

### 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   | 1691100422     |            |           |
| 法人名     | 有限会社 リアン       |            |           |
| 事業所名    | グループホーム北高木     |            |           |
| 所在地     | 富山県射水市北高木255番地 |            |           |
| 自己評価作成日 | 令和8年2月6日       | 評価結果市町村受理日 | 令和8年3月26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\\_kani=true&JigyosyoCd=1691100422-00&ServiceCd=320](https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/16/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=1691100422-00&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8年2月18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)】

・浴室に座浴もあるので、入所時点で車椅子の方でも対応が可能です。  
 ・毎日のレクレーションを楽しんでもらえるようにメニューを工夫して提供している。

#### 【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)】

・夏季の猛暑対策として事業所の一部を「クールシェアスポット(休憩スペース)」として開放し、自ら地域の課題解決に向けた提案を行っている。職員研修の枠組みを地域住民にも広げ、「認知症サポーター養成講座」への参加を呼び掛けている。場所の提供だけでなく、地域全体で認知症への理解を深める基盤づくりを推進しており、利用実績の有無に関わらず、まずは「地域に開かれた拠点」としての姿勢を明確に打ち出し、実行に移している。  
 ・管理者は職員と視点を共有することで、現場の課題や利用者ニーズを把握・反映できる体制を構築している。特に、管理者自らが「温かい言葉かけ」や「認め合い、褒め合う」姿勢を実践することで、職員間でも自然と「ありがとう」を伝え合う習慣の定着を目指している。こうしたチームケアの実践は、利用者一人ひとりに寄り添うコミュニケーションの基盤となり、質の高いケアへとつながっている。

### 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<br>↓該当するものに○印 |   | 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓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<br>(参考項目:23,24,25)       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<br>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<br>(参考項目:9,10,19)   | ○                     | 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>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<br>(参考項目:18,38)             | ○                     | 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>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<br>(参考項目:2,20)                     | ○                     | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>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<br>(参考項目:38)                   | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:4) | ○                     | 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くない            |
| 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<br>(参考項目:36,37)    |                       | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 66 | 職員は、活き活きと働いている<br>(参考項目:11,12)                                      |                       | 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:49)                  | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:30,31)         | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>4. ほとんどできていない |
| 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<br>(参考項目:28) | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>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  | 前回の第三者評価の後、職員で検討すると「漠然としている」「具体的に」という意見が出たが、理念は継続されている。日常の業務における実践は各職員に任されている。                            | 法人理念は、開設当初より「介護の全領域で信頼あるパートナーとして絆の実現を目指します。」を掲げ、玄関や職員休憩室への掲示、全体会議でも確認し、職員に周知しているが、形骸化しており「目指すべき姿の共有」が課題である。  | 意見は、現状に甘んじず、より良いケアを目指そうとする前向きな兆しと捉えられる。理念を自分たちの言葉で定義し直す機会を設け、組織全体で「目指すべき姿」を共有し、具体的な実践へとつなげていく取組に期待したい。                       |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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  | 自治会に加入し、運営推進会議において自治会長より情報提供がある。100歳体操の参加を検討したが、有志会員のみの集まりであったので参加は叶わなかった。散歩の時に近隣の人と会話したり、施設の除雪に協力を受けている。 | 自治会との双方向の対話を通じて地域のニーズを汲み取り、熱中症対策としての「クーリングシェルター(休憩スペース)」の提供を開始した。利用実績はなかったが、地域住民の安全を守る拠点としての機能を備え、継続的な発信を通じて地域活動のサポーターとしての役割を自ら模索し、実践に結びつけている。                                   |  |
| 3                  |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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  | 運営推進会議の場において、自治会長や民生委員には認知症介護の実情を伝えている。それ以上の発信はできていない。  |  |  |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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                                     | 運営推進会議での意見や情報は、全体会議で報告している。ヒヤリハット報告に対する意見を受けた時には、職員で共有し事故防止につなげられるようにしている。                                | 2ヶ月毎に開催し、自治会長、民生委員、行政担当者、地域包括支援センター職員、家族代表が参加しており、多角的な視点を取り入れている。事業所側も運営状況やヒヤリハット事例を積極的に共有し、その検討結果を全体会議でフィードバックすることで、組織的な再発防止策に繋げている。一方で、利用者や家族の参画機会の確保、および検討結果の周知については改善の余地がある。 | 今後は、議論の内容を事業所内に留めず、会議の議事録や改善内容を利用者家族へ積極的に配布するなど、情報の見える化を図ることが重要である。また、本人・家族の主体的な参加を促す工夫により、地域と家族が共に事業所運営を支える仕組み作りへの発展を期待したい。 |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>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  | 市の担当者や地域包括職員とは、運営推進会議の場で連携をしている。他地区の情報収集などの機会になっているが、日頃の連携は少ない。   | 行政担当者を運営推進会議構成員として迎え、運営状況の共有や行政情報の提供を受ける体制が整っている。市主催のBCP研修等へ参加し、制度動向の把握に努めている。介護保険の保険者である市町村に対し、現場のリアルな声を伝えている。  |  |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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 | 身体拘束防止委員会では、日頃の業務を点検している。現在はやむを得ず正面玄関を施錠しているが、気付かずに身体拘束をしないよう管理者をはじめ職員が意識を持ち、注意し合っている。                    | 現在、安全確保のため玄関を施錠している現状を「身体拘束の一つ」とであると認識し、施設長・管理者は、安易な制限に慣れないよう職員間で常に警鐘を鳴らしている。スピーチロック研修や虐待セルフチェックの数値化・フィードバックを通じて、全職員が拘束の弊害の理解に努め、身体的・精神的な抑制を行わないケアの実践を組織の基本姿勢としている。              |  |

