

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	1690100035		
法人名	株式会社ブレイン		
事業所名	グループホーム笑美寿		
所在地	富山県富山市中島2丁目1-43		
自己評価作成日	令和7年1月日	評価結果市町村受理日	令和7年5月19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)】

笑美寿の『笑み』の字の中には、お客様(利用者)の笑顔、地域の笑顔、そして職員の笑顔の三つの笑顔の想いが込められています。三つの笑顔が溢れるように職員一同チームワークで頑張っております。

※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=1690100035-00&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3月18日		

【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)】

・運営母体は多岐にわたる事業を展開しており、計画的で安定した事業所運営が成されている。根底には三つの笑顔という揺るぎない法人理念が、利用者のみならず支援に向き合う職員の毎日を支えており、ひいては利用者が穏やかに歳を重ねるといった最終目的に向かって支援している。
 ・事業所の立地環境が富岩運河に面し桜並木に沿った遊歩道があり、自然の中で散歩する条件に恵まれている。それに加え、複合施設の利点を生かし入浴・食事・コミュニケーション等利用者の安全と安心が担保されている。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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	理念は職員が目につきやすい場所に掲示し、月1回のミーティングで読むように伝えている。利用者、家族が安心して過ごしている。利用者、家族が安心して過ごしている。笑顔で接する事を心がけている。	法人グループ共通の理念を支援の柱として掲げ常に意識付けしながら、利用者と家族・地域・職員が笑顔でいられるようより良い支援に取り組んでいる。今後は月ごとの指針を設け、より具体的に支援に反映しようとしている。	月ごとの目標指針を具体的に掲示することにより職員の結束や振り返りを得てより質の良い支援に反映できることに期待したい。
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	地域の行事に参加し交流を図っている。昨年は運河祭りに参加し祭り先でお知り合いやご家族に出会われている。	コロナ禍を受けて徐々に感染症等の規制を緩和しつつある。地域との交流も復活すべく地域行事への参加も年間計画に盛り込んでいる。	
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	運営推進会議において積極的に認知症に関する特徴、特性、支援方法の具体的な内容について説明させて頂いている。		
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ヶ月毎に運営推進会議を開催し、近況報告を行い、情報や意見をもとにサービスの向上に努めている。	運営推進会議で事業所の運営の理解を得ると共に、災害時の地域高齢者の受け入れも視野に入れ地域との相互協力体制構築への具体的な準備段階に入っている。	運営推進会議への家族代表は固定的である為、今後は利用者家族の積極的な参加を促す発信の工夫や、地域からの運営推進会議への構成参加メンバーも再考して、より双方向的な意見交換が成され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取り組んでいる	定期的に介護相談員の訪問があり意見交換を行っている。	毎月の介護相談員の訪問時に様々な情報共有や相談など相互理解・協力体制が構築されている。	
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	小規模多機能居宅介護事業所と身体拘束をしないケアについて研修会を合同で実施している。施設全体でもオンラインで全職員が研修を受講している。	建物2階の同じフロアにある小規模多機能居宅介護事業所との合同研修が年4回行われ、内1回はeラーニングによるヒアリングで全職員が身体拘束をしないケアを正しく理解している。	
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	身体拘束についての研修と併せて虐待の研修会を行っている。全職員でケアの在り方を見直す機会を設けている。		

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
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	施設全体でオンライン研修を受講し、個々でもeラーニングに参加し職員に周知させている。		
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	契約書、重要事項説明書を用いて、項目ごとに理解を得て契約と結びつけている。		
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	施設入口に苦情受付箱を設置している。ご家族の訪問時や運営推進会議にて意見の収集を図り、意見、要望等はミーティング等にて話し合い反映させている。	利用者家族の訪問時や同行外出時に家族からの要望や意見を聞き取り、職員ミーティングで周知・相談の上支援に反映させている。	
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	ミーティングを通して、現場との情報交換や意見を聞く機会を設けている。管理者は日頃から個々にコミュニケーションを取り意見を聞くようにしている。	施設長や管理者は日頃から職員一人ひとりの様子を注視し意見を聞き取る体制であり、職員が管理者に要望や提案を伝えやすい環境が整っている。外国人職員の教育は言葉の壁や文化の違いもあるが職員同士協力している。	
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	個々面談の機会を設けて一人ひとりの職員の様々な意見を集約し、職員一人ひとりがやりがいのある職場になるよう努力している。		
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	認知症実践者研修、リーダー研修等の研修会に積極的に参加してもらい、また初任者研修といった未経験であってもキャリアに応じた研修を実施している。		
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	運営推進会議にて地域包括支援センター、他事業者との交流、意見交換の機会を持っている。		

