

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	1670400082		
法人名	社会福祉法人 新川老人福祉会		
事業所名	グループホーム しんきろうハウス		
所在地	富山県魚津市東町12-1		
自己評価作成日	令和6年9月20日	評価結果市町村受理日	令和6年12月20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.kaiqokensaku.mhlw.go.jp/16/index.php?action_kouhyou_detail_022_kihon=true&JigyosyoCd=1670400082-00&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6年11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)】

・フロアを中心にして居室が並んでいるため、居室にいても常に人の声が聞こえ、家庭的な雰囲気がある。自分の休みたいときに休まれる雰囲気がある。また、職員目線だとらえると、トイレが共同の為、個々の排泄タイミングでの排尿、排便など確認が出来、適切な排泄介助での清潔保持、排泄コントロールの支援が可能である。

・季節に応じた外出行事や余暇活動を行い、季節を意識した活動を行っている。

・家族と電話やメールなどを頻繁に行い、入居者の状況をお伝えしたり、来所を依頼している。こづかい預かりを行い、個別外出支援を行っている。

・法人内の研修や、委員会などを通してサービスの質の向上を行ったり、情報交換を行っている。

・運営推進委員会を定期的に行い、施設の相談やアドバイスを受けている。

【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)】

・共有スペースが整理整頓され、明るく狭さを感じさせない空間になっている。

・展示物や掲示物も工夫がされ、「私の推し」をまとめた個々の掲示物は、利用者の好みが主張され、今どきの時流にも沿っている。

・食事は外部業者を利用しているが、素材の味付け、盛り付けなど丁寧に提供されている。

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	法人の理念も理解しながら、職員が見えるところにしんきろうハウスの理念を掲げ、意識した入居者との関わりを行っている。認知症の進行を予防したり、戸惑いなどを起こさないような穏やかな生活を送ることができるように一人ひとりに合った言葉遣いや、ペースなどに気を付けている。	法人理念「笑顔でいれば優しい気持ちになってくる」を玄関に掲示し、事業所理念「1、できることができるように温かく見守りましょう。2、落ち着いた口調を心がけましょう。」は共有スペースに掲示している。	事業所理念は管理者の理想を文字化したものであり、職員全体で話し合いを検討したものではない。事業所として相応しいケアを支援するためにも、職員全員で話し合い、状況によって更新する等、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	回覧板の内容を確認し、入居者が参加できる行事などを選んで参加計画を行っている。地区の七夕祭りを計画していたが、県内のコロナ拡大ニュースをみて参加を断念した。市内のマラソンでは横断幕を入居者と製作し、沿道の住人らと一緒に応援参加した。屋外行事には家族に協力を求め、付き添いをうけた。他、個々のかかりつけ医を持ってもらい往診を受けている。菜園で採れた野菜を近所に配り、顔なじみを意識した。	自治会、町内会に所属しており、回覧板等で地域の情報を把握している。事業所の菜園で収穫した夏野菜は両隣の民家にお裾分けしている。市内のマラソン大会には横断幕を利用者と作成し、沿道に立ち応援した。紙芝居や踊り(鈴の会)のボランティアの訪問がある。	
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	入所申し込みなどの際は話を傾聴し、空きがない場合は他の施設紹介など行っている。消防訓練の際は地域へ練習の案内を行うとともに、災害時の協力依頼を行っている。買い物や配達注文の際は地域の店を利用するなどして、つながりを意識している。		
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	定期的に運営推進委員会を行い、日々の施設の取り組みや悩みごとを相談し助言を受けている。困ったことがあれば推進委員のネットワークを生かして施設運営にボランティア協力など受けている。話し合いの内容をまとめて、利用者家族へ報告を行っている。	運営推進会議は地区の会長、副会長、市介護保険課、家族会代表が参加、事業所の状況や利用者の様子、課題や要望等を相談し助言を得ている。議事録は参加者、家族全員に持参・郵送している。職員は議事録の内容を共有し、ケアに活かしている。	
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取り組んでいる	運営推進委員に行政として携わって頂き、市内の他グループホームの活動状況など教えて頂き、しんきろうの新たな活動努力に繋げている。また、日頃から分からないことがあれば電話相談などして指導を受けている。	利用者について相談・助言を求めた事項は個別のカルテに記載している。行政担当者も管理者も4月からの着任のため、今後関係性を深めていく予定である。介護支援相談員の訪問はない。	
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	毎月のケース会議で利用者の進捗状況を職員で共有し、改善支援を検討している。同時に定期的に身体拘束となることが起きていないか確認したり、研修を行い、正しい知識を持つように実施している。入居者にはストレスが溜まらないように集団や、個別で外出の支援を行っている。	本人の状況と身体拘束防止への対応について職員間で話し合っている。虐待防止委員会、身体拘束適正化委員会を設けており、話し合った内容は職員全体で共有している。「高齢者虐待防止に向けた施設従事者のための自己チェックリスト」を各自が記入、回答、説明の流れで実施している。	

