

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	1690200520		
法人名	社会福祉法人 伏木会		
事業所名	グループホーム如意の里		
所在地	富山県高岡市伏木本町10-8		
自己評価作成日	令和6年12月12日	評価結果市町村受理日	令和2月19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=1690200520-00&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1月16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)】

・今までの生活の中での地域や社会との繋がりを途切れさせないために、馴染みの床屋へ散髪に出かけたり、主治医を継続するなど、地域社会との関わりを大切にしている。また行事などを通して、施設のある自治会と触れ合える時間を多く取れるよう心掛けている。 ・利用者の出来ることを見つけ出し、職員とともに家事を行い、達成感や喜びを感じてもらえるよう支援している。

【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)】

・日頃より地域自治体との繋がりを大切にし、食事作りにおいても地域商店を積極的に活用している。運営推進会議へ地域から多数の参加を得ており、地域と事業所の相互の関係を深めている。 ・支援を通じて利用者の変化や成果を、見える化するために『認知症の人のケアのために開発されたセンター方式アセスメント(認知症介護研究・研修センター)シート』を一部分活用し「利用者の今」と向き合う工夫をしている。「私の心と身体」「私の姿と気持ち」「私ができること・できないこと」「私ができること・わからないこと」に焦点を当て、職員で利用者それぞれの思いを聴き、汲み取り、会議で検討・共有を重ね、利用者理解や支援のあり方(介護計画)に反映させている。
--

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 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. ほとんどできていない
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				

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	職員の目の届きやすい場所に基本理念を掲げ、職員全員で理念を共有しながら、理念に沿ったサービスを提供できるよう実践している。	法人経営理念、運営方針は玄関正面・事務所に掲示し普段より意識して業務が出来るよう共有されている。運営方針は都度、検討・見直しされているが、家族等に対する説明や周知には至っていない。	理念、運営方針、事業計画等を利用者や家族、運営推進会議構成員等にも周知し、より理解を得られるための工夫に期待したい。
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	コロナ禍からは地域の方々、保育園の園児との関わりが少ない状態である。食材については近隣のスーパーや商店を利用している。	地域の自治会主催の茶話会や納涼祭に参加し、地域住民との交流を図っている。地域のスーパーへの食材購入にも利用者が同行する等、事業として地域との関係を築いている。	
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	運営推進会議で、サービス状況の中からの認知症の症状、対応例等を報告。認知症についての質問や相談があった場合には助言させてもらっている。		
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	運営推進会議で挙げた内容、意見などについて、カンファレンスで職員に報告し、サービスの質の向上のために活かしている。	運営推進会議には伏木校下自治会連絡協議会委員、若宮自治会長、地域住民代表、民生委員、伏木赤十字奉仕団、ふしき女性の会、利用者家族代表2名、地域包括支援センター職員等多数の参加がある。そこでは地域からの情報を得ており、サービス向上につなげている。	
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	運営推進会議に地域包括支援センターの職員に参加してもらい意見をもらっている。日頃から連絡を取り合うことで、協力関係を築くことができている。	市の担当課とはメールにて感染症を含む諸連絡や情報の共有をしており、運営推進会議に参加している地域包括支援センター職員とも相互理解・協力体制を構築している。	
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	月に1回は委員会を開催している。身体拘束についての意識を持って業務に就いている。玄関については、併設の利用者もいることもあり、施錠させてもらっている。	同一建物にある3事業所と協力し、月1回の身体拘束廃止委員会を開催している。委員会では身体拘束の状況が確認、記録されている。また、計画的に研修が実施されている。	

