

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	1670400082		
法人名	社会福祉法人 新川老人福祉会		
事業所名	グループホーム しんきろうハウス		
所在地	富山県魚津市東町12-1		
自己評価作成日	令和7年8月13日	評価結果市町村受理日	令和7年11月21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.kalgokensaku.mhlw.go.jp/16/index.php?action_kouhyou_detail_022_kihon=true&JigyosyoCd=1670400082-00&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9月26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)】

・入所者同士が、互いに信頼し合い、家庭的な雰囲気を持ちながら生活出来るように、入所者の関係性に介入している。定期的に席替えなどして誰とでも話ができ、信頼を深められるようにしている。 ・トイレは共同であり、入所者家族の立場では個別トイレが理想であると思われるが、共同であり、排泄の間隔や汚れの確認、排便の確認など適切に行え、体調の情報提供など適切に医師や家族へ伝達出来る。 ・毎月のお便りを受け取りに来て頂いたり、日々のメール連絡などで家族とのコミュニケーションを図っている。年度末のアンケートも行い、要望や意見を確認し、運営の改善に努めている。 ・ボランティアの力を借りて施設の畑や除草などして頂き建物管理に協力を受けている。また地域の方から花が届いたりし、地域間の交流がある。
--

【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)】

・法人理念を基に事業所の理念を職員で話し合い、共有できるように取り組んでいる。管理者の短期間での変更があるが、職員は常に話しやすい環境を整えている。 ・グループホームが利用者一人ひとりの生活の場所であることを職員全員が理解するように意識改革に努め、利用者本位の目線で尊厳維持に取り組んでいる。 ・生活するうえで基本は衣食住という当たり前のことを丁寧に実施することで、サービスの向上に努めている。 ・地域の行事参加を通して、地域からの協力体制ができるように努めている。また家族会を年2回開催し、家族からの意見の収集や連絡網を作成し連携を図っている。 ・看取りは実践していないが、利用者一人ひとりの状態に合わせ、病院、施設への移行ができ、利用者が心地よく過ごせるように配慮している。

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				

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
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	新年度の運営方針について話し合う際に、法人理念を理解しながら、入所者に対するケア理念についても話し合っている。事業所の理念内容は、職員が忘れてはならないケアとして明文化し、職員が見えるところに掲げ、意識づけている。	職員間で話し合っ、事業所独自の理念も揭示されている。職員も日々利用者本位のケアに努めている。	
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	回覧板と一緒に回すために外出し、住人の一人であることを意識してもらっている。経田地区の行事内容は玄関に掲示し参加できそうなものを選んで計画していきたいと思っている。昨年度市内のマラソン応援に参加したが、移動手段の大型の車が廃車になったり、体調不調者などがあつたため、参加人数は少なかった。他、個々のかかりつけ医から往診を受けている。七夕祭りは参加予定であつたが雨天順延となり、参加できなかった。	敷地内の畑は近所の方が支援してくれており、職員や利用者との交流も行われている。近くのコンビニへの外出や散歩時の地域住民とのふれあい、地元の往診医とも診療だけでなく、コミュニケーションを取り合う等つきあいが活発に行われている。	
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	入所申し込みなどの際は話を傾聴し、空きがない場合は他の施設紹介などを行っている。消防訓練の際は地域へ練習の案内を行うとともに、災害時の協力依頼を行っている。買い物や配達注文の際は地域の店を利用し、つながりを意識している。また、外部から支援を頂くだけでなく、施設としてお返しに利用者が雑巾を縫い、渡すなどしている。		
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	定期的に運営推進委員会を行い、日々の施設の取り組みや悩みごとを相談し助言を受けている。困ったことがあれば推進委員のネットワークを生かして施設運営にボランティア協力などを受け入れている(古タオルの寄付、除草など)。話し合いの内容をまとめて、利用者家族へ報告を行っている。	運営推進委員会は適切に開催され、家族や地域住民の参加も得られている。市役所からは経験の為と若手職員が参加している。地域包括支援センター職員の参加はない。その他の参加者からは活発な意見交換や、町内行事、ボランティア情報など多くの助言を受けている。	

