

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	1691000119
法人名	メディカル・ケア・サービス東海株式会社
事業所名	愛の家グループホーム南砺福光
所在地	〒939-1610 富山県南砺市福光777番 1
自己評価作成日	令和7年9月12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7年10月16日	評価結果市町村受理日	令和8年1月5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）】

職員と入居者がコミュニケーションを取り、入居者さんの慣れ親しんだ故郷、地域で生活を維持できるように、家庭的な環境の下で利用者がその有する能力に応じ、入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上のお世話及び機能訓練を行っています。日頃の会話の中でどこか遊びに行きたい所があれば外出し、何か美味しいものを食べたいと思えば、食べに行ったり、入居者様もスタッフも一緒になって楽しめるよう取り組みをしている。

【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）】

家庭的な環境の中で利用者の思いを尊重し、地域での生活継続に向けた支援が行われている。日常の会話から希望をくみ取り外出や食事の機会をつくるなど、生活の喜びを大切にしている。利用者一人ひとりの「1日1日が貴重な時間」であることを意識し、「今できる支援」を後回しにせず丁寧に実践している。  
また、運営法人は全国で複数の事業を展開し、研修体制が整っていることから、人材育成の基盤が確立されている。さらに介護記録等のICT化が進んでおり、業務の効率化と情報共有の円滑化により、より質の高いケアの提供につながっている点も強みである。

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ます。 (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	外部評価	
			自己評価 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
<b>I. 理念に基づく運営</b>				
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、目標の確認が出来るように、ユニット毎に目の付く場所に掲示し、日々の業務時に、意識できるようにしている。また、1月に1度、ユニット会議でカンファレンス時に、振り返りしている。	理念と目標をユニットごとに目につく場所へ掲示し、日々の業務の中で職員が意識できる環境づくりが行われている。理念に基づく行動目標を設定し、毎月進捗状況を確認している。理念と実践を結びつけて共有しており、職員間の意識統一とケアの質向上につながっている。
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	他の事業所との交流は出来ていないが、初詣や、花見など季節を感じられるようにドライブなどを通し、地域の日常に触れる機会を設けている。	地域とのつながりを大切に、町内会へ加入し、回覧板による情報共有や地域行事への参加、高校生によるハンドマッサージ受け入れなど、地域住民との交流にも取り組んでいる。今後、他事業所との連携が深まることで、より地域に根ざした支援の広がりが期待される。
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	年に1度、となみ野高校の福祉科から、認知症疑似体験(VR)の依頼を受けて、学校の方との交流をしている。	
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	施設の困りごとなどを、参加者の方から助言を頂き、サービスの改善向上に努めている。	運営推進会議を2か月に一度定期開催し、事業所の状況共有や課題を明確にする場として機能している。地域住民や関係者から助言を受ける機会としている。地域行事等の情報を得てサービス向上に役立つ姿勢が見られる。
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に取り組んでいる	運営推進会議や、介護保険の更新申請時などで、市町村担当の方と、施設の実情報告を行っている。	市町村担当者と適宜情報共有を行い、運営推進会議などを通して、事業所の実情報告と意見交換を継続している。また、困った事があれば、行政からの助言を受けながら課題整理と改善につなげている。
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	3か月ごとに、会社独自の注意喚起や、勉強会を通して、自身のケアの振り返り、また、ユニット会議などで身体拘束の原理原則を振り返り、身体拘束防止に努めている。	身体拘束を行わない方針のもと、3か月ごとに会社独自のチェックシートで確認し、チェックシートを元に面談を行い理解を深めている。注意喚起や勉強会を実施し、自身のケアを振り返る機会を確保している。ユニット会議でも原理原則の確認を継続し、職員全体で身体拘束防止への意識を共有しながら、適切なケアの実践に努めている。
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	3か月ごとに、会社独自の虐待チェックシートを活用し、自身のケアの振り返り、また、ユニット会議などで、虐待の原理原則を振り返り、虐待防止に努めている。	

