

令和 8 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	1691100158
法人名	社会福祉法人 射水万葉会
事業所名	福祉プラザ七美 認知症対応型共同生活介護
所在地	富山県射水市七美 8 7 9 番地 1
自己評価作成日	令和8年2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）】

住み慣れた地域で「その人らしい生活」を末永く継続できるよう、多職種連携によるチームケアを徹底しています。今年度は「筋力・嚥下機能の維持と、自己決定して食べる喜び」をテーマとした取り組みが評価され、「県のがんばる介護事業所表彰」を受賞いたしました。

日々の散歩や家事、多彩なレクリエーションを通じ、身体・認知機能の維持向上を図るだけでなく、本人の「できること」を見極めた自立支援に注力しています。また、ご家族がいつでも気軽に立ち寄れる家庭的な環境を大切にし、社会や家族との「馴染みの関係」を保ちながら、最期まで尊厳を持って暮らせるよう真摯に寄り添っています。

※ 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	
----------	--

【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）】

事業所の理念『地域とともに支え合い、愛情と笑顔に満ちた生活』のもと、地域との繋がりを大切にしており、近隣の小学生のボランティアの受け入れや七美地区の納涼祭や文化祭、えざらい等に参加し、地域との情報共有や交流を図っている。また、施設内の他のサービスと合同でハンドボールチーム『アランマーレ』の応援に行くことやパブリックビューイングを開く等、相互交流を行っている。今年度は自立支援の観点から『筋力・嚥下機能の維持と、自己決定して食べる喜び』という題材をもとにした取り組みで、がんばる介護の表彰を受けた。
また、利用者一人ひとりに合わせたケアや、孤立しないよう心掛けており、家族との会話を大切にしたいアットホームな関係性を大切にしている。

V. サービスの成果に関する項目（アウトカム項目） ※項目№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	理念「地域と共に支え合い、愛情と笑顔に満ちた生活」を軸に自立支援に注力。今年度は「筋力・嚥下機能の維持と自己決定」で県表彰を受賞した。単なる介助に留まらず、食べる喜びという本人の意思を尊重した支援を継続。地域に根ざした質の高い生活の実現に向け、全職員で理念を体現している。	開設時に作成した理念『地域とともに支え合い、愛情と笑顔に満ちた生活』をパンフレットやフロアの入り口に掲示している。1、2か月に1回開催されるケア会議で理念に沿った支援が実施しているか振り返りを行っている。今年度は『筋力・嚥下機能の維持と、自己決定して食べる喜び』という題材のもと、がんばる介護の表彰を受けた。	
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	毎週金曜日には、近隣のコミュニティセンターへ食事に出掛けることを習慣化している。定期的に通うことで、地域住民の方々と顔なじみの関係が築かれており、自然な会話や挨拶が交わされている。	毎週金曜日に近隣のコミュニティセンター『いっぶく庵』にローテーションを組んで利用者一人と職員で出掛け、地域の方と一緒に食事をしている。近隣の小学生のボランティアの受け入れや、七美地区の納涼祭や文化祭、えざらいに参加し地域との交流を図っている。また、2か月に1回、プラザ新聞を地域に回覧し情報を発信している。	
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	地域住民が気軽に立ち寄れるよう、敷地内の足浴や共有スペースの開放を検討・実施している。認知症カフェの開催や、地域のボランティア活動の受け入れを通じて、利用者と住民が自然に交流できる場を創出している。		
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	振興会長の「お互い様精神で気軽に相談し合おう」という提案を機に、日常的な困りごとを共有できる体制づくりを確認した。単なる行事協力に留まらず、地域の一員として助け合える関係性の深化に努めている。	2か月に1回、振興会長・地域包括支援センター・社会福祉協議会・ボランティア連絡協議会・民生委員・利用者家族の参加のもと、利用状況や活動報告等を行っている。家族より外出に関する要望を受け、外出の実現に繋げた。欠席家族には議事録を請求書に同封し、会議内容の周知に努めている。	
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	奇数月開催の運営推進会議には必ず行政の出席を依頼し、日々の活動報告に加え、ヒヤリハットや事故報告の詳細を共有している。行政担当者からは、状況の把握と分析、再発防止策が具体的かつ迅速に報告されており、透明性の高い運営がなされているとの評価を得ている。	3か月に1回『あったか相談員』を受け入れている。運営推進会議でヒヤリハット・事故報告等を報告し共有している。日頃から空き状況や受け入れに関することや、今年度は実地指導があり加算等の相談を行った。市が開催する勉強会に職員が交代で参加している。	
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	身体拘束ゼロを継続し、転倒リスクに対し、居室のレイアウト変更や歩行状態の再アセスメントを実施。不穏時も原因をアセスメントして個別ケアで対応する。3ヶ月毎の検討委員会や年1回の全体研修を通じ、スピーチロック禁止を含む意識啓発を徹底。身体的・精神的拘束をしないケアを実践している。	『身体拘束適正化の為に指針』を整備している。3か月に1回、管理者・センター長・看護師によるメンバー構成で委員会を開催している。年2回の法人研修やケア会議内で『虐待の芽チェックリスト』をもとに身体拘束を含む不適切な言葉掛けに関する確認を行い、身体拘束を行わないケアの実践に繋げている。	