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
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	運営推進委員に行政として携わって頂き、市内の他グループホームの活動状況など教えて頂き、しんきろうの新たな活動努力に繋がっている。また、日頃から分からないことがあれば電話相談などして指導を受けている。	制度変更に係る相談など事務連絡での連携は行われている。利用者支援に係る困難な相談なども適時に行われ、市町村との協力関係の構築に努めている様子が見える。	
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	毎月のケース会議で利用者の進捗状況を職員で共有し転倒リスクの確認を行い、適正な福祉用具の使用や転倒予防の工夫(例:ベッド足元への鈴のぶら下げや居室ドアへの鈴掛けなど)を行っている。同時に定期的に身体拘束となることが起きていないか確認したり、研修を行い、正しい知識を持たれるように実施している。入居者には身体拘束に繋がらないように脚力の向上支援として午前午後の集団体操や歩こう会の実施を行っている。	一人ひとりに対しての身体拘束は行わないように法人及び事業所として徹底されている。利用者も施設内では落ち着いて生活されている。玄関は前面道路の交通量も多いということで常時施錠されている。	玄関の常時の施錠について、安全面や防災上の観点から理解できるが「玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケア」について、理解し検討することに期待したい。
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	法人や事業所で定期的に虐待防止研修を行い、職員一人一人がケアを振り返り接遇の意識を持つようにしている。ケアの動画を見たりし、特にスピーチロックなど言葉の虐待には注意してケアを行っている。		
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	制度の研修については機会があれば参加したいと思っている。		
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	入退所の際は入居者家族にゆとりがある時間に来所を求め、意向を伺うようにしている。家族の意向を踏まえ、入退所日を決めている。7年度は6月に入退所が見られた。		
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	運営推進委員会では家族会代表に参加して頂き、議題の内容は家族全員に文章で報告を行っている。施設来所時には玄関先ではなく中に入って頂き、入居者との面会を勧め、近況報告や施設に対する要望などを確認している。携帯での連絡(メール)は常に行い、不足品や体調の変化の報告などを行い、互いに入所者の状況を共有するようにしている。	訪問される家族には、できる限り面会時間を設けて、意思疎通と情報共有を行っている。その他の家族には、メールでのやり取りを適時に行い要望や希望を聞いて対応し、事業所からの依頼にもスムーズに対応してもらっている。	

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
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	定例会議をととしてサービスの提供の仕方や、運営上の疑問などがあれば話し合い、改善を検討している。決まったことなどは報告書で回覧したり、連絡ノートに記載し職員全体で確認を行っている。	月一回必ず定例会議を開催し、運営・要望など聞き取るようにしている。欠席した職員には、記録を回覧し共有している。	
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	法人からの人事考課を行い、業務の評価や意向を確認している。また、職員間で一人一人の健康状況を把握し負担がないように勤務表を作成したり、シフト交換をしたりして助け合っている。		
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	法人内外への研修への研修の機会があれば参加している。また、他職員へ資格取得などの勧めを促している。		
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	運営に悩んだ際は、法人内のグループホーム管理者に相談したり、居宅介護事業所ケアマネジャーに聞くなどし、課題改善を行っている。グループホーム同士で仕事以外の交流を行い互いの施設の活動など聞いたりし情報交流を行った。		
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	家族から生活歴や、趣味、性格などを詳しく聞いた上で、本人に関わり会話を深めたりし、信頼関係を築くようにした。ご家族へは頻繁な来所や継続的な外出交流など依頼した。		
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	カンファレンスを開催した際にアセスメント表を活用して本人では答えられないことなどを聞き、全体像を把握したり、これまでの家族の苦労や事情など詳しく聞き取りすることで、それぞれの事情など理解するようにした。		
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	サービス計画を行う際に、施設が出来る支援、家族にしかできない支援などを話し合っている。家族には入所しても支援を継続することを意識しながら、協力して頂きたいことを伝えている。		