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
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	定期的な虐待研修を行い、職員一人ひとりがケアを振り返り丁寧なサービスが提供できるように努めている。特にスピーチロックなど言葉の虐待には注意してケアを行っている。		
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	制度の研修については機会があれば参加したいと思っているが、なかなか機会が持てていない。		
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	入退所の際は入居者家族にゆとりがある時間に来所を求め、意向を伺うようにしている。家族の意向を踏まえ、入退所日を決めている。		
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	運営推進委員会では家族会代表に参加をして頂いたり、また議題の内容を家族全員に文章で報告を行っている。施設来所時には玄関先ではなく中に入って頂き、入居者との面会を勧め、近況など報告したり、施設に対する要望など確認している。	家族会があり、代表者は2年ごとの交替制である。運営推進会議の議事録は家族全員に郵送しているが、それについて意見や感想は特にならない。親族と利用者の外出については親族間の関係性に配慮し、居室で面会など対応している。	
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	定例会議を通してサービスの提供の仕方や、運営上の疑問などあれば話し合っている。毎月自己チェック表を記載、提出してもらい状況把握を行っている。	法人仕様の「自己チェックリスト」を毎月記入、回収している。スタッフ用と管理者用があり、それぞれの立場での気づきを促している。法人がテーマを設け、それについて各事業所が話し合い、アイデアを出し、役員会で優秀なものを選出する仕組みがあり、ケアに活かされている。	
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	職員間で一人ひとりの健康状況を把握し負担がないように勤務表を作成したり、シフト交換など助け合っている。		
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	法人内研修への参加、法人内の委員会報告や宿題などに取り組み、ケア実践への学びを行っている。		

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
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	運営に悩んだ際は、法人内のグループホーム管理者に相談したり、居宅介護事業所ケアマネに聞くなどし、課題改善を行っている。また、他の管理者と交流を持つなどして振り返りや改善方法を考え、サービスに取り組んでいる。		
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	本人の話を傾聴し、入居間もない際の不安を伺いながら、他入居者との共同生活に繋げている。また、家族には来所や電話などで入所されても寄り添う支援を依頼している。		
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	家族の生活も意識しながらアセスメントを行い、本人の支援に継続的に携わってもらえるように説明し、来所を依頼している。		
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	サービス計画を行う際は話し合いの中で、施設ができる支援、家族しかできない支援など入所しても支援は継続することを意識して協力して頂きたいことを話し合っている。		
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	常に能力向上支援を意識しながら、本人が役に立てる・参加できるという前向きさを持ちながら生活できるように家事参加をして頂いている。他者とレクリエーションや会話を通して良い仲間の一員であるという気持ちを持つように仲介する。		
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	施設便りには本人の生活の様子を伝えたり、来訪時は居室に入って頂き交流を促している。また、外出行事には家族へ連絡し可能であれば協力を求めている。		
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	個別に買い物外出やドライブなどを行い、戸外外出でリフレッシュできるように支援している。また頻繁にはできないが、ごみ出しの際は一緒に出すなど、近辺の散策などを行い、気晴らしの一つにしている。	利用者の介護度は落ち着いており、穏やかな方が多い。食事の準備等のできることに協力してもらったり、回覧板を届けたり、日常的な作業を対応してもらっている。	

