

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	1691600108
法人名	株式会社マクロ・コム・ジャパン
事業所名	認知症対応型共同生活介護グループホーム 逢の希
所在地	富山県中新川郡上市町上経田5-1
自己評価作成日	令和7年10月15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11月14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）】

私たちのグループホームでは、入居者一人ひとりが「普通に暮らす」ことを大切に、個々の思いに寄り添った支援を心がけています。入居者・ご家族が不安なく安心して過ごせるよう入居者の思いを聞き、生活のなかでできることを尊重し、これまでの生活を継続できるよう、利用者とともに日々取り組んでいます。地区の小学校との七夕交流会や文化祭など、子どもたちや地域住民たちとのふれあいを通し、利用者が活躍できる場を持つことができるよう心がけています。利用者の思いを知るためタブレットを活用し、職員で情報共有を行い、利用者の状況を把握し、職員同士で話し合っています。

【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）】

・事業所は、閑静な住宅地の一角に位置し、利用者一人ひとりの思いに沿った穏やかな時間が流れている。また、地域住民の方たちとも良好な関係を築き、小学校からも定期的にボランティアが来所し、利用者との交流が図られている。  
 ・日々の支援は、「入居前の家での暮らしを可能な限り継続」することに重点を置き、制限の少ない生活と利用者それぞれが自身のペースで笑顔で過ごせる支援をしている。  
 ・支援記録は、タブレットのアプリを導入しチームで情報を共有し柔軟な支援に繋げている。

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	利用者と職員と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				

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
<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	理念はフロアや職員が必ず目にするタイムカードの壁に掲示している。管理者と職員は理念に基づいて利用者本位を念頭に利用者にとってどうしたらよいか考え、話し合いながらケアの振り返りを行っている。	理念は、事業所内に掲示するとともに、パンフレットに掲載するなど広くわかりやすく理念を伝えている。利用者や家族には、契約時に伝え理念を共有している。職員は、全体カンファレンスで理念に沿ったケアを実践できるよう話し合い、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、事業所自身が地域の一人として日常的に交流している	地区の小学校との七夕交流会を続けている。地区行事(納涼祭・文化祭)では、利用者が作成した作品を展示してもらう。利用者と一緒にでかけ地域の方々と交流をしている。	地域の方と普段から挨拶を交わしたり、自治会に加入し回覧板で地域の情報を交換するなど日常的な交流を行っている。地域の小学校から児童が来て相撲や劇を披露する機会もある。	
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	地域内での研修参加、徘徊SOSネットワーク事業協力をしている。		
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	対面にて行政組合、地域包括、近隣住民、自治振興会、老人会会長、ご家族様にも案内を出し開催し、会議で出た意見をサービスの向上に活かしている。参加出来ない家族や他参加者に会議議事録を郵送し、共有している。	運営推進会議は、事業所の様子をスライドにまとめ上映したり、事業所のイベント、事故報告、ヒヤリ・ハット、利用者状況や委員会活動など多岐に渡り報告し、委員が積極的に参加できるように働きかけをしている。事故報告では、委員から改善策のアドバイスを獲得して具体的な取り組みに活かしている。	
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	運営推進会議では、上市町福祉課・地域包括支援センターの方に参加して頂いています。困難事例の対応方法や総合病院との連携、施設内の運営状況についてアドバイスを頂き、協力関係を築いています。地域包括が主催する地域ケア会議に参加し自分たちのケアに活かしている。	運営推進会議では、行政事務組合や地域包括支援センター職員から困難事例の助言を得ている。地域ケア会議に参加し、事例提供や在宅ケアの事例を学ぶなどしている。また、研修に参加し、学びから生産性向上やBCP(業務継続計画)などの理解を深めている。	
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	施設内に委員会を設置し、事故・ヒヤリハット、日々の気づきから現状を検証し自分たちのケアについて不適切な関わりではなかったなどを話合っている。年に2回は施設内研修(勉強会)を行い、身体拘束をしないケアの実践に努めている。毎回会議議事録を職員に報告することで共有している。	身体拘束適正化指針を基に日々の支援に努めている。年2回、身体拘束適正化委員会を開催し、年6回は研修会を実施するなど身体拘束をしないケアの理解を深めている。普段の業務の中でスピーチロックが見受けられれば直ぐに改善に取り組んでいる。	
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	施設内に委員会を設置し現状を検証している。年に2回は勉強会を行い、関連法を学ぶ機会を持ち、虐待を行わない、見過ごさないよう努めている。入浴時、更衣時の時などにちょっとした傷や内出血を見逃さないように確認している。		

