

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	1691700130
法人名	ケアサポート真魚
事業所名	グループホーム温森
所在地	富山県下新川郡入善町入膳4199-1
自己評価作成日	令和8年1月30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）】

温森の理念に基づいて、利用者様を人生の先輩として尊敬と敬意を持って、家族のように、その人らしく生活できるようにお手伝いさせていただいている。スタッフは利用者様に寄り添い、傾聴し一人ひとりの思いや希望をできる限り聞き、スタッフ同士共有し、楽しく、いきいきとした生活が送れるように支援している。ボランティアの方々を受け入れ、開放的なホームになるように努めている。

※ 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）】

事業所に入ると、床暖房のあたたかさに包まれ、利用者も職員も靴を脱ぎくつろいでいる。地元産の無垢材を使った床と珪藻土を塗った白い壁が自然のぬくもりを感じさせ、職員の明るい笑顔が来訪者を迎える。事業所は理念「ここで暮らされる皆様を人生の先輩として尊敬と敬意を持って、・・・」と謳い、管理者を中心に全員が協力して、一人ひとりの利用者を家族として支えていけるよう、ミーティング、日報（生活記録）、申し送りノートを活用して情報を共有し、豊かな実践に繋げている。令和7年度は、職員は理念に基づき各自の行動目標を作成した。事業所創立以来継続して働く職員が多く、働き続ける理由にチームワークの良さを挙げている。多彩なボランティアの来訪、小学校との交流、隣家との交わり、運営推進会議の活用など、地域の一員として奮闘している事業所である。

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	一般社団法人 富山県介護福祉士会		
所在地	939-8084 富山県富山市西中野町1丁目1-18 オフィス西中野ビル1階		
訪問調査日	令和8年2月27日	評価結果市町村受理日	令和8年3月25日

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				

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	理念は、玄関と事務所に掲示しており、仕事に入る前に再確認できるようにしている。ミーティング時に、理念の振り返りや目標を立て、実行できるように努めている。	事業所理念は玄関と事務所に掲示している。令和7年度は、職員は理念に基づき各自の個人目標を作成した。年度末には各自の目標達成度合いについて上司と面談する予定である。	
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	ボランティアの受け入れ(体操・傾聴・学生さん)、床屋さんに訪問カットしてもらい、交流している。近所の方が、野菜の差し入れをしてくれている。	体操や傾聴などの町民ボランティアの受入や、入善町社会福祉協議会を通して小・中・高生のボランティア訪問がある。また、近隣住民からの野菜の差し入れや散歩時の声かけなどを通して、日常的に交流を図っている。小学生の訪問時には認知症の方の正しい理解について分かりやすく説明している。	
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	児童生徒のボランティア活動体験の受け入れをし、5人の生徒が体験し、認知症の方の理解を深めてもらった。		
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1回の運営推進会議を開催し、家族、民生委員、包括支援センター、連携薬局、役場の職員、包括支援センターの職員の参加を得られている。毎回、全家族に開催のお知らせを出し、欠席者には、議事録を出している。入居状況、活動状況(写真にて)、ヒヤリ、事故報告、意見交換をしている。	行政・地域包括支援センター職員・民生委員・連携薬局・家族の参加を得て隔月に開催している。すべての家族に会議参加の案内を出し欠席者には議事録を渡す等、内容の周知に努めている。事業所の活動状況は、写真で提示して理解を深めている。会議の中で出された「転倒防止や誤嚥防止に努めてほしい、身体を動かしてほしい」等の要望にも取り組みを紹介するなど、会議を活かした取り組みがある。	
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	地域包括支援センター主催のケア会議に出席し、事例検討会や研修に参加し、運営に活かしている。空き部屋が出た時は、包括支援センターに報告し、居宅支援事業所に連絡がいくようになっている。	運営推進会議に参加している行政や地域包括支援センターの担当者とは、活動内容や利用者の様子などの報告を含めて事業所理解を深めてもらうとともに、いつでも相談できる関係がある。また、地域包括支援センター主催の地域ケア会議に出席し、他事業所との交流を図るなど、市町村との連携に取り組んでいる。	
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	玄関の施錠は、19時～翌7時頃で、それ以外は施錠していない。3か月に1回の身体拘束適正化委員会、1年に2回の研修会を開催している。身体拘束は行わず、ミーティングで、話し合いができるようにしている。	「身体的拘束等適正化のための指針」を作成している。また、3か月に1回開催している身体的拘束等適正化委員会では理念を確認し、身体拘束をしないケアの実践につながるよう取り組んでいる。1年に2回開催している研修では、職員が講師を務め、資料作成と講義をおこなっている。職員は「自己点検チェックシート」を作成するとともに日頃の介護を振り返る機会になっている。	