| 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   |
| 7  |     | ○虐待の防止の徹底<br>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のないよう注意を払い、防止に努めている      | 年1回の虐待防止研修を行い、特に気づきにくいといわれるスピーチロックをしないケアに日頃より努めている。以前に比べて意識の向上はみられる。                   |  |   |
| 8  |     | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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 | 成年後見制度の利用者が2人入所中で、後見人の面会や担当者会議の出席がある。詳しい成年後見制度は学んでいないが、概要の理解はしている。                     |  |   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>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                      | 契約時には十分時間を掛けて、契約書や重要事項説明書等について説明し、了解を頂くようにしている。利用料金の変更等についても事前に書面で説明し、理解を求めるよう対応をしている。 |  |   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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                  | 運営推進会議の家族代表者や普段の面会時、ケアプランの説明時に、近況報告をしながら家族の意見や要望を聞いている。電話で話す際にも家族が意見や要望を話しやすいよう心掛けている。 | 日常的な会話や電話を通じて要望を引き出す柔軟な場面づくりを実践している。認知症の利用者に対しても、日々の関わりの中でその意向を汲み取る支援を大切に、利用者および家族の細かな困りごとや要望を能動的に収集している。                    | 今後は得られた意見を単なる記録に留めず、運営推進会議への反映につなげ、客観的な助言を得るサイクルの構築を期待したい。利用者の小さな意思表示や、家族の言葉の端々に隠れた要望を組織的に拾い上げ、運営改善に活かし、可視化していくことが望まれる。 |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                   | 月1回の全体会議では職員から忌憚のない意見が出ている。また職員の提案箱も設置し、職員一人一人の意見やアイデアを聞いて、日々の施設運営に反映させている。            | 施設長や管理者が現場職員の声を「運営の重要な判断材料」と位置づけ、対話や提案箱の設置等により個々のアイデアを吸い上げる体制を構築している。エアコンの専門清掃の依頼等の具体的な環境改善に向けた提案を受け、働く意欲の向上とケアの質の確保につなげている。 |   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>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   | シフト作成時は、希望日に休めるように配慮している。労働環境や条件などに意見があれば、管理者を通じて上部に伝わるようにしている。管理者に対しては話しやすい雰囲気がある。    |  |   |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>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      | マニュアルに沿って介護方法が統一されるよう、管理者が主になって随時、指導を行なっている。   |  |   |

