（別紙4）　令和　6　年度

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	1671800306		
法人名	有限会社セルフケアサポート		
事業所名	グループホーム婦中の家		
所在地	富山市婦中町添島字正仙547－4		
自己評価作成日	令和6年3月27日	評価結果市町村受理日	令和6年6月7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_kihon=true&JigyosyoCd=1671800306-00&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6年5月8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）】

利用者一人一人の個別性を大切に対応している。日々の生活の中でその人の有する能力に着目し、役割りや出番の創出に努めている。またゆっくりとコミュニケーションを取り、信頼関係の構築や利用者様が会話を通して自分が認識されていると感じられるよう努めている。看護師・介護福祉士といった多職種による意見交換や情報共有を通して、利用者様が健康で穏やかな生活が送れるよう対応している。また、協力医と連携しながら希望に応じて看取り介護にも対応している。

【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）】

・旧婦中町で神通川堤防近くの静かなロケーションに位置している。事業所の西側には麦畑が広がっている。
・開設20年の歴史があり。以前の推進会議のメンバーが今は利用者として入居しているなど地域とはつながりを感じる。
・法人の理念を基に毎年、年間の事業所の全体目標を定め、さらに2ヶ月毎に実践できる目標を定めている。
・職員の介護技術の向上は必須のこととして研修を行い、その上で人間力・包容力・思いやりに重点を置くことによって、利用者に寄り添った支援に努めている。
・看取り介護も実践していて、利用者・家族の多様な希望に応えるようにしている。

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 ↓該当するものに〇印	
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）	〇	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
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）	〇	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
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）	〇	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
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）	〇	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
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
		〇	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）	〇	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
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、安心して暮らせている （参考項目：28）	〇	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

	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに〇印	
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）	〇	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
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
		〇	3. たまに
			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）		1. 大いに増えている
		〇	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
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
		〇	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
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	〇	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	〇	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. ほとんどできていない

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 実践状況	外部評価 実践状況	外部評価 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	グループの基本理念、介護方針、職場環境規範を施設内に掲示し、意識付けをおこなっている。今年度の事業所目標として「接遇を意識した行動」を掲げ取り組みをおこなった。	法人理念とは別に事業所の目標を管理者とリーダーが年度ごとに話し合って決定し、その内容を職員研修のテーマにするなどの工夫を行っている。	
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	地域祭りの獅子舞い披露は再開の予定であると民生委員よりお話あり。 暮らしを考える会(運営推進会議)に毎回地域の民生委員の方に参加して頂き、意見交換や課題等を共有している。 機関紙を作成し地域の総代さんを通じて施設のご様子を地域に発信している。	今年は地元獅子舞が来てくれるなど、イベント時の交流は再開している。地域住民への情報発信は運営推進会議への民生委員の参加にとどまっていて、平素からの住民との交流の機会はあまりない。	地域の方々との平素からの交流はグループホームの情報発信や利用者にとっても日々の刺激になるなど多くの良い点があると思われるので、その手法や手段の検討と実施に期待したい。
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	定期的に機関紙を作成している。日頃のご様子や行事の様子などを掲載し、認知症の方が色々なことに参加しながら生活しておられるご様子を地域に発信している。また運営推進会議においてもスライドで行事や日常のお写真を家族や民生委員の方にご覧頂き、認知症への理解に繋げている。		
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	地域包括管理者、民生委員、ご家族に参加頂き、写真や資料をもとに活動報告やテーマについて話し合っている。会議での意見やご要望を施設運営に反映するよう努めている。	常に複数名の利用者家族が参加されている。その他のメンバーとして民生委員、包括支援センター職員が参加している。プロジェクターを利用して、わかりやすく事業所の説明を行い、意見の聞き取りに努めている。	
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	介護相談員2名に定期に訪問頂き、施設や入居者の様子を見て頂いている。	事業所の季節報は、郵送にて適時報告している。介護相談員の訪問や、運営推進会議には、包括支援センター職員が参加されている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	身体拘束適正化の指針を玄関に置き家族も閲覧できるようにしている。年間研修計画に身体拘束を必須テーマとして定め、定例ミーティングにて勉強会を実施している。リスクマネジメント委員会が中心となって身体拘束適正化委員会を開催し、ミーティングや報告書を通して身体拘束適正化の取り組みをおこなっている。	管理者は職員全体が一定の水準で身体拘束の定義について理解するように各種の研修会を日頃から検討して実施している。職員はその都度、適切な判断と対応に努めている。	
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注意を払い、防止に努めている	虐待防止の指針を玄関に置き家族も閲覧できるようにしている。年間研修計画に高齢者虐待を必須テーマとして定め、定例ミーティングにて勉強会を実施している。また、リスクマネジメント委員会が中心とり虐待の芽チェックシートを活用し職員の自己覚知を促し、虐待となるような行為の防止に取り組んでいる。		

