

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	1691000044
法人名	株式会社 天正
事業所名	イエローガーデンいのくち
所在地	富山県南砺市蛇喰1261番地
自己評価作成日	令和8年2月19日

※ 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	
----------	--

【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3月10日	評価結果市町村受理日	令和8年3月27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）】

利用者の一人一人のことを尊重し、個人の生活リズムに合わせて生活の補助・介助をさせていただき、本人様が安全・安心・信頼ができる人間関係の構築を目指している。また日常生活動作を維持継続するために日々の家事や洗濯量みを等本人のできる範囲で行っていただき自立支援を行っている。地域の関係性、繋がりも良好関係を目指して地域のイベントごとや地域を巻き込んだイベントを開催し参加を募り地域貢献に努めている。

【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）】

職員の高齢に伴い、令和6年度に2ユニットを1ユニットへ縮小し、2階建ての1階のみでサービスを実施。南砺の山々を望みながらのどかな環境に囲まれている。「働きやすい職場は良いケアにつながる」という事業所の目標を目指して職員間の協力体制が整い、全員の意思統一もなされ長く働ける居心地良い職場環境となっている。また、職員の質の向上を目指して研修への参加も積極的に行っている。朝食を遅く摂りたいという利用者には要望に合わせることを大事にし個々の思いを実現できるように努力している。日頃から利用者の出来る力を活かして食事においての食器洗いや片付けなどを実施している。また、職員と一緒に弁当を作りドライブに出かけるなど食べることの楽しみや外出支援も大切にしている。利用者一人ひとりの生活支援を優先し、チームで連携を密に支援に取り組んでいる。
--

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	(株)天正の理念「尊厳を守る」「感謝」「楽笑」を掲げ、常に理念が見返せるようにフロアに提示し職員の理念の理解を深めている。	会社全体の理念を基に、さらに具体的に「働きやすい職場は良いケアにつながる」という事業所独自の目標を掲げチームワークを大切にしながら実践に向けて職員全員で意識統一を図っている。	
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	地域貢献としてハンドメイドの先生をお呼びして小学生、その保護者を対象にしたイベントを行ったりと地域交流を行っている。	昨年は地域の椿祭りの見学に出かけた。今年はそこで利用者の作品展示の許可をもらい参加できるように計画を立てている。さらに、居宅介護支援事業所兼訪問看護ステーションの建物内で地域住民との交流を目的にカフェを開催することを企画している。	
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	運営推進会議や入居申し込み、事業所の見学に来られた方々に施設内見学をして頂き実際の生活している様子を見て頂き理解をしていただいている。		
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	定期的に運営推進会議を行い、区長・民生委員・包括・行政・地域包括・駐在所に運営推進会議の参加、お声かけをし意見交換の場を設けサービスの向上、地域貢献につながるよう話し合いを行っている。	運営推進会議は隔月ごとに開催し、区長、民生委員、地域包括支援センター、駐在所からの参加があり事業所の取り組み内容や行事の報告などを行っている。民生委員から事業所の活動を地域の広報誌に載せてはどうかという提案を受けるなど意見交換がされている。	利用者家族の参加が難しい場合は開催日や時間帯を変更するなど色々な方法を取り入れることや、会議録を郵送したり目につく場所に設置するなど家族が運営推進会議について関心が持てるよう努力されることに期待したい。また、町内の会合などに参加し地域に向けて積極的に働きかけることに期待したい。
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	運営推進会議の際に事業所の取り組みや活動を報告し、市町村、地域包括に相談を行いアドバイスや提案をいただき協力関係を築けるような関係性に努めている。また地域包括の研修等にも参加し連携を図っている。	地域包括支援センター主催の研修に参加し、資料を基に職員間で情報共有している。また、入居者の紹介を通して金銭に関することや家庭事情の問題など普段から相談できる関係性ができている。	
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	年間研修スケジュールを作成し定期的に身体拘束・虐待についての研修、勉強会を行い身体拘束虐待防止についての理解や実際に現場で行われていないかを話し合い職員同士の理解や注意喚起を行っている。	身体拘束廃止委員会を3か月毎に開催している。「スピーチロック」や「センサー」などのテーマに沿って研修し、職員全員で共有をして身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	

