

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	1690900053		
法人名	株式会社そよかぜ		
事業所名	グループホームいろどり		
所在地	富山県小矢部市今石動町1-2-9		
自己評価作成日	令和6年10月25日	評価結果市町村受理日	令和6年12月16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=1690900053-00&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6年11月21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）】

入居者様のそれぞれの想いを叶え続ける点や入居者の今までの楽しみを継続できるように支援することに力を入れている。施設から車で2分の所に入居者の主治医の病院があるので、緊急時ならびに体調変化時に迅速に対応してもらえ、健康維持ができる点をアピールしたいです。
--

【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）】

管理者が事業所を引き継ぎ、3年をかけて様々な工夫や取り組みをし、管理者と職員の信頼関係や職員同士の信頼関係もしっかりと構築されている。入居者個々の満足度を高め、職員のモチベーションを上げる事業所の雰囲気づくりやなんでも言いやすい職場づくりに力を入れている。管理者の思いである「入居者さんの気持ちを優先して行動する」を汲んだ、理想的な事業所づくりに職員と一緒に取り組んでいる。グループ会社には海外での外国人介護人材の養成もなされ、これからの介護施設のモデルケースとなりうる。
--

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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	理念を実践するための5つの行動指針から目標を設定し半期ごとに振り返りと面談を行い、人事考課の要因としている。	管理者が事業所を引き継ぎ3年が経過し、約50グループの本体企業理念を事業所理念(運営方針)とし、半期ごとの設定目標に向けて、職員の意識改革・行動改革を促し、管理者と職員は理念を共有して実践につなげている。	
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	地域の方に秋祭りに来てもらったり、地域のボランティアの方に月一回来てもらっている。運営推進会議も市の健康福祉課・民生委員・町会長・利用者家族に対し2か月に1度、開催している。	事業所職員が自ら企画運営した秋祭りへ地区関係者・家族・運営推進会議メンバーが参加したり、月1回で地域ボランティアを招致したりする等、積極的に地域と交流している。	
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	行政や家族様から他の施設では困難な方を積極的に受け入れているため、サービスの低い施設からの受け入れが増えている。		
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	すべて隠すことなく報告し、ご意見を頂いている。その内容を家族様・職員へフィードバックし問題解決にあたっている。	運営推進会議には家族会代表が月ごとに持ち回りで参加し、会議の内容は家族・職員へ詳細に報告・連絡し、話し合いをして解決やサービス向上に繋げている。	
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	市町村や介護組合などのアンケートや質問に真摯に答え、運営推進会議では、事業所の取り組み等の報告に対する意見をもらい、改善に努めている。また市のグループホームの集まりにも積極的に参加している。	市担当者とは運営推進会議でも事業所の取り組みについて理解・協力を仰いでいる。市のグループホームの集まりに参加し、情報収集をしている。	
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	現在、身体拘束の対象者はおらず、毎月のユニット会議で勉強会や対象となりえる入居者の確認をおこなっている。	頻繁に家族等の出入りがあるため、日中の玄関の施錠はしていない。職員に対し身体拘束等の適正化のための事業所内勉強会を実施して入居者の状況変化を職員間で共有している。	
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	管理者は、虐待防止について関連法の内容を研修や厚労省の情報で学び、毎月のユニット会議や個人面談で虐待に該当する事項がないか確認している。事例が確認できれば、すぐに是正に努めている。		