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
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	虐待についての自己チェックで自身の対応を振り返る、意識を強く持つ機会を作っている。		
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	権利擁護について学ぶ機会は持てていない。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、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	契約を交わす際には、書類上の説明だけでなく、生活を送る中で考えられる課題や状態の変化による対応で、家族の方の協力も必要になることを理解していただいた上で、契約を結んでいる。		
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	利用者や家族から、気軽に相談や意見を言ってもらえるような関係、雰囲気作りを心掛けている。面会時やケアプランの説明時、電話した際に要望を聞くようにしている。	利用者や家族と信頼関係を大切にし、面会時やケアプランの説明時には意見や要望を聞き取るよう努めている。どのような意見も大切に受け止め、そこから運営改善につなげている。	
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	年二回の職員との面談の場で、個々の職員の働き方への相談、思いを聞く場を設けている。	管理者は職員との定期的な個人面談で処遇や働き方の相談を受けている。毎月の全体ミーティングでは、職員の要望・意見・提案を聞く機会を設け働きやすい環境づくりに努めている。	
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	人事考課制度に目標管理を導入して、個々の目標の達成度を年二回詳細に把握して個人の評価や、職場環境の改善に取り組んでいる。		
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	各部署の目標管理の中に、不足能力の修得を位置づけ、計画的に研修に参加し、スキルアップを図っている。		

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
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	コロナ過になってからは、研修に参加した際以外に、同業者との交流の機会は設けていない。		
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	本人と話せる機会を増やし、内容だけでなく、表情の変化や、態度などにも注目して気持ちを汲み取れるようにしている。 家族からも情報を得ている。		
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	家族の方が抱えている不安や要望を知り、生活を送る中での改善点や、安心につながる助言、相談も聞いている。		
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	本人と家族の思い、生活状況を聞き入れ、身体状況や認知症状に合わせて、何を必要ををしていて、どう支援していくべきかを明らかにしている。		
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	家事の手伝いの中で、やりがいや喜びを感じてもらえることを探し出し、役割を持った生活を送ってもらえるよう支援している。		
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	ケアプラン説明時や必要品を持参して下さった際には、利用者さんの近況をお伝えし、必要に応じて家族の協力を得る場面もある。		
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	知り合いである併設デイサービス利用者の方との顔合わせや、地域のドライブや散歩を行っている。家族の方との面会も制限なく行っている。行きつけの床屋へ出向くなどの外出もしている。	家族との面会に制限は設けていない。家族との外出や馴染みの床屋、歯科等へも継続して通えるよう支援している。事業所は伏木港にほど近い立地にあり、二上山「平和の鐘」や雨晴海岸等、利用者にとって馴染みの場所へのドライブも行っている。	

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、支え合えるような支援に努めている	個々の性格や生活状況をもとに、利用者同士の相性を見極め、会話や協力作業を通して孤立感の解消を図っている。		
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	他の入所施設で生活することになった方に対して、家族の了解のもと、先方の職員に情報を提供している。家族の方からの相談にも応じている。		
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	利用者の表情や言動、生活の様子などから情報を集め、本人に思いを確認。センター方式を活用して職員間で共有している。	センター方式シート(アセスメント様式)を使用し、困りごと、苦しみ、喜び、楽しみ、願いなど、利用者の今に向き合い「何を求めているか」を客観的に把握している。6ヶ月毎にアセスメント会議で検討・共有し、情報を更新している。	
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	入居前に、本人家族、担当ケアマネジャーや主治医といった本人を取り巻く関係者からできる限りの情報を集めている。家族には生活歴や特記事項を記入できる用紙を記入してもらい、サービス提供に繋げている。		
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	生活のペースを把握して、状態の変化や新たな発見があった際には、記録、申し送っている。また定期的に個々でアセスメント用紙を記入して職員間で情報を共有している。		
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アを反映し、現状に即した介護計画を作成している	心身の状態を把握して、本人の思いや考え、家族や主治医の意見も取り入れ、担当者会議で話し合い、最適な支援計画になるように努めている。	職員それぞれが利用者一人ひとりから把握した情報をアセスメント会議で集約している。主治医の意見、家族の意向を踏まえ、利用者視点に立った介護計画の作成や見直し、評価を計画的に実施している。	
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	心身の状態、認知症の症状をもとに、個別の介護記録や排泄、食事量や入浴状況などの記録情報、職員の意見を活かして、介護計画の見直しを行っている。		

