

## 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	1670600186
法人名	社会福祉法人 福梅会
事業所名	生活支援ハウス ほたるの里
所在地	富山県滑川市下梅沢 424
自己評価作成日	令和7年8月30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9月26日	評価結果市町村受理日	令和7年11月6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)	<input type="radio"/>	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、信頼関係ができる。 (参考項目 : 9, 10, 19)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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. ほとんどない	66	職員は、活き活きと働けている。 (参考項目 : 11, 12)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	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. ほとんどない
62	利用者は、その時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)	<input type="radio"/>	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. ほとんどない				

### 【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）】

グループホームほたるの里では、特に決められたスケジュールではなく少人数で家庭的な雰囲気の中、個別の認知症ケアを受けながらゆったりと生活することが出来ます。リビングや窓、玄関から四季折々の花々や自然な風や明るい光を取り込み、季節を感じることが出来るように配慮しています。また季節に応じた装飾を利用者とスタッフが一緒に制作したり、隣接する菜園では苗を植え季節の野菜を収穫し、食事のメニューに取り入れて旬を味わっています。また下肢筋力向上や維持のために、毎朝のラジオ体操や毎夕のゆとりっち体操に加えて転倒予防に足首の運動も取り入れています。また天気の良い日にはドライブへ出掛けたり、地域社会貢献の一環として交通安全マスコットの寄贈を長年継続して取り組んでいます。利用者一人ひとりに役割を持ってもらうことで人の役に立っているという自信や満足感へつながるように支援しています。

## 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	毎年年度末にスタッフ全員にスローガンについて自由記述方式でアンケート調査を実施し、前年度の振り返りをもとに職員会議で決定する。決定したスローガンはいつでも目に留まる場所に掲示をし、その都度振り返りを行い、毎日のケアにつなげている。	法人理念である「私が受けたい介護」は、パンフレットにも掲載されている。理念を下に掲げたスローガンを職員で話し合い、前年度と同じ「認め合い支えあうこころ。いつも私らしくあふれる笑顔で」に決定した。職員はスローガンを実践すべく利用者の出来ることを認め、利用者と職員がお互いに支え、助け合いながら生活できる環境となっている。	
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	春の交通安全運動に合わせて、交通安全マスクット100個を市内の警察署へ寄贈した。代表の利用者2名と施設長が警察署へ出向き、署長へ直接マスクットを手渡した。地域社会貢献の活動を継続することで、利用者の生きがいや自信、やる気につながっている。	近所の喫茶店でお茶を楽しんだり、そこで近所の方と挨拶を交わしたりと、地域ボランティアの受け入れをおこなっている。また、14歳の挑戦で中学生を受け入れるなど、日常的に交流を持つ機会がある。	
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	馴染みある住み慣れた地域社会への貢献として、交通安全マスクットの寄贈を長年にわたり続け今年で19回目となった。生地を裁断したり、縫い合わせたり、また紐に鈴を通して、出来上がったマスクットを袋に詰めたり等利用者一人ひとり出来ることを行っている。		
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	2ヶ月に一度、市社会福祉協議会、市職員、民生委員、家族、施設長、管理者が集まり、意見交換や日常の活動状況の報告、事故報告、介護相談員来所時の所見等を伝えている。感染症対策では、ホーム内でのマスク着用の継続について等を話し合い、忌憚ない意見をもらっている。	運営推進会議は、全家族に開催の案内とともに参加のお願いをしている。運営推進会議では委員からの意見や質問に対して、説明や相談をする場にもなっている。サービス向上に向けての有意義な時間となっている。参加できなかった家族には年4回の広報誌に概要を載せて共有している。	
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	運営推進会議に市社会福祉協議会、市職員の参加があり、また入退所についての報告や施設内での事故発生時の第一報告などその都度行っている。熱中症警戒アラート発令時や大雨等の災害対策としてメール等でも連絡をもらっている。	運営推進会議に市社会福祉協議会や市職員が参加することから、相談したり、協力関係を築きやすい関係となっている。また、地域ケア会議や研修には、出来るだけ参加できるように努めている。	
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	運営推進会議後に身体拘束廃止委員会を開催し、職員会議では年2回の身体拘束についての勉強会を実施している。全職員が身体拘束について内容や危険性を理解し、出来るだけ身体拘束は行わない方針を定めている。やむを得ずセンサーマットを使用する場合は利用者やその家族に状況を説明し理解を得ている。事故につながらないよう、ベッドの手すりの配置やセンサーマットの必要性について、職員会議で話し合っている。	夜間夜勤者が一人での対応のため、安全を第一に考えセンサーマットを使用している方が数名いるが、職員は不適切なケアに繋がらないようにすることを念頭に置き、対応している。センサーマットのセンサー音はそれぞれ違うため、センサーが同時に鳴ったときは、利用者の身体状況に合わせて優先順位を素早く判断することができることも含めて、慎重に検討し取り入れている。	

