

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	1670102332		
法人名	有限会社セルフケアサポート		
事業所名	グループホーム水橋の家		
所在地	富山市水橋上桜木38番地		
自己評価作成日	令和7年5月30日	評価結果市町村受理日	令和7年8月4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_detail_022_kihon=true&JigyosyoCd=1670102332-00&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6月24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)】

『寄り添う介護その人らしく』をテーマに職員が利用者一人ひとりの思いを受け止め、安心して自分らしく過ごせる場の提供を目指し、毎日を支援しています。一人ひとりの状態や病状の情報を共有し、個々に合ったケアを行えるよう、職員で話し合い、共有している。年1回、ご家族様へ無記名の満足度調査を行い、サービスの向上に努めている。感染対策を講じながら、ご家族や友人との面会や外出する機会を作ったり、利用者の皆様が出来ただけ今までと変わりにくく穏やかな生活を送れるよう、ホーム内での行事を工夫したり、外出する行事も企画したりしている。季節の装飾作りや季節のおやつや料理で季節を感じて頂けるように努めました。
--

【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)】

・定例ミーティングで利用者個々の様子観察をもとに、アセスメントの共有が出来ており、個々のケアプランに反映させている。また、利用者に寄り添う介護をモットーに職員も利用者の要望や意見を聞く機会が多い。その結果、利用者、家族は本人の思いを汲み入れた個性に合う臨機応変な対応がされていると喜んでいる。
・虐待防止やサービスの向上を目的として「虐待の芽チェックシート」を職員の勉強会や研修の場で活用している。穏やかな関わりで利用者の自尊心やプライバシーを守るための声掛け等が見られ、利用者が安心して生活を送る支援に心掛けている。

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	採用時のオリエンテーションで運営理念とケア方針を説明し、定期的にミーティングで確認を行い、共通理解を深めるようにしている。常に目に触れる位置に掲示し意識の統一に心掛けている。	運営理念は、目につく場所に掲示し、意識の統一がされている。事業所独自の業務目標や環境目標について話し合う場を設けているが、明確に内容がわかるような掲示等はしていない。	掲示してある理念は、開設時から変わらない法人全体のものとなっている。事業所独自の理念、目標の掲示方法を検討するなど、職員の意識向上に繋げてほしい。
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	町内の各種行事・会合に参加している。また、運営推進会議では地域代表の方やご家族の参加を通し、ご意見やご要望・アドバイスを頂いている。	水橋地区全体での町内行事は減少している。しかし、地域の方と一緒に事業所からの緊急通報がどこまで聞こえるかの確認や、災害時に向かいの大きな会社に避難出来るようになった事等、地域との繋がりを大切にしている。	
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	地域の相談窓口の一員として地域で行われる各種研修、会合へ参加し、認知症について、認知症の方への関わり方、介護サービスに至るまで、随時相談を受けている。		
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践、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	奇数月の第1日曜日に毎回テーマを設けて会議を開催している。活動内容が伝わりやすいように写真をスライドで紹介している。参加者に意見や要望を伺い、改善が必要とされた事項は、検討を行い実践し報告している。また、研修で得た情報を報告する場ともなっている。	「暮らしを考える会」と称し、日曜日に開催しているため、家族や町内の方の参加率は高まっている。地域包括支援センターの職員も参加し、アドバイスをもらっている。事業所の活動報告と振り返りが主な内容になっている。	活動内容などがわかりやすいように写真をスライドにまとめているが、マンネリ化にならないよう、参加者からの意見を引き出す工夫を期待したい。
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	地域包括支援センターへ諸手続きの依頼や質問をしたり、困難事例のアドバイスを受けていたりしている。市担当課へ疑問点を質問したり、アドバイスや指導を受けたりしている。現在は主に電話での相談対応を行っている。	マイナンバーカード作成やオムツ券の申請方法など、アドバイスをもらい実施している。マニュアルの指針作りの時も地域包括支援センターに相談し意見をもらい作成している。	
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	年間研修計画で必須テーマとし、外部資料の活用、契約書・運営規定での確認、マニュアルの見直し等の内容で勉強会を実施している。社内の介護事故防止対策チームの活動として全職員に啓発活動を行うと共にアクシデント・インシデント事例の検討を行い拘束しない安全対策の工夫を協議し、各施設に持ち帰り活用している。	法人内研修に管理者が参加し、事業所内で共有している。「虐待の芽チェックリスト」を職員に実施することで、振り返りや自己研鑽に活用し、より良いケアが出来るよう努めている。	