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
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	日常生活支援事業を活用されている利用者があり、制度についてはカンファレンスで説明を受けている。		
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	契約についてはしっかりと説明を行い、不安や疑問点を軽減できるよう努めている。解約時トラブル防止の為、契約時に退所時のことも十分に説明している。		
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	玄関に苦情、ご意見箱を設置している。また、ご家族からの問い合わせや要望があった際は、内容をタブレット入力をし、記録に残すことで職員全員が把握出来るようにしている。ご家族からの要望には出来る限り反映させるよう努めている。	家族は、普段から事業所へ電話やメールで柔軟に意見を表すことができるようになっている。また、受診時や面会時にも意見、要望の機会を設けている。聞き取れた意見はタブレットに記録し、チームで共有し改善している。家族から受診が難しいと意見が出た時に、訪問診療に切り替えたことがあった。	
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	カンファレンスを行い、意見交換や提案を聞いている。日頃から職員より提案があれば代表者に相談できるようコミュニケーションを図っている。	月1回開催している全体カンファレンスで、職員から意見を表す機会を設けている。管理者は定期的に職員と個別面談を行い、業務や設備のこと、働き方など多岐に渡り意見交換を行っている。また、経営者や総括責任者とも面談する機会もある。	
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	代表者は管理者や職員から意見を聞いたり勤務状況に気を配っている。管理者は、職員一人一人の良い所を評価し、努力すべきところは、適宜面談等を行っています。		
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	施設内の研修は、年間計画を立てて行っている。シフトを調整し、外部研修に参加する機会を設けたり研修にかかる費用の補助を行っている。日常勤務や毎日の申し送りの中で話し合い、気づきが得られるように努めている。		
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	研修会等を通じて他事業所等との交流を行い、意見交換をしている。そこで得た内容をサービスの向上に活かせるよう努めている。		

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
<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	利用申込の段階で不安なこと、困りごとを確認している。在宅生活又は施設生活等での様子の聞き取り、今までの生活歴等を情報収集している。		
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	事前の情報で必要と思われる支援を見込んで暫定プランの作成を行っている。新しい環境に慣れ安心して生活出来ることや、安全に生活できることなど考慮し、対応している。		
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	関係を築く努力はしている。個々の得意なこと、出来ることは職員と一緒にやっている。		
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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	アセスメントをしっかりと関係性を高める。出来る能力を活かすことを考える。		
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	面会の機会をつくり、受診時には付き添ってもらうことで家族との関係を良好なまま暮らしている。毎月個々にお便りを作成、日常の様子をお知らせしている。		
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	馴染みのある床屋や美容室に家族に連れてもらうことで自分の好きなヘアスタイルにカットしてもらっている。週に一回のペースで家族がご自宅にお連れし、仏壇に手を合わせておられる。	利用者の中には、顔馴染みの方同士がおられ良好な交流が図られている。家族と一緒に自宅、美容院や外食などへ出かける方もいる。また、携帯電話や手紙で家族とやりとりする方もいる等、継続的な交流ができるよう働きかけをしている。	
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	入居者同士がうまくいかない時は仲裁に入り、個々の性格を含め、席決めをしている。また、隣ユニットも行き来出来るように扉を開放し、入居者同士が交流出来るよう配慮している。		