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
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注意を払い、防止に努めている	デイサービスやグループホーム、居宅の管理者や看護のリーダーが集まり、委員会を立ち上げ、高齢者虐待防止の勉強会を行っている。委員会での内容や注視しなければならないことを部署へ持ち帰り、職員会議での議題として勉強会を実施し理解を深めた。		
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	現入居者にはこの制度を利用している利用者はいないが、以前に成年後見制度や日常生活自立支援事業を活用している利用者がおられ、実践的に学ぶ機会があった。		
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	契約時には重要事項説明書をもとに内容を説明し同意を得ている。また重要事項説明書の内容に変更や改定等があったときにはその都度説明し同意書をもらっている。		
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	面会時やサービス担当者会議、運営推進会議で施設運営についての意見や要望を聞き取っている。年1回家族会を開催し、利用者の日常の活動状況の報告をしている。看取りについてや転倒や発熱時等の緊急時の対応について意見があり、利用者家族からの意見や要望を聞き取り、改善に向けている。	普段から意見や要望を聞けるように努めているが、年1回の家族会では、沢山の意見や質問を受けることができ、一つひとつ丁寧に説明をしている。レクリエーション代(おやつ代含む)を値上げしたいと事業所から提案し、家族から意見をもらつたうえで判断するなどしている。	
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	年度末の個別の職員アンケート調査や、毎月の職員会議では施設長にも参加してもらい意見や要望を出し話し合っている。その他年に2回事務長との個別に面談する機会が設けられており、意見や要望を聞いてもらっている。	備品の修理や買い替えに関しては、事務長に伝え、すぐに対応してもらっている。レクリエーション代に関しても、職員から物価が高騰している中やりくりが大変なので値上げをして欲しいという要望があり、家族にも理解を得られるよう、お願いをしたという経緯もある。施設長や事務長、管理者へはすぐに相談しやすい環境である。	
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くよう職場環境・条件の整備に努めている	定期昇級。パートの年休取得、介護職待遇改善交付金の受給など、労働条件につながる要件は積極的に導入している。		
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	外部研修に参加してもらい職員会議で報告し学んだことを職員間で共有している。また勉強会の年間スケジュールを立てて、その月の担当職員はテーマに沿った資料を作成し、リーダーになって勉強会を進め、知識や理解を深めている。		