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	現在、成年後見人制度を1名の入居者様が利用しており、管理者が対応しながら職員にも教えている。日常生活自立事業は管理者は度々他で経験しており必要性のある入居者に対して職員に活用法を教えている。		
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	契約時には、書面をもとに十分な説明を行い理解を得ている。解約・改定の際も書面等にて説明を行っている。		
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	施設玄関には苦情受付箱を設置し、匿名で意見できるようにしている。またコロナ禍でもガラス越しでの面会をできる限り実施し、その際、意見を積極的に聞くようにして運営に反映させている。	家族との面会・外出・外泊も認めており、家族を通じての入居者の声や希望要望を聞き取っている。記録はしてはいないが、管理者が苦情受付窓口となり迅速に対応して職員に周知しケアに反映している。	
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	日々の朝夕の申し送り時に職員から意見や提案を聞いている。またユニット会議でも意見や提案を解決することに重点をおいて行っている。定期的に管理者との個人面談も行い、言いづらいことも聞いている。リーダーからの意見・提案も頻繁にあげてもらっている。	管理者は定期的な個人面談も含めあらゆる場面で職員の意見・提案に耳を傾けている。否定するのではなく試行の上で、反映・改善に向けて取り組み、職員が前向きになり達成感を得ることで、より良いケアに努めている。	
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	リーダーと日々意見交換を行い、個々の職員の状況を把握し、半期に月々の目標設定をもらい半期後検証してもらったもので面談をおこない評価をし、次の目標設定をもらい、向上心を持って働けるようにしている。		
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	実務者研修→介護福祉士試験の流れを年最低1～2名行っているし実践者研修も年1～2名行ってもらっている。また職員のできていない部分を実際にやってみせてその後やらせようというOJT形式で行っている。		
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	グループ会社への見学や管理者・職員がオンラインで開催される研修を中心に参加してもらい、良い部分を取り入れサービスの質の向上に繋げている。		

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	入居前アセスメントにおいて本人・家族・担当CMから現在の生活の状況ならびに想いを確認し、職員に伝え、できる限り今までの生活を維持できるように努めて関係構築を図っている。		
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	入居前アセスメントや契約時に家族等が困っている事、不安な事、要望等を聞いて職員と共有して問題の解決に努め、関係構築に努めている。		
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	本人と家族の想いを聞き、運営外のサービスが必要であれば、地域のサービスと連携し想いを第一に叶え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	入居者のできることを最大限に発揮できる支援を職員は行い、入居者が好きな事を共に行い、楽しみ、達成感を共有している。また暮らしを共にしているように各自私服で家庭的な環境にしている。		
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	ドライブ・外食・外泊・受診同行や嗜好品を持ってきたもらったり、祭りに参加してもらったり、衣替えの時期には衣服を入れ替えてもらい、家族に適度に面会に来てもらうようにし、絆を大切にしている。		
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	家族様にお願いし馴染みの人にも面会に来てもらい、関係が途切れないようにしている。場所に関しては、家族様にドライブで連れて行ってもらったり地域の季節感のある場所に定期的に職員がお連れしている。	入所前の本人の生活歴を把握した上で実際関わっていた馴染みの場所や人も確認している。時には来所の依頼をしたり、家族との食事やドライブも容認しており、それらの関係継続の支援に努めている。	
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	入居者同士の関係性を考慮し、基本的な座席を検討、決定した上で、その日その時の状況に応じてフレキシブルに対応している。		

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
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	長期入院により退去になった方についても、退院後に優先的に入居相談を受けられる事を説明し、再度入居できるようにしている。		
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	毎月のユニット会議で担当者が中心となってセンター方式を活用して入居者個々に関する思いやケアを検討し、日々それぞれの思いを叶えられるように努めている。	入居者が生活しやすいように、センター方式を事業所独自にアレンジした設問に変え、入浴時やリラックスした状態の時に聞き取り、思いの把握に努めている。ユニット会議の中でそれを基に話し合い、思いの実現を重視している。	
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	入居前に本人・家族・CMから生活歴、馴染みの暮らし方、生活環境、サービス利用内容を聞き取り、職員と共有し、今までの生活にできる限り近い形で支援している。		
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	1日の生活リズム表を作成し、それぞれの過ごし方を把握するとともにバイタル測定や状態観察を行い健康状態の把握に努めている。6か月毎にモニタリングを行い記録している。		
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	特別な状態変化がない場合は、6か月ごと、変化があった場合は、その都度、担当者会議を行い、担当職員とCMが中心となり職員・家族と検討の上、計画に反映させている。	担当職員が、本人のやりたいことや思いを聞き取り、ユニット会議で話し合っている。ケアプラン作成前に担当職員の意見を一度実施し、良いと感じたらケアマネジャーが、家族とも検討しケアプランに反映している。	
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	介護記録以外にも申し送りノート等で気づきや工夫の提案を共有・検討し、実践して検証するというサイクルで行っており、その都度、介護計画にも生かしている。		
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	本人や家族の都合に合わせて、食事・入浴等の日常的なスケジュールの変更は個々に対応している。家族の支援状況に応じて施設が行うサービスも増やしている。		