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
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	年間研修計画に権利擁護(倫理と法令尊主)をテーマとして定め、定例ミーティングにて勉強会を実施している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	入居時に契約書、重要事項説明書に従い口頭で説明し、同意を得ている。。 また、質問や疑問がないか確認するように努めると共に、丁寧でわかりやすい説明を心がけている。制度等の改定に伴い利用者や家族にお願いがある時は、その都度、文書にて説明し、同意を得ている。		
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	満足度調査を年一回家族に配布し、記載をお願いしている。調査結果を家族にフィードバックし今後取り組んでいく課題等をお伝えしている。苦情等に関しては記載用紙はあるがあまり活用はできていない。苦情を受けた職員が管理者へ報告し対応している。	事業所独自の満足度調査から得られた結果は、管理者がフィードバック用紙を丁寧に仕上げて職員と情報共有を行い、その用紙は家族にも返信して共有している。	
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	意見や要望があればその都度、把握に努めているが、月に一回開催している定例ミーティングでも職員の意見や提案を聴く機会を設けている。また、月に一回開催している管理職会議において管理者を通じて職員間で出た意見や要望等を代表者に伝える機会を設けている。それ以外でも必要があれば代表等に速やかに報告している。	現場の運営に関わるサービス内容などは月一回のミーティングで様々な提案を受けて応えている。労働条件や職場環境など、職員の希望は、管理者が管理職会議で法人代表に伝えている。また、職員が参加しやすい時間帯にミーティングを開催する等、工夫している。	
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	年度末に一年の仕事ぶり等の評価をもとに人事考課表を作成し、代表者に目を通してもらっている。時に個人面談を実施するが、なかなか時間が取れていないのが現状である。		
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	内部研修計画に基づく勉強会を実施したりと職員の資質向上に努めている。外部研修の参加の促進はあまり進んでいないのが現状である。個々の仕事振りを出来るだけ把握しながら話をするようにしている。		
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	地域会議などなかなか行けていないのが現状である。管理職会議では他事業所の管理者と情報を共有したり、悩みを相談し合ったりしている。		

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
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	コミュニケーションや生活の様子を観察することで不安や要望等を把握できるよう努めている。また、収集した情報を記録し、職員間で情報共有することにより統一したケアを実践し、混乱の少ない安心した生活環境の整備に努めている。		
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	契約前の段階からご要望や分からない点が無いかを丁寧に確認し、施設で出来る事と出来ない事を明確にお伝えしている。		
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	相談時、利用者や家族等の思いや要望の把握に努め、可能な限り柔軟な対応をおこなっている。早急な対応が必要であると判断した場合は実情にあった情報提供に努め、地域包括支援センターや他の事業所のサービスにつなげるよう努めている。		
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	認知症であっても本人様が親しんでこられた習慣や得意なこと等は教えて頂くことが多い。日々の掃除や洗濯たたみ等、職員と一緒におこないながら役割を感じて頂き、職員は感謝の気持ちを伝えるよう努めている。		
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	利用者の日々の生活状況や心身の変化について面会時や月１回の家族便りを通じてお伝えしている。家族との情報共有を大切に考えており、より良い関係作りに努めている。特に体調や精神面の変化については速やかに現状を報告し、受診等の支援や情報共有をお願いしている。		
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	感染症の状況によるが面会については現在、体調を確認のうえ居室での面会が可能。外出も可能としている。県外の方にはオンラインによる面会も可能な体制を取っている。また、タブレットから登録している家族へお写真を送らせて頂くこともあり喜んで頂いている。	家族との関係性を継続する努力はいろいろと工夫されて十分に行われている。管理者からは、他の利用者や職員との新しい馴染みの関係の構築も意識してサービスを実施していることがうかがえた。	
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	日々の生活の様子から利用者同士の関係の把握に努め、座席の配置などトラブルにならないよう調整したりしている。また、職員が間に入りコミュニケーションを支援している。		

