

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	1670201266
法人名	株式会社 マルエケア
事業所名	かざぐるまグループホーム
所在地	富山県高岡市熊野町 2-2
自己評価作成日	令和7年9月22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）】

<p>・利用者と共に生活する喜びを感じつつ、一人ひとりできることを共に行っています。</p> <p>・事業所としてのボランティアの受け入れにより、デイホールでの慰問鑑賞、音楽療法、習字教室など余暇活動の充実を図っています。</p> <p>・隣の熊野神社の行事への参加・散歩・境内横の外気浴、施設敷地内での野菜・花づくり、夏祭り、クリスマス会などを通して季節を十分に感じていただけるように努めています。</p>
--

※ 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	https://kazaguruma-care.com/
----------	---

【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）】

<p>事業者は閑静な住宅地の一角に位置し、敷地内には畑や植物があり自然豊かな環境となっている。事業所はデイサービスや居宅介護支援事業所が併設し交流がある。管理者は地域の福祉活動を担っており地域住民とも良好な関係を築いている。食事には事業所の畑で採れた野菜を活用し昔馴染みの料理を提供している。管理者は日ごろから職員とのコミュニケーションが図れる環境作りに務め、意見をできるだけ反映し職員が働きやすい職場にしている。また、利用者にとっても過ごしやすい事業所環境を心掛けている。理念『おもしろい』を基に職員は日々の支援に取り組んでいる。</p>
--

【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6日	評価結果市町村受理日	令和7年11月25日

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	「おもいやり」を共通理念として、利用者様の意思や希望を尊重し、自己決定を大切にして、充実した生活が送れるようなサービス提供に努めている。ミーティング等でこれらの思いを職員間で共通理解し、日頃のケアを実践している。	「思いやり」の理念は玄関・職員の事務スペースに掲示し、意識して取り組めるよう努めている。また、ホームページやパンフレットに掲載し外部発信も行っている。職員ミーティングでは理念に沿った利用者支援となるよう話し合い検討を重ねている。	
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	近隣2町内の境目に立地しており、祭礼時には2つの獅子舞を招いたり、お隣の神社への初詣や夏越のお祓いに出かけている。また、災害時に移動困難な高齢者の皆様の一時避難場所として、新棟2階を解放する旨、町内にお知らせしている。	管理者は福祉活動員として新棟2階や公民館等でサロンを開催している。また、地域住民が事業所の運転業務等に携わってくれるなど普段から交流がある。今後は新棟2階で地域住民向けの介護相談会の開催を予定している。	
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	近隣住民の方々のご相談対応などを通じて、地域の皆様に認知症に係る発信を行っている。地域社会福祉協議会のイベントへのお手伝いや参加、自治会の福祉活動委員としても活動して、地域の皆様と交流している。		
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	概ね2か月毎に、利用者家族の代表・自治会長(2組織)・社会福祉協議会会長・民生委員協議会会長・老人会会長・隣の神社の宮司様・包括支援ご担当者様の参加で開催し、サービスの取り組みを報告し、ご意見や改善提案等をいただき、サービスの質の向上を図っている。	運営推進会議では利用者状況、職員の入退職、事故報告等を開示している。メンバーからは、防犯対策や救急時の対応、災害対策や介護ロボット等、多角的に意見をもらい運営に活かしている。	運営推進会議の案内と報告を利用者の家族と共有できるマニュアル構築に期待したい。
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	課題発生時には適宜行政へ相談し、助言・指導・協力をお願いしている。高岡市介護相談員を受入れ、他事業所との差異をご指摘いただき、当事業所の短所長所を自覚し、サービス向上に役立っている。また、市主催の研修会等にはできる限り参加している。	管理者は市が主催する研修会に参加し連携を深めている。介護相談員は年4回事業所に来所し、利用者との交流を始め業務改善案などの提案がある。また、普段から介護保険申請や感染症対策等で市役所に問い合わせやアドバイスをもらっている。	
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	身体拘束等適正化委員会を3か月毎に開催し現状把握及び改善について検討し、身体拘束廃止・改善のための職員への教育研修を年2回行っている。	身体拘束適正化の指針を基に、日々の業務に取り組んでいる。指針は見直しを実施しており検討に努めている。対応困難な事例があればミーティングで話合っている。管理者は毎朝事業所を巡回し問題点の把握と解決案を職員に伝えている。	

