし、家族の意見の把握や情報交流ができるよう工夫している。
・職員は毎日の申し送り用紙を使用し、「にこりほっと」（ヒヤリハットを模して）に利用者の意向や新たな気づきを記入し、利用者の思いの把握に努め、情報共有している。

Ⅴ. サービスの成果に関する項目（アウトカム項目） ※項目№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回程度ある 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、戸外に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				

1 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	開所当初からの「ゆったりたのしくみんなであんしん」の理念のもと、その人らしさを大切に、日々のケアを心掛けている。 玄関・各ユニットフロア・事務所・休憩室に掲示し、常に目にしながら、理念を根底にしたケアを実践するようにしている。	事業所理念は常に意識できるよう目に付くところに掲げている。また、職員は言動の振り返りを行い、ケアについての困り事、迷いを話し合い、ゆとりを持って支援できるように、理念の「ゆったり、たのしく、みんなであんしん」に取り組んでいる。		
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	散歩の途中で、ご近所さんが育てておられる季節のお花をいただいたり、町内福寿会さんによるお茶会を開催して交流を続けている。	地域の自治会に参加し、特に福寿会(敬老会)のつながりで行事(夏祭り)や情報の提供があり、参加している。毎年、福寿会による事業所でのお茶会を利用者は楽しみにしている。散歩時に近隣の庭の花木の見学や、近所の方が事業所に花を持って来られるなど交流している。		
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	地域で行われる認知症カフェに参加し、介護家族の相談に乗っている。併設のデイサービス利用の家族からの相談対応をして、グループホームのサービスの案内をしている。			
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カ月に1度の開催で、地域包括支援センター、民生委員、入居者ご家族、地域の方の参加を得て、運営状況についてのご意見を頂いている。	運営推進会議は奇数月の月末に開催し、地域包括支援センターの担当者、地域の方(民生委員、福寿会)、家族代表の参加にて事業所の状況報告や意見の交換を行っている。家族には毎月の請求書に運営推進会議の議事録や意見、要望を書く欄を設け同封し、有無に関わらず返信できる体制にある。意見に対して話し合いや対応、検討に繋げている。		
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	営業所内で発生した事故等の報告を迅速に行っている。運営について不明な点があれば、介護保険課へ問い合わせをして、指導をいただいている。 2ヶ月に1度、介護相談員の訪問を受け入れている。	市の保険課には常時、事故報告や問い合わせ等連絡を行い連携を図っている。地域包括支援センターによる地域の認知症カフェの参加や研修等に参加している。介護相談員の訪問を継続している。		
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	身体拘束廃止推進委員会の開催を、3ヶ月に1度行い、会議録を職員に回覧して周知している。物理的、薬、言葉などによる抑制だけでなく、十分なアセスメントを行わないまま「できない」と決めつけ、「できること」を封じ込めてしまう決めつけによる行動の制限も抑制にあたることを考慮して、ケアの充実を心がけている。	事業所の身体拘束廃止推進委員会は3か月毎に開催され、回覧にて職員と共有し、また、法人の年間計画のリモート研修に組み込まれている。年2回、虐待防止チェックリスト(スタッフ用、管理者用)を使い、ケアの振り返りを行っている。ストレスチェックを行い、職員の心身状態を把握し、身体拘束をしないケアの実践に努めている。		

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
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	夜勤従事者には、アンガーマネジメント研修、虐待防止チェックリストを実施し、管理者との面談を行っている。全職員、高齢者虐待防止の研修を受講し、研修記録の提出、管理者による確認を行っている。クラウドカメラの設置により、リアルタイムでフロアの様子が確認できるようになっている。		
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	成年後見制度を利用している方がおられ、制度の理解に努めている。外部研修で学ぶ機会があれば、受講できるよう、勤務の調整を図っている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約書・重要事項説明書・重度化した場合の対応に係る指針等の書類を事前にお渡しし、内容を確認して頂き、不明な点があれば契約時に説明し、同意を頂いている。改定には、変更内容を説明し、変更合意書をいただいている。		
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	毎月の請求書送付時に、ホームのお便りを同封している。その際、返信用の封筒を同封し、ご家族からのご意見・ご要望を頂いている。玄関にご意見箱を設置している。面会時には、日頃の様子をお伝えし、ご意見やご要望を伺うようにしている。	家族より返信された意見、要望は運営推進会議で検討し、「ふれあい便り」に掲載している。面会時にも声掛けを行い意見を聞けるように配慮し、対応している。また、意見等は職員がいつでも確認でき、共有している。	
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	職員との面談を行い、意見や提案、また相談を受けている。日常的に話を聞き、内容により、上長へ報告し、協議・調整をしている。	年2回、法人マネージャーや管理者と面談の機会がある。また、日常やミーティング時に職員、管理者と話しやすい環境にあり、相談や要望については申し送りシートに記入し、共有や把握ができるようにしている。物品購入や修繕、勤務体制等、改善に取り組んでいる。	
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	日頃から、可能な限り、勤務をする上での家族・家庭環境、心身の状況の確認を行うようにしている。翌月の勤務作成時の休みの希望を反映し、仕事と家庭の両立に、配慮するようにしている。給与は、定期的に昇給がある。キャリアパス制度があり、個々の価値観や経験に応じたキャリア形成が可能となっている。		
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	法人全体で年間の研修計画があり、毎月Eラーニングで受講している。個々のキャリアにより、階層別の研修を受講し、他者育成やマネジメントを学ぶ機会を設けている。		