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
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	富山県グループホーム連絡協議会に加入し、研修会などの案内や報告を受けている。市内のグループホームとは広報誌を共有することで、情報交換を行っている。交流会はコロナの観点より未だ実施出来ていない。		
<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	本人の言葉だけではなく、表情や声のトーン、行動から読み取り理解出来るように努めている。また家族からも入所時や面会時にも情報を把握し、不安なく安心して生活が送れ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	入居前に話しをする機会を設け、これまでの介護の苦労を受け止め、不安や要望等を把握し相談しやすい関係になるように努めている。		
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	本人らしい生活を継続してもらうため、本人や家族からの情報、職員の気づきなどから個別対応に努めている。		
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ける、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	食事の下ごしらえや後片付け、おしほり洗いなど利用者が出来ることを発揮してもらえる場面をつくり、利用者の不安なときには話を傾聴したり、また利用者からは労いの言葉をかけてもらうなど、お互いを支え合う関係性となっている。		
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ける、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	面会時や毎月のお便り、電話やメール等で日常の様子を報告している。家族の月命日のお参りや法事、お盆の墓参りなど、本人や家族からの要望に添えるように支援している。		
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	家族の協力を得ながら、馴染みの美容院や病院への通院、外出や親類等との食事会など、馴染みである関係性が継続出来るように支援している。天候を見ながら近くの喫茶店で食事をしたり、デイサービスの利用者とも気軽に会話ができる機会を設けている。	法事や孫の帰省に伴って家に一時帰宅したり、家族と食事会に行くなど馴染みの関係の継続支援に努めている。また、家族だけでなく親戚の面会も多くみられる。職員と一緒に手紙を書いてやりとりすることもあり、大切にしてきた繋がりの継続になっている。	

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、支えあえるような支援に努めている	食事の下ごしらえやレクリエーションなどを行い、利用者同士が関わり、会話が出来るようにテーブルや座席の配置にも気を配っている。受診時等でいない利用者がいると「この方どうしたの？」と気にかけたり、ムセが見られる利用者には、「大丈夫？」と背中をさすってあげたり、お互いに支え合う場面が垣間見えている。		
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	可能な限りホームでの生活の継続を考え、家族や医療機関と話し合いながら、利用者のより良い生活環境を模索している。		
<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	日々の関わりの中での利用者からのささいな言葉から思いを汲み取ったり、思いや要望を職員間でも共有出来るように日誌に記録したり、職員会議で話し合っている。家族にも情報を共有したり、必要に応じ支援の方法を変えるなど本人の思いを優先出来るように努めている。	会話の中で思いや、感じていることを伝えることが困難な利用者には、本人の表情や姿勢などから汲み取り、毎月の職員会議で共有し職員の意見を聞きながら、本人の思いに寄り添えるように努めている。	本人の思いや意向が感じられたときは、業務日誌で共有を図っているが、本人の思いや意向が明確にわかるような記載方法の工夫に期待したい。
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	入居時に家族より本人のバックグラウンド情報として提供してもらい生活歴の把握に努めている。また入居後においても本人や家族からの情報把握にも努め本人らしい生活が送れるように努めている。		
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	利用者一人ひとり思い思いに生活してもらえるように支援している。利用者との日々の関わりから見えてきたこと感じたことを日誌に記入したり、他の職員にも情報を共有出来るように努めている。また必要に応じてホームの看護師に状態を報告し、家族へ病院への受診等お願いしている。		
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	本人や家族からの要望を明確に反映出来るように、サービス担当者会議としての記録を残すようしている。介護計画は入所後は3ヶ月で見直し、その後は6ヶ月毎に見直しをしている。計画は、達成可能な目標を設定することに留意している。	担当者会議の前に、本人にも「どのように暮らしたいか」を確認し、担当者会議では家族や看護師、担当職員で、本人が望む生活を送れるように検討している。担当職員がモニタリングを詳しく記し介護計画書を作成したのち、介護計画作成担当者が確認し、チーム全体での介護計画作成に取り組んでいる。	
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	業務日誌に個別の課題を明確化し、職員が常にその人らしさを意識したケアが実現出来るように工夫している。また食事量や水分量、排泄状況も一目で分かるようにしている。特記事項は日誌上部に赤ペンで記入し、情報の共有、適切なケアや見直しが容易に出来るように工夫している。		