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
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	日頃からコミュニケーションを密にし、職員相互で注意・助言し合える心理的安全性の高い環境を構築。ストレス管理や接遇の振り返りを通じ、虐待を未然に防ぎ、尊厳を守る組織体制を継続している。		
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	定期的な施設内研修や外部研修を通じ、成年後見制度や日常生活自立支援事業の理解を深めている。会議での講習により全職員で共有。判断能力が低下した利用者に対し、早期に制度活用の必要性を検討できる体制を整え、家族への情報提供や相談窓口への橋渡し等、権利擁護に努めている。		
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	入居前には施設概要の説明に加え、必ず見学を実施し、実際の生活環境を確認いただいている。契約時は重要事項説明書に基づき、専門用語を避け丁寧に解説。本人・家族の不安や疑問を一つずつ解消し、十分な理解と納得を得た上で締結を行うことで、信頼関係に基づいた入居生活の開始を徹底している。		
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	意見箱や運営推進会議で声を拾う仕組みを整えるとともに、日々の交流から生まれる些細な願いも大切にしている。それらを単なる報告で終わらず、チームで検討して実際のケアや行事に反映させることで、満足度の向上に繋げている。	家族からSNSのやり取りや面会時に意見や要望を聞いている。聞き取った意見や要望はSNS、連絡簿やホワイトボードに記載し職員間で情報共有している。家族から外出についての要望を受け、職員同行での外出を実現することで家族の満足度向上に繋げている。	
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	毎月の定例会議や年2回の人事考課を通じ、管理者が全職員の意見を直接吸い上げる体制を構築している。現場の課題や提案は即座に協議し、業務効率化やケアの質向上に反映。個人の相談にも柔軟に応じ、風通しの良い職場環境づくりを推進することで、職員のモチベーション維持に繋げている。	毎月開催される定例会議や年2回の人事考課で管理者が職員の意見や要望を聞いている。環境面や業務に関する要望を受け、眠りスキャン等のICT導入により職員の負担軽減に繋がった。また、管理者は日頃から職員から相談を受けやすい雰囲気作りを心掛けている。	
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	人事考課制度を通じ、部門・個人目標を設定。成果や課題を可視化することで、やりがいと成長を促している。年1～2回の管理者面談では個々の思いや希望を丁寧に汲み取り、意見を反映しやすい風通しの良い職場づくりを推進。モチベーション向上とキャリア支援を両立し、長く働ける環境整備に努めている。		
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	職員の経験や能力に応じた外部研修の機会を確保し、専門性の向上を支援している。受講後は復命書やケア会議を通じて最新の知見をチームで共有し、日々のケアへの反映を徹底している。		