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
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	ミーティングや身体拘束適正化委員会時に、言動や行動で、どのようなことが虐待にあたるかなど、話し合っている。		
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	勉強会や研修の参加で、学ぶ機会を設け、制度の理解を深めていきたい。成年後見制度を活用している利用者は、現在はいない。		
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	丁寧に対応し、利用料金、起こりうるリスクなど説明し、同意を得るようにしている。疑問点については、その都度説明、相談し本人と家族の理解を得ている。		
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	家族の訪問時に利用者、家族の要望や意見を聞くようにしている。何でも言ってもらえるような関係を築けるように努めている。意見や要望があった場合は、日報に記入し、決定した場合は、連絡ノートに記入し、情報を共有している。	家族には、面会、受診、衣類の確認時等、日常的な場面で気軽に声をかけ、信頼関係を築くよう努めている。職員は、どの家族とも笑顔溢れる対応を心がけ、結果として運営推進会議への出席率も高く、家族と職員が冗談を交わし、率直な提言も聞くことができている。意見は連絡ノートやミーティングで共有し運営に反映させている。	
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	毎月のミーティング時に、代表者や管理者が参加し、意見や要望、業務の見直しをしている。定期的に、ランチやカフェミーティングを実施し、親睦を深めている。	管理者は、職員と一緒に日常の業務に携わり、随時意見や要望を聞くよう努めている。毎月開催の職員ミーティングには法人代表も出席し、運営に関する意見を聞く機会があり、業務内容の見直し、各種手当等について等、会議で共有した意見は可能な限り運営に反映させるよう努めている。	
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	代表者は、個々の個性や能力を伸ばせるような雰囲気作りに努めている。日々の頑張りが、賞与や昇給に反映する仕組みになっている。		
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	各方面からの研修会のお知らせを事務所に掲示し、参加を促している。研修会の研修費は、法人が負担している。		

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	地域ケア会議に参加し、同業者やその他の関係者と交流機会を設けている。情報交換、意見交換しサービスの向上に努めている。		
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	入居相談時から、本人との面談や居宅の担当ケアマネからの情報や基本情報の書類を参考に、困りごとや要望、意向等を確認している。本人が安心して生活できるように信頼関係作りに努めている。		
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	入居相談時に家族の不安なことや、要望を聞き、十分に話し合い、信頼関係作りに努めている。		
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	入居前に様々な情報を基に、生活課題を検討している。本人、家族と情報を共有し、課題を見極め、サービスを提供している。		
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	本人ができること、今までしていたことを一緒にすることで、達成感や喜びを味わってもらいながら、これまでの生活の継続ができるように支援している。		
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	面会に来られた時に、近況を報告している。普段から連絡を取り合い、問題があれば話し合い、解決できるように協力し合っている。また、衣類の入れ替え、利用料の明細の受け渡し、介護計画の話し合いなどしている。		
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	面会の制限はしていない。感染対策をしてもらい、家族や知人、友人に入室してもらっている。家族の付き添いで、外食、墓参り、自宅、友人宅へ行かれている。家族と、年賀状、手紙のやり取りされている方もおられる。携帯電話、ホームの電話で家族や友人との会話を楽しむ方がおられる。	事業所内はWi-Fiが整備され、希望される利用者はいつでも家族に連絡することができる。また、事業所は定期的な衣類の入れ替え時、利用料の明細受領時、介護計画の話し合い時、受診同行時などに家族の来所の機会を設け、できる限り利用者と家族のコミュニケーションを図ることができるよう関係継続の支援をしている。	