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
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、その時々に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	希望を聞いて、希望のある方にはデイサービスの大きなお風呂にゆったりと入ってもらったり、支援ハウスやラガーレへ散歩がてら出掛けたり、入浴やラジオ体操のためにデイサービスへ出向いたときには、顔馴染みの利用者と話が出来る機会を設けている。		
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	警察署や消防署へは毎年訪問し安全の協力をお願いしている。外食時には事前に電話で協力を依頼し、また地区の祭りでは神輿に来てもらい神様に手を合わせるなど、施設に入所しても住み慣れた地域での暮らしを安全に継続出来るように努めている。		
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	本人や家族が希望する病院に受診してもらっている。受診は基本家族が同行し、日常の様子やバイタルチェック、水分量などを記録した「受診時情報提供書」を家族へ渡し、主治医からは留意点や指示を仰ぐなどし適切な受診支援を行っている。緊急性があるときは職員が受診へ同行し、病院で家族と一緒に動きをされている。また訪問歯科診療を利用し、家族へ情報提供を行い、希望や必要に応じた歯科治療を実施している。	基本的に今までのかかりつけ医の受診を家族同行でお願いしている。かかりつけ医の往診もあり、事業所との連携が図りやすい環境となっている。かかりつけ医が往診できない場合は、往診が可能な医師を紹介している。内科のかかりつけ医の他、整形外科、歯科などの往診もあり、利用者は適切な医療が受けられる。	
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	週2回看護師に来てもらい、利用者の健康管理について助言やアドバイスをもらっている。また病院と家族との連携も図ってもらっている。利用者の体調の変化があったときには看護師へ症状やバイタル等を報告し指示をもらったり、状態によっては直接様子を見て救急への手配等も24時間体制で対応してもらっている。		
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。	入退院時には、協力医療機関の地域連携室と連携を図り、本人の身体状況や生活状況などの情報を提供し、病状の確認や退院に向けたリハビリの取り組み状況、退院後の注意点などを医師や看護師から情報提供を受けている。退院後も速やかにホームでの生活に復帰出来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	入所契約時には、重度化や終末期における事業所としての基本的な考え方を説明し、同意を得ている。基本的には看取りはしていないが、重度化した場合には、主治医や本人、家族と話し合いをし、本人にとっての最善な生活、ケアの在り方をチーム全体で考えて支援を行っている。	一人ひとりの状況や尊厳を大切にしたいという思いから、重度化した場合の対応について明確な指標はなく、医療依存が強くなったり、退院時のタイミングでの身体状況に合わせて、家族や医療機関と相談している。また、家族からの重度化や退所に対しての問い合わせには丁寧に説明をし、必要に応じて医療機関や施設の紹介も行っている。	
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	緊急時の対応の仕方をマニュアル化し、カンファレンス等で勉強会を行い再確認を行っている。また看護師からは一人ひとりの病状を踏まえて、起こり得る緊急時の対応等、指導を受けている。		

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
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	年に2回星間、夜間の火災想定の避難訓練を実施している。避難経路の確認や消化器を使用した初期消火など地元の消防団や消防署の指導のもと実践的な訓練が出来ている。また水害時における避難訓練では、雨天を想定した車での避難誘導を実施し、誘導にかかる時間を計測し、消防署からの助言も受けた。	避難場所への移動時間を、車移動と徒歩移動の場合でそれぞれ計るなど、丁寧な避難訓練を行っている。運営推進会議に参加している民生委員が避難訓練にも参加しており、協力を得ている。事業所のある地域は自然災害のリスクは少ないものの、地震の際に座布団を被るなどの訓練も行っている。	
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるため日々の支援</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	利用者一人ひとり尊厳とプライバシーの確保に努め、職員同士で声掛けをしたり、気付いたことなどは職員会議で話し合ったりし、認知症ケアに生かしている。また、権利擁護の研修会にも参加し、学んだことを職員会議で報告し、職員全体の学びとして共有している。	尊厳とプライバシーの確保の研修を毎年行い、職員の意識を高めている。トイレ誘導の言葉掛けが不適切と感じたときはすぐに、正しく本人を尊重する言葉掛けをするよう促している。失禁によって落ち込んだ利用者には、寄り添った言葉掛けを心掛け、誇りやプライドが傷つかないように配慮している。	
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	ティータイム時には好みの飲み物を聞いたり、レクリエーションではその日の体調や何がしたいか利用者と一緒に決めたりしている。また意思表示が難しい利用者には顔の表情や仕草などから思いを読み取り、自己決定へつなが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	一日の決められたスケジュールではなく、利用者一人ひとりが思い思いに過ごしている。体調に応じて居室で静養してもらったり、入浴を断る利用者には無理強いするのではなく、時間を置いて再度声を掛けたり、本人の思いに寄り添って見合わせる等希望に添える支援に努めている。		
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	持参の化粧水や乳液、クリームをつけてスキンケアをしたり、手鏡で眉を描いたり、年齢を重ねても身だしなみが継続できるように家族にもお願ひして支援している。また美容院でのカットやカラーも行い、年齢を重ねてもおしゃれ心を失わない支援を心掛けている。		
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	利用者と一緒に食べたい物や季節の旬の食材でメニューを決めたり、ホームの菜園で収穫した野菜を献立に取り入れたりしている。料理の下ごしらえや盛り付けなど利用者の出来ることと一緒に行っている。誕生会や特別な日には、本人の嗜好を聞いて一緒に作ったり、買い物に出掛けたりしている。	もやしの下処理やじゃがいも、ニンジンの皮むきなど、利用者が出来ることは積極的に手伝ってもらい、一緒に楽しく調理をしている。スーパーの広告を見ながら利用者と一緒に献立を考え、買い物に行くこともある。三食とも自宅での食事のような、家庭的な雰囲気がプラスされている。	
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	昼は肉、夜は魚など栄養のバランスを考えながら献立を作り調理をしている。お粥や刻み、ミキサー食など利用者一人ひとりに合った食事形態に努めている。また一日の水分摂取量や食事量を記録し、水分の進まない利用者にはゼリーを手作りし提供するなど個々に対応出来るように支援している。		