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	研修に参加した職員が、会議やミニ勉強会で講師となり、他職員と知識を共有している。		
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	入所前の面談等で生活歴や嗜好を深く把握し、全職員で共有。入所初期は環境変化による不安に寄り添い、馴染みの家具の配置や、好みの話題・習慣を即座にケアへ反映させている。ご本人のペースを尊重した関わりと、小さな変化を見逃さない継続的な観察で、早期の安心感と信頼醸成に努めている。		
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	入所前の面談で生活歴やこだわりを深く聴き取り、全職員で共有・実践している。特に環境変化が大きい入所初期は、電話や写真等で適応状況を頻繁に報告し、ご家族の不安軽減に注力している。		
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	入所直後は特に、環境変化に伴う反応や表出されない意向を丁寧に観察し、状況に応じて即座に支援内容を見直すなど、柔軟で的確な初期対応に努めている。		
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かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	調理や掃除等の家事を通じ、ご本人の持てる力を発揮し役割を持てる暮らしを共に築いている。互いに支え合う喜びを共有し、日々の何気ない交流の中で自尊心を高め、その人らしい生活の維持に繋がれるよう努めている。		
19		○本人と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	入居後もご本人とご家族の絆を尊重し、面会やメール等の多様な手段で日々の些細な様子を丁寧に共有している。ご家族の意向を大切にしつつ、日頃から密なコミュニケーションを図ることで、信頼関係を深化。安心感の中でご家族もケアに参画できる環境作りに努めている。		
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	10日に1回の頻度で、若年期から通い慣れた自宅近隣の美容院を継続利用されている。ご家族（娘様）の送迎協力を得ながら、長年信頼関係のある美容師との交流を維持することで、本人の自尊心と身だしなみへの意欲向上に繋がっている。	家族や友人との面会は自由に行っている。定期的に馴染みの美容院を利用する方、家族の自宅での外食や近所のコンビニエンスストアへ出掛けたり、移動スーパーや衣料品店の訪問販売を利用する方もいる。また、SNSの利用や手紙・年賀状のやり取りを行うことで馴染みの人との関係継続に努めている。	

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 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに関わり合い、支え合えるような支援に努めている	相性や心身状況を細やかに観察し、座席や活動時の配置を柔軟に調整している。交流が苦手な方には職員が橋渡しを行い、互いの生活歴や共通の話題を引き出すことで、自然なコミュニケーションを促進。入居者同士が互いに認め合い、心地よく過ごせる「共生」の場作りに努めている。		
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	入居後もこれまでの人間関係や地域との繋がりが継続できるよう、馴染みの店への買い物や知人宅への訪問、手紙の代筆等を柔軟に支援している。コロナ禍等でもオンライン面会や写真送付で交流を絶やさず、個々の背景に寄り添った支援に努めている。		
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	家族の協力を得てセンター方式による詳細なアセスメントを実施し、入所前の暮らしや習慣、言葉にできない思いの背景を全職員で共有している。状況変化やBPSD発現時には随時再アセスメントを行い、行動の理由を多角的に分析。本人の「生活の質」を深く理解し、常に意向に沿った支援に努めている。	入居時に家族からセンター方式によるアセスメントを実施し、本人の思いや意向を把握している。日々の生活の中での会話や表情はケース記録に入力している。	ケース記録の中で会話や表情から得た思いや意向を把握できるよう特記するなど、職員全体で共有する為の取り組みに期待したい。
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	プライバシーに配慮し、入居前後の面談や日常の対話を通じ生活歴、慣れ親しんだ習慣、価値観を深く把握している。収集した情報を全職員で共有し、入居者の「その人らしさ」を尊重した具体的なケア方針に反映。過去と現在の暮らしを地続きに捉え、安心して生活できる環境作りに努めている。		
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	排泄や睡眠、食事量等の生活リズムをパターンシート等で可視化し、心身状態の些細な変化を日々把握している。把握した現状に基づき、ケア内容を迅速に見直すことで、心身の安定と本人らしい自立した生活の継続に努めている。		
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	利用者の「なじみの生活」を継続するため、日々の何気ない会話や行動から抽出した「本人の意向」や「得意なこと」「活動」を計画に組み込み、モニタリングしている。ケア会議では、担当職員が日常の個別活動の様子を報告し、本人の意向に沿った支援になっているかを再検討している。	基本6か月に1回、介護計画の見直し時にカンファレンスを開催している。利用者担当者がモニタリングを実施し、毎月のケア会議で日々の様子等を報告している。年1回開催される担当者会議には利用者、家族も参加され、本人の意向等に沿ったケアが実施できているか確認している。	
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	日々の心身状況やご家族との連携内容を個別記録に詳細に記載し、職員間での情報共有を徹底している。毎月のケア会議では、記録に基づき支援の課題や効果を多角的に分析。本人の意向や状態の変化を迅速に介護計画へ反映させ、根拠に基づいた質の高いケアの実践に組織的に取り組んでいる。		