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	年間研修計画に取り入れ、虐待防止に対する意識を高め注意を払っている。社内QS（介護事故防止対策）を中心に、年1回職員に虐待の芽チェックシートを実施、結果についても報告を行い、防止に努めている。		
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	通常は社内研修で外部講師を招いた勉強会を行い、職員が学ぶ機会を設けているが、現在は事業所ごとに勉強会を行っている。		
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	事前申し込みの段階や契約時・利用中においても家族の不安や疑問点を傾聴し、口頭で説明、重要事項説明書や記録を用いて説明を行っている。改定の際は文書で郵送したり、面会の際に説明する機会を設けている。		
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	利用者の日々の言葉・仕草などから思いを察するよう努め、要望や不安は常時話し合いを行い、ケアに活かしている。家族には入居時・面会時・プラン更新時のカンファレンスの際に意見や要望お聞き、ミーティングや申し送り時に伝達している。又、年に一度家族に満足度調査を行い、意見や要望など職員で共有し、サービスに反映している。	毎年3月に利用者家族宛に「満足度調査アンケート」を実施し、意見や要望を聞き、ミーティング時に職員間で共有することでケアに生かしている。毎月のお便りの中に個別の便りや写真も送っているため、家族とのコミュニケーションも取れている。	
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	月1回の定例ミーティングや申し送り時・個人面談時に意見・要望を聴くなどし、内容により管理者から代表者へ連絡、又は管理職会議で具体策を検討し改善や実施に繋げている。	管理者と職員は個別で話す機会が多くあり、その中で意見や要望を聞き、働きやすい環境づくりに努めている。また、プライベートの時間も充実してほしいと管理者は考え、休みの取り方など工夫している。	
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	規定シートで年1回、管理者による人事考課を実施し、その情報を参考に年1回の表彰、賞与、昇給に反映、ライセンス取得の際、希望があれば非常勤から正規職員への移行もある。また、会社全体の職場環境作りの取り組みとして、「FISH」哲学による行動規範の掲示や、年度毎に事業所の職場環境目標を職員で話し合って決め、実行・評価を行っている。		

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
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	入社前・後の経験や実際の力量を鑑み、オリエンテーションを通してケア方針や認知症の方への関わり方等を指導している。また、年間研修計画において必修テーマや職員からテーマを募って、職員全体で学べる場を作っている。		
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	グループホーム連絡会や地域の福祉事業所で作る“福祉ネット”の会員となり情報交換や研修会、勉強会に参加し、サービスの質の向上に繋げている。電話での意見交換等を主に行っている。		
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	見学・事前申込時や入居面接時に現在の生活状況や本人の思い・不安・心配を傾聴したり、家族や利用サービスの担当者より情報を収集している。入居前の生活からホームの生活に安心して移ることができるよう、個々にあった関係と環境作りに努めている。		
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	見学・事前申込時や入居面接時に家族の抱える不安や心配・ホームに求めること、生活の意向・要望等を傾聴している。申し込みから入居まで時間を要する時も定期的に連絡を取り、相談がある時はアドバイスをを行っている。		
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、家族の話を傾聴し、入居前のサービス担当者の情報を元に、本人の状況を観察しながら利用者の状態に合ったプランを作成し提供している。		
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	本人、家族や入居前のサービス担当者からの情報提供で、職歴や得意不得意を参考に現在も出来る事を見極め、生活の中に役割等を作り、本人の好きな事や出来ることを継続出来るよう、一緒に行う努力をしている。職員の方も会話を通して教わることも多い。		