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
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	ご本人が出来ることは何かを確認し、少しでも参加できる家事仕事を依頼している。座席の検討や、他者とのレクリエーション、会話を通して良い仲間の一員であるという気持ちを持たれるように仲介している。		
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	施設便りには本人の生活の様子を伝えたり、来訪時は居室に入って頂き交流を促している。また、外出行事には家族へ連絡し可能であれば協力を求めている。		
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	集団では外出が困難になったが、個別に買い物や外出、ドライブなどの支援をしている。ご家族には月1回、面会や外食などができないか伺い、交流の機会をお願いしている。	利用者にとって、毎日通ってくる職員が馴染みの人となり、利用者本位の生活を支援するという考えかたのもとで、温かみのあるサービスを実践している。その関係性から本音を聞き出しながら、馴染みの場所にも出かけることもある。	
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	グループ活動やレクリエーションで連帯感を感じる活動の提供を行っている。食事やおやつの時間などは一緒にそろって食べることを意識している。また、席替えは月1回は行い、誰とでも交流を深められるような支援を行っている。		
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	退所の際は出来るだけ家族のタイミングに合わせて退去手続きを行っている。		
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	本人が繰り返し言われる希望や訴えを家族へ伝え、交流の機会を依頼している。困難な際はリフレッシュできる代替え支援を行い、気持ちの切り替えが出来られるように努めている。	今年は七夕の短冊に願いを書いてもらい利用者の意向を確認したり、日頃の会話の中で思いを汲み取ったりして、職員で共有している。また、家族と相談して実践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
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	ユーチューブなどで昔の生活や魚津の話など懐古できるような内容を検索し、それぞれの暮らしや苦労話、仕事内容など聞き取るように工夫している。		
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	24時間シートを作成し一人一人の行動やタイミングを理解するようにしている。		
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	毎月のケース会議で一人一人の生活課題やサービスの修正などを行い、個別でのサービス提供を行っている。その上で、関係家族やかかりつけ医へ連絡し、連携を図っている。	毎月のケア会議で利用者一人ひとりのカンファレンス、短期目標に対し評価を職員と話し合っている。計画作成者は更新時に本人、家族、担当医の意見を確認し、職員と担当者会議を行っている。	
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	上記同様に、行う。また受診の際は家族に確認してきてほしいことを予め事前連絡をするなどしてサービス連携に努めるようにしている。軽微なことでも本人の行動や言動などは記録するように意識し、家族と共有するようにしている。		
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	カンファレスで家族から施設への要望を確認したり、アンケートを行うことでニーズの把握を行っている。ボランティアの受け入れなども行い、マンネリ化しない日常を意識している。		
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	運営推進委員に相談しボランティアの紹介、協力などを依頼している。地域行事で参加出来るような活動には前向きに参加を進めたいと思っている。		
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	受診先は個々に任せている。家族から要望があれば往診可能な医療機関の情報提供を行っている。受診の際には必要性があれば入居者の状態を文章にするなどして家族へ渡したり、施設から医師へ情報提供を行うなど連携している。また、感染症を疑う際は医師へ相談し支持をもらうようにしている。	入居前からのかかりつけ医を継続している。往診または家族の協力で近況や変化の記録を渡し、受診をお願いしている。結果は家族または医療機関から情報を得て共有している。歯科は地域医療連携の参加にて訪問治療を行っている。	

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
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	施設には看護師はいないため、直接家族に状況を伝えて受診してもらったり、施設から情報を提供するなどして支持を受けている。また、適宜看護師以外ではできない内容など説明し理解して頂き受診をお願いしている。		
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。	緊急時は情報提供がスムーズにできるように入居者のアセスメント情報を更新し持ち出し書類としている。入院の際は連携室に情報提供を行ったり、入院中の状態把握を来ない、退院に向けたアセスメントを行い家族と話している。市内総合病院とはネットで患者情報共有をしていかれるように提携対応となった。		
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	グループホームの看取りについては法人の考えを確認したところ、出来ない判断を受け、法人内での連携で対応していくこととなっている。ご家族には家族会で説明を行い、理解して頂いた、要介護認定の更新で要介護3となれば、これから先の施設の入所申し込みなどを依頼している。	契約時に重度化した場合、また介護度の変更に伴い、法人関連の施設等の移行について説明している。看護師の不在にて医療行為ができないことも伝えている。事業所で元気で楽しく過ごして頂けるよう努めている。	
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	家族へは救急時の対応協力(昼夜問わず)や事故などの際は連絡をさせて頂くことがあるとは説明を行い了解を得ている。急変時や事故の際の連絡手順などは職員間で確認している。緊急時の連絡先や、救急搬送病院などは個別ファイルに記載している。		
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	BCPの見直しや、水害避難訓練を通して避難手順を意識している。台風や大雨予報を意識している。災害時の持ち出し品や災害用の食料品の在庫や賞味期限の確認を行い備蓄の把握に務めている。	年2回、昼夜を想定した火災訓練が行われている。心肺蘇生でのAEDの取扱いや水災害時の車での避難移動の訓練を年間を通して実践している。BCP(業務継続計画)の作成、避難時の持ち出しマニュアルや備蓄品を定期的に見直し、確認を行っている。	
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	会話は相手を尊重しながら混乱されないようにペースを併せて会話を心掛けたり、つじつまが合わない会話でも強い否定はせず受け入れるようにしている。居室の入室は声掛けやノックを行い入室している。	慣れ親しんだ言葉を使いながらもスピーチロック防止や尊厳について職員トイレに掲示し、注意喚起をしている。利用者2人で入るトイレでは、カーテンでの仕切りであるが、それぞれのプライバシーを損ねないよう支援時に注意を払っている。	