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	ご本人やご家族が要望を伝えやすい環境を整え、定型のサービスに捉われない柔軟な支援を実践している。急な体調変化や家族の事情に伴う緊急対応、看取り期のケア、退去後のフォロー等、多様なニーズに即応できる体制を構築している。		
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	行事への参加や日常的な交流を通じ、地域住民との相互理解を促進。馴染みの場所への外出を継続することで、入居者が地域の一員として役割を持ち、共に支え合う豊かな社会関係の維持に努めている。		
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	入居時は本人・家族の意向を踏まえ、かかりつけ医の継続か協力医への変更を確認している。受診時は職員が必ず同行し、日頃の様子や細かな体調変化を医師に直接伝達。診察前にはバイタルや生活状況を事前に提供し、診察の精度を高める緊密な連携を図ることで、適切な医療支援体制を整えている。	入居時に本人・家族の意向を聞き、かかりつけ医の継続か、協力医への変更を確認している。協力医は2か所あり敷地内の万葉クリニックは職員同行で受診、皆川医院からは月2回往診を受けている。診察前はバイタル等を含む状態報告書をFAXし適切な医療が受けられるよう連携している。また、地域の医療連携協力医のオンライン会議で利用者の状態を相談することもある。	
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	看護職を中心に服薬管理や医師との連携を徹底し、看護連絡簿の活用で全職員が最新情報を即座に共有できる体制を構築している。週1回の訪問看護を通じ、日頃の些細な変化を医学的視点で早期に把握。介護と看護の密な協働により、健康維持から看取りまで、安心感のある生活支援を推進している。		
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。	入院時は生活習慣やケアの留意点を含む情報提供書を提供。入院中も主治医や地域連携室と密に連絡し、病状や退院時期を共有している。退院前には病院側とのカンファレンスや申し送りを徹底し、得られた情報を職員間で迅速に共有。		
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・終末期ケア対応指針に基づき、入所時に方針を説明。状態変化の際は本人・家族の意向を最優先に、提供可能な最良のケアを協議し共有する。食取や入浴の困難時は身体的負担や尊厳を考慮し、家族と相談の上で最適な外部機関へ繋ぐなど、状況に応じた継続的な意思決定支援に努めている。	『重度化・終末期ケア対応指針』のもと入居時に方針を説明している。食事の摂取状況や事業所の浴槽に浸かることができなくなった場合は、家族に相談し特別養護老人ホーム等に繋ぐ支援を行っている。看取りを望まれる方に関しては主治医や家族と相談し、看取りを行ったケースは過去に3件ある。	
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	緊急連絡網や対応マニュアルを整備し、夜間・休日を問わず協力医や家族へ即座に連絡できる体制を構築。急変時を想定したシミュレーション研修や救命講習を定期開催し、全職員が迅速かつ適切な初動対応をとれるよう備えている。		

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
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回の火災訓練に加え、能登半島地震の教訓を活かしたBCPの定着を図っている。備蓄品の分散管理や車椅子使用者の階段避難訓練を定期化し、実戦的体制を構築。訓練後は職員間で課題を共有、マニュアルを更新し続けることで、災害時の即応力と安全確保の徹底に努めている。	消防署の立ち合いのもと年2回、火災訓練を実施している。その他に車椅子使用者を想定しての階段を使用した垂直避難の訓練の実施や、ハザードマップ・BCP(業務改善計画)を用いた勉強会を開催する等、様々な災害に対応できるよう準備している。	
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	一人ひとりの人格と羞恥心に配慮し、入浴や排泄時の露出を最小限にするなどプライバシー保護を徹底。画一的ではなく個別の生活習慣やリズムを尊重した支援に努める。掲示による意識付けに加え、カンファレンスで接遇を振り返り、自尊心を傷つけない丁寧な関わりを組織全体で継続している。	入社時にプライバシーに関する研修を実施している。『言葉遣いと思いやり』のスローガンを掲示し、基本利用者を姓で呼ぶことやトイレのドアの開閉やノックの徹底、日々の生活の中でスピーチロック等が見られたときは職員同士で注意したり、管理者がその都度指導している。	
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	意思表示が困難な方へも、写真や実物を用いた視覚的提示、表情や動作の観察から意向を把握する。日々の献立や着衣の選択、活動内容など、暮らしの随所で自己決定の機会を創出。ご家族からの生活情報も共有し、その人らしさを尊重した個別支援を実践している。		
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	これまでの生活習慣や趣味を重視し、画一的な日課を設けず一人ひとりのリズムを尊重している。炊事や掃除などの家事を通じた「役割」の創出や、なじみの場所への外出を支援。睡眠や体調に合わせた柔軟な入浴・食事時間の提供に努め、認知症があっても「その人らしい日常」の継続を支えている。		
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	ご本人のこだわりや好みを尊重し、自尊心を持って過ごせる身だしなみを支援。馴染みの美容院の利用や、季節に合わせた小物の選定など、暮らしに彩りを添える工夫を継続している。身支度を通じた意欲向上を重視し、職員は受動的な介助ではなく、ご本人と共におしゃれを楽しむ姿勢で接している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	調理や配膳、片付けを共に行い、生活の中での役割を維持している。月1回の「ふれあいランチ」では献立選びから参加し、自己決定して食べる喜びを支援。嚥下機能維持の「肺活量エクササイズ」を継続しつつ、一人ひとりの力に合わせた調理工程を提案することで、食事を通じた意欲向上に努めている。	食事前に嚥下機能維持の『肺活量エクササイズ』を実施。食事については、フロアでご飯と味噌汁を作り副菜等は厨房で作った物を提供している。量的な違いを見て食事を選び自席まで配膳することや、月1回開催される『ふれあいランチ』では利用者の希望を聞いて献立を立てることで自己決定して食べる喜びを支援している。また、行事食として白玉団・桜餅・お好み焼き・焼きそば等を手作りしたり、外食やテイクアウトをする機会を作り食事を楽しめる工夫がされている。	