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
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	利用者と家族の思いを聞き、要望に応えることができるように努めている。		
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	一時的な自宅帰宅や、行きつけの理容院への外出、買い物を楽しむなどの支援を行っている。		
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	入居されてからも本人の状態を把握できていることから、かかりつけ医の継続を勧めている。職員付き添いのもと受診に行き、口頭での状態報告の他に、心身状態の記録を提示している。	居住環境が変わっても、かかりつけ医による診療が継続できるよう支援している。適切な診療・医療が受けられるよう、心身の状態・生活の状況を身近で把握している職員が付添うことを原則とし、取り組んでいる。	
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	体調不良時や、処置が必要な時は、併設事業所の看護師に対応してもらっている。必要な意見、アドバイスをしてもらっている。		
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。	入院時は地域連携室を通じて病院側へ情報を提供している。退院時に向けて必要な支援をさせてもらっている。		
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	現在看取りケアは行っていない。チームでの看取りケアに向けた知識や技術の修得、さらに職員の気持ちの整理、心構えを含めたメンタル面でのケアができるように努めている。	看護師配置はなく、看取り支援を行っていないことを契約時に説明している。認知症の進行や他要因から重度化することが想定されるため、介護計画見直しなどの機会に利用者の状態に応じて、適切な支援や医療が提供される関係機関を紹介している。	
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	昼夜共に、事故や急患発生時にはマニュアルに沿って対応している。定期的に救急救命士指導のもと、救急時の対応研修に参加している。		

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
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回の火災を想定した避難訓練を行っている。地震、水害についての自主訓練は行っていない。	毎年2回、火災訓練を実施している。これまで地震及び水害計画の作成、訓練は実施していない。令和6年1月能登半島地震では津波警報が発表され、管理者主導の下で、職員は利用者と階段を使用し、屋上へ避難・待機して過ごした。	介護事業所における自然災害事業継続計画(BCP)策定と併せて、地震及び水害計画を早急に整備し、職員への周知、地域・関係者との共有、訓練の実施、備えの充足・配置の工夫に期待したい。
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	関わりを持つ中で、まず自分だったらどう感じるかと置き換え利用者の気持ちになって考えて自尊心を傷つけないように接している。	認知症状を有する利用者であることを前提とし、管理者は「自分だったら…」と、利用者立場・目線で支援に注力している。管理者自らが利用者支援に携わることで、その意識は職員へも浸透している。	
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	日頃からコミュニケーションをとることを大切にして、気軽に思いを表現できる関係性の構築を目指している。話しやすい空間、時間作りを意識している。		
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	職員側のペースで過ごしてもらうのではなく、利用者主体で生活してもらえるように選択権を持てるような問いかけを心掛けている。気持ちを表現しやすくなるような雰囲気作りにも注意している。		
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	整髪については、月に2回地域の床屋さんに出向いてもらって、髪の高さに合わせて散髪してもらっている。着る服を自己決定できる人には、起床時や入浴の際に選んでもらっている。		
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	簡単な調理や盛り付け、食器洗いなど、試しの段階を踏んでからできることを見つけ、順に手伝ってもらっている。他にも季節を感じてもらえるメニューを立案している。	管理栄養士(法人所属)がバランスやカロリーに配慮した献立を作成し、リビングにあるキッチンで調理している。食材はできるだけ地域で購入し、調理全般に利用者が参加している。外食やテイクアウトも利用し、食事を楽しむ機会を設けている。	
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	食事摂取量を毎食後に記入して、食べた量から残してしまう物まで知り、刻んでみる、味付けの工夫、食器の変更などの試行により、必要量を食べてもらえるようにしている。水分に関しても、好みの物を提供、温度にも注意して勧めている。		