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
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	出来る限り物事に対する決断は入居者にどうされたいか促しを行っている。声掛けの際に、参加されるかどうか伺い、嫌な時は無理強いせず過ごしてもらっている。		
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	余暇の過ごし方は選択肢を持って出来る限り参加を勧めている。不参加が続く、寝てばかりになる場合は、昼夜逆転にならないように、繰り返しの言葉掛けで、フロアに出てきてもらい過ごしてもらうように勧めることがある。		
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	入浴の準備の際は、本人と一緒に何を着るか、衣類の選択をしてもらっている。定期的な散髪など家族に予定を確認したり、施設で訪問を依頼したりし身だしなみ支援を行っている。居室での汚れ衣類の確認など日常的に確認している。		
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	食事の盛り付け、お盆拭き、テーブル拭きなどを依頼し、担当して頂いている。下膳は基本的には各自でして頂くなどし、自立支援を行っている。給食以外で施設での手作りなども行っている。	3食のおかずは業者に、ご飯とみそ汁は事業所で作り提供している。毎月の焼きそばの日や利用者と畑で収穫した野菜を使った料理、行事食等で食べたいものを聞いて手作りしている。職員と一緒に喜んで食べてもらえるよう工夫し、利用者には下膳や後片付けを手伝ってもらっている。	
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、食間、入浴後など定期的な水分提供を行っている。水分補給が進まない入居者には飲みやすいドリンクに変更したり、家族に嗜好を伺い準備してもらったりしている。給食については満足と感想を受けている。		
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	一人一人食後の口腔ケアを見守りし、口腔手順の声掛けをするなどして自立を支援している。入れ歯は就寝前に預かり、洗浄剤を使用するなどし清潔保持に努めている。必要に応じて歯科受診を依頼するなどし、食への支障がないようにサポートしている。		

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	失禁を減らすためにこまめに声掛けを行いトイレ誘導をしている。トイレの都度パッド内の汚れを確認している。排便は特に間隔を確認し、必要に応じて医師への相談などの対応を行っている。昼夜排泄用品を変更なども対応する。	自立の方もおられるが、排泄チェック表にて確認、声掛けを行い、パッド交換等を支援し、昼夜ともトイレでの排泄支援を行っている。排便については担当医に相談したり、牛乳を提供する等便秘予防に努めている。	
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	定時の水分摂取の提供、声掛けを行い、飲まれない入居者には別対応をするなど、必要性を話しながら勧めている。また、必ず体操を行い身体動作を計画し実施している。		
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ず、個々にそった支援をしている	基本的には週2回、午前中の中の入浴計画で提供している。少人数の為、一人一人のペースに併せて対応している。毎日の衣類の交換は本人に任せているため、毎日の洗濯は可能となっている。	入浴は受診等に合わせ、週2回(月、木)の午前に行っている。浴室は利用者が2人で入れるような広さがあり、利用者同士の会話や職員との会話を楽しみながら安全に入浴できるよう留意している。	入浴は週2回、定期的に行われているが、利用者の希望や体調、状態に応じて、柔軟に対応できる体制づくりを検討されるよう期待したい。
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	季節に応じ、室温を調整し、良眠の促しを行っている。季節の寝具の交換は家族へ依頼し、清潔で季節に応じた寝具を提供している。主に日中はフロアで過ごされることが多い為、昼の午睡を推奨し身体の休息をとって頂いている。		
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	服薬処方箋はファイリングし、情報共有している。服薬は施設で預かり、食事の都度手渡しし、飲み込みまで確認している。排便については医師と相談して、排便状況、コンディションを把握しながら微調整を行っている。		
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	一人ひとりの趣味や特技を把握し、余暇活動の参加を勧めている。不参加の方へは代替え活動の準備をもらい、集中し楽しめる時間を過ごして頂いている。同じフロアで過ごす時間が多いため、その日によって一人一人の意向を平等に提供できるように仲介している。		
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	出来る限り個別で外出支援を提供し、嗜好品の購入などを支援している。外気浴することで「すっきりした」と感想を伺っている。近所の散策や畑作業など希望者と実施している。	市内での買い物や少人数で外出を行っている。家族には受診時のほか外出ができるように依頼している。事業所の駐車場に桜の木があり、毎年、花見を行い、天候の良い日には海岸近くへ出かけている。また事業所の庭に出て、畑の様子を見たり収穫を手伝っている。	