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	口腔・栄養スクリーニングを定期実施し、栄養士の助言に基づき個々の状態に最適な食形態や栄養配分を検討。日々の摂取量や体重推移を共有し、低栄養リスクの早期発見に努めている。摂取不足時は好みの間食や栄養補助食品の提供、家族との協力など、個別の嗜好に配慮し健康維持を支えている。		
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	毎食後の口腔ケアを習慣化し、残存機能に応じたセルフケア支援を行っている。食前の口腔体操も欠かさず実施し、口腔機能の維持・向上と誤嚥性肺炎の予防に努め、健やかに食事を楽しめる環境を心掛けている。		
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	24時間の排泄状況を記録・分析し、個別のリズムに合わせた適切な誘導を継続している。書式を見直したシートで職員間の共有を密にし、かかりつけ医との服薬調整により、夜間の安眠や日中の自立支援を推進。不快感の除去と羞恥心への配慮を徹底し、一人ひとりの排泄自立に向けた支援に努めている。	1人は自立、他の8人は排泄介助が必要で一人ひとりの排泄状況を『パターンシート』に記録し、排泄パターンを把握してトイレ誘導等を行っている。排便コントロールとして起床時の牛乳の摂取や炊飯の際にオリーブ油を入れたりしている。また、トイレの便器までの動線と足形を床にテープを貼り、自立に向けた工夫がされている。	
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	排泄記録から個々のリズムを把握し、水分確保や腹部マッサージ、食物繊維に配慮した献立で自然排便を促進。毎日「歩こう会」や「足ふみマット」等の下肢筋力トレーニングを継続し、腹圧の維持と腸動の活性化を図っている。下剤に頼りすぎず、運動と生活習慣の改善で健やかな排便を目指している。		
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	希望に応じ週2回から毎日の入浴を可能とし、夕食後の入浴など自宅での習慣を尊重している。ヒノキ風呂でのアロマや音楽等の工夫に加え、仲の良い利用者同士の入浴など、精神的な充足を重視。羞恥心に配慮した個別の介助を徹底し、安全かつリラックスできる環境での入浴支援を継続している。	基本週2回(柔軟に対応)午前中の中の入浴だが、希望や生活習慣に合わせて夕食後の入浴や、稀に仲の良い利用者同士の入浴等の対応をしている。浴槽はヒノキ風呂で、アロマやおわら節の音楽を流す等、リラックスして入浴できるよう支援している。	
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	日中は散歩やレクリエーション等の活動を通じて生活リズムを整え、自然な眠りへ繋げている。一方で、個々の体力や体調に応じた柔軟な静養時間を確保し、身体的負担の軽減にも配慮している。心身の動静のバランスを大切にする事で、夜間の良眠と日中の活力ある生活の両立を図っている。		
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	誤薬防止のため薬剤情報を常に最新に維持し、変更時は看護職員と連携して連絡簿へ即座に反映している。単なる服用確認に留まらず、薬の追加・変更に伴う副作用や体調の細かな変化を観察・共有しており、異変の早期発見と主治医への迅速な報告に繋がる体制を整えている。		