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
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	利用者同士の関係は、職員が把握し、情報を共有している。日常生活を送る中で、問題点があれば、適宜スタッフ同士話し合いを行っている。		
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	気軽に寄っていただけのような雰囲気作りを心がけている。本人、家族から相談があれば、アドバイスできるように努めている。		
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	入居前の暮らしや本人、家族からの聞き取りをアセスメントシートに記入し、職員間で共有している。利用者の思いや希望に対しての支援するために、連絡ノートを使い職員で共有している。毎月のミーティング時にも話し合いをし、決まったことがあれば、ミーティングノートに書き、共有している。	入居時に聴取した情報はアセスメントシートに記入している。また、生活支援を通じて把握した利用者の思いや生活への意向については、日々の個人記録である「個別利用者日報」に記載し、重要事項については職員間の連絡ノートに記載して共有している。さらに、必要時には毎月のミーティングで話し合いを重ね、個々の意向に寄り添えるよう努めている。	
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	本人、家族からのアセスメントで情報収集をし、職員が会話の中から情報を聞き取り、サービスの向上に努めている。		
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	本人の状況をこまめに連絡ノート、介護記録に記入し、職員間で情報を共有している。利用者それぞれの好みや力量に応じた活動提供を配慮している。		
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	定期的に本人、家族から介護に対する意向を聞いている。家族と話し合ったことは、記録に残している。日々の記録の中から、利用者の様子、声、思いをすくい上げ、毎月のミーティング時に話し合いをしている。利用者の変化や、気づきを職員間で共有し、日々の支援の中での意見を取り入れた介護計画を、作成している。	個別利用者日報(生活記録)や連絡ノートに記載された利用者の姿、声、思いおよび職員の気づき等を整理し、毎月のミーティング開催時では計画作成担当者を中心に皆で話し合い、現状に即した計画となるよう努めている。また、面会時には本人や家族の意向を聞き取り、介護計画に反映している。	
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	介護記録や職員からの情報を連絡ノート、カンファレンス、ミーティング等で共有し、介護計画の見直しに活用している。		

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	できる限り本人、家族の希望や思いに添い、本人の状態において、必要な支援には柔軟に対応している。		
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	ボランティア(体操・傾聴)の方々との交流、床屋さんの訪問をしていただいている。面会に制限はしていない。家族や親戚、友人の来やすい場所となるように努めている。		
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	かかりつけ医は、本人、家族の希望に応じている。協力医が、月1回の往診、緊急時の対応に応じてくれている。専門的な治療が必要な場合は、紹介状を書いてもらい、家族が付き添い受診している。往診、受診の受診結果は、受診記録に書き、職員間で共有している。近くの調剤薬局さんより、居宅療養管理指導のサービスを利用し、往診に同行してもらっている。服薬指導、残薬調整をしてもらっている。	かかりつけ医は本人や家族が希望する医師(協力医)となっている。事業所の協力医は、月1回の往診があり、緊急時の対応も可能である。服薬については、居宅療養管理指導として薬剤師の訪問があり、職員の薬剤管理等の不安が減少している。事業所は、個々の利用者が適切な医療を受けられるよう支援している。	
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	職員は、利用者の日頃の状態を把握している。毎朝のバイタルチェック、月1回の体重測定をしている。体調に異常があれば、かかりつけ医、協力医の看護師に相談している。		
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。	入院時は、病院の連携室と連絡を取り、情報を共有し、状況や状態の把握に努めている。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	重度化や看取りについては、重要事項説明書に記載し、同意を得ている。今の状態の体制や設備面等では、看取りは行っていない。重度化や状態が変化した時は、本人や家族と話し合い、特養などの施設の申し込みをしていただいている。職員間で、できる支援を考え、ケアの統一をしている。	入居契約時に、重度化や終末期に向けた方針について、事業所としてできることやできないことを口頭で示し、理解を得ている。現状は職員体制や設備面等を鑑み看取りは行っていない。利用者の状態の変化に応じて、そのつどかかりつけ医や家族との話し合いを重ねながら対応している。今後は「看取り介護研修」等の外部研修を受講しながらグループホームでの看取りのあり方を検討する予定である。	
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	緊急時の対応については、マニュアルを作成し、周知を図っている。緊急時は、その場にいる職員が対応し、代表者と管理者に連絡することになっている。		