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
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	入居時には、ご家族からの聞き取りをもとにご本人にお会いし、ご本人が安心して生活ができるようご本人の思いを伺い状況を把握している。その際ご本人が思う支援につなげられるよう努めている。		
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	傾聴により、不安や要望を受け、不安の軽減、必要とされる支援につなげることでご家族とより良い関係性の構築に努めている。		
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	お話を伺いその状況に応じて対応している。また、医療的なサービスが必要と考えられる場合には看護多機能型居宅介護へのサービス利用にもつなげている。		
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	喜怒哀楽を共に、支えあえる人間関係作りに配慮している。じっくりと個々に話合える時間を持つように取り組んでいる。		
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	訪問時や電話、または月1回の手紙や写真にて様子を伝える事により、ご家族との関係が途切れることのないよう、ご家族と共に支えられるよう心掛けている。		
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	ご家族様、ご親戚の面会時間を大切に、デイでの顔馴染みの方との会話、笑美寿周辺の散策等の支援に努めている。	家族等との面会や外出ができ、同フロアの小規模多機能ホームとの区切りは無くお互いの利用者は馴染みの関係である。1階のデイサービス利用者とも会話ができ、周辺の散歩も含めて閉塞感のない開かれた支援が成されている。	
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	個々の性格や疾患を職員間で共有把握し、その時に合った関係ができるよう支援、見守りを行っている。		

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
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	アセスメントやケアプラン等の情報を提供し、これまでの生活が継続できるよう連携に努めている。		
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	ご本人ご家族から日々の思いやニーズに対し耳を傾け意向の把握に努めている。どのような支援の場合でも常にご本人の立場に立った考えを意識し、職員間でケア樹やミーティング等で連携を図っている。	入所時に本人や家族の思いを聴取し個別にアセスメントシートを作成、全職員で共有している。意思疎通が困難な場合は、日常生活の行動や表情などで判断し家族の思いを取り入れながら検討している。	
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	ご本人とのさりげない会話やご家族からの聞き取りを行い、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	一人ひとりの毎日の生活状況を観察し、些細な変化を記録し全職員で情報の共有を徹底している。		
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	作成時には、ご本人ご家族より意向を伺い、常に本人本位の考え方のもとチームで意見交換し作成している。また、ご家族、関係者には日々のご様子等必要となる情報の提供に努めている。	月1回ミーティングを行い、ケアマネジャー、職員で話し合いの場を設けている。モニタリング担当者が利用者の状態の把握に努め、家族や担当医の意見を取り入れながら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	記録には食事、水分量、排泄状況、日々の暮らしの様子、発言、気づきを入力し全職員で共有している。また、ICTを導入したことにより必要な情報を即座に振り返り、実践、介護計画に活かしている。		
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	多種多様なニーズに応えられるよう併設事業者によるリハビリを活用したり、デイサービスの行事にも参加するといった柔軟な支援を実施している。		