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
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	グループ活動やレクリエーションで連帯感を感じる活動の提供を行っている。食事やおやつなどの時間などは一緒にそろって食べることを意識している。		
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	退所の際は出来るだけ家族のタイミングに合わせて退所手続きを行っている。		
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	本人が繰り返し言われる希望や訴えを家族へ伝え、交流の機会を依頼している。困難な際はリフレッシュできる代替え支援を行い、気持ちの切り替えができるように努めている。	入居時に本人や家族から生活歴や経歴などを聴取して一人ひとりの記録シートにまとめ、職員間で共有している。日常生活では「はい」「いいえ」で応えられるような声かけを行い、本人の思いに寄り添った支援に努めている。行事等での利用者の発言は積極的にメモをとり、家族へのお便りに反映している。	
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	昔話を語り合いながら、一人ひとりの思いやこだわりなどを傾聴し、本人が満足できることを把握するように心がけている。		
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	24時間シートを作成し一人ひとりの行動やタイミングを理解するようにしている。		
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	毎月のケース会議で一人ひとりの生活課題やサービスの修正などを統一してサービス提供を行っている。その上で、関係家族やかかりつけ医、新たなサービス関係者へ連絡し、連携を図っている。	毎月カンファレンスを行いケアマネジャー、職員で話し合っている。6か月毎にサービス担当者会議を行い、担当医の意見は事前に聞き取り、本人、家族、ケアマネジャー、職員で意見を出し合って介護計画を作成している。	
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	上記同様に、行う。また受診などの際は家族に確認してきてほしいことなどは予め家族へ事前連絡をするなどしてサービス連携に努めるようにしている。		

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
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	カンファレスに家族から施設への要望を確認したり、アンケートを行いニーズの把握を行っている。ボランティアの受け入れなども行い、マンネリ化しない日常を意識している。		
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	運営推進委員に相談しボランティアの紹介や、協力などを依頼している。地域行事で参加できそうな活動には前向きに参加を進めたいと思っている。		
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、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	受診先は個々に任せている。家族から要望があれば往診可能な医療機関の情報提供を行っている。受診の際には必要性があれば入居者の状態を文章にするなどして家族へ渡したり、施設から医師へ情報提供を行うなど連携している。	かかりつけ医に家族と受診しているが、緊急時は職員が付き添っている。医師に状況報告書や連絡をするなど対応に努めている。月1回、希望があれば協力医の往診を受けられるように支援している。	
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	施設には看護師はいないため、直接家族に状況を伝えて受診してもらったり、ハウスから情報を提供するなどして指示を受けている。		
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。	緊急時は情報提供がスムーズにできるように入居者のアセスメント情報を更新し、持ち出し書類としている。入院の際は連携室に情報提供を行ったり、入院中の状態把握を行い、退院に向けたアセスメントを行い家族と話し合っている。		
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	日頃の入居者の状態を家族に伝え、レベルの変化などを理解して頂いている。要介護認定の更新で要介護3となれば、これから先の施設の入所申し込みなどを依頼している。 看取りケアは看護師などの専門職などがないことから検討課題として留まっている。	入居時に看取りを行っていないことを家族に説明している。医療が必要になれば病院や他の施設、法人の施設を紹介している。看取りの仕組みや体制については全職員で話し合い、今後の対応に努めていく予定である。	看取りについては、医師や代表者に相談しながら検討していくことが望ましい。
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	家族へは救急時の対応協力(昼夜問わず)や事故などの際は連絡をさせて頂くことがあるという説明を行い、了解を得ている。急変時や事故の際の連絡手順などは職員間で確認している。緊急時の連絡先や、救急搬送病院などは個別ファイルに記載している。		