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	本人や家族の希望や入所前の生活習慣や社会とのつながりを尊重し、入居後も変わらない生活できるように職員で共有して対応している。		
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	かかりつけ医の決定は、全て本人・家族様に委ねている。月2回の定期及び臨時の往診をおこなってもらえる近隣の医院をかかりつけ医として選ぶこともできる。	ほとんどの入居者がかかりつけ医の往診を利用しているが、専門医や入居前からの病院に受診するときは家族にお願いしている。家族が行けないときは事業所で受診介助もしているため、家族からは喜ばれている。	
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	訪問看護ステーションと24時間連絡体制をとっており、必要に応じ、相談等をおこなっている。月2回の定期訪問では、事前に健康状態を報告し、訪問当日に指示・アドバイスなどをもら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。	入院時は、入院時情報提供書により、入院に至る経緯、現在の心身の状態、施設での生活等、なるべく詳しく伝えている。入居者の入院後の状態把握や新規入居希望者の受け入れや空き情報等、普段から密に相談を行っている。		
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、事業所です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	重度化した場合については、家族・かかりつけ医と相談の上、対応していく旨を契約時説明を行い理解を得て、さらに重度化する可能性がみられたら事前に家族へ報告し、理解を得られるように努めている。	重度化した入居者や家族の思いを尊重して看取りを行っている。事業所での看取りを予定していた家族が「最後は自宅で見てあげたい」という意向を示したため退居に至った事例もあり、家族からは喜ばれている。重要事項説明書の別紙として重度化になった時の対応を、入居時に説明している。	
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	急変・事故対応マニュアルを共有し、事例があった場合、その都度、職員で共有・検討し、次に繋げる対応力をレクチャーしている。		
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	日中想定、夜間想定の方針訓練を消防署の指導の下、行っている。新たに水害に対する避難計画も策定し、避難訓練等行っていく予定。運営推進会議を通じ、少しでも地域からの協力を得られるよう呼びかけている。	水害時には事業所に隣接する高い建物への垂直避難を行うこと、火災時にも避難の協力をして欲しいことを地域の方に伝えており、良好な協力関係が構築されている。運営推進会議でも常に地域の方に協力の呼びかけをしている。備蓄品も整えられ、直ぐ取り出せる場所に保管されている。	地震時の手順や入居者の動き方の確認を訓練に拘らず、レクリエーションの中に取り入れるなど入居者の身体能力を把握し、災害時に備えられるよう期待したい。

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	
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	常に誰かに見られても、おかしくない言葉かけ、対応を心がけ、少しでもおかしい場合は、職員同士で注意をし合い、改善に努めている。言いづらい場合は、リーダー・管理者が直接指導している。	職員は、入居者のことをお客様と思い敬語でいつも対応するようにしている。できていないときは職員同士で注意し合い、管理者は職員の自分本位のケアからの脱却が出来るようその都度、修正をかけるようにしている。	
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	職員は、想いや希望、自己決定を言える環境を用意することが重要であることを共有し、意向を聞いたり、個々に選択肢を設ける等、働きかけている。		
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	一昔前の業務優先を排除し、誰も急いでいる人はいないので、その日の体調や気分を十分考慮した上で、個々のペースで想いに沿った過ごし方ができるように努めている。		
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	整髪や髭剃りなどの日課は支援状況に応じて午前中に行っている。カット・毛染め・パーマは、ニーズに合わせて随時訪問して行ってもらっている。随時、化粧やマニキュアもレクリエーションで行っている。		
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	メニュー等に応じて、下準備・調理・盛り付け・片付け等、積極的に料理に参加してもらっている。	入居者は食事作りの手伝いはできないが、食器拭きやおやつ作りなどのできることを手伝っている。献立に季節感が出るような食材やメニューを加え、食べる楽しさを引き出している。	
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	食材の形態や量については、個々に合わせて提供している。食事にかかる時間についても本人の能力、習慣に合わせて個々に対応している。		
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	口腔ケアは、毎食後、全員が個々の口腔内の状態や義歯の有無などに応じて自分でできない部分のみ支援している。		