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
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	毎月の家族便りや面会時に、ホームでの生活の様子を伝えたり、本人の言葉などから家族が知っている情報を聞く機会などを作っている。また体調不良時の受診時には協力をお願いしている。以前は家族が参加出来る行事を企画していたが、新型コロナウイルスの感染対策のため中止している。ご家族と過ごす時間を持てるよう、感染状況を見ながら面会を受け付けている。		
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	家庭で使用していた馴染みのものや家族写真等を持参して頂いたり、家族や友人との関係が継続出来るように面会・電話での対応を支援している。その他、センター方式を活用し馴染みの習慣やかかりつけ医、美容院を把握し、関係の継続の支援を行っている。定期的な面会や外出などして頂いている。	家族や親戚、知人との交流は面会を通して行っているが、トラブルを避けるため、必ず家族からの了承を得た方に限定している。かかりつけ医や美容院に出かけたとき、家族と一緒に食事をして帰るなど関係性の継続に努めている。	
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	個々の性格や生活層を理解し、気の合う者同士の座席作りを心掛け、一緒に楽しみを共有出来るよう、支援している。職員が会話の中に入ったり、話題を提供し、より良いコミュニケーションが取れるよう環境づくりに努めている。		
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	退居時には、次の生活拠点へ少しでも早く馴染めるように、これまでのケアプランやこれまでの情報の提供を行っている。退居後も本人と面会したり、家族と連絡を取り合い必要に応じて相談に乗れるような関係づくりをしている。		
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	個々の状態に合わせて、これまでの暮らしを基に本人の希望や意向を聞いたり、日常の暮らしや行動・会話から本人の思いを汲み取り、記録している。意思疎通の困難な方は、表情や仕草から感じとったり、家族との面会時に情報を得ている。	入居時に本人や家族の希望、要望をアセスメントシートに記入し6ヵ月毎に見直しをしている。日常生活から本人の思いを聞き取り、申し送り時に職員で話し合っている。困難な場合は表情や仕草、行動で検討している。	
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	センター方式を活用している。入居時、入居後もご家族や入居前のサービス担当者より情報を収集、不足している点は本人や家族より継続して収集し、本人の全体像の把握に努めている。情報は、個人ファイルに保存し、全職員が閲覧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
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	利用者一人ひとりの生活パターンやベースを理解し、日々関わる中で本人が出来ていることに合わせた関わりに努め、プランに生かし習慣的に継続出来るように支援している。		
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	本人や家族の要望や思いを聞き、日常生活からの気づきや発見を含め、担当職員を中心にアセスメント・意見交換を行っている。場合によっては全体ミーティングで課題として話し合うこともあり、全体でマネジメントするよう努めている。心身の変化に伴い、随時プランの変更や追加を行っている。	モニタリング担当者は利用者の日々の様子を観察しミーティングで全職員と話し合っている。医師からは往診時、家族からは面会時に要望や意見を聞いている。担当者会議では、ケアマネジャー、看護師、管理者が意見を出し合って介護計画を作成し、変更があれば見直しを行っている。	
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	利用者の生活の様子や変化を毎日個人記録に記入している(食事量・水分量・バイタル・排泄・服薬の変化等)。精神状態の変化の観察や服薬変更時には、センター方式D-3・D-4シートを活用し状態の把握・全体共有に努めている。プランの変更・見直し等に活用している。		
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	本人や家族の希望や要望は出来る範囲で支援を行い、その時の状態に応じて柔軟に対応している。医療連携体制が整い、利用者が医療を受けながらも生活が維持出来るよう支援している。状況に応じた受診の付き添いや買い物の代行を行っている。		
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	例年は運営推進会議の際に町内代表の方や地域包括支援センターの方々と意見交換や情報提供を行ったり、おむつ券の紹介、地元の保育所の園児との交流や地域行事への参加等をしていしたが、新型コロナウイルスの影響で直接交流することは出来ていない。		
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	入居時に本人・家族の希望を聞き、ホームの協力医、又は入居前のかかりつけ医の継続を選択するなど、適切に医療を受けられるよう支援している。緊急を要する場合も連絡体制がとれており、指示を頂いたり、往診して頂ける体制がある。	かかりつけ医には、家族が付き添いのもと受診している。受診時は家族に状態を伝え結果報告を受けている。月2回の協力医の往診や看護師の24時間体制があり、安心して過ごせるよう支援に努めている。	