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	避難訓練を通して避難手順を意識している。台風や大雨予報を意識している。災害用の食料品の在庫や賞味期限の確認を行い備蓄の把握に努めている。	年2回、地震を想定した火災訓練を行っている。水害はハザードマップで確認している。年1回、救命救急法の研修会を行っている。BCPの作成、見直しができています。備蓄品、ヘルメット等があり、災害時に備えている。	全職員で水害時の避難方法について話し合い、訓練を行うことが望ましい。また、必要な備蓄品の見直しや地域の協力体制を築いていくことに期待したい。
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	会話は相手を尊重しながら混乱されないようにペースを併せて会話を心掛けている。居室の入室は声掛けやノックを行い入室している。	利用者本位の「どうですか？しませんか？」という声かけをすることで、利用者一人ひとりの尊重した会話ができています。常に利用者のプライバシーを損ねないように努めている。	一部のトイレにはカーテン仕切りがあり、複数で利用している。利用者目線からするとプライバシーの配慮が十分ではない。利用者へのプライバシー的な配慮をすることが望ましい。
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	できる限り物事に対する決断は入居者にどうされたいか促しを行っている。声掛けの際に、参加されるかどうか伺い、嫌な時は無理強いせず過ごしてもらっている。		
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	余暇の過ごし方は選択肢を持ってできる限り参加を勧めている。不参加が続く、寝てばかりになる場合は、(昼夜逆転などないように)繰り返しの言葉掛けで、フロアに出てきてもらい過ごしてもらうように勧めることはある。		
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	入浴の準備の際は、本人と一緒に何を着るか、衣類の選択をしてもらっている。定期的な散髪など家族に予定を確認したり、ハウスで訪問を依頼したりし身だしなみ支援を行っている。		
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	食事の盛り付け、お盆拭き、テーブル拭きなど依頼し、担当して頂いている。自分の下膳は基本的には各自でして頂くなどし、自立支援を行っている。	食事の献立、食材は業者に頼んでいる。職員が調理を行い、盛り付けなどは利用者と一緒にしている。食事の際、BGMを流すことで雰囲気づくりに気を配っている。畑で採れた野菜で漬物やサンドイッチ作りを楽しんでいる。	
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	食事、食間、入浴後など定期的な水分提供を行っている。水分補給が進まない入居者には飲んで頂きやすいドリンクに変更したり、家族に嗜好を伺い準備したりしてもらっている。食事メニューもバラエティーに富むものを選択し、提供するなど配慮している。		

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	一人ひとり食後の口腔ケアを見守りし、口腔手順の声掛けをするなどして自立を支援している。入れ歯は就寝前に預かったり、洗浄剤を使用するなど清潔保持に努めている。必要に応じて歯科受診を依頼するなどし、食への支障がないようにサポートしている。		
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	失禁を減らすために定期的な声掛けを行いトイレ誘導の声掛けをしている。トイレの都度パッド内の汚れを確認している。排便は特に間隔を確認し、必要に応じて医師への相談など対応を行っている。昼夜の排泄用品の変更なども対応している。	一人ひとり排泄管理を行っている。個別に声をかけをし、トイレ誘導を行っている。夜間も自立支援に向けて個別に声をかけをし、対応に努めている。トイレに入るときは一言声をかけて入るようにしている。	
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	こまめな水分摂取の提供、声掛けを行い、飲まれない入居者には別対応などし、必要性を話しながら勤めている。また、必ず体操を行い身体動作を計画し実施している。		
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ず、個々にそった支援をしている	基本的には週2回、午前中の中の入浴計画で提供している。少人数の為、一人ひとりのペースに併せて対応している。毎日の衣類の交換は本人に任せているため、毎日の洗濯は可能である。	入浴の回数、時間帯が決まっているが、希望があればいつでも入浴することができる。利用者は2人で入浴し、昔話などの会話を楽しんでいる。着脱は職員が見守りながら一人ひとり対応している。	
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	季節に応じ、室温を調整し、良眠の促しを行っている。季節の寝具の交換は家族へ依頼し、清潔で季節に応じた寝具を提供している。主に日中はフロアで過ごされることが多い為、昼の午睡を推奨し身体の休息をとって頂いている。		
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	服薬処方箋はファイルし、情報共有してる。薬は施設で預かり、食事の都度手渡しし、飲み込みまで確認している。排便については医師と相談して、排便状況、コンディションを把握しながら微調整を行っている。		
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	一人ひとりの趣味や特技を把握し、余暇活動の参加を勧めている。不参加の方へは代替え活動も準備して集中し楽しめる時間を過ごして頂いている。同じフロアで過ごす時間が多い為、その日によって一人ひとりの意向を平等に提供できるように仲介している。		