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
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	身体拘束、虐待防止の注意喚起等の機会に、その人の権利擁護について、振り返りしている。現在、個別案件は、特になし。		
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	入居相談時、入居契約時に、ホーム(施設)内で起こりうる、リスクや、重度化について文章で説明し、署名を頂いている。		
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	面会時や、1年に1度、会社の利用者、家族様アンケートを実施し、その回答を玄関先などに掲示し、情報公開をしている。	家族の声を大切にし、面会の際の何気ない会話や、年に一度のアンケートを通じて事業所の良い点、改善点等を抽出し、アンケートの集計結果は家族へフィードバックしている。また、いただいた意見は玄関先に掲示して共有し、家族にも見える形で要望に応え、安心と信頼につながる運営を心がけている。	
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	1~2か月に1度、スタッフ面談の実施を心掛け、スタッフの意見を聞く機会を設けるように努めている。また、日々の業務の中で、スタッフの意見、提案を話せるように雰囲気づくりに努めている。	定期的にはスタッフと面談を実施し、意見や要望を聴く機会を設けている。また、日々の業務の中でも意見や提案を出しやすい雰囲気づくりに努めており、職員の声を運営に活かしている。	
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	スタッフ面談や、毎年9月の契約更新時などに、スタッフの働く目的、働き方を聞き取り、スタッフが向上心を持って働けるように努めている。会社では、キャリアアップの基準を明確にし、実績と課題を明らかにしている。		
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	社内、社外の研修会への参加を推奨し、若手スタッフの育成に努めている。		
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	定期的には、1事業者の管理者と、口頭で情報交換し、交流や、会議(ユニット、全体)会議に参加し、助言をもらう機会を設け、自施設のサービスの向上に努めている。		

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
<b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	サービス利用時に、家族、本人の意向を伺うように努めている。		
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	入居前、入居後、面会時などの機会に、要望などを伺うように努めている。		
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	入居相談時、入居前、入居時に、家族、本人の意向を伺い、施設で出来る事、できないことを説明し、外部サービスが必要な場合は、運営推進会議などで議題に挙げ、アドバイスをもらえるように心掛けている。		
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	ホームの生活の中の、食事の盛り付け、テーブル拭き、掃除、洗濯物たたみ等、その人の出来る活動を活かし、相互の信頼関係づくりに努めている。		
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	定期的に面会をお願いし、本人と家族の絆、関係性の維持に努めている。		
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	面会などの機会に限らず、ホームからの便りなどで近況をお伝えし、関係性が途切れないように努めている。	入居前からの人間関係や社会とのつながりを大切にし、スマートフォンを持つ利用者については自由に家族と連絡がとれる環境を整え、交流が継続できるように支援している。また、自宅に帰りたいという希望がある場合には、職員が付き添い自宅訪問するなど、これまで大切にしてきた関係が続いていくよう努め、利用者の安心感につながる生活支援が実践されている。	
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	ユニット毎に、利用者の特徴に合わせ、利用者同士の関り、支え合いが出来るように、食事席などの工夫に努めている。		

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
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	サービス終了後も家族、本人への相談や支援は、行えていない。 退居時に、入居時の生活状況の記録を作成し、相手の事業所等へ情報提供している。		
<b>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</b>					
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	日々の関りの中で、その人の想いを聞きとるように努めている。非言語的コミュニケーション(表情、しぐさなどから)その人の想い、意思を推し量るように努めている。	日々の関わりの中で利用者一人ひとりの思いを傾聴し、支援へ反映できるよう努めている。言語化が難しい場面でも、表情やしぐさなどの非言語的コミュニケーションから意思を汲み取り、生活歴や家族からの情報とも照らし合わせながら理解を深めている。また、得られた気づきは記録に残し、本人の思いに沿った支援の継続につなげている。	
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	入居前、入居時に、本人、家族、知人などから、生活歴など、その人の暮らし方、こだわりなどを伺い、情報の把握に努めている。		
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	毎日のバイタル測定や、日々の関りの中で、心因状態の把握や、出来る事を見つけ、他のスタッフとも、情報共有し現状の把握に努めている。		
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	毎月のカンファレンスにおいて、ケアプランのモニタリングなど、聞き取りし、計画書に反映するように努めている。	毎月のカンファレンスや3か月ごとのモニタリングを通して、利用者の状態や思いをチームで共有し、本人・家族の意向を踏まえたケアプランの作成が行われている。日々の関わりや聞き取りから得られた気づきを計画書に反映している。チームで共通認識を持ちながら継続的な見直しにつなげている。	
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	その人の生活で気づいた事柄を、介護記録ソフト(一言イベントなど)に入力し、職員間で情報共有し、ケアプランへ反映を心掛けている。		
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	既存のサービス以外に、本人、家族の日々の状況状態に合わせ、柔軟に対応を心掛けている。		