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
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	介護職は日々のケアで身体面・精神面(表情・歩行状態・皮膚の状態)において少しの変化でも記録に残し、看護職員に相談している。看護職員は入居者の健康管理・服薬管理をし、状態の変化は協力医・かかりつけ医と連携を取り指示を受けて24時間体制で対応している。		
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。	入院から退院まで定期的に面会に行き、病院担当者や家族と情報交換をしながら状態の把握に努めている。入院により認知症が進行しないよう早期退院に努め、退院後も安心して生活して頂けるような体制をとっている。		
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	申し込みや入居時に『重度化・終末期対応指針』に基づき説明している。重度化に伴い、本人や家族の意向を聞きながら、カンファレンスを重ねて主治医に相談し、職員も入居者の状態に合わせてカンファレンスを繰り返しながら本人・家族の思いを大切に、要望に添えるよう支援を行っている。終末期を迎えるにあたり、職員に研修を行い、理解を深める機会を持っている。	入居時に看取りについて説明をしている。重度化した場合は協力医が家族と話し合い今後の医療的対応を決めている。最近は住み馴れたところで最期を迎えたいという、利用者や家族の要望に応えられるように看取りの体制を築き職員に研修を行っている。	
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	消防署が行う救急救命講習を定期的に受け、心肺蘇生や応急処置の知識向上に努めている。また、ミーティングにおいて事故発生時や緊急時の対応についてマニュアル等を用いながら繰り返し勉強会を行っている。		
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	年間2回の避難訓練と1回の災害訓練を実施し、消防隊員から助言を頂いている。町内の方へは運営推進会議で報告し、協力をお願いしている。また地元企業にも火災時の協力をお願いしている。小学校や企業、町内公民館などの避難場所の確保など協力体制が取れている。町内に向かってシグナルボイス(警報)を設置している。	年2回、消防署の指導のもとで火災訓練を実施している。災害時は近隣の企業との協力体制を築き、その避難場所に家族が迎えに行く仕組みができています。災害時の備蓄品は整っているが、全職員が把握しやすいように一覧表の作成を考えている。	

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	
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	個々の居室で自分らしく自由に過ごして頂けるよう、入口に暖簾を下げ、プライバシーの保護に努めている。また、1対1で思いを傾聴し、安心して頂けるよう声がけ、配慮を行うように努めている。	利用者が困っていないかひとり一人の思いを聞き取り、日常生活の様子を記録し全職員で共有している。	
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	利用者が自由に選択出来るような対応を心掛けている。言葉で意思を表現することが困難な方へも、個々の思いを表情・会話・行動から汲み取ったり、その時の気分や体調を加味し、尊重している。また、選択肢のある言葉掛けに努めている。		
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	個々の意思・生活習慣を大切に本人のペースにあった生活が送ることができるよう、体調や気分の状態に考慮しながら柔軟な対応に努め、日課への参加を目的に声がけている。本人に要望を聞きながら、思いに沿った過ごし方が出来るようにしている。		
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	利用者のスタイルに合わせ、自分で選んでもらったり、持参された洋服から好みを把握し、提供している。気候に合った衣類を選べるよう定期的にタンスの整理も行っている。その他、定期的に美容室の訪問があり、本人の要望に添った対応を心掛けている。毎朝の洗顔の声がけ、介助を行い、鏡の前で一緒に身だしなみを整えるようにしている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	個々の状態に合わせて、調理・盛り付け・お茶入れ・下膳等を職員と共にやっている。食事は日常会話をしながら好みや形状などの把握を行っている。食事が美味しく、楽しい時間となるよう盛り付けを工夫したり配慮している。片付けも個々の状態に合わせて行なっている。季節を感じられる料理やお菓子作りを職員と楽しみながら行っている。	食事の献立と食材は業者に委託し、調理の担当者が中心となり、利用者は出来る範囲で調理や盛り付け、配膳、片付けなどを手伝っている。以前は利用者と一緒に食事をしていたが、現在は利用者と距離を置いて同じ食事を摂っている。特別な日にはテーブルクロスをかけ、お花を飾り、雰囲気づくりを工夫している。	