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
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	グループホーム連絡協議会の研修に参加し、同業者同士の悩みなど情報交換し、運営やサービスの向上に取り組んでいる。		
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	本人から言葉で伺うことが難しい場合が多いため、センター方式書式の「B-3暮らしの情報(私の暮らし方シート)」をご家族に記入していただき、声掛けや話題の参考にしている。		
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	家庭での介護の状況を伺い、これまでの介護経験を労うようにしている。入居の待機申込みでは、現状の困りごとを傾聴し、入居による家族負担の軽減の説明をしている。入居に際しての質問に、具体的な例を交えて、わかりやすく説明するよう、心がけている。		
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	入居時に利用しているサービス事業所の担当者から情報を得たり、家族から、家庭で行っていたケアについて詳しく聞くように努めている。		
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	本人の意欲により、下膳、食器洗い、洗濯物たため、掃き掃除などの家事は、職員と一緒にしている。本人自身から、生活歴、家族構成、趣味嗜好を雑談の中から聞き出し、望む生活の本意が引き出せるよう努めている。		
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	入居後も、日頃の様子や状態の変化を報告している。月ごとに送る書類に、日頃のご様子を映した写真を同封している。本人の意向が伺えた時には、嗜好品などの差し入れや、物品を伝えて、持参してもらうこともある。		
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	ホームの近所に、本人の友人の家や勤めていた会社があり、散歩がてら立ち寄ることがある。声を掛けて居室に招いてお茶を飲んで頂くこともある。家族が連絡用の携帯電話を用意され、掛かってきた電話を取り次いでいる。面会は制限なく行っている。	家族等の面会は居室にて行っている。散歩時の顔見知りとの挨拶や、季節により田畑を見たい様子がある利用者には自宅近くまでドライブに出かけたり、家族と外出ができるよう配慮している。家族より預かった携帯電話の管理や電話の取次ぎ、日常や行事の個別写真を請求書に同封して、様子を伝え関係の継続に努めている。	

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	相性を考慮し、席の配置を決めている。些細なことから衝突や口論になることがあるが、お互いの話を聞いて、仲を取り持っている。洗濯物たたみなどの家事を行うことで、お互い声を掛け、助け合っている様子が見られる。		
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	医療的な処置が必要になり、退居された場合でも、その後の様子をお伺いして、必要な書類や手続きが有れば応じている。		
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	本人の思いや意向が聞くことができない場合でも、些細なつぶやきや表情から思いを汲み取るように努めている。本意を言葉で表現できなくても、興味や関心が何かを日頃の様子から観察し、推測するようにしている。	日頃の利用者の仕草、表情の変化や二択質問で思いのくみ取りや確認を行い、ケアカンファレンスにて意見を集約しモニタリングを行っている。毎日の申し送り用紙に「にこりほっと」(利用者の思いや職員の気づいたこと)を記入する欄があり、職員は共有している。	
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	普段の生活の中で大切にされてきたことや、こだわりの強い部分など、本人・ご家族から聞ける範囲で伺っている。入居後も、確認したい事項があれば、生活の背景や経過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	本人のできる事だけでなく、潜在的な部分はどうか、と考えながら関わりを持つようにしている。個々の過ごし方、やりたいことは、日によっても違うので、その日の状態により、自由に好きなところで過ごしていただいている。		
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	日々状態変化は、毎日の申し送り表に記載して、共有している。また3か月ごとのモニタリングで評価して、意見を集約してプランに反映している。健康状態に関することは、主治医・訪問看護と連携している。	3か月毎のカンファレンスで職員の意見やモニタリング、評価を行っている。1年毎の更新時には事前に利用者に聞き取りを行い、家族には来訪時や電話で希望、意向を確認している。また、主治医と訪問看護師に状態や意見を確認、課題を検討し、新プランや介護計画書の作成を行っている。	
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	食事・水分摂取量、排泄の状況、ケアの実施状況は、タブレットに入力し、事故、ヒヤリハット、特別な変化があれば申し送りを作成して、タブレットの内容を確認することで、情報共有している。モニタリング・カンファレンスにて、状態変化を個別計画に反映させている。		