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	施設の環境に慣れてからは、できる力を最大限に使って頂いて自立に向けたトイレでの排泄や排泄パターンを把握して失禁を防止する支援を行って自信を取り戻してもらう支援を行っている。	以前は決まった時間に入居者全員のトイレ誘導をしていたが、今は排泄のパターンによって本人の意思を尊重するケアに取り組んでいる。日中はできるだけトイレでの排泄を促している。	
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	排泄記録をもとに、便秘の状況を訪問看護やかかりつけ医の往診時に報告しアドバイスや指示を入居者個々に対し受けている。日々の水分量の確保。食物繊維や乳酸菌の提供にも努めている。		
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むように、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	基本の入浴日時は決まっているが、その日の体調や気分、用事に合わせ、曜日・時間の変更等、柔軟に対応している。	入浴は週2回の午前中と今は決めているが、管理者は時間や回数に関係なく入浴したいときに入れる体制づくりを目指している。	
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	午睡や就寝時間については、これまでの個々の生活習慣や現在の体調などを考慮して対応している。		
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	個人ファイル毎に薬剤情報提供書を綴り、現在使用している薬の内容はいつでも確認できるようにしている。		
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	趣味活動や家事その他、入居者個々の能力や好きな事、得意な事に合わせた役割をそれぞれ持ってもらい、張りのある日々を過ごせるように努めている。		
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	希望に沿って家族様との旅行・一時帰宅・外泊・外食・ドライブを依頼している。また希望の多い季節感のある場所へのドライブも行っている。	家族には外出、外泊、外食等、外に連れ出してもらうことを推奨している。事業所では、季節を感じる場所へ気分転換を兼ねて、ドライブ等に出かけている。	

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
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	金品所持の有無については、本人の希望や認知症の症状の程度により、家族との相談の上、個々に定め、管理を行っている。		
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	家族からの制限がなければ、本人からの家族への連絡は自由にできるよう支援している。手紙を書かれる入居者にも封筒やはがき・切手の準備をして支援している。		
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	空調・換気の管理は、職員が行い、入居者が快適に生活できる空間を心掛けている。季節の花や入居者に作ってもらった季節の壁飾りや習字で季節を感じてもらえるようにしている。	フロアには、季節感あふれる手作り作品のめじみやイベント風景の写真が飾ってある。テレビ前にはソファがあり、くつろげる空間になっている。フロアの横にテラスがあり、気候の良いときは外の風を感じることもできる。	
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	座席の位置は、テレビが好きな方や相性を考慮して決めているが、日々フレキシブルに対応している。ソファは会話しやすくくつろぎやすいように配置している。		
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	できる限り自宅の雰囲気が出せるように心掛けている。危険なもの以外は何でも持ち込めるので入居時に本人・家族に説明し、個々が和める空間にしている。	ベッド、タンスのほかテレビも備え付けがある。入居者の孫の作品や自作品、家族写真などがある部屋や動線上に手すりを置くのではなく、ソファを置き転倒防止に繋げている部屋もある。	
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	スピード重視の過介護はせず、できることをゆっくりでもいいので安全に最大限やれる支援を行っている。		

目標達成計画

作成日: 令和 6年 12月 13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	13	地震・水害対策	地震水害の際、最適な避難を行えるようにする。	地震の際の避難訓練を実施し、机の下に隠れる訓練ならびに隠れられない方の安全な場所への避難。水害の際の垂直避難訓練の実施。近隣住民の方には依頼してあるので、所定の場所への避難訓練を行い、いつでも対応できるようにしておく。	6ヶ月
2	15	できることをもっと把握して役割のある生活にする	家事全般で入居者様のできることを把握し、皆が役に立っていると思える生活にする。	各担当者が管理者が作成したセンター方式の簡易版を使用し本人様・家族様・アセスメントシートから情報収集し、仮説を立ててチームで協議し実行→検証→仮説を繰り返していく。	6ヶ月
3	17	週2回の入浴からの満足できる入浴にしたい。	入居者様希望の入浴回数・時間に対応できるようにする。	季節ごとに入浴時に入りたい回数・時間を全員にヒヤリングし最適な形に調整する。	10ヶ月
4	16				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。

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()