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	契約終了時には、次の施設や入院先に情報を引き継ぎ、本人、家族の不安や不満が最小限になるよう支援している。		
<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	管理者、ケアマネが足を運び、入居前から家族との関係を構築しながら情報を集め、入居者の思いや意向の把握に努めている。職員間では、本人の発する言葉をみんなで考え、本人の要望に近づけるように家族にも協力を仰ぎ対応している。	「自分がされて嫌なことは利用者にはしない」という思いを基に利用者の支援をしている。利用者との関わりの中で把握した思いや意向はタブレットに記録し職員間で共有している。思いが汲み取れない場合には、表情や生活歴、家族からの情報を得る等で理解するよう努めている。	
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	ご家族や本人に聞き取りを行っている。情報はアセスメント表にも記入し、職員全員が把握出来るよう努めている。		
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	申し送りや日々の介護記録により全職員が一人ひとりの好みの生活様式や体調の変化を把握しサポートするよう努めている。		
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	各職員が担当を持ち、月に1~2名のご利用者のご様子や状態を月次報告書やお便りを通じてモニタリングし、ご家族にもお送りしています。この情報は職員全員で共有し、意見交換や検討を行うことで、ケアプランへと反映をしている。	事業所での様子やADLの変化を書面「月次報告書」にまとめ、月1回家族に伝えている。サービス担当者会議には家族にも参加を促している。モニタリングは毎月実施している。	サービス担当者会議に家族も出席してもらい、思いや意向を把握し、介護計画の更なる具体化を図り、PDCAサイクルを充実させることに期待したい。
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	日々の暮らしや様子、特記事項などを個別に記録し、タブレットを通じて全職員が情報を共有している。それらを基に介護計画の見直しを行なっている。		
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・家族の状況に応じて、日々のサービス内容は柔軟に変化させ、対応している。また、その情報は職員間で共有を図っている。		

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
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	行事参加を促し、対応している。床屋や訪問美容など地域資源の活用。買い物の支援など個々に応じて活用している。		
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	かかりつけ医を入所時に確認している。本人及び家族の意向を尊重して医療機関を継続して受診出来るようにしている。受診は、ご家族をお願いをし情報をメモで渡している。	利用者、家族が希望するかかりつけ医と連携している。基本は、家族が受診対応している。緊急時や家族の都合が悪い場合は、事業所に対応している。受診連絡票に利用者の状態(バイタル、食事、排泄、睡眠など)を記入しかかりつけ医へ申し送っている。	
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	介護職と職場内看護師は常に情報交換しており、異常があれば主治医・家族と連携し、適切な受診が出来る。		
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。	入院時にはケアマネが情報提供書を作成し、入院先で適切な治療・看護が受けられるよう支援している。入院中もケアマネが窓口となり、家族や地域連携室と情報交換を行い、退院時はサマリーを頂くことでスムーズな退院受け入れを心がけている。		
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	重度化した場合は主治医を交えて相談し意向を確認していく。進行推移によって他施設への転居、入院等本人・家族の意向に沿って支援を行っている。	入居時に重度化、看取りの指針とマニュアルについて説明を行っている。入浴が難しくなった時には、特別養護老人ホーム等の申し込みや転院も含め家族と話し合っている。職員は、定期的に「看取り勉強会」を開催し理解を深めている。	
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	出来る人と出来ない人の差はある。当施設ではAEDを設置している。感染症や食中毒についても年間職員学習会の企画をし、実施している。		
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	火災については、年2回の避難訓練を実施している。地域との協力体制は築けている。住民の方の参加を依頼しご意見をいただいている。水害については机上訓練と実際に第一避難先までの避難訓練を実施してみたが、様々な問題が考えられたので、解決に向けて見直しをしているところである。	火災想定訓練を年2回(夜間・日中)実施している。また、BCP(業務継続計画)に従いロールプレイング形式の実践的な訓練を行い新たな気づきを得ている。家族や防災士からも意見をもらい事業所での災害対策に活かしている。地域包括支援センター主催の地区訓練にも参加し備えている。なお、備蓄(水、缶詰、コンロ等)は3日分整備している。	

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
<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	管理者が中心となり職員の言葉がけに注意を払い、一人ひとりの利用者を尊重した言葉がけをするよう努めている。	利用者の言動に対し、言葉で制止せず可能な限り見守るよう努めている。また、話し方も尊厳を欠くことがないように普段から管理者を中心に注意している。スピーチロックの廃止に向けカンファレンス等で周知している。	
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	本人の思いや希望をしっかりと聞き取り、タブレットにて特記事項で入力をする。意思決定をくみ取れるよう寄り添う支援を心がけている。		
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	その日の様子を確認しながら本人の望む活動の参加や本人のペースで過ごせるように臨機応変に対応している。		
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	訪問理容・美容にて本人の好みのヘアスタイルを選んで頂いている。衣装についても本人と決めていく。		
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	行事では、おやつ作りを通して作る楽しさ、喜びを提供できるよう努めている。副食は、業者配送サービスを利用し、職員が温めて盛り付け、主食・お味噌汁は施設で準備をしている。出来る方には感謝を伝え、お盆拭きや食器拭きの役割を持たせるよう、支援している。	誕生日は、利用者の好みを聞き、希望するメニュー（ピザ、ラーメン、お刺身等）を提供している。また、嚥下や咀嚼に不安がある方には、刻み食やミキサー食を提供するなど利用者の希望、思いと共に利用者の状態に応じた支援をしている。	
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	一人ひとりに応じた形態、分量の工夫をしている。毎食の食事量、水分摂取量を記録し、共有している。		
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	利用者に合わせた介助方法を支援している。必要に応じて訪問歯科の提案をしている。		