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 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してもらえるように声を掛けている。必要場合は介助に入り、ポリデントなどの洗浄剤を使つての除菌、清潔保持を行っている。		
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	排泄表から個々のパターンを把握して、適切な排泄用品の使用、尿意の有無確認、トイレへの誘導を行っている。	排泄表を活用することで、一人ひとりの排泄状況を把握し、それぞれに適した排泄手段や用品、環境を整えている。排泄誘導、排泄確認の声掛け、トイレを使用する際の扉の開閉には、羞恥心への配慮を大切に支援している。	
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	便秘日数により乳製品の提供、体操やリハビリ運動での活動量の増加で排便に繋がらないか実践している。主治医にも状態を報告して、必要な下剤を処方してもらい、日数に合わせて服用してもらっている。		
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	基本的には入浴日を決めているが、利用者の希望によっては入浴日を変更している。	複合型設備を生かし、1階に設置してある大きな浴槽での入浴も提供している。気の合う利用者同士、公衆浴場気分を楽しんでいる。入浴の際は、利用者の意向を大切に入浴日の変更等柔軟に対応している。	
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	生活ペースに合わせて、日中の休む時間を必要とされている方には休んでもらっている。夜間の就寝時間については本人に各々に合わせた時間に休んでもらっている。細かに温度や照明の調整もしている。		
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	服薬情報の一覧表を作り、何のために服薬しているのかを理解し、服薬することに対してのリスクについても気を付けている。毎朝セットされている薬に誤りがないか、ダブルチェックしている。		
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	家事の中での担当を持ってもらうことで、やりがいや達成感、喜びを感じてもらえるようにしている。嗜好品については、家族の方に差し入れしてもらっている。		

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
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支援している	地域の理容店への外出やドラッグストア等へ買い物などに出かけている。季節や天候によって、ドライブや散歩に出掛けている。	利用者の様子や天候を見ながら、買い物や散歩、ドライブ等の支援をしている。利用者アセスメントには「願い・希望」についても意向を把握、職員で共有しており、受診時や家族との外出の機会にもその内容が叶えられるよう取り組んでいる。	
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	金銭、貴重品管理については、本人と家族の方に説明、了解を得て預からせてもらっている。使用した内訳を預かり帳に記載し、領収書と共に保管、定期的に家族の方に確認してもらっている。		
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	利用者から家族への電話の希望があれば、家族の方の生活状況に配慮した時間に電話を繋いで話をしてもらっている。手紙や年賀状の便りが来た際には、できる限り返信などの対応をとっている。		
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、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	フロアには利用者と職員が一緒に作った季節の作品を適度に飾っている。テレビ前にはソファがあり、くつろげる空間を設けている。音や光、温度も利用者に合わせた居心地の良いものになるよう心掛けている。	共用の空間(廊下・リビング兼食堂・台所)では、調光照明を採用し明るさに配慮している。換気や清掃が行き届き、臭いもなく清潔に保たれている。廊下壁面には、作品装飾や地域のポスター等を掲示し、季節感や地域性を感じることができる空間となっている。	
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	利用者同士の関係性を把握し、気の合う方が和やかに過ごせるように食事の席や、ソファに座る際など配慮している。		
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、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	ベッドやテレビなどは、本人が使いやすい位置に配置させてもらっている。可能な限りは馴染みのある自宅で使用していたものを持参してもらっている。	備付けのエアコン、洗面台、整理ダンス、カーテン、ベッドを提供している。ベッドやポータブルトイレ等は、動作能力に応じて動線を工夫している。なじみの小物の他、机と椅子を持ち込む利用者もあり、居室での活動を行う環境が整っている。	
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	トイレ前には看板を設置して迷わずに行けるように工夫している。食事の席の椅子には名前を貼り、自分の席が分かるようにしている。		

目標達成計画

作成日: 令和 7 年 2 月 10 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	35	自然災害事業継続計画(BCP)が完全に策定できていない、計画に基づいた訓練が行われていない。また、備蓄の充足・配置に不安がある。	早急にBCPを完全策定して、職員間での周知、訓練を実施する。 災害用の備蓄を充足する。	BCPを策定した後に、職員間で見直しを含めて周知徹底を図り、能登半島地震の実体験をもとに必要な訓練を実施する。 災害用備蓄の配置場所を確保して不足分を補充する。	5ヶ月
2	1	事業所の理念や運営方針、事業計画等が利用者や家族、運営推進委員等に周知されていない。	運営方針や事業計画を年度初めに利用者や家族、運営推進委員に報告する。	毎年4月にその年の運営方針や事業計画を利用者や家族、運営推進委員の方々に報告説明する場を設けて、運営についての理解を得てもらう。	3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。

(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 (↓ 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提出し、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()