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	外部から管理栄養士によるカロリー・塩分など栄養面を考えた献立を使用している。又、個々に合わせた量・形態で提供しているほか、好みに合わせて別メニューも提供している。食事形態表を作成し、個々の好み・苦手な物・調理の際の留意点の把握に努めている。食事量や水分量・体調面を個人記録に記入している。		
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に、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、個々の状態に合わせて歯磨き誘導等を行い、義歯の方は磨き残しの介助や自力で困難な方は職員が洗浄している。就寝前には義歯を使用している利用者は、消毒・洗浄を行っている。拒否のある方には本人のタイミングに合わせて声がけを行っている。また、定期的に歯科衛生士の助言を頂いている。		
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	日々の排泄チェック表から個々の排泄パターンの把握に努め、誘導や言葉掛けを行っている。又、重度化している利用者に対しても職員全体で話し合いトイレ誘導する方向で取り組んでいるが、お互いに負担にならないよう職員二人で対応するなど、安全な方法で行うようにしている。	排泄はチェック表を活用し、個別にトイレ誘導を行っている。夜間帯も個別に声かけ誘導を行い、オムツやパットの使用を減らし自立支援に向け取り組んでいる。	
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	利用者の水分量を把握し、不足しないよう個々に合わせて回数を増やしたり、飲み物の好みや種類を工夫している他、ヨーグルトなどの乳製品やオリゴ糖を取り入れている。状態に合わせた体操・散歩等の促しや排便時の姿勢の工夫・腹部マッサージなども行っている。		
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	個々の入浴設定日はあるが、本人の希望や体調に応じて変更している。拒否がある場合には、本人の思いを傾聴しながら無理強いせず、時間をおいての言葉がけや曜日を変更するなどの対応を行っている。また、体調に合わせて入浴日の変更やシャワー浴、清拭を行っている。入浴剤をこまめに替え、気分転換が図れるよう支援している。	利用者の中で異性の職員に対し羞恥心があれば交代して対応している。入浴を拒むときは気分転換を図ったり、曜日変更をしたり、体調に合わせて清拭を行う等、対応に努めている。季節ごとに入浴剤を変え、入浴を楽しんでいる。	