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
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	退居後の交流はほとんどないのが現状だが、退居に際しての十分な情報提供など円滑な退居に向けての働きがけをおこなっている。また、一旦退居された方が状態の回復により再度入居されることもある。また退居した方がお亡くなりになりお世話になったとのことで使わなくなった物品を寄付したいとの申し出もあった。		
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	日常の生活場面やコミュニケーションの中から本人の思いや意向の把握に努めている。また、訴えが難しい方に対しても生活の様子や仕草などから思いを推測するよう努めている。	日常の生活の中での思い「家に帰りたい」「声が聴きたい」等は家族と相談し、電話や散歩などで対応できるようにしている。また、ミーティングやサービス担当者会議にて職員間で情報を共有できるようにしている。	
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	事前面談の時や面会の際に必要な情報を収集するよう努めている。		
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	日々の生活の様子や心身の状態を観察し、特記事項等を記録に残すことで現状把握と職員間の情報共有に努めている。また、ケアプラン更新時にセンター方式のシートを活用し、出来る事や出来ない事の把握に努めている。定例ミーティングでも気になる利用者の状態を情報共有し対応を協議している。		
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	定例ミーティングにてサービス担当者会議を実施し、課題やケアについての意見交換をケアプランに反映している。家族の要望については面会時等に把握するよう努めている。	月1回のミーティング後、更新時のサービス担当者会議を開催している。ケアマネジャー、計画作成者が担当者や職員と情報を共有し、状態、状況の把握に努め、3ヶ月、6ヶ月で更新を行っている。利用者や家族の意向が介護計画に反映できるよう努めている。	
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	個人記録はタブレット打ち込みにて電子化。情報の可視化がしやすくなり、受診時などに家族様や医師にバイタル等の情報提供がスムーズになった。タブレットが苦手な職員もいる為、記録用紙も併用しながら情報共有をおこなっている。		
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	家族の要望や本人様の現状に柔軟に対応できるよう、福祉用具のレンタルや訪問診療などを活用している。		

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
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	かかりつけ医や歯科往診といった医療連携や福祉用具レンタルといったサービスとの連携、家族等のインフォーマルな資源との協力、連携を通じて利用者一人一人の生活を支えている。		
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	入居時にかかりつけ医を確認し、本人及び家族の意向を尊重している。利用者の体調の変化に対して、24時間対応で看護師、協力往診医に報告し、指示を仰いでいる。また、突発的な体調不良に対しては基本、家族に受診を依頼し早期対応に努めている。どうしても家族による受診が難しい時は緊急性、人員状況に応じて施設対応もあるが料金が発生する。(家族同意済)	利用者、家族にかかりつけ医の確認を行い、家族の受診時は「伝達シート」を渡し、情報を提供している。協力医の訪問診療と看護師にて、日頃の健康管理がされている。また必要に応じ、歯科医の往診で口腔ケアや治療を受けることができる。	
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	看護師とは24時間連絡可能な体制をとっており、日常的な健康管理や緊急時の対応など随時相談できるようになっている。また、看護師の資格をもつ職員を夜勤専従及び日勤帯に配置し、薬の管理や健康管理を担っている。		
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。	入院の際は、入居者の服薬状況や生活状況等を報告し、円滑に治療が進むよう協力している。また、治療経過の確認や、退院に向けての話し合い等に参加し、退院後も出来る限りスムーズに元の生活が継続できるように努めている。		
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	入居時に家族に対して「重度化対応の指針」の説明及び意向確認書の記入をお願いしている。ターミナルケアの検討時には再度、意向の確認をおこなうと共にホームでの看取り対応の説明と同意書への署名をお願いしている。職員に対しては定期的にターミナルケアの研修を実施している。	重度化した時点で、終末期に向けた対応を家族と話し合い、意向の確認を行っている。看取りとなった場合は指針に沿って、適切な看取り介護を実施している。管理者は、主治医や看護師の24時間対応や、職員に対する研修や、できる事、できない事を話し合い支援に取組んでいる。	
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	緊急時の対応マニュアルを作成し、職員に周知すると共に、事故発生時や感染症についての勉強会を実施し、知識、対応の習得に努めている。		,
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	消防計画(地震等防災規定)を策定し、昼夜の様々な場面を想定とした避難訓練を年度2回おこなっている。また、神通川が近いことから洪水時の避難確保計画を策定し、水害避難訓練もおこなっている。災害時の対応に関する研修等で職員に周知している。運営推進会議において民生委員の方に地域の実情把握や協力依頼をおこなっている。近隣企業への協力要請は進んでいない。	年2回の火災避難訓練と水災害避難訓練(垂直移動)を行っている。元旦の能登半島地震では日頃の訓練で利用者、職員は頭を防護することができた。BCP(業務継続計画)は法人で作成しており、備蓄品や備品の保管場所を記載し、職員に周知している。	日頃の避難訓練において、地域の方の参加や協力が得られるよう声掛けや地域での合同訓練等で地域との協力体制を構築できるよう期待したい。