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
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	虐待防止委員会を3か月毎に開催し現状把握及び改善について検討し、身体拘束廃止・改善のための職員への教育研修を年2回行っている。		
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	ミーティング等で、併設の居宅支援事業所が経験している事例を教材にし、成年後見制度等の理解を深めている。これら事業や制度の必要性については広く社内で話題になることがあり、ケース別に関係者との十分な話し合いを行うことが肝要と考えている。		
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	契約時は運営の方針、事業所のできるできないこと、利用料等について丁寧に説明している。入所後に変更事項が発生したときは、ご理解いただくべくその都度書面にて説明し、了解の署名をもらっている。		
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	面会時や電話対応時に積極的に様子を伝え、ご意見を引出し易い雰囲気作りに留意し、信頼関係の構築に努めている。要望は職員に周知し、必要であればミーティングで検討し対応している。高岡市の介護相談員の受け入れにより、利用者が外部に声を発する機会も作っている。	事業所玄関に意見箱を設置し、気軽に投函できるよう工夫している。意見があればミーティングで周知と検討をし改善に向け取り組んでいる。家族からのサービス利用料等の問い合わせはその都度対応している。	
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	日頃から職員とのコミュニケーションを図るように心がけ、意見や提案を聞くようにしている。年2回の個人面談の機会にも個々の働くスタンスから短期長期の目標、職場環境や制度に対する苦情や要望を吸い上げて、施設経営に役立てている。	朝の巡回時やミーティング等で職員の意見を聴く機会を設けている。また、年2回以上は管理者が個別面談を実施し、働き方や業務の悩み、処遇改善、有給休暇取得など様々な提案を聴く機会を設けている。	
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	一部の職員で年次有給休暇の取得率が低い傾向にあるので、毎月の勤務表作成に際して年次有給休暇の計画取得を実施している。また夜勤回数の調整など、個々の働き方のスタンスにできるだけ合致した勤務体制になるよう心掛けている。		
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	介福資格取得の講座受講に際し、受講日の出勤扱いは勿論、受講費用の会社負担を実施している。また、認知症介護基礎研修受講も予定している。これらの受講は、本人の希望を最優先しつつ、それぞれのスキルを観察しつつ、会社側から推薦する形で実施している。		

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
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	研修会等で職員間の情報交換を利用して、お招きするボランティア団体のジャンルが広がり、頻度も増やすことができた。また、金沢及び福井の系列事業所との交流により、仕組みづくり・具体的な対処法・考え方など、多くの刺激を受け、これをサービス向上に生かしている。		
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	利用前には必ず本人と会って状況の把握をし、本人の思いを受けとめ、信頼関係が築けるように努めている。		
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	利用者のご家族との信頼関係を大切にし、ご利用前にはしっかりと説明を行い不安の解消に努めています。ご利用に至るまでの経緯やこれからの生活について情報を共有し、最善のケアを提供できるように努めています。		
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	相談を受けたときに本人と家族の状況や困っていることを把握できるように努めている。必要に応じて他のサービスを紹介したり、地域のケアマネージャーに連絡をとったりして連携を図っている。		
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もかかわらず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	利用者と共に過ごすことで不安や喜び、悲しみなどの気持ちを知らぬように努めている。また利用者の力を発揮してもらえるような日常の場面づくりをしている。		
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もかかわらず、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	利用者の日々の生活での出来事や様子を伝えることで情報共有に努め、本人と一緒に支えていくために良好な関係を築いている。		
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	以前の友達が訪ねて来られたり、友人が育てた植物の鉢植えを持参されたりと訪問しやすい環境作り心がけている。	面会は制限をかけずに対面で実施している。併設のデイサービスからグループホームに移られた方の中には、デイサービスに通う知人に会いに行くなど交流を続けている方もいる。家族とともに墓参りや美容室へ出かける方もおられ、関係継続の支援を行っている。	

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
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	利用者同士の関係性について把握し情報共有している。気分や感情で変化することもあるので職員が見守り、良好な関係を築けるように気を配っている。		
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	サービスの利用が終了しても利用者や家族との関係を大切にしている。何かあれば訪問、相談に応じている。		
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	本人、家族から入居前の生活について聞き取りを行い、入居後の意向を確認しています。言葉にするのが困難な場合は表情や反応などから意向を推察するように努めています。	入居時に聞き取れた思いや意向は計画書に載せ共有している。また、日々の生活で思いや意向が確認できた際には、生活記録に記録し、支援ノートへ反映している。その内容を基にミーティングや申し送り時に検討しチームでの把握に努めている。	思いや意向について誰もがわかりやすく共有できるような記録方法の統一を期待したい。
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	ご本人がこれまで大切にしてきた生活環境や習慣などを入居前に聞き取るようにしています。それに基づいて支援を行えるように努めています。		
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	身体状況や健康状態の変化(食事、水分、排泄の状況、一日をどう過ごしたか)を把握し適切な対応ができるように努めています。		
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	2か月に1回のミーティングの中でケア見直しを行っている。その際に出し合った意見を介護計画に反映するようにしている。	介護計画は6か月に1度の期間で見直しをしている。生活記録や支援シートを確認しモニタリングを実施し、ミーティングで職員間の意見交換を行っている。家族や本人には意向を確認し計画に組み入れている。	介護計画作成とモニタリングがチームの話し合いにより実施されていることが確認できるよう記録の整備に期待したい。
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	個人記録や介護日誌、タブレット入力を用いて利用者の状態把握、情報共有に努めています。それをもとに介護計画の見直しにつなげている。		