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
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	月に1度の、訪問理容サービス、往診、不規則の移動販売の機会を利用し、その人の生活が豊かで、楽しく感じられるような支援に努めている。		
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、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	受診は、基本的には家族様に依頼しています。家族様の事情により対応できない場合は、柔軟に施設で対応し、医療などの支援が受けられるように努めている。	入居時にかかりつけ医を選択してもらい希望を尊重した受診支援を行っている。家族の事情などにより対応が難しい場合には、事業所が柔軟に受診付き添い等を行い、必要な医療支援が継続して受けられるよう配慮している。職員が付き添わない家族同行受診後は、家族からの情報を受診報告書にまとめ情報共有している。	受診時の情報を事業所から主治医へ適切に伝える仕組みや、主治医からのフィードバックを様式化することで、より連携の質が高まることに期待したい。
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	週に1度、訪問看護師が来所されるので、情報共有している。		
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、その人の生活状況などサマリー的な書類を文書で提供し、連携を図っている。		
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	入居前に、重度化に伴う指針を説明し、署名捺印頂いている。その人が、終末期と判断された時は、その時々、医師、家族、施設スタッフで人生会議的な話し合いをし、チームケアに努めている。	入居前に重度化に関する指針を説明し、家族の同意を得たうえで支援方針を共有している。終末期が見込まれる段階では、医師・家族・事業所スタッフがその都度話し合いの場を持ち、本人の思いに沿った選択ができるよう、いわゆる人生会議(ACP)の視点で支援方針を確認している。チームで情報を共有しながら、重度化や終末期においても本人の尊厳を大切にケアの継続に努めている。	
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	マニュアルを作成し、各ユニット毎に保管し、周知している。不定期で、応急手当などの訓練を行い、実践がスムーズに出来るように、努めている。		
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	マニュアルを作成し、各ユニット毎に保管し、周知している。 近年、日本全国で自然災害が発生しているニュースなどの情報をもとに、日常会話の中で、協力体制を確認している。	災害時の対応マニュアルを整備し、各ユニットで保管・周知することで、職員が迅速に行動できる体制づくりに努めている。また、近年の自然災害のニュース等を共有しながら、日常的な会話の中で協力体制や役割分担を確認し、職員一人ひとりの意識向上と備えの継続に取り組んでいる。	地域とのつながりを広げて災害時の協力体制ができることで、お互いに安心できる支援体制を地域と共に構築できることに期待したい。

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	ホーム長が、3か月に1度、不適切ケアを点検し、その人らしさを損ねない接遇について、話すように、努めている。	利用者の尊厳を守ることの理解と周知の取り組みとして、ホーム長が3か月に1度、不適切ケアの有無を点検する機会を設け、本人の思いを損なわない接遇について確認を行っている。また、事業所内での接遇研修や外部研修への派遣を通して職員の意識向上を図り、日常の支援に生かされるよう取り組んでいる。	
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	日々の関りの中で、その人の想いを聞きとるように努めている。非言語的コミュニケーション(表情、しぐさなどから)その人の想い、意思を推し量るように努めている。		
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、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	基本的日課(ルーチン)は決め実施しているが、サービス提供時は、その人の体調、気持ちに配慮し、柔軟に対応している。		
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	衣類が汚れた時は、可能な限り、その場で着替えするように努めている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者さんと一緒に、食事の盛り付け、器拭きなど、その人が出来る能力の中で、行っていただいている。	利用者が持つ力を活かしながら一緒に盛り付けや器拭きなどに参加できる機会を設けている。また、食べたいものの聴き取りやおやつ作り、外食の企画、季節行事食の提供などを通して食する意欲や楽しみに繋げている。	
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	食事水分摂取量を毎食ごとに記録し、少ない場合は、朝夕の申し送る時、また、その日の勤務者の中で話し合い、その人の嗜好に合わせ、量の確保に努めている。		
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、口腔ケアの声掛け、確認をしている。利用者によっては、拒む方もおられるため、状況に合わせ無理強いせず、少しでも清潔保持出来るように、声かけのタイミングなどを工夫している。		