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
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	食後の口腔ケアは、利用者一人ひとりに合わせた声掛けや介助を行っている。就寝前には義歯を外してもらい毎晩洗浄液につけ清潔保持に努めている。また訪問歯科診療を利用し、口腔ケアや細菌検査、義歯の作成や調整等を行い、いつまでもおいしく楽しく食事をしてもらえるように支援している。		
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	入居者日誌や排泄チェック表で利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、身体状況に応じた排泄支援を行っている。トイレへの声掛けや排泄時の尊厳を損なわないように支援している。	立位困難な方は二人で介助するなど、トイレでの排泄を支援している。自らトイレに行くことを継続できるようにトイレの場所をわかりやすく、緑の戸に黄色い文字で大きく「トイレ」と表示するなど工夫がされている。また、トイレも3か所あり、スペースも広く、車いすの方の介助もゆとりを持っておこなうことができる。	
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	便秘にならないようにバランスの取れた食事や水分摂取、毎朝乳製品を摂取してもらうなどし便秘にならない身体づくりに取り組んでいる。また体操や運動、散歩なども日々の生活に取り入れたり、主治医や家族とも相談し内服を行い排泄へつながるように支援している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	複数名での入浴か一人での入浴かの希望を聞き対応している。入浴は一日おきに入ることが出来、利用者からの個々の要望には柔軟な支援に努めている。利用者にはデイサービスの大きな湯船に浸かり、草木や雪見など大きな窓から見える季節毎の風景を楽しんでもらっている。利用者の生活習慣に応じて希望があれば、入浴時間以外にも足浴をしリフレッシュしてもらえるように支援している。	一日おきに入浴ができ、利用者は大浴場を希望され、3~4人で、利用者同士で会話を楽しみながら入浴している。季節に応じて柚子湯を提供することもある。また、入浴前には、職員と一緒に着替える洋服を選んでもらっている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	夜間十分に睡眠を確保してもらえるように、個々に応じた居室の暗さや室温に配慮し、肌布団やタオルケットなど安眠につながるような寝具を利用者個々に用意してもらうなどの対応をしている。また夜間の睡眠状況に対しては主治医や専門医に相談するなど安眠につながる支援を行っている。		
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	利用者の個人ファイルに薬の説明書を添付し、薬の名前や副作用などがわかるようにしている。薬が変更になった場合には、職員全員へ周知されるまで申し送りをしたり、入居者日誌の注視欄に赤字で記入したりしている。誤薬がないように服薬時間で色分けをしたり、薬についての不明点があれば主治医や薬剤師に確認するなどしている。		
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	買い物や掃除、洗濯物たたみや洗濯物干し、調理の下ごしらえや盛り付けなど、役割を持ち利用者の出来ることを継続して行ってもらえるように支援している。また手伝いをしてもらったときには感謝の気持ちや労いの言葉をかけ、自信や満足感、喜びにつながるように努めている。		