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
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	利用者への声掛けといった接遇に関しては、プライバシーの研修や権利擁護の研修を実施し、各種対応の教育に努めている。また、虐待の芽チェックシートの活用や行動計画を目標設定し取り組みをおこなっている。	職員は年間を通して研修を行い、利用者に寄り添いその人らしさの生活ができるよう努めている。利用者の写真や情報発信について家族には、個人情報保護のため同意書を頂き、職員には注意喚起している。	
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	利用者が何を望んでいるのか仕草や表情から読み取ったり、普段のコミュニケーションから引き出せたことを大切な情報とし、些細なことでも自己決定ができるような声かけに努めている。		
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	レクや日課は職員側からの一方的な提供にならないよう、その人の好きなこと、苦手なことを把握し、気分等を確認しながら提供するよう努めている。		
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	朝の整容に始まり、季節に合った服装選びのお手伝い等、身だしなみの支援をおこなっている。また、毛染めやカットの希望にも対応し、定期的に訪問理容をお呼びしたりと本人の希望に添えるよう努めている。		
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	食事に関しては、業者から食材を発注し出来るだけ調理したものを提供している。また、嚥下や咀嚼の状況を見ながら、ペースト食や刻み食にしたりと個人に合った対応を心掛けている。盛り付け作業など本人の意思や能力に応じて手伝いをお願いしている。	毎食の献立、材料は業者に発注し、事業所で手作りで調理している。利用者の状態に合わせ、提供し、職員と一緒に食事をとっている。利用者はできる手伝い（簡単な調理、配膳準備）を行っている。行事には寿司や弁当のテイクアウトや誕生月のケーキでのお祝い、また、畑で収穫した野菜の調理を行っている。	
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	業者の管理栄養士が献立をたてており栄養面は管理されているが、咀嚼の問題や塩分制限、体重の増加等により注意が必要な利用者に対しては食事形態や量を調整し、健康管理に努めている。食事や水分の摂取量を把握し、栄養不良や脱水等にならないよう努めている。		
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	利用者の状態や能力に応じて、口腔ケアを促し、見守りや介助をおこなっている。また、就寝前は義歯の洗浄剤を使用し、毎日の洗浄をおこなっている。また口腔内の問題に対しては歯科往診をお願いしている。		

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	定期的なトイレ誘導やポータブルトイレの使用等、排泄パターンを把握したうえ対応している。また、現状に合った、紙パンツやパットの使用を検討し、個別に対応できるよう努めている。	排泄パターンを把握し、支援が必要な利用者を誘導し、自立の方は見守りを行い、夜間、ポータブルトイレを利用する利用者も日中はトイレで排泄できるよう支援している。	
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	主治医、看護師と相談しながら状況に応じて適切に下剤や坐薬を使用しているのが現状である。また、状況により看護師による摘便などで対応している。		
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	基本週2回程度の入浴で、入浴剤を数種類用意している。一人でのんびり入りたい方には必要最低限の介助と適時の見守りにてその人のレベルに応じて個別対応している。体調に応じてシャワー浴や清拭をおこなっている。	毎日、入浴できるようにし、利用者は週2，3回利用できるよう支援している。利用者の思いや身体状況に合わせ、介助や見守りでゆっくり入れるよう努めている。	
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	冷暖房を使用し室温調整をしたり、電気敷き毛布の使用など個別に対応し、安眠につなげている。また、不安な様子が見られ、寝付けない方にはコミュニケーションを基本とし、必要に応じて主治医への相談もおこなっている。		
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	服薬管理として、色分けによる朝昼夕の識別の工夫を行い、投薬時には職員による二重チェック、空袋はすぐに捨てず飲み忘れがないかをチェックしている。服薬時には飲み込みをチェックしたり、食事と一緒に飲んで頂く等、レベルに応じて対応している。薬の相談は、居宅療養管理指導として薬局に連絡し、飲みにくい錠剤を粉砕してもらう等活用している。		
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	季節毎の行事や散歩、外気浴、本人の趣味、嗜好に応じて塗り絵やパズル、計算プリントなど個別に提供している。また、個々のレベルに応じた家事作業(掃除や洗濯たたみ、盛り付けなど)の提供をおこない、うまく出来ていなくても感謝の気持ちを伝えることで役に立っていると感じて頂くことを大事にしている。		
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	散歩や外気浴などその日の人員を考慮の上、対応している。家族との外出も感染状況は考慮するが基本は可能としている。	駐車場でテーブルや椅子を広げ、おやつ（お茶）や日光浴、散歩を行っている。敷地内に畑や花壇があり、花や野菜の畑作業や収穫を楽しみにしている。季節行事の花見ドライブに出かけている。また、感染症の予防を促し、家族と外出ができるよう支援している。	