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
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	入居者本人の要望に応えるために、通販サイトでの物品購入を行っている。ご家族に確認をして、パソコンで物品の確認をして、本人の好み・要望に応えている。		
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	移動販売車にて買い物支援を行っている。歩いて行ける距離にコンビニがあり、一緒に歩いて買い物に行っている。		
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	入居前に、日常的な健康管理の必要性を説明し、納得いただいて、事業所のかかりつけ医に変更して頂いた方には、月に2回の往診で、主治医と連携している。体調変化により、受診指示があれば、受診対応をしている。	入居時にかかりつけ医の選択について説明を行い、協力医の訪問診療に移行されている。月2回の訪問診療と週1回の訪問看護で利用者の健康管理や状態変化の対応、指示等、連携を図っている。他科受診については家族に協力をお願いし、緊急時の受診には職員が対応している。歯科については、訪問医を検討している。	
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	訪問看護ステーションと24時間連携し、体調の変化、転倒などの事故の報告・指示を受けている。急変時は、訪問を依頼し、救急対応の判断を受けている。入院から、退院した方の療養指導を受けている。		
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。	入院後、早期にサマリーを提出し、地域連携室や、ソーシャルワーカーに連携をとり、治療の状況、退院の目処を確認している。退院後の生活について、ホームには看護サマリー、主治医宛てに診療情報提供を受け取り、訪問看護にも情報を共有している。		
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	入居の契約時に、重度化した場合の対応にかかわる指針について説明し、その時点での看取りに対する気持ちを伺っている。入居後は、計画書の変更毎に、看取りに対する気持ちを、確認している。主治医・訪問看護と連携し、グループホームで介護職ができる事を説明し、同意を得て看取り介護を行っている。	入居時から看取りについて説明を行い、毎年、「事前意思確認書」に同意をもらっている。終末期には主治医や訪問看護師との連携や事業所の対応について説明し、家族と共に看取りを行っている。また、職員は看取りについての研修や看取り後の感想を聞く機会を設け、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	職場内研修を定期的に実施し、緊急時対応のフローを共有している。いざという時に慌てずに、対応ができるよう、各自シミュレーションをして、理解を深めるようにしている。 AEDを設置しており、消防署主催の講習会に参加して、確実に操作できるようにしている。		