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
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	利用者毎に、排泄時間(排尿、排便)を記録し、排泄パターンに合わせて、誘導している。介助は、その方のできることはして頂き、出来ないところを介助するように支援している。	利用者の排泄リズムや習慣を把握し、できる限り自立が保てるよう支援している。トイレ誘導や声かけ、環境調整など、本人の力を活かす関わりと環境づくりに努めている。尊厳に配慮しながら、日々の観察や記録をもとに支援方法を見直し、負担の少ない排泄支援へつなげている。	
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	腸の活動が促されるように、運動量を確保したり、水分を摂ってもらうなど、その人の状態に合わせて、便秘解消に努めている。		
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	1週間に2回を基本とし入浴サービス提供しています。その人が豊かに入浴できるように、時間帯や、入浴回数を柔軟な支援対応に努めている。	入浴を生活の楽しみのひとつと捉え、入浴剤の工夫、本人のペースに合わせ安心して入浴できる環境づくり、声かけや見守りを通して不安の軽減を図るほか、気持ちよく入浴できるよう支援している。また、希望時間での入浴や同性介助など、入浴そのものが心地よいひと時となるよう工夫や配慮が図られている。	
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	日中の活動量を確保し、夕方からは精神面のクールダウンできるように、精神活動の安定に努めている。		
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	薬情報は、利用者ごとのカルテにファイルし、いつでも確認できるように整理している。薬の用途等については、薬箱にメモ書きし、確認できるように工夫するように、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	その人が、やりたい、やってみようという気持ち、動機付けが出来るように、生活歴やその人の力を引き出すような、声掛けに努めている。		
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	季節や天候を見て、その人の希望に沿って、外出(散歩、ドライブ)などの支援に努めている。また、気分転換に、玄関先で日光浴や、ミニ喫茶的な機会を作り、自然を感じる機会の提供に努めている。	季節や天候を考慮しながら、本人の希望に沿って散歩やドライブなどの日常的な外出支援に取り組んでいる。また、気分転換や季節を感じられる機会として、玄関先での日光浴やミニ喫茶の時間を設けるなど、外出機会を確保して生活、心身のリフレッシュにつながる支援が実践されている。	

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
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	金銭トラブルになる為、お金の所持はしていない。		
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	利用者の希望に沿って、施設携帯を使い、家族などと電話出来るように、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	当施設は、2ユニット共に、リビングから窓越しに田園風景など季節を見ることが出来る環境があります。 過剰な刺激とならないように、光、音、温度などに配慮しています。 リビングと台所が同じフロアにあり、食べ物の匂いが感じられるようになっている。	光・音・温度などに配慮し、部屋、トイレなど分かりやすい表示にする工夫があり利用者が安心して過ごせる空間づくりに努めている。また、リビングと台所が同じフロアにあることで、食事の匂いや調理の気配が感じられ、家庭的で落ち着いた雰囲気の中、生活リズムが整う環境が整備されている。	
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	その人らしい居場所空間であるように、居室はその人が過ごしやすいように本人家族で整えてあり、また、利用者同士が、自然に話が出来るように、フロアにソファを置いたり、玄関などにベンチを設置し、工夫している。		
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	利用者さんが慣れ親しんだ、寝具、家財、衣類や、小物を居室に置いていただくなど、ご自宅(我が家)にいるような雰囲気づくりに努めている。	利用者が自宅にいるような安心感を持って過ごせるよう、なじみのある寝具や小物などを持ち込める環境を整え、これまでの暮らしの延長線上に居室空間をつくる工夫がなされている。また、ベッドや椅子の配置、生活動線への配慮を行うことで、安全性と居心地の両立を図り、本人が落ち着いて過ごせる居室環境づくりに努めている。	
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	利用者の身体能力に合わせ、その人の移動能力を把握し、環境を整えている。 また、生活動作、家事作業など、その人の出来る事を引き出し、スタッフと一緒にいき、安全配慮に努めている。		

## 2 目標達成計画

事業所名 愛の家グループホーム南砺福光

作成日: 令和 7 年 12 月 25 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	運営推進会議での振り返りや議題など議事録に残せていない、わかりにくいことがあった。	運営推進会議での議題や振り返りを議事録でもわかるようにまとめる。また、会社で行っている議事録作成のボイスメモも活用しわかりやすくまとめられるようにする。	会社で使用している会議などでの議事録作成メモを使用しすぐに課題や議題を振り返り、残せるようにする。	3ヶ月
2	30	かかりつけ医からの往診や臨時往診での医師からのフィードバックや相談事の書式がなく共通認識できていない。	往診など書式が決まっていなかったりわかりづらい為書式をまとめて、個々の入居者様がどう診察受けたかなどまとめられる。	書式をまとめ、職員からの相談事のかかりつけ医からのフィードバックを記載し往診記録としてまとめる。	3ヶ月
3	35	災害対策は会社、ホームで行っているが地域の方との交流や対策会議など話し合われていない。	地域との訓練など参加やホームの状況を知ってもらうことで協力できる体制を作る。	運営推進会議や地域包括とも相談を行い、自治会長とのご参加や現在の状況など共有できるツールや地域での災害訓練など参加や話し合いにも参加できるようにする。	6ヶ月
4	23	職員不足や入居者様の重度化に伴い入居者様の願いを叶えさせにくくなっている。	夢の花咲プロジェクトを再度掲げ、毎月一人でも願いを叶えられるようにする。	夢の花咲プロジェクトを叶えられるために係りをきめてシフトを作成していく。叶えられた願いなどはホームで大きく掲示をしていく。	12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	<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( )