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
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	生活歴や趣味嗜好を深く把握し、家事の分担や得意事を通じた「役割」を持つことで、日々の張り合いを支援している。季節行事に加え、個々の希望に沿った外出や運動など、自己決定を尊重した活動を重視。社会との繋がりと季節感を肌で感じる機会を設け、彩りのある生活の実現に努めている。		
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	天候に合わせた散歩や足浴に加え、地域行事、図書館、買い物等、社会と繋がる機会を積極的に創出している。ベランダでの菜園作りや外食、季節の花を楽しむドライブ等、外気に触れる機会を日常的に確保。外出を「なじみの生活」の継続と捉え、心身のリフレッシュと意欲向上に繋がる支援を継続している。	天気の良い日にはベランダに出て散歩や敷地内にある足浴設備を利用している。利用者に希望を聞き、近所のコンビニエンスストアへの買い物、ますの寿司ミュージアムや高岡大仏、呉羽山や太閤山ランドへの花見等、バスで出掛けることで、皆で楽しめるよう努力している。	
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	原則として事業所が責任を持って預かっているが、本人の希望や能力に応じ少額を手元に置くなど、柔軟に自律を支えている。外出時はお小遣いとして本人が自由に使える機会を設け、買い物を通じた「選ぶ楽しみ」や「社会参加」を継続できるよう、安全面に配慮しながら支援している。		
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	家族等からの着信時は直接の対話を促し、自発的な発信も柔軟に支援している。携帯電話の所持も尊重し、操作補助や伝言の整理等、個々の理解度に合わせた丁寧な取次ぎを徹底。通信の自由とプライバシーを守りつつ、外部との絆が途切れないよう橋渡しに努めている。		
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	畳やカーペットを配し、床暖房完備の環境下で裸足でも寛げる家庭的な空間を実現している。利用者同士の距離感に配慮した家具配置で交流を促す一方、掃き掃除等の日課を通じた役割作りも支援。室温管理と清潔保持を徹底し、心身ともにリラックスして過ごせる「居場所」の提供に努めている。	廊下は畳敷き、フロアはカーペット敷きになっており、床暖房の環境下で裸足で過ごすことができる。利用者同士の関係性に配慮した座席等の配置をしている。共有スペースには職員と一緒に作成した貼り絵や装飾が掲示してあり、訪問時にはひな人形が飾られ季節感があり、居心地の良い空間となっていた。窓からは立山連峰が眺望できる。	
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	個々の生活習慣や利用者間の相性を踏まえたアセスメントに基づき、食堂の座席配置を工夫している。また、共有スペースにソファや廊下の長椅子等、多様な「憩いの場」を点在させることで、その時々の気分に応じた居場所を選択できる環境を整え、誰もが安心して自分らしく過ごせるよう配慮している。		
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	馴染みの家具や使い慣れた品を持参してもらい、入居前の生活の継続性を重視している。家具の配置は本人の使い勝手や意向を反映し、共に検討することで安心感を醸成。不足品は家族と密に連携し整えるなど、個人のプライバシーを守りつつ、自分らしく落ち着いて過ごせる居室環境づくりに努めている。	居室にはエアコン・洗面所・ベッドが配置され、床は畳敷きになっている。家族との写真等が掲示され、テレビや衣類ケース等は家族や利用者の要望に基づいて配置され、一人ひとりの状態に合わせた居心地の良い居室になっている。過去には転倒防止の為、床に布団を敷いて対応したケースもあった。	

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	居室やトイレの名称を視認性の高い大きな文字で掲示し、目的地へ誘導する矢印を配置するなど、見当識を補う環境調整を行っている。過度な介助を避け、本人が持つ「分かる・動ける」力を引き出すサインを工夫することで、混乱を防ぎながら自律して安全に移動・生活できる空間づくりに努めている。		

2 目標達成計画

事業所名 福祉プラザ七美 グループホーム

作成日: 令和 8 年 4 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	9	ケアの根拠となる「本人の言動・表情」を確実に抽出・蓄積するための記録ルールを明確化し、職員が共通の視点で利用者のニーズを捉え、日々のケアに反映できる体制が必要	利用者のささいなサイン(言動・表情)を逃さず記録し、職員全員で共通の視点で「本人の意向」を捉え続ける体制を構築する	・ケース記録の中に、単なる行動記録(食べた、歩いた)とは別に、【本人のつぶやき・表情】という専用の項目や、特定の記号(☆マーク)を付けるルールを作る ・ケア会議で☆マークがついた記録を振り返る時間を設ける	6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合った
		☐ ③市区町村へ評価結果を提出し、現場の状況を話合った
		☐ 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()