| 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 |
| 14                           |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 同業者との交流、勉強会などは行われていない。代表者が参加した研修の伝達は、ケアマネや管理者に対して行われているが、制度上の研修であることが多い。 |   |                   |
| <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<br>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           | サービス開始時には、本人からの意見が聞けない場合でも家族からの要望や情報を収集し、安全安心を提供できるようにしている。              |   |                   |
| 16                           |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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                      | 家族から受けた電話相談には、丁寧に答えるようにしている。言葉遣いにも注意している。                                |   |                   |
| 17                           |     | ○初期対応の見極めと支援<br>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                  | 入所前には、家族やそれまでの担当ケアマネなどからの情報収集を行い、職員で共有している。入所希望者でもあり、他のサービス利用は勧めていない。    |   |                   |
| 18                           |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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                                  | 利用者とは親密になりすぎないように注意しながら、寄り添うように努めている。                                    |   |                   |
| 19                           |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>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                   | 施設では、家族との面会、外出、外泊を勧めている。家族の面会や外出の迎えの時は、本人の近況を伝えるなど、親しみを持って対応している。        |   |                   |
| 20                           | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                               | 家族以外でも、友人や教え子など馴染みの人の面会もあり、施設を尋ねやすい雰囲気作りをしている。また、馴染みの美容院などの利用も勧めている。     | 家族のみならず、友人や教え子など「馴染みの人」が気軽に訪れ、面会しやすい開かれた雰囲気作りとその関係性を把握し、利用者の生活に組み込めるよう配慮している。また、長年利用してきた美容院や住み慣れた地域・自宅へ「出かけていく場面」の創出に努めている。 |                   |

| 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 |
| 21                                 |      | ○利用者同士の関係の支援<br>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                                   | 職員が会話に入ったり、作業に誘ったりしながら、利用者同士の交流を促進させている。レクリエーションを2ユニットで合同で行なうことも多く、ユニット間の交流も盛んにしている。 |  |                   |
| 22                                 |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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                    | サービスが終了しても、不安を持つ家族が電話相談してくるケースもあり、アドバイス等を行っている。                                      |  |                   |
| <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<br>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   | 認知症状に関係なく、利用者の声には傾聴を心掛けている。発言の少ない利用者には、普段の様子から思いを推し量っている。                            | 日々の生活場面から汲み取った思いや意向を、毎月の全体会議で共有・検討する場を設けている。本人の意向把握が困難な場合でも推察し、具体的にケアプランや日々の活動の充実に結びつけていか、模索しながら取り組んでいる。 |                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                       | 生活歴などを本人や家族、全担当者から聞き取り、フェースシートを作成し把握に努めている。  |  |                   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>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   | 各利用者のADL、心身状態、日課などを把握し、施設介護経過に入力して共有を図っている。  |  |                   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | 介護計画は、課題を抽出し、本人の状況や職員からの意見も聞いた上で作成し、最終的に担当者会議において家族からの意見を取り入れたものになっている。              | 介護計画の更新や体調変化時には、日々の暮らしの中で本人の意向や要望を、全体会議で多角的に捉え、それらを踏まえて、サービス担当者会議において、家族の想いを汲み取る体制が整っている。                |                   |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | 施設介護経過やバイタル値など、入力された記録を職員間で共有して、見直しに活かしている。  |  |                   |

| 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<br>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                            | 医療ニーズが発生した場合は、医師や訪問看護師と連携している。福祉用具の活用もし、必要な用具が利用できるように連携している。                               |   |                   |
| 29 |      | ○地域資源との協働<br>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                                      | 日常的に地域資源を利用しながら、生活することは難しい。それでも、地域の人たちが作るバラ園の見学や、桜の花見、おやつの外食などに数回でも施設外の資源を活用している。           |   |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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                                 | 嘱託医の訪問診療では、体調や服薬についてきちんと説明している。家族の通院介助で入所前からのかかりつけ医に通院している場合には、受診時に施設からの情報書を渡している。          | 本人の意向や環境の変化に配慮し、入所前のかかりつけ医を継続できる体制はあるが、入所後嘱託医へ変更する利用者が多い。受診時には家族と連携し、事業所からの状況や情報を記した書面を医師へ提供する等、適切な医療につながるよう配慮している。 |                   |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>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1回水曜日に訪問看護ステーションから、訪問ケアを受けている。各利用者のニーズを書面で依頼し全員に対応してもらっている。ステーションとは電話相談できる体制である。           |   |                   |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 入院時には速やかに入院時情報提供書を地域連携室に提出している。入院中は相談員と連絡を取り合い、退院時カンファレンスに参加する場合もある。必要なケアなどの情報収集を行うようにしている。 |   |                   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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  | 重症化、終末期の方針を入所時に家族に伝え、施設としてできるケアを理解してもらっている。重症化が想定される利用があれば、早いうちに主治医を交えて家族と話し合っている。          | 入所時に看取りは行っていないことを伝えている。重度化の際には、医師の往診時に家族の立ち会いのもと、今後の方針について話し合いが行われ、状態に応じて入院や医療療養型施設への移行につなげている。                     |                   |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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  | 体調の急変時や事故発生時の連絡方法は、施設内に掲示して慌てず対応できるようにしている。全体会議でも緊急時の対応策などについては随時確認し合っているが、実践訓練は行っていない。     |   |                   |