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
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2回の避難訓練をしている。11月には、少ない人数で利用者様を避難誘導をする訓練をした。3月にも避難訓練を予定している。災害等がある時は、近くの消防団員に協力をお願いしている。	年2回、内1回は消防署立会いの下で火災時の避難訓練を実施した。指定されている避難場所の高校までの移動訓練は、3月に行う計画がある。BCPによる災害時の避難場所は町内の介護老人保健施設となっているが、避難訓練は行っていない。	BCP(事業継続計画)は作成されているが計画の内容について職員が理解し、実践できることを期待したい。
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	利用者一人ひとりに尊敬と敬意を持って接するように心がけている。月1回のミーティングでは、不適切なケア防止や接し方について意見を言い合っている。職員同士、注意し合うようにしている。入浴は、着脱から終了するまで、一人の職員が介助し、プライバシーの確保に努めている。	言葉づかいや利用者への話し方等について、気づいたときは、職員同士が気軽に『その言い方は、どうか』『気をつけようね』等と話し合える関係である。ミーティング時にはあらかじめ、理念「～皆様を人生の先輩として尊敬と敬意をもって・・・」に基づいた話し合いを重ね、人格の尊重やプライバシーの確保に努めている。	
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	日常生活のさまざまな場面で、本人の希望や意思決定ができるように支援している。普段の会話の中から思いや要望を聞くようにしている。		
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	本人が自己決定できるような声がけをし、可能な限り、本人の希望に添えるように支援している。レクリエーション、体操、運動、行事は、本人に確認し参加してもらっている。		
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	一人ひとりの思いに合わせて支援している。入浴時には、好みの服を選んでもらい、準備している。化粧のしたい方には、家族に用意してもらっている。		
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	食事は、職員が手作りしている。ご近所さんから頂いた野菜や、ホームの裏の畑で育てた野菜を使い、季節を感じる地元の食材を献立に取り入れている。利用者からの要望を聞いて、メニューを決めることもある。ハロウィン、クリスマス、おせち料理、恵方巻など季節感を取り入れたメニューにしている。職員は、利用者さんと一緒に食事をし、話しながら食べている。利用者の摂取状況に合わせて、刻み食や一口大など形態に配慮している。出来る方には、食器拭きをしていただいている。	3食はすべて職員による手作りである。利用者は職員と一緒に、おはぎなどのおやつ作りや食後の食器拭き等を、無理のない範囲で行っている。回転寿司や地域のカフェに出かけたり、家族や友人との外食を楽しむ機会がある。毎日の食卓には、バランスのよいおかずやごはんが並んでいる。職員も一緒に食べているため、利用者の摂食状態の変化があったときには適切な対応が行われている。	

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
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	毎日、栄養バランスの取れた献立にしている。各自の食事、水分摂取量を記録している。また、各自の形態、体調に応じた食事量や形態で提供している。		
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	毎食後の口腔ケアを徹底している。口腔衛生が保てるように支援している。介助が必要な方には、付き添い、声がけ、適宜必要な介助をしている。		
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	排泄チェック表を使用し、一人ひとりの排泄パターンを把握している。個々の状態やタイミングをみて、声がけや誘導を行っている。日中、夜間は、職員が付き添い、パンツやズボンの上げ下げ、パット交換は、出来る範囲で利用者で行っていただき、出来ない部分は介助している。夜間は、オムツを使用している方がおり、一人ひとりに合った支援をしている。	日中は原則トイレでの排泄を実施している。排泄チェック表で一人ひとりの排泄状況やパターンを把握し、個々の状態に沿った対応に努めている。夜間は利用者の睡眠状態と排泄パターンに合わせ適切な支援を行っている。	
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	トイレの付き添い、見守り、介助をし、記録している。チェック表で、排便の確認をしている。運動、体操、廊下歩行などで体を動かし、適宜水分補給を勧めている。毎日のヨーグルトや水分で便秘の予防をしている。それでも排便がない時は、医師、薬剤師に相談し、薬の調整を行っている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	月曜日から土曜日までの午前中を入浴の時間に行っている。週2回を順番に入ってもらっている。好みのシャンプーやボディソープ、洗身タオルは好みの物を使ってもらっている。季節に合わせて、ゆず湯や入浴剤を入れて楽しんでもらっている。	毎日入浴できる体制ができている。日常は利用者の体調や希望に合わせて週2回～3回を基本に午前入浴を行っている。脱衣室は適度な広さがあり、木のぬくもりを感じながら着替えを済ませ、浴室との温度差にも配慮し、ゆったりと入浴ができる環境を整えている。シャンプーや洗身タオルは自宅で利用していたなじみのものを使用している。	
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	一人ひとりの希望に応じている。夜の睡眠に影響が出ないように気を配り、安心して眠れるように支援している。		
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	服薬情報は、職員が常に確認できるように、個別のファイルに綴じている。薬は、管理者が薬箱にセットし、他の職員が間違いがないか確認している。服薬ミスがないように、二重三重にチェックしている。薬に変更がある時は、受診記録、連絡ノート、申し送りで周知徹底を図っている。		