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
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	日中は個々の体調や前夜の不眠等、状態により休息の促しをしている。夜間は、室温や照明を調整し安眠できるよう支援している。就寝時間は21時を目安にしているが、ご本人の居室等で自由な時間を過ごして頂いている。夜間良眠のため、家事作業の参加・体操・散歩等、日中の運動量を増やすよう心掛けている。		
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	個別に服薬ファイルを作成し職員全体が確認できる場所に保管している。服薬が変更になった場合も職員全体に周知し、経過をセンター方式D3.4シートに記録しドクターや看護師へ確認、報告を行っている。		
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	個々の好みや特技・生活習慣等を把握し家事作業や調理手伝い等役割分担に努めている。余暇の楽しみが持てるよう(歌・読書・手芸・ぬり絵・パズル・DVD観賞等)を支援している。		
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	例年は体調や天候に応じて散歩やドライブへ出かけたり、季節毎の行事や地域の行事・他施設との交流に参加している。家族へ外出・外泊のお願いやバスハイクの参加希望を募っているが、今年度は新型コロナウイルスの影響で自由に外出するのは困難であったため、玄関先で日光浴をしながらおやつを提供する等、気分転換を図っている。	外出は家族と通院やドライブ、お食事、墓参り、美容院、兄弟姉妹宅や友人宅に出かけている。職員とはお花見やドライブ、コスモス畑、チューリップを見に出掛けている。天気が良ければ玄関先の長椅子で会話を楽しみ、おやつを食べ日光浴をしている。	
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	認知症の進行により、お金を所持しない入居者が増えているが、入居時や、その時々本人やご家族と相談し、本人管理・事務所預かり・代行購入など個別の対応を行い、好みを聞いて職員が代行などを行っている。		
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	個々の状態に合わせて出来る限り対応している。電話をしたいという希望や掛かってきた場合はゆっくり話せるよう配慮している。又、手紙の返事・贈り物のお礼など個人の要望に応じている。		

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
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	利用者の家庭環境・生活習慣を把握、会話やテレビ・音楽のボリューム等に配慮し、生活音に気を配っている。リビングには季節を感じる事が出来るように季節の壁画を作成したり、畑に咲いた花を飾ったりしている。リビングの一角に台所があり、調理の匂いがリビングに漂う。	共用空間は古民家を感じさせる木のぬくもり、温かな雰囲気である。利用者はベランダで洗濯物を干したり、畳の部屋でお話をして過ごしている。廊下で歩行訓練や足マッサージ、ペダル踏みをしたり、1日2回、朝夕に皆で体操をしている。季節ごとに装飾を考え利用者と一緒に楽しく飾りつけをしている。	
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	リビングでは利用者の思いを考慮し気の合う仲間の座席作りに努めている。茶室・ベランダ・玄関先・畑に長椅子を設置したり、リビングに畳を置くなどして一人の空間や利用者間の交流の場を作っている。		
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	入居時や、その都度使い慣れた馴染みの家具・小物の持参を依頼している。好みの小物・写真・壁掛け・本人が制作した物などの小物類はご家族の訪問時の思い出話に役立っている。	居室には、家族の写真や本人が使い慣れた物が置いてある。テレビを観たり、趣味の編み物を楽しんだり、家族等との面会をする場となっている。	
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	個々の身体機能・症状に応じ、リビングの座席決めをしたり、居室の手すり等に配慮している。居室の表札は個々の好み之色・見やすい文字に、暖簾は個々で持参して頂き目印になっている。トイレ・浴室などは分かりやすいよう表示している。		

目標達成計画

作成日: 令和 7年 7月 30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	災害時の備蓄品は整えてあるが、備品の一覧や備品の所在地を全職員に分かるような掲示をしていない。備蓄の定期的な交換時期について明確に決めていない。	災害時の備蓄品を職員全体で場所と内容を周知出来るような掲示と、定期的な交換時期を明確に決める。	備蓄品の場所が分かる掲示、備蓄品の内容が分かるリストと賞味期限を備蓄品に貼る。備蓄の交換時期を明確に決めて職員や入居者で試食、消費を行う。	3ヶ月
2	4	運営推進会議で内容がマンネリ化しているため、参加者の意見を引き出す工夫が必要。	毎月テーマを決めて議題提起する。	活動報告以外に議題を決めて、話し合う時間を設ける。スライドでは写真以外に動画での様子報告を行う。	6ヶ月
3	1	施設開設から決まっている理念はあるが、グループホーム水橋の家独自の理念はない。	毎年職員で話し合っ決めてる業務目標や職場環境目標を掲示して、職員の意識向上に繋げたい。	業務目標、職場環境目標を掲示、振り返りを行う。	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()