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
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、火災の避難訓練を実施している。夜勤帯・日勤帯発生想定で、全職員が、初期消火・通報・避難の一連の行動ができるよう、訓練を行っている。 水害時には、2階へ避難する必要があることを、ご家族へ説明している。	年2回、事業所全体で、火災訓練や避難訓練を消防署立ち合いの指導で実施している。河川が近くにあることから、ハザードマップでは避難地域になっており、近隣の介護施設への避難協定を行っている。しかし、移動に困難もあり、事業所2階への垂直移動の避難を検討している。	BCP(業務継続計画)を基に自然災害においてマニュアルや手順の見直しを行い、備蓄品や備品、保管場所等についても再確認し、実効性のある災害対策に期待したい。
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	スピーチロックの置き換え言葉集をトイレなどに掲示し、日頃から言葉かけを意識するようにしている。 接遇に関しての研修を動画研修で行っている。 排泄に関しての声掛けにも、配慮している。	法人の年間計画により、eラーニングで研修を行っている。日常において排泄に関する会話や言葉使いについて、また、入浴時の扉の施錠(他者が開放する)について話し合う等、プライバシーの確保に配慮している。	
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	小さなことでも、本人が選択できる環境作りに努めている。飲み物の種類、日中の過ごし方、洋服の選択など、自己決定を尊重するようにしている。		
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	ご自分のタイムスケジュール・日課・ルーティンが有る方は、それぞれ個々に尊重している。計算プリント・脳トレ・塗り絵など、本人の希望を伺い、提供している。		
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	スキンケアの習慣、眉書きなどその方のこれまでの習慣・こだわりを継続できるように支援している。 訪問理容にて、カラーやパーマの希望も、本人の要望に添えるよう支援している。		
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	毎日の献立を表示し、食事の前に入居者に読み上げてもらっている。嚥下能力により、食形態がムース食の方でも食べられるお好み焼きを企画すると、普段介助の方が自力で食べられた。食事の楽しみを感じて頂けるよう、季節や行事の献立の企画を工夫している。	業者の献立により湯煎にて主菜、副菜を提供している。また、利用者の希望を聞き、海鮮の日、行事食の発注や食材を使い弁当詰めにする等、メニューを変更し食を楽しむ工夫をしている。近隣の店への外食やコーヒー店に出かけることも楽しみにされている。利用者は盛り付けや茶碗、テーブル拭き等出来ることを手伝っている。	
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	法人のミール課によるタンパク質強化の献立を取り入れている。口腔環境の変化、嚥下状態の低下により、食形態も変化するが、ムース食、ミキサー食、お粥、水分補給ゼリーなど柔軟に対応している。体重測定を行い、体重の増減を主治医に報告し、栄養補助飲料の処方依頼している。		

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
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	誤嚥性肺炎予防のためにも、口腔ケアは、個々の状態に合わせて、歯磨き、洗口液でのうがい、口腔ケア用ティッシュ・スポンジでの拭き取りなど、できる方には自分で、できない方には介助を行っている。		
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	排泄チェック表で、個々の排泄パターンを把握し、トイレへの声かけを行っている。 表情・行動で尿意・便意を汲み取り、排泄支援を行っている。	自立している方もいるが、排泄パターンを把握し、声掛けや見守り介助にてトイレでの排泄支援を行っている。夜間はポータブルトイレ使用の方もいるが、自立でトイレでの排泄ができるよう支援している。排便については、水分摂取量や歩行、腹部マッサージ等を行い自然排便ができるよう努めている。	
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	便秘傾向の方に、起床時に白湯や牛乳を提供し、腸の動きを良くするよう働きかけている。 スムーズな排便が出来ない方には、歩行、お腹のマッサージ、排便姿勢のアドバイス、洗浄便座の洗浄水での刺激など、薬だけに頼らずに、職員が出来る働きかけを実践している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴日と時間は決まっているが、職員と1対1で入浴していただき、全身の観察を行い、会話や歌を歌って、入浴時間を楽しんでいただくよう図っている。入浴剤を使用し、香りや色を楽しみ、スキンケアの保湿剤塗布を行っている。	浴室は個浴で週2回の入浴日を設けている。浴槽の跨ぎが安全にできるよう工夫し、困難な場合はシャワー浴か清拭で対応している。利用者は職員と会話や歌を歌ったり、入浴剤や持参のシャンプー、ボディソープを使用したりして入浴を楽しまれている。	入浴日は週2回と定められているが、利用者の気分や体調、要望の変化にも柔軟に対応できる体制づくりをさらに進められることを期待したい。
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	安眠していただけるよう、就寝前に室温調整をしている。睡眠の状態は、夜勤者から日勤者に申し送られ、不眠だった方には、朝食後休んでいただいている。 季節ごとに寝具を入替え、快適に眠れるように、ご家族にも協力していただいている。		
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	往診時に薬剤師が同行し、薬に関する管理指導を受けている。錠剤が飲みこみにくくなった方には、散薬への変更や、乳鉢で砕いて提供するようにしている。薬の情報は、緊急時の持ち出しファイルに保管し、職員が確認できるようにしている。誤薬のないように、ダブルチェックにて服薬介助を行っている。		
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	個々の生活歴から、得意とすることを把握し、本人の負担にならない程度に生活の中で役割を持ち、家事手伝いや、塗り絵、脳トレ、書道、縫物などの取り組みを支援している。		