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
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	ご家族ご本人の状況変化、その時々意向に応じて柔軟に対応できるように努めています。通院の付き添い、外出時の送迎などできる限りの支援をしています。		
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	ボランティアの訪問や図書などの地域資源を活用することで生活に潤いを与えられるようにしています。地域行事への参加によって社会とのつながりを持てるように努めています。		
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	契約時にご家族に希望をきいてかかりつけ医を決めています。受診の際にはご家族の協力も得ながら、通院の付き添いをしたり、訪問診療を受けるなど適切な医療が受けられるように支援しています。	利用者それぞれの希望するかかりつけ医の診療を受けておられる。現在は訪問診療も受けており、看護師が医師との連携を図っている。体調不良時に家族の対応が難しい場合は、事業所で受診の付添いをするなど柔軟に対応している。	
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	看護職員を配置しており、利用者の健康管理や状態変化に応じた支援を行えるようにしています。		
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。	入院された際は入院時情報提供書を医療機関に提供し、施設での様子を伝えています。入院先のSWと情報交換、連携をとりながら速やかに退院できるように支援している。		
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	入所時に重度化や終末期の在り方について説明している。できる限りご本人ご家族の希望に寄り添えるよう、施設としてどこまでできるか、全職員、家族と共通認識を図りながら支援しています。	重度化した場合における指針を基に取り組んでいる。条件が整えば看取り支援を行っている。入浴や食事等で事業所の対応が難しい場合には、家族やかかりつけ医と相談しながら適切な支援に務めている。	
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	急変時、事故発生時には冷静な対応ができるよう、連絡の方法など定期的に確認している。		

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回の防災訓練を実施。避難訓練を通し、その時々の入所者全員を避難させる方法を身につけられるようにしている。運営推進会議を通し地域の方に協力をお願いしているが協定などは結んでいない。水害時には避難棟へ避難することとなっている。	事業所では災害対策として利用者が外へ避難する設定で訓練を行っている。また、BCP(業務継続計画)も整備しており、避難計画や備蓄品など細かくマニュアル化している。備蓄では水・おにぎり・粥など食料や日用品も備えている。	
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	一人ひとりの人格を尊重し、プライバシーを確保されるように日々のケアにおいて配慮しています。例えば入室する際は本人の了解を得るように心がけ、排泄や入浴の際にはさりげない介助に努めています。	利用者それぞれの性格に配慮し関わり方を工夫している。入浴や排泄などプライベートな空間では特に声のトーンや言葉選びに留意しながら関わっている。また、利用者の良い反応を記録に残し、他の職員も同じ対応に取り組むなど柔軟な支援を行っている。	
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	利用者の思いや関心ごとを傾聴し、日常生活における選択肢を提示し、利用者が意思決定できる環境を整えています。		
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	利用者の様子を大切にし、活動にお誘いしたり静養されたりとご本人の生活リズムに合わせてケアを行っています。		
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、整容を心がけています。ご本人の馴染みの洋服を楽しんで着ていただけるように支援しています。		
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	季節を感じられる食材や畑で収穫した食材を取り入れて献立を考えています。昔馴染みのメニューも取り入れるように努めています。外注を取り入れたりと楽しみの一つとなるようにしています。	利用者の希望や季節行事に合わせ、おせち料理や寿司、祭り食、刺身など提供している。また、事業所畑でとれたナスやダイコンを料理に使っている。昔馴染みの料理(よごし、そうめんナス、キュウリ漬け)など利用者にとって馴染み深いメニューも取り入れている。	