| 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  |
| 35                               | (13) | ○災害対策<br>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           | 火災訓練を年2回実施し、地域の防災訓練にも有志のみ参加している。火災訓練では、利用者の非難は建物外部までしかできていないので、避難所までの移動が課題となっている。       | 地域の防災訓練には、避難を想定する訓練のため職員と利用者が参加している。火災訓練は消防署の立合いなしで日中と夜間の訓練を実施している。地震や水害の訓練はまだ実施していない。備蓄品についても、水と米(食料)のみでそれを調理する備品等は用意できていない。 | 地震や水害の訓練においては、まずは全体会議で、手順や移動手段の確認や把握に努めてほしい。備蓄品は、材料を揃えるだけではなく、それを調理し食べる道具なども備え、リスト化することに期待したい。 |
| <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<br>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                   | 人格尊重やプライバシーの配慮には、注意して対応できるようになってきている。難聴の利用者に対しては、依頼事のプレートを見せて応対してもらっているようにしている。         | 人格尊重(スピーチロック防止等)の研修を行い、一人ひとりが笑顔で過ごせるよう、関わり方や声のかけ方等を話し合い職員で工夫している。   |  |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                     | さりげなく声を掛けて、思いを表出できるようにしたり、本人の生活パターンから推察して柔らかく促すなどして認知症であっても強制対応しないように注意している。            |   |  |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 日課は、概ね職員の誘導で行なわれている。各自の居場所は自由に選択できるので、ホールにいたり居室にいたり、たまには隣のユニットで過ごすなどは概ね本人に任せてある。        |   |  |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                  | 基本的に利用者には着る服を選択してもらっている。女性の利用者の服装や髪染めを外の美容院でしてくる場合もある。                                  |   |  |
| 40                               | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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     | 配下膳、食器洗いに協力してもらっている。おやつは楽しみが持てるよう、ミニパンにしたり、行事の時はプリンを飾り付けたり、季節の果物、どんぶり焼きを提供したこともある。      | 業者から食材が届き、職員が湯煎にかけ食事を提供している。ごはんのみそ汁は職員が準備している。利用者は盛り付けや配下膳、食器洗い等できることを職員と一緒にやっている。  |  |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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          | 各利用者の状態に合わせて、キザミ、ミキサーなど形態を調整している。小食の利用者には、強制しないように注意している。食事、水分量は介護記録に記入して、必要量の確保に努めている。 |   |  |

| 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 |
| 42 |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                       | 毎食後に口腔ケアを実施しているが、能力により見守り程度で行ってもらう場合もある。義歯の洗浄は職員が行い、口腔の状態を確認している。必要があれば訪問歯科とも連携している。   |   |                   |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>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       | 排泄意が曖昧な場合でも、日中はトイレ誘導で対応し、パッド交換だけで済むように対応している。トイレ内の介助も、できるだけ声掛けをして、本人の自力動作を引き出すようにしている。 | 介護記録に排泄状況を記入し、把握している。定期的なトイレ誘導や声掛けを行い、できるだけトイレでの排泄を支援している。夜間、トイレに遠い利用者の居室にはポータブルトイレを設置している。 |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>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                       | 介護記録に排泄状況も記載し、便秘があれば、下剤や水分摂取、運動などをすすめる。排便の確認は、大声で聞かないように注意している。                        |   |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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 | 基本的には施設が決めた日程で行われている。長湯の希望があれば、無理に急がせないように注意している。浴室内で職員と1対1の会話が楽しめるチャンスになっている。         | 週2回、事業所で決めた日程で入浴を実施している。一般浴槽とリフト浴槽があり、またぎが難しくなった利用者でも安全に入浴できるようになっている。浴室内で職員との会話も楽しんでいる。    |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々々の状況に応じて、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                      | 午睡の習慣がある場合は、短時間だけベッドで休めるように支援している。   |   |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>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                   | 最新の薬剤情報を個人別にファイリングしている。薬の変更があれば、業務日報に記入して、誰もが確認できるようにしている。                             |   |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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      | 掃除、配膳、洗濯での役割を担ってもらっている。手芸や数独など、好みの活動ができるよう、毛糸購入など家族とも連携をしている。                          |   |                   |