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
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	地域のお祭りや自治会の主催する餅つき大会などに積極的に参加することにより地域資源を活用し、ご本人の暮らしを豊かにできるよう努めている。		
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、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	協力医の定期的、必要時の往診あり。他医療機関に関しては、基本ご家族の同行となっているが、場合によっては職員の同行で受診されることもある。	本人や家族の希望で利用者全員が協力病院を希望され月1回往診を受けている。他科医の受診には家族が付き添い、状態の変化があれば、事業所から主治医にファックスや封書で病状を伝えている。家族から結果報告を受け全職員で共有している。	
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	看護職員と連携しながら健康管理を行い、その都度適切な対処が行えるようにしている。		
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。	入院時には医療機関に情報提供を行っている。入院中では病院内の地域連携室との連携を円滑に実施し、ご本人、ご家族の意向を確認しつつ早期の退院支援へと結びつけている。		
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	契約段階にて重症化した場合、ご本人、ご家族の意向に添えるよう併設する看護小規模多機能型居宅介護へのサービスや入院といった方法をご説明している。また、状態の変化が生じた場合、主治医、施設看護師と密な連携を図り、その都度ご本人、ご家族の意向を確認している。	入所時に本人や家族に看取りについて説明をしている。重度化した場合は、本人や家族の思いを汲み取りサービスの提供に努めている。看取りについて説明を行い同意を得ている。サービス担当者会議で本人や家族、担当医、ケアマネジャー、施設長、管理者と話し合い、本人に寄り添った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	緊急時マニュアルを作成し、周知徹底を図っている。全ての職員は管理者、施設看護師の指導の下マニュアルに即した訓練を行っている。消防署に出向きAEDの研修に参加している。		

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2回運営推進会議の際避難訓練を行い地域の方へも支援協力をお願いしている。	BCPの作成は出来ている。消防署が立会いのもと避難訓練を実施し災害時についての指導や説明を受けている。地域の防災訓練に参加し地域との交流関係を築いている。能登半島地震時には職員に対して炊き出しを行った。備蓄は3日分備えているが、管理は段階的である。	消防署からの指導に基づき改善に努め、備蓄の期限や場所を一覧表にし全職員が把握できるよう掲示するなど工夫されることに期待したい。また、地域との協力体制を築いていくことにも期待したい。
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	個人情報については全職員に理解、徹底するように守秘義務の誓約書の提出があり、声がけには周囲を見ながら尊厳を保持するさりげないことば使いに努めている。	ミーティング時にプライバシー保護や言葉づかいについての研修を行い、就労時の個人用携帯の使用禁止も含め、振り返りシートを活用し個別の対応に努めている。利用者と向き合い、尊厳について話し合っていきたいと考えている。	
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	コミュニケーションを取りながら個人に合った問いかけにて自己決定ができるよう努めている。		
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	一人ひとりの希望や状態、体調に合わせて本人が望むことをできる環境を提供し、その人のペースを尊重し過ぎて頂けるよう支援している。		
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	自己決定できる方には任せ、それ以外の方には可能な限り自己決定が行えるよう職員で支援している。整容に関してはさりげない対応に心掛けている。		
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	おやつ作りや、月に1度入居者の食べたい物を伺い一緒に昼食作りもしている。昼食作りでは年々出来る事が少なくなりつつあるが出来事をして頂いている。	献立は栄養士が作成し3食手づくりである。月1回、利用者と献立を考え一緒に料理作りを楽しんでいる。年1回、家族とお食事会を復活させ交流を図りたいと考えている。	
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	食事や水分量のチェックを行い把握している。制限のある人の配慮やこれまでの食事環境の把握にて個々の摂取量にも留意している。		

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	毎食後、できる人には声掛けと見守りを行い、できない人へは介助にて清潔保持に努めている。		
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	個々の排泄状況を把握し、時間での誘導を行っているがご本人の意思も尊重できる支援を行っている。また入居者の様子観察にて排泄介助を行っている。	1日のチェックシートで一人ひとりの排泄管理を行っている。日中、夜間共に声がけにてトイレ誘導を行いトイレでの排泄を心掛けている。日曜日は全身マッサージ機を活用し筋力低下の改善に向けた支援を行っている。	
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	全入居者の排便状況の確認はできていないが把握できる人に関してはその人に応じた便秘対策を行っている。水分摂取についても積極的に行うよう努めている。看護師との連携を図っている。		
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	時間や曜日が決められているがその時の状態等により対応することもある。	入浴は個浴、機械浴、大浴場があり、大浴場では歩行訓練を行っている。入浴を拒む利用者にはシャワー浴や着替えを行うなど一人ひとりの対応に努めている。	
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	良眠につながるよう日中の活動を促している。個人の生活習慣やその日の状況に応じて、休息できるよう配慮したり、その方のペースを尊重している。		
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	薬の効用、副作用の説明書を個人ファイルに閉じ全職員が把握できるようになっている。薬の変更時には申し送りにて伝え状態の変化の観察に努めている。		
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	以前からの趣味や仕事の中から社会的役割や楽しいと感じてもらえることを支援し、タオルたたみといった共同作業には感謝の言葉を伝えるようにしている。		