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
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	代行にて購入し料金は立て替え。自らお金を使う機会はない。		
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	利用者の電話をかけたいという要望には、家族に確認のうえ、出来る限り制限なく対応している。また、居室等に受話器をお持ちし、周りに気兼ねなく会話して頂けるよう配慮している。コロナ禍より、オンライン面会に対応するためのタブレットを設置している。		
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	室温や湿度に気を配り、快適な共有空間を整備できるよう努めている。また、季節感を感じて頂けるような作品の掲示をしたりと、居心地の良い空間作りを心掛けている。	共有空間はテーブルやソファ、移動できる畳1枚分の小上がり（腰掛や洗濯物をたたむ）が配置されている。広いサンルームがあり、日当たりも良く、田園の景色も広がっている。壁掛けTV が置かれ、行事の写真や季節ごとの壁飾り、見やすい手作りカレンダーがあり、利用者はそこで日中を過ごすことが多い。	
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	全室個室であり、プライバシー空間を確保できる。また、座席も利用者同士の関係性を考慮して決めていることが多い。		
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	電化製品や馴染みの家具の持ち込みなど特に制限をしていない。昔のアルバムを持ちこんだり、家族様からの贈り物や写真を飾っておられる方もおられる。	各居室に丁目、番地、名前を記入した表札があり、扉は家の玄関をイメージできるようになっている。居室内は明るく、木製のベッドとクローゼットが設置され、利用者の馴染みの家具や写真、作成した作品を飾り、それぞれの個性を生かし、整理、整頓されている。	
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	バリアフリーと床材は転倒してもケガのしにくい素材である。シルバーカーや歩行器、ポータブルトイレの使用等残存機能を出来る限り活用できるよう対応している。		

（別紙4（2））

事業所名　グループホーム婦中の家

目標達成計画

作成日：　令和　6 年　6 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	2	運営推進会議に地区の民生委員に出席して頂いており、年に一度、地区の青年部に獅子舞を披露して頂くなど交流もあるが、地区住民との交流頻度が少なく、人脈もやや気薄である。	地域住民との人脈を増やし、地域密着型施設として住民と利用者との交流及びグループホーム婦中の家をより広く地域の方に知って頂く。	運営推進会議に地区の総代や青年部などに参加して頂けないか働きかける。 関わりのある民生委員より情報を収集し、地区の会合や行事にこちらから出席をし地域との関係性をより強める。	12ヶ月
2	35	非常災害時の対応において施設の設備やマンパワーでは限界があり、避難誘導や安全確保がしっかりと機能するか不安である。	非常災害時に近隣住民の方に協力が得られるよう、関係性を構築していく。避難訓練に近隣住民の方に参加して頂きたい。	運営推進会議に地区の総代や青年部などに参加して頂けないか働きかけ、施設にどのような方が入居しておられるのかを知って頂く。その中で、非常災害等における協力を依頼し関係性を構築していく。	12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№.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。

（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	（↓該当するものすべてに〇印）	取り組んだ内容
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
		〇	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）	〇	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
		〇	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
		〇	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	〇	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
		〇	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
		〇	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
		〇	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
		〇	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）
		〇	③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した（する）
		〇	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（　　）