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
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	日常の食事の様子を観察し少なめに盛り付けしたり、食欲が低下している方には家族に相談して好きなものを提供できるように支援している。自分で食べる力を活かせるように食事形態や食器の形を工夫するなど一人ひとりの状態に応じた支援に努めています。		
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	毎食後口腔ケアの実施をしています。一人ひとりの状態に応じて見守ったり介助を行っています。		
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	排泄記録から一人ひとりのパターンや習慣を把握して援助しています。時間や気分の変化、行動をみて声かけ介助を行っています。ご利用者の力を活かしてトイレでの排泄を支援しています。	排泄の状況を生活記録(排泄チェック表)に記録しパターンや量など把握に努めている。拘縮等や筋力低下等で足の不自由な利用者に対しても気持ちに寄り添って介助しトイレでの排泄を心掛けている。	
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	毎日10時のティータイムやラジオ体操など便秘予防に努めています。排便が出にくい方には薬の処方を調整し心身や体調不良の予防をしています。		
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	週2回の入浴が基本だがその日の体調や状況に応じて入浴時間を午前から午後にしたたり、足浴するなど臨機応変に対応している。入浴剤の工夫や好きな歌をうたう機会とするなど入浴を楽しめるように務めています。	入浴は1対1支援を実施している。また、同性介助に心掛けている。利用者には好みのシャンプーやボディソープを持ちこみ使用してもらっている。ゆず湯やしょうぶ湯を行い季節を感じてもらっている。	
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	ご利用者の様子を見て休息を促している。安心して眠れるように居室の温度や照明、衣類の調整を行っています。		
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	薬情は利用者分をファイルいつでも見られるようにしている。服薬時には薬の名前、時間などを二人の職員で確認し飲み込まれるまで確認している。薬の変更時は変更状況を申し送りし副作用などの情報を確認し、ご利用者の状態変化の把握に努めています。		

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
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	一人ひとりの興味のあること、できることをしていただいています。洗濯物を進んでたたんでくださる方、一日塗り絵に没頭される方など。		
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	コロナ禍以降は花見ドライブ、隣接の神社の行事に参加させてもらうなどの支援をしています。ご家族からの希望で自宅へ外出されたり、墓参りに行かれるなどの時は送迎や車いすの貸し出しなどの援助をしています。	利用者は家族と外出し墓参りや法事、美容院や孫のピアノ発表会など出掛けている。また、天候や体調に合わせてベランダに出て日光浴される方もおられる。近隣の神社にも定期的に出かけお参りを行っている。	
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	家族よりお預かりしたお金を事業所で管理している。ご本人が希望されるものや嗜好品はそこから購入している。		
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	ご本人の希望があればいつでも電話をかけて話してもらっている。手紙が届いたときは何度でも読めるように枕元や部屋に飾っています。		
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	季節に応じた飾りつけ、過ごしやすい温度設定、時には馴染みのある音楽を流すなど居心地よく過ごせるように工夫しています。	共有空間は広く車椅子や歩行器を使用してもスムーズに移動可能。大きな窓からは外の明るい光が入り、空調も管理され過ごしやすい空間となっている。フロアの所々に椅子が設置してあり気分転換を図れる。また、壁には季節の装飾品が掲示してある。	
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	共用スペースには椅子、ソファがありテレビを観たい方や端の方でお昼寝される方もおられ思い思いに過ごされています。一人で過ごしたいときにはベランダ側の椅子で外を眺める場所を確保しています。		
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	家族と相談の上間取りを考えています。面会時に過ごしやすいように椅子を置いたり、趣味の楽器や家族の写真など居心地よく過ごせるように配慮しています。	居室はベッド、衣類タンス、洗面所、エアコン完備。利用者の使い慣れた家具も持ちこみ可能。壁には家族写真や塗り絵などの作品が掲示され個性的な空間となっている。また、畳の部屋もある。	

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
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	居室入り口に名札、トイレの表示、見やすい場所への時計の設置など自立した生活が送れるようにしています。		

2 目標達成計画

事業所名 かざぐるまグループホーム

作成日: 令和 7 年 10 月 23 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	運営推進会議の開催の案内と会議報告をご家族と共有できていない。	運営推進会議の会議録についてご家族他に公開していく。	・ホームページやメールなどを利用してご家族に開催の案内と記録を報告する。	6ヶ月
2	23	ひとり一人の思いや意向について誰もがわかりやすい記録ができていない。	誰もがわかりやすく共有できるような記録方法を統一する。	・記録を書く際に思いや希望と感じられるタイトルを色ペンで印する。 ・データ入力を進める中で記録を整理する。	6ヶ月
3	26	介護計画作成とモニタリングにチーム職員の意見が反映されている記載がない。	介護計画作成についてとモニタリングとして会議録に残す。	・ミーティングの記録に項目としてモニタリング、とする。 チームの意見を記載する。	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	<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()