| 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 |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>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                      | 近隣の散歩など天候を見ながら、出掛けている。床屋、マッサージなど入所前の馴染みの場所への外出は、家族にお願いして本人の希望が叶うようしている。                                    | 近隣の散歩や職員の用事に合わせて一緒に出かけている。花見やバラ園等に多い人数で出かける場合は、同法人の別の事業所から車を借りて対応している。  |                   |
| 50 |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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  | 現在二上ユニットでは、金銭管理の支援はしていない。利用者は金銭管理を家族に任せて安心している。  |   |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | 手紙のやり取りの援助はないが、携帯電話を所持している利用者は1人ある。携帯電話の不具合が生じたら対応している。家族への伝言を依頼されれば、連絡を取っている。                             |   |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 2ユニットのホールのテレビが背中合わせに配置されているので、音量には注意している。居室のカーテンの開閉を支援して、明るくしたり、季節感を味わえるようにしている。                           | リビングは天井が高く梁も通って、壁が白いで明るく感じる作りになっている。2つのユニットが行き来できるようになっている。壁には、塗り絵やイベントの時の写真が貼ってあり、季節を感じることができる雰囲気作りの工夫がみられる。 |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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  | 共用空間は2つのテーブルを置き、配席は相性を考慮して決めている。席が空いていれば自由に座ったり、ソファでゆったりしたり、自由に移動できるようになっている。気持ちが落ち着かない時は、事務所でも過ごしてもらっている。 |   |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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  | 大きな物でなければ、自室には馴染みの小家具、テレビなどを持ち込んでもらっている。ぬいぐるみや家族写真などを置いて、気持ちが安らぐような環境にしている利用者がある。                          | カーテン、ベッド、エアコン、テレビ台が完備されている。編み物や曳山の写真など自分の馴染みの物を持ち込み、落ち着いて過ごせる空間を作っている。  |                   |

| 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 |
| 55 |    | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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 | ADLや認知症状によって、居室内のレイアウトや食席の位置を検討して、安全に暮らせるよう注意している。トイレとの距離から居室の位置も検討し、必要であれば居室変更も行なっている。 |      |                   |

## 目標達成計画

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        | 1    | 事業所理念が理解しずらく、実践につなぐにくいものになっている。                           | 職員が目標として捉えやすく、介護業務に直結するような理念に見直す。  | 職員に新しい理念の提案をアンケートで求め、全体会議で話し合う。  | 3ヶ月        |
| 2        | 3    | 運営推進会議に、利用者家族の参加がなかった。                                    | 運営推進会議の概要の中で、<br>運営推進会議の構成員<br>①事業所の管理者、事業所の代表者<br>②利用者、利用者家族<br>③地域住民代表者(自治会長、民生委員)<br>④射水市介護保険課、大島地域包括支援センター<br>⑤地域密着型通所介護について知見を有する者<br>となっており、利用者家族代表だけでなく、出席希望される家族の参加を認める。 | 今後は、利用者家族の参加を促す開催案内状を送付するとともに、欠席された家族には、資料及び議事録を送付する。                  | 2ヶ月        |
| 3        | 10   | 運営に関する利用者・家族の意見聴取がない。                                     | 利用者と家族の意見を反映させて施設運営を充実したものにする。   | 運営推進会議に家族の参加を求め、議事録を全ての家族に送付し内容を伝えていく。                                 | 3ヶ月        |
| 4        | 35   | 災害対策では、火災訓練・避難訓練を実施しているが、地震・水害の対策が講じられておらず、利用者の安全確保計画がない。 | 全ての災害について対応できる備蓄品のリストを作成し準備を進めていく。   | 備蓄品について全体会議で何が必要か図る。<br>飲料水、食料品(乾パン・ビスケット)、簡易トイレ、カセットコンロ等、消費期限前に入れ替える。 | 6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。

(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。

| 【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<br>( ↓ 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( )   |