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
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	上記同様、定期的に研修・勉強会を行い職員の理解や実際に行われていないか？知らずに行っていることはないか？確認や注意喚起を行っている。		
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	管理者が実践者研修で学んだ権利擁護等のことをアウトプットし職員に研修・勉強会として学びや理解を図っている。		
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	契約の際、重要事項説明書等の説明を行っており、ご理解とご協力をお願いしている。説明後、了承の上サインをいただいている。また契約に関して変更点あれば都度、家族様に連絡を取り了承を得ている。		
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	面会時に状態報告やケアについて相談、提案をし改善や報告を行っている。 また家族の要望意見を聞き、職員等に報告を行いケア、運営に反映している。	新型コロナウイルス感染症の流行がおさまった現在は、自由に面会できるため、その際に家族から意見や要望を聞いている。正月の外泊の日数のことで苦情があり、事業所は家族と納得できるまで話し合い解決に至ったこともあり、意見を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	定期的にミーティングを行い職員の意見や利用者の状況を共有して反映している。 必要であれば各家族様に相談し意見や了承を得るように報告を行っている。	月1回のミーティングで職員の意見を聞く時間を設けている。勤務時間の変更であったりケアの内容に関することであったり、出来るだけ対応するように努めている。	
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	各職員と話し合いの場を設け、勤務状況や職場環境の改善に関することを聴取してできるだけ働きやすい環境を提供している。また実績、勤務状況は管理者会議で報告をし待遇の改善に努めている。		
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	個々の能力に合わせて適材適所で仕事を分担し、互いが協力しあい教えあえるような取り組みをしている。また資格取得は本人希望であれば勤務調整や補助金制度を設け促している。		

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	新規利用者の受け入れの際、管理者と職員1名を連れ各病院、施設、自宅訪問など外に出る機会を設けると同時に他事業所の良い所、関わりをもっていただき、自施設でのサービスの向上の取り組みにつながるよう努めている。		
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	入居前からアセスメントをとり職員に周知している。入居時は生活歴から本人の日常生活のリズムに合わせ介助補助を行い、またコミュニケーションをとって要望等を聞き出し関係性も含め安心して過ごしていただけるよう努めている。		
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	入所前後にアセスメントやケアプランを通して家族の希望、不安点や要望を聞き出し反映し家族様が安心していただけるような関係づくりに努めている。		
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	本人・家族・職員とどのような支援が必要で、生活の質を維持もしくは向上できるように何が必要か話し合い、方向性を見出せるように努めている。		
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	自立支援を促し生活動作も行っており食器洗いや食器拭き、洗濯畳等、職員のみならず利用者も巻き込んで残存機能維持や一緒にすることでコミュニケーションをとり信頼関係を構築している。		
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	随時利用者の状態は家族に報告し面会に来られた時は、生活の様子や本人の思いや本人が困っていることを職員のみならず、家族様にも相談し問題解決を行って良好な関係性に努めている。		
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	家族、個人の希望で住まいとされていた場所の近隣住民の方やご友人ご親戚の方の面会の有無はあるが、インフルエンザ・コロナ禍の中、短時間ではあるが面会を許可し今までの関係性を保てるように支援を務めている。	入居後も行きつけの美容院へ行ったり、家族が訪ねて来たら利用者本人の部屋で面会したりしている。また、友人たちと玄関横の面会室で話しをするなど、馴染みの関係性が継続できるように努めている。	

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	利用者の性格や関わり合いの中で相性がいい悪いを考慮しフロアでの席決めを行っている。また偏りがないように定期的に席替えを試み可能性も見出すように努めている。利用者の方々はあまり多く席替えすると混乱してしまうのでその点を配慮しながら行っている。		
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	サービスの契約終了後も利用者・家族様との関係を断ち切らず、相談を受けたりし関係性を保っている。		
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	事前に家族様・本人にどのような暮らしをしていたか、どのようなルーティーンがあるか、何か趣味があるか等をお聞きし、ホーム内でも今まで続けていたことを継続できるように努めている。	入居前に事前に本人の様子を見に行ったり、生活歴などの把握に努め、利用者の思いや要望に沿った生活ができるように職員間で情報共有している。	アセスメントシートを使用し、利用者の生活歴やできること出来ないことなどの把握をすることで、本人視点に立った介護計画に繋がることに期待したい。
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	自宅からの施設へ来られる方は事前にどのような暮らしをしていたか自宅に赴きお聞きし、サービスを使われているのであればそのサービスを提供しているところに赴き、ご様子やそのサービス提供者に聞き取りを行っている。		
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	事前情報をもとに日常生活動作を行っていただき本人様の心身状態の維持に努めている。また必要な事柄があれば家族様に相談し物品の購入や担当医に相談し安心安全に生活できるように努めている。		
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	定期的にモニタリングをし、本人様のご様子や心身の状態、ADLについて話し合い介護計画作成している。その介護計画は家族様に共有し、家族様の意見、反映を行い現状に即した介護計画を作成している。	3か月ごとにモニタリングを行い、目標が達成できたか全職員で話し合いより良く生活するための介護計画に繋げている。	
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	介護計画に基づき日々の記録をチェック形式で記録しており、変化・改善が必要であれば話し合い更新している。		