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	個々の能力に合わせて、食器拭きや洗濯たたみをしていただいている。生活歴、趣味など把握して、日々の生活に楽しみや、役割が持てるように支援している。また、季節に合わせた、行事やレクリエーション等をしている。		
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	季節に合わせて散歩、外出などを行っている。今年度は、花見、フラワーロード、紅葉狩り、足湯をしに出かけた。家族と外食、ドライブ、選挙に外出された方がおられた。	天気の良い日には、事業所の周りを散歩して外気に触れ、すれ違った近所の方と挨拶を交わしている。また、季節に応じて桜の花見やチューリップフラワーロード、宇奈月の紅葉狩り、足湯などの外出を楽しんでいる。年末年始の数日間自宅に戻り、家族とのひとときを楽しんだ利用者もいる。	
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	紛失やトラブルの心配があり、基本的には持っていない。自己管理ができ、紛失されたとしても施設が責任が取れないことを承諾してくれる場合のみ、所持してもらっている。		
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	希望があれば対応している。電話は、時間を配慮してもらいかけてもらっている。		
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	リビングは、十分なスペースがあるので車いすや歩行器でもスムーズに移動できる。廊下には、季節ごとに制作した作品を飾っている。過ごしやすい温度、湿度、になるように気を付けている。各部屋や共有スペースの掃除は、徹底している。	玄関を入ると、県産材を使った腰板、無垢材の床、珪藻土を塗り込んだ白い壁、吹き抜け天井の共用空間が目に入る。床暖房のため、利用者や職員は靴を脱いで一日を過ごし、温もりある家を目指す事業所の理念を体現している。大きな食卓では、穏やかな表情の利用者が職員と談笑している姿がある。	
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、居室は一人ひとりの思いに合わせて過ごしていただいている。利用者同士の関係は、職員が把握し、問題があればミーティングで話し合い、考慮して決めている。		

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
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	居室にはベッド、タンス、エアコンを完備している。自宅と変わらない生活をしていただくために、使い慣れたもの、好みの物を持ってきていただいている。本人の好む空間となるように家族、利用者と考えている。希望により、模様替え、衣替え、タンスの中の整理整頓を一緒にしている。	共用空間の床材と同様の仕様の居室は、温かみがあり、木目の美しいタンスとベッドが備え付けられている。居室のレイアウトは職員や家族と一緒に相談し、思い思いに写真やテレビ、ハンガーラックなどを持ち込み、本人らしく居心地よく過ごせるよう工夫している。	
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	利用者のできること、分かることを把握し、安心して生活できるように支援している。できないこと、分からないことは、職員がさりげなくフォローするように心がけている。本人が、自分でできた喜びを感じられるように、支援している。		

2 目標達成計画

事業所名 グループホーム温森

作成日: 令和 8年 3月 18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	BCPの内容について職員が理解していない。	BCPの内容を職員が理解し、実践できるようになる。	BCPの研修、勉強会の実施。	12ヶ月
2					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、行を挿入して下さい。

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	<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()