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	利用者の行動パターンや排泄リズムの把握に努め、排泄のタイミングを見逃さず、必要に応じ声かけや付き添うことでトイレでの排泄ができるよう心がけている。	利用者それぞれの排泄リズムをタブレットに記録し、排泄のタイミングや排尿量などの把握に努めている。排便状況は紙媒体にも記録し、排泄リズムの改善に心掛けている。排泄が頻回な方は居室をトイレ近くにするなど、個々の排泄状況に応じ柔軟に支援している。	
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	身体を動かすことや水分を十分に摂取していただく。下剤に頼ることもあるが、便がしやすい体勢の声掛けを継続する。		
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	本人のペースで週2、3回入浴をしている。身体の状態を観察し、情報共有の徹底、強化に努める。	季節に応じ、ゆず湯やしょうぶ湯などを取り入れ気分転換を図っている。また、浴室では職員とゆっくりコミュニケーションを交わすなど入浴が楽しい時間となっている。入浴拒否の有る方には時間や日をずらしたり、同性介助など個々に沿った支援をしている。	
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	睡眠状況に応じ、日中の活動状況の見直し等を行い、安眠を図っている。		
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	処方内容や薬剤情報はすぐに確認できるようになっている。調剤薬局との連携もあり、薬剤師と常に連絡を取り、相談できる関係性である。		
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	出来ない事もあるが、生活の中で個々に応じた役割が持てるように支援している。又は、以前からの趣味等に近い生活が出来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	日常的な外出の機会は少ないが、買い物やドライブ等を企画し、外出の支援をしている。また家族との会食やお買い物へ行けるよう家族と相談し、実現している。	事業所周辺の散歩や、ドライブでは植物園、祭り、公園などへ出かけ季節を感じてもらっている。また、家族と自宅や美容院へ出かけた時、外食や外泊される方もいる。	

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	家族と共にお買い物を楽しんでいます。利用者が欲しい物をご家族様と相談している。		
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	スマートフォンを所持されている方が一人います。定期的に届くご家族からの手紙等を楽しみにされている。		
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	整理整頓を行い、安全で清潔な環境作りを心掛けている。ソファに座り外を眺めたりと寛げる空間作りをするなど工夫している。季節を感じられるよう利用者と一緒に作った作品や掲示物の工夫をしている。	共用空間は広く、車椅子や歩行器を使用してもスムーズに行き来することができる。壁には季節を感じる作品や、カレンダーが掲示してある。また、ソファが設置してあり寛ぐこともできる。照明も調整され落ち着いた雰囲気がある。	
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	ユニット内や共有スペース等個々の好みの場所で過ごして頂いている。座席は皆が快適に過ごせるよう工夫をしている。		
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	馴染みのものを居室に持参してもらい、お孫様の写真を飾っている。また、ご自分で作った作品の中で気に入ったものは居室に飾っている。	居室はベッドとエアコンを配置。利用者の作品や、家族の写真、手紙など掲示し個性を演出している。また、テレビや冷蔵庫など持参可能で、入居前の生活を継続でき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	廊下・トイレ・浴室等の手摺りの設置や車いすでも自由に行き来できるだけのスペースがあり、安全で自立した生活を送れるようになっている。		

## 2 目標達成計画

事業所名 グループホーム 逢の希

作成日: 令和 8 年 1 月 1 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	26(10)	担当者会議録の家族の意向が反映されている事が分かりやすい様な記録の残し方が必要	本人や家族の意向を記録に反映する	出来る限り本人や家族に出席、同席していただき、思いを記録に残す、又出席できない際には電話などを使い、希望等確認し、記録に残す。	12ヶ月
2					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、行を挿入して下さい。

### 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( )