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
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	家族から少額のこづかいを預かり、本人と一緒に出掛けて日用品や菓子などを購入している。その際に本人へ預かり金を確認して頂いている。		
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	家族へは個人携帯の所持も可能なことを説明している。また、電話が来た際はご本人に代わるなどして仲介している。		
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	毎日窓を開けたり、毎日掃除を行い清潔保持を行っている。掃除参加可能な入居者には一緒に家事を行って頂いている。季節により花の差し入れがあった際は入居者に生けてもらったり各居室に飾って頂くなどし、和んでもらっている。フロアには季節に応じた飾り物をしている。	共有空間の台所の仕切りが低く、食事の準備が感じられるようになっている。季節感を大事に利用者と一緒に作った作品を飾っている。テレビを見ながら体操や音楽を聞き、また座席の配置を変えながら、一人ひとり和やかに過ごせるよう工夫している。	
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	定期的な席替えをして誰とでも話ができるように配慮している。また、集团的活動時参加を望まれない際は本人の意向に沿い無理強いはいないようにしている。基本的にはフロアで過ごされる方が多い。		
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	季節ものの衣類や寝具などの交換はご家族にお願いして居室の整理を行ってもらっている。本人がなくて不便に感じるものがあれば内容により家族や、職員が買い物支援をするなどし快適に過ごされるように配慮している。個人作品は居室に貼ったり、季節作品は定期的に作成し空間を楽しめるようにしている。	居室には押し入れがあり、窓は障子戸になって、和風感がある。ベッドと馴染みの家具(椅子、テレビなど)が配置されている。シーツ交換は定期的に行い、清掃は利用者と一緒に整理、整頓を行っている。日中、利用者が居室にいないときは戸を開け換気を行っている。	
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	廊下は広く保ち転倒回避できるように注意している。またトイレなどは表札を飾り戸惑われないようにしている。入居者の生活能力を維持できるように掃除、洗濯干し・たたみ、盛り付けなどは参加して頂いている。		

目標達成計画

作成日: 令和 7年 11月 20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	6 (5)	一人ひとりに対しての身体拘束は行わないように法人及び事業所としても徹底している。 玄関に関しては前面道路で交通量も多い為、常時施錠されている。 施錠に関しては安全面や防災上の観点から理解出来るが「玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケア」について理解と検討が必要。	・玄関先の施錠を解除できるよう取り組む。	・「玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケア」についての職員研修を行う。 ・事業所内で検討する。 ・運営推進会議内で検討する。 ・法人内で検討する。 ・フロアと居室のギリギリの所につっぱり棒とカーテンと鈴を付けて、見守りを行い易くする等の対応。 (環境整備の工夫を行う)	4ヶ月
2	45 (17)	入浴は週2回(月、木)の午前中に実施している。 柔軟な対応が出来る体制作りが出来ていない。	・職員本位にならない入浴体制が出来るように検討し、取り組む。 ・入居者の状態に応じて、入浴ケアを寄り添い対応を行う。	・グループホームとは…ケア方針を職員に理解してもらい対応する。 ・冬場は施設の環境上、寒さの面で不可能であるが、暖かい時期は、週2回の入浴を実施しながらも、入居者の状況に応じて個別のマンツーマン対応を実施していく。	7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	<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(外部評価を誰でもみれるように回覧した。ご家族に配布した。)
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(「目標達成計画」を利用者ご家族や運営推進会議で説明した。)