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	本人・家族の状況に応じて臨機応変に対応している。例えば病院受診の方が家族希望で往診に変更する手続きや本人希望で外出希望した際は家族に相談し外出支援として外にでたりと対応している。		
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	近隣の児童、生徒、学生、地域のボランティアグループなどの楽しみが持てる支援に努めている。		
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	契約の際に今までの主治医が主治医を変更するかお尋ねし、希望に沿って対応している。受診、往診をされる際事前に施設でのご様子を記載した往診記録をお渡しし、介護と医療の連携がスムーズにできるように作成している。	全利用者が協力医の訪問診療を受けている。前日に利用者の情報をファックスし、スムーズにそして適切な医療が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	訪問看護と医療連携をしておる週1回看護師が来られている。来訪された際、利用者の把握がすぐできるように1週間で起きた出来事や診ていただきたいことを訪看用の往診記録を作成し円滑にできるように努めている。		
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。	入院された際に家族・病院の連携室等にこまめに連絡を取り、本人の状況状態把握に努めている。退院される際にも連携をとり本人の状況に合わせた福祉用具・環境を準備提供をできるよう努めている。		
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	契約時に終末期のあり方や今現在のお気持ちを聴取し事業所でできる範囲の話をして納得していただいている。	看取りの指針を整備し入居時に利用者、家族に説明し同意をもらっている。状態が重度化してきたら再度、家族の意思確認を取っている。今まで看取りの事例はないが、希望されれば看取りを行う予定であり、職員間で終末期に向けての勉強会を開く計画を立てている。	
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	緊急時の対応について、緊急時マニュアルを作成し周知している。実際に起きた時の対応を想定して勉強会を設け訓練している。		

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	年二回消防訓練を行い、内1回は消防士立ち合いの元訓練を行い、指導を受けている。	火災の避難訓練は実施しているため、今後は地震や土砂災害時の避難訓練を実施予定であり、地域との協力体制も運営推進会議で議題に上げるなど協力依頼を考えている。水や主食の備蓄品を準備している。	
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	1人1人の特徴を理解した上での声かけを行っている。人格、誇り、プライバシーに配慮を行い対応している。	排泄時や入浴時はプライバシーを損ねない声掛けに気を付けている。また、同性介護に配慮したケアを実施しプライバシーの確保を心がけている。	
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	基本的に自立支援をメインに考えており、できることは行ってもらい必要な部分は介助をするように心がけている。本人の自己決定も尊重し見守り、必要であれば支援を行っている。		
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	職員側の業務の決まりは必要最低限のことを行っており、時間も決めていないため、その分利用者との関わりの時間を多くしている。希望に添えるようにしている。		
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	定期的に訪問理美容をお呼びし、カットやカラーを行っていただいている。また本人が希望するのであれば、外出・同行支援している。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	インフル・コロナ禍の中での職員と利用者が一緒に並んでの食事は感染の恐れがあるので現在禁止している。 食器洗い、食器拭きは利用者と職員が協力して片付けを行っている。	利用者の能力に応じて食事前のテーブル拭き、食事後の食器洗いや食器拭き布巾の消毒まで一連の作業として行ってもらっている。また、イベントに合わせて蟹鍋やウナギを味わったりして食事が楽しみとなるように支援している。	
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	食事量、水分量等は記録を行い本人の体調を管理させていただいている。趣味嗜好でコーヒーが好きであれば提供を行い、水分摂取量が少ない方にはこまめに補給していただいたり、ゼリーにして提供したりと工夫をしている。必要であれば水分制限も行っている。		