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
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	一人ひとりの状態を見ながら近場の散歩を行っている。また、月に1回は外食の機会を設けている。が食事形態等の悩みもでき、近場でおやつを食べるにとどまっている。	近くの公園へ散歩に出掛け、おやつを食べるなど楽しんでいる。家族と通院やドライブ、お買い物、お墓参りなどに出かけている。4月からはボランティアに声かけをし花見など外出の機会を設け行事活動を増やしていきたいと考えている。	
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	ご利用者の希望に応じて、金銭の所持や使用する機会を支援している。また職員は、金銭に関するトラブルが生じないようにあらかじめご本人、ご家族の方と管理方法についてご相談させて頂いている。		
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	入居者の希望に応じて、ご家族へお電話をかけたり、手紙や年賀状を出せるよう支援している。		
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	フロアには季節に応じた飾りつけにて季節感が感じられるよう気配りしている。台所とフロアが一体になっていることにより、生活のにおいや音が心地よく感じられる作りになっている。	居間は広々として明るく、隣のフロアとの行き来は自由で利用者の表情が生き生きしている。座席に決まりはなく、ソファを活用したり居心地よく過ごしている。春には窓から見える桜並木や、手作りの季節ごとの装飾を楽しんでいる。	
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	フロアや廊下にソファを設け、一人で過ごしたり気の合うご利用者同士がくつろげるスペースがある。		
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	入居時には使い慣れた生活用品、家具等を持ち込んでもらっている。状況に応じてご家族と連携し配置換えを行っている。	居室は家族と話し合っ本人が居心地よく過ごせるような環境づくりに努めている。状況に応じて居室での面会や家族が希望すれば泊まれるよう配慮している。	
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	表札や表示、個々の暖簾などを用いた環境作りを行っている。また、職員は気づきをもとに移動時や着座にリスクがないようさりげない支援を行っている。		

目標達成計画

作成日: 令和 7年 5月 7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	1	月ごとの目標指針はミーティング中に口頭で発表しているだけで、掲示することがなかった職員の記憶に残らず、チームが目標に向かって動く事が出来ていない	月ごとの目標を掲示する事でチームが同じ方向を向き、ご利用者様に質の良い支援を行い穏やかに過ごしていただく	ひとりずつ順番に目標を考え担当月にミーティングで発表、紙に書いて職員がいつも目にする場所に掲示する。	1ヶ月
2	4	運営推進会議の参加が同じ方ばかりで、他のご家族様と意見交流が出来ていない。仕事や用事とお忙しく不参加が多い。	積極的に参加していただけるテーマを作り、ご家族様同士で対話ができる機会を設ける。まずは運営推進会議について、そしてどういう方が参加されているのか等知っていただく	来年度最後の運営推進会議で、地域住民の方、地域包括、ご家族様を交えて、昼食をご利用者様と食べていただく	10ヶ月
3	35	現状では一目で備蓄がどこにあるのか分からず備蓄を出すにも物をよけて取り出すという状態 期限もファイルを探してから見ている	保管場所を整理し期限順に並べる等工夫する職員が直ぐに分かるよう一覧にして掲示する	グループホームの備蓄の場所、期限等を職員に周知してもらう為見やすい場所に一覧を掲示する。いざというときの為にミーティング時にリレー方式で備品の出し方等の練習を行ってみる	2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()