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
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	穏やかな気候の時期には、ホームの周辺の散歩を行っている。 外気浴・日光浴を兼ねて、パラソルを立てて、青空カフェを開催し、外でお茶とお菓子を食べる機会を設けている。 ご家族による外出は制限していない。	近隣の散歩や駐車場での青空カフェ等天候に合わせ、日光浴や気分転換を図り、また、四季の花見ドライブや公園に出かけ季節を感じられるようにしている。家族との外出時には利用者の状態や注意点を助言し、安全に外出できるように支援している。	
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	お金を所持していないと不安な方には、ご家族と話し合い、少額のお金を自己管理において、所持していただいている。		
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	友人から贈り物や手紙が届いた時には、まずお礼の電話を掛ける支援を行っている。レターセットと切手を用意して、手紙を書いていただき、一緒に投函しに行く。 文通が継続するよう、声掛けをしている。 家族や親戚からの電話を取り次いでいる。家に電話を掛けて欲しい、と言われた時には、時間を考慮して、対応している。		
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	共用スペースは、キッチンから様子が見渡せ、入居者の動きが把握できるようになっている。 行事には、両ユニットの入居者が集合して、イベントを楽しんだり、全員で会食をすることもある。 動線に配慮し、フレキシブルにテーブルの配置を変えることができる。東側の窓からは、立山連峰、朝日が望め、明るく静かに過ごせる空間となっている。	東側の長窓からの採光と景色の眺めがよく、また、テーブルの配置や座席は利用者の相性などを考慮し自由に移動できるようにし、日中は共用スペースでゆったりと過ごせるように配慮している。居室までの廊下にソファを置き、くつろげるよう工夫している。	
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	入居者同士よりも、職員との会話を望んでいる方には、キッチンカウンターに向かい、座って頂く座席配置にしている。人形のお世話をするために、自席から離れた場所で過ごしていただいたり、気の合う方とソファに座って談笑できるよう、本人の気分に沿って対応している。		
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	個人の居室には、自宅で使っていた家具を配置されている方もおられる。ご家族の遺影に水を供えて手を合わせておられる。アルバムや家族写真を飾ったり、ぬいぐるみと一緒に寝ておられる方もあり、安心できる空間になる様、ご家族に協力していただいている。	居室はクローゼットとベッドが設置され、自宅で使い慣れた家具などが置かれている。洋服や整理棚はクローゼットに置き整理整頓され、動線の確保を工夫している。窓のカーテンや寝具は季節に合わせて自宅から準備し、また、趣味の作品や写真を飾り、家族に協力してもらい安心して過ごせるよう工夫している。掃除は職員と一緒にいき清潔を保持している。	

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
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	居室前には、名前の表札を掲示している。 トイレには、わかりやすいよう、文字とイラストの掲示を貼っている。廊下には手すりが設置され、動線を確保して、安全に移動ができるよう、配慮している。		

2 目標達成計画

事業所名 ツクイ富山萩原グループホーム

作成日: 令和 7 年 9 月 24 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	35	自然災害時の備蓄品・備品の点検整備が行えていない。備蓄食品・水の賞味期限が近いものがある。	いつ起こるかかわからない自然災害に備え、保管場所の整備、備蓄品の入替え補充を行う。	水・備蓄食品の賞味期限を確認し、必要量を発注・確保する。賞味期限が切れないように、定期的に災害を想定した食事を提供する日を設定し、ローリングストックを行う。	2ヶ月
2	40	食を楽しむことの支援として、決まった献立中心の提供になっている。入居者が、準備や調理、後片付けに関わる機会が少なくなっている。	食べたいものが食べられる、食の要望を献立に取り入れる。ラーメン、佃煮、オムライスなど具体的なリクエストを叶える食事の日を設定し、食と生活の満足感を高める。	食のリクエストカードを作り、食べたいものを書いていただく。 月に2回、リクエスト献立の日を設定する。 ご家族に、本人が好きだったものを伺う。 食の準備段階から、できる場面の作業と一緒に 行い、食事作りに参加をしていただく。	3ヶ月
3	23	一人ひとりの思いや意向を、積極的にくみ取ろうとする姿勢が薄い。	入居者の日頃の何気ないつぶやきや、言葉に耳を傾け、「にこりほっと」に記入して、職員間で共有する。 計画書の作成時には、本人の思い、意向を反映させ、課題解決だけでなく、したいことができる生活の実現を支援する。	にこりほっと報告カードを作り、記入して専用のファイルに綴じていく。対象の入居者、報告をあげる職員が偏らないようにする。 ケアカンファレンス、計画書作成時に意向抽出の参考にし、計画書に盛り込む。	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。

3 サービス評価の実施と活用状況

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た
		○	③市区町村へ評価結果を提出し、現場の状況を話した
			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()