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
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	毎食事後、口腔ケアの促し声かけ、介助を行い清潔保持を心がけている。		
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	基本的には本人の訴えがあればトイレ誘導介助を行っているが、排尿排便感覚がない方には定期的にトイレ誘導・交換を行っている。	利用者一人ひとりの排泄チェック表をタブレットに細かく記入して把握し、トイレでの排泄を目指している。便秘気味の利用者には薬以外に水分を多めにとってもらったりヨーグルトを提供したりしている。	
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	薬の調整を行い排便コントロールを行っている。水分量や運動量を把握し、適切な対応をとっている。		
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	曜日や時間は決めてはいないが週2回以上入って頂けるように声かけを行い、了承を得られたときに入浴を行っている。	基本的には水曜日以外は入浴できるが、本人の拒否や体調により水曜日でも入浴可能としている。浴槽に柚子や薔薇の花びらを浮かべたりして入浴が楽しみとなるように支援している。	
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	一人ひとりの生活リズムや体力に合わせて午睡をしたり、居室で寝るのがさみしい方にはソファで仮眠してもらうなど対応をとっている。		
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	薬剤情報をファイリングいつでも確認できるようにしている。また薬の変更があれば更新、申し送りをして、副作用等の注意喚起を行っている。変化があれば記録するように指示をだし本人の変化にすぐ気づけるように努めている。		
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	ご自宅で過ごされていたよう日常生活動作の継続や趣味嗜好が続けられるようにコミュニケーションをとって聞き出し実際に行ったり、定期的にイベントを開催し気分転換をできるよう努めている。		

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
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	本人の行きつけの理容室があり、家族に相談しお連れすることや家族の希望で外食にいかれたりされている。 日常的には晴れた天気の良い日には一緒に散歩に出かけたり、近くのお寺でお経さんを聞きに行ったりしている。	利用者の洋服やおやつを購入したいという希望に応じて職員と一緒に買い物にでかけている。また、天気の良い日に近隣の公園へ散歩に出かけその帰りに外食をして帰って来ることもあり、外出支援を続けている。	
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	基本的には施設の方で預り金という形で預かっており必要に応じて本人に所持金をお渡ししている。家族にも旨を伝えた承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	家族からの依頼もあり電話等も禁止されている方もいらっしゃるが基本的に電話希望であればかけさせていただき社会との関わりも保てるように努めている。		
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	毎日掃除を行い清潔保持に努めている。また季節感も感じられるようにカレンダーや窓からの景色が見えるようにカーテンを開け開放的に過ごしていただいている。また折り紙教室もあり季節に合った作品を製作し、フロアに飾り付けを行っている。	広くて大きな窓から日差しが入り、食堂や台所、居間はとても明るい。また、食事の席から外の景色を眺めることができ季節の変化を感じとれる。台所の横に小上がりの空間があり、休んだり布巾を干したりと多目的に使われている。好きな時に休めるようにゆったりとしたソファも設置されている。	
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	共有空間では利用者一人ひとりの座席を指定して馴染みのある利用者同士で過ごしていただけるように努めている。また、フロアにソファも設置し席を離れて一人に慣れる空間や横にもなれ休息できる場所を提供している。		
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	入居時馴染みのあるものを持ってきていただけるようにお願いし持ち込みをして頂いている。ただし、刃物や針のような物は基本的に持ち込みを禁止している。縫物をされる際はこちらで管理しているものを使っている。	日本家屋を思わせる居室の入り口ドアを開けると、備え付けのベッドや安定感のある単管があり、自分で作ったハンドメイドの写真立てを飾ったりと、居心地よく過ごせるように配慮している。	
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	利用者一人ひとりのADLを把握し、その方に合った福祉用具の提案提供をし、自室の環境整理を行い本人が安全に理解できるような配置を心がけている。		

2 目標達成計画

事業所名: イエローガーデンいのくち

作成日: 令和 8 年 2 月 19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	運営推進会議について家族の参加が難しい点。そのため家族の意見が聞けない状態。	家族様が運営推進会議に参加し、意見を聞ける。	参加していただけるように声かけを行い、出来るだけ参加していただけるように日時を合わせるように努める。	12ヶ月
2	1	会社の理念と施設の目標を掲げているが、まだ全員が口頭で他者に伝えることができない、周知が甘い点。	全員が理念や目標について他者に伝えることができるようになる。	定期的に理念や目標について話し合い、その理念や目標についてどのように現場が向かっていくのか話し合う。	12ヶ月
3	5	定期的に地域包括、市町村の研修等で、顔合わせはできているが相談できる関係性に至っていない点。	研修や勉強会に参加し、関係性を作り、相談やアドバイスをもらえるようになる。	地域包括支援センターや市町村が主催する研修・勉強会へ継続的に参加する。研修時には名刺交換や情報交換を行い、顔の見える関係づくりを意識する。	12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合った
		☐ ③市区町村へ評価結果を提出し、現場の状況を話合った
		☐ 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()