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	できる限り個別で外出支援を提供し、嗜好品の買い物購入など支援している。外気浴をすることで「すっきりした」と感想を伺っている。また、職員数が充実している時は集団でドライブ外出を行うなどしリフレッシュを勧めている。近所の散策や畑作業など希望者と実施している。	利用者と一緒に畑や花壇、近隣を散歩したり、ドライブ、全員で花見などに出かけている。一人ひとりへの買い物支援に努めている。家族と自宅に帰ったり、喫茶店、美容院、外食、受診に出かけている。	
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	家族から少額のごつかいを預かり、本人と一緒に掛けて日用品や菓子など購入している。その際に本人へ預かり金を確認して頂いている。		
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	家族へは個人携帯の所持も可能なことを説明している。また、電話が来た際はご本人に代わるなどして仲介している。		
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	定期的窓を開けたり、毎日掃除を行い、清潔保持を行っている。掃除参加可能な入居者には一緒に家事を行って頂いている。季節により花の差し入れがあった際は入居者に生けてもらったり各居室に飾って頂くなどし、和んでもらっている。	居間でユーチューブを観て演歌を歌ったり、体操をして過ごしている。利用者の好みで雑誌や新聞の記事を切り抜き、一人ひとり「推し」のポスターを作成し掲示したり、季節ごとに装飾を作成している。ソファで休んだり居心地よく過ごしている。玄関に職員の紹介写真を掲示している。	
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	定期的な席替えをして誰とでも話ができるように配慮している。また、集团的活動時参加を望まれない際は本人の意向に沿い無理強いをしないようにしている。基本的にはフロアで過ごされる方が多い。		
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	季節の衣類や寝具などの交換はご家族にお願いして居室の整理を行っている。本人がなくて不便に感じるものがあれば内容により家族や、職員が買い物支援するなどし、快適に過ごされるように配慮している。個人作品は居室に貼ったり、季節作品は定期的に作成し空間を楽しめるようにしている。	居室で音楽鑑賞や読書をしている。自宅で使用していたレコードプレーヤーでモーツァルト交響曲を聴いて楽しまれたり、テレビを観て過ごしている。食後は居室で休み、居心地よく過ごしている。家族の写真や本人の作品を飾っている。	
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	廊下は広く保ち転倒回避できるように注意している。またトイレなどは表札を飾り戸惑われないようにしている。入居者の生活能力を維持できるように掃除、洗濯干し・たたみ、茶わん洗い、盛り付けなどに参加して頂いている。		

目標達成計画

作成日: 令和 6 年 12 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	5 (4)	2か月に1回運営推進委員会を開催し委員のメンバーとして市介護保険係にも携わってもらっている。しかしながら現状から市内のグループホームの事業運営情報などはないため、なかなか新たな取り組みや改善策に気付かない。	・グループホームの情報や施設運営の現実をよく知る方から良い情報やアドバイスを頂き施設職員として良い取り組みが出来るようにする。 ・入居者にとって良いサービスが提供できるようにする。	・介護保険係を通して介護支援専門員の訪問を依頼する。訪問可能であれば当事業所に対してアドバイスを受ける。 ・可能であれば他施設の良い取り組みなど教えてもらう。	12ヶ月
2	23 (9)	受診以外で余暇に外出交流をされる家族は限られ少ない。入居者の日常生活においてはストレスとなったり、ADLや認知機能の低下招きやすい。コロナ面会制限解放後から活発な社会参加の回復には至っていない。	入居者の個々の希望を聞き取り家族交流の拡大に繋げられるように関わりを行う。	・家族に渡してるつうしんだよりを通して入居者本人の外出交流を依頼する。 ・ケアプラン作成時の会議の際は本人の日頃の思いをまとめて代弁を行う。	6ヶ月
3	1 (1)	入居者と接する中で慣れが生じて言葉遣いが粗くなりやすい。また活動の際に職員ペースの誘導になりやすく、個々の尊厳が欠きやすい。	入居者本位の生活を尊重し続け、個々の能力を低下させず生き生きとした生活が営まれるようにする。	法人の理念を常に掲げながら、事業所の理念は身近で具体的な表現で定期的に変える。入居者だけではなく、職員自身、来訪者へも意識できるような文章にして勤務時目の届くところに掲げる。	6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	<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()