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
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	その日の天候や利用者の体調、要望に応じ散歩やドライブ、外食するなどしている。また利用者家族や親類との食事会に参加したり、本人からの希望に添えるように外出や外泊が自由に行えるように家族にお願いするなどの支援をしている。	広告をみて、献立にあった食材をスーパーに買いいに行ったり、花を見ながら事業所の周りを散歩したりと日常的に外出支援を行っている。利用者の体調や天気をみて、気軽にドライブに出かけることもある。また、事業所の畠で種まきから草取り、収穫をおこない、畠仕事を楽しんでいる利用者もいる。	
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	基本的には金銭の所持は行わない、但し個別の買い物などは代金を立て替えて、一緒にお店へ行き品物を選ぶなど、買い物に楽しみを感じてもらえるように支援している。		
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	家族や親類との電話や郵便物、手紙等のやり取り、年賀状の作成の支援を行い、家族や親類との交流の継続を図っている。		
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、生活感や季節感を探り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	中庭や玄関、窓からは四季折々の花々や景色を眺め、自然な風や明るい光を取り込み季節を肌で感じることが出来るように配慮している。食事の支度の音やにおいが間近で感じられ、利用者個々が思い思に過ごせるように食卓テーブルやリビングのソファー、畳の間などを配置している。季節感を感じてもらえるように壁画を飾ったり、思い出の写真や塗り絵をいつでも見ることが出来るように掲示したりしている。	共有空間は、利用者全員が互いの顔が見られるように、複数のテーブルを隙間なく配置し、一家団欒での食事を想起させ、誰とでもすぐに話ができるようになっている。小上がりでは足を延ばして休むこともでき、利用者は畳のぬくもりを感じることができ。	
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	畳の小上がりやソファー席、食卓席などで利用者一人ひとりが思い思いに過ごしている。また気の合う利用者同士で居室を行き来するなど、居心地の良い空間づくりに努めている。		
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	入居時に家族と相談し、ホームでも自宅での生活が継続できるように使い慣れたテーブルや馴染みの家具、カレンダーや家族の写真、好きな芸能人のグッズ等、思い思いのものをレイアウトし、居心地の良い居室になるように支援している。	居室空間は広く、エアコン、ベッド、クローゼットが備え付けられている。自宅から馴染みの椅子やテレビ、タvens等を持ってきている人もいるが、それでも十分安全に移動できる動線が確保されている。各居室の表札は入居時に職員と利用者が一緒に作ったもので、その人らしさが表れている。	

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
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	トイレは他の場所と間違わないように色別にしたり、居室の表札は利用者の好きな色を選んでもらい、季節の花や模様を色紙で作ったり、犬や猫などの好きな動物のシールを貼ったりと職員と一緒に作るなどしている。必要なところには手すりを配置したり、安全を考慮し座ったまま洗面が出来るように椅子を用意したり、利用者個々の身体状況に応じて対応している。		

## 2 目標達成計画

事業所名 グループホームほたるの里

作成日：令和 7年 10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るならぬよう、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	23	日々の関わりの中での利用者本人の思いや意向を感じられたときは日誌に記載し、職員同士で共有を図っているが、本人の思いや意向が明確にわかるような記載方法にはなっていない点。	利用者本人の思いや意向が感じられたときは、利用者本人の言葉をそのまま(逐語録)記載し、職員間で情報を共有し、本人の思いや意向が支援に反映出来るように努める。	利用者本人の思いや意向を感じ取ったときには、本人の言葉をそのまま(逐語録)日誌に記載し、思いや意向が明確になるように色付きのマーカーで線を引く。	1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	○ 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( )