

### 1 自己評価及び第三者評価結果

**【事業所概要(事業所記入)】**

事業所番号	2872200619		
法人名	社会福祉法人はりま福祉会		
事業所名	せいりょう園グループホーム		
所在地	加古川市野口町長砂90-1		
自己評価作成日	令和7年2月7日	評価結果市町村受理日	令和7年4月30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	<a href="https://www.kai gokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php">https://www.kai gokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	特定非営利法人 福祉市民ネット・川西		
所在地	兵庫県川西市小花1-12-10-201		
訪問調査日	令和7年2月13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)】**

グループホームが終の棲家であり、看取りまでの生活を自分らしく過ごして頂いている。職員都合にならないようにケアを行い、自立支援、個別ケアを目指している。グループホームで生活してよかったと思って頂けるように、常日頃からチームで考え、ケアにあたっている。玄関は施錠せず、外出したい時に気軽に出入り出来るような環境にしている。

**【第三者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)】**

事業所は、法人の敷地内の一角にあり開設から25年が経過している。広大な敷地内で、法人が運営する特別養護老人ホームをはじめ、各種施設や事業所は地域の福祉ゾーンになっている。法人の理念と共に、事業所は介護理念や介護の心得を掲げ、利用者の選択を大切に、利用者中心の支援に努めている。以前より、職員は玄関の鍵は掛けないことを当たり前とし利用者の自由を尊重し、あるがままの生き方を受け入れる姿勢は、今も変わることなく職員に引き継がれている。外国籍の職員を積極的に受け入れ、語学や介護技術の習得の支援にも努めている。スーパーやコンビニの移動販売で買い物をする等、利用者の新しい楽しみを取り入れる事にも取り組んでいる。今後も、利用者の心身の状態が維持向上し、現状の生活が継続することを期待している。

**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)	○	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. ほぼ全ての利用者の			1. ほぼ全ての家族と
		2. 利用者の2/3くらいが			2. 家族の2/3くらいと
		3. 利用者の1/3くらいが			3. 家族の1/3くらいと
		4. ほとんど掴んでいない			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)	○	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. 毎日ある			1. ほぼ毎日のように
		2. 数日に1回程度ある			2. 数日に1回程度
		3. たまにある			3. たまに
		4. ほとんどない			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)	○	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. ほぼ全ての利用者が			1. 大いに増えている
		2. 利用者の2/3くらいが			2. 少しずつ増えている
		3. 利用者の1/3くらいが			3. あまり増えていない
		4. ほとんどいない			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)	○	66	職員は、生き活きと働いている (参考項目:11,12)	○
		1. ほぼ全ての利用者が			1. ほぼ全ての職員が
		2. 利用者の2/3くらいが			2. 職員の2/3くらいが
		3. 利用者の1/3くらいが			3. 職員の1/3くらいが
		4. ほとんどいない			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)	○	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			1. ほぼ全ての利用者が
		2. 利用者の2/3くらいが			2. 利用者の2/3くらいが
		3. 利用者の1/3くらいが			3. 利用者の1/3くらいが
		4. ほとんどいない			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)	○	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. ほぼ全ての利用者が			1. ほぼ全ての家族等が
		2. 利用者の2/3くらいが			2. 家族等の2/3くらいが
		3. 利用者の1/3くらいが			3. 家族等の1/3くらいが
		4. ほとんどいない			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 (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			

# 自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	第三者	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	理念をグループホーム内に掲示し、月一回の事業所会議で理念を共有する場をもっている。 ご利用者の事例を通して、介護について考える機会をもっている。	法人の理念と共に、介護理念と介護の心得を事業所玄関等に掲示している。年度初め理事長から今年の方針と共に、理念に関する話を聞く機会がある。職員は会議等、機会あるごとに理念を意識し、その人らしさや暮らしの実現に向け、利用者が選択できる支援に努めている。	
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	お話ボランティアの受け入れ、認知症カフェへの参加、トライやるウィークの受け入れ等で地域との関りをもっている。	法人の敷地内で、併設事業所が開催する認知症カフェに参加し、別事業所の利用者や地域の人と交流している。トライやるウィークの受け入れも行っている。	
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	せいりょう園全体では、小学校への出前事業や認知症について語ろう会への参加、認知症カフェを開催し、そこに職員が参加している。		
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	行事、ひやりはっと、看取り、取り組みを報告し、意見を頂いている。その他、ご家族の疑問や意見交換を行っている。	運営推進会議は、数名の家族代表や民生委員、介護保険課や法人指導課、近隣薬局の薬剤師及び法人の別事業所、介護職員等の参加で開催している。事業所から報告後の意見交換は、事故やヒヤリハットに関する助言があり参考になっている。議事録はファイルし全職員が閲覧している。	
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取り組んでいる	加古川市の介護保険課と法人指導課の方にも運営推進会議に参加して頂き、意見を頂いている。感染症が起きた時にはアドバイスを頂いたこともある。	市からの情報はメールで届いている。介護保険課から感染症に関するアドバイスをもらった。2市2町のグループホーム連絡会は再開し勉強会等をしている。	
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	年に2回、身体拘束についての研修を行っている。指針を基に身体拘束は行わないケアに取り組んでいる。	日中玄関の鍵は開放しており夜間のみ施錠している。身体拘束適正化委員会は、運営推進会議を活用し開催している。研修会は年2回開催し、職員は個別に研修記録を残している。夜間に転倒が多い利用者の家族に了解を得て、夜間のみセンサーを使用している利用者がある。	

自己	者第三	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	(6)	○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	年に2回、虐待防止についての研修を行っている。施設内に虐待・不適切ケア防止チームを立ち上げ、施設全体で虐待防止に取り組んでいる。	虐待防止の指針があり、毎月開催の虐待防止委員会に職員は参加している。事業所で虐待防止チームを作り、不適切ケアとはどんな事なのか、職員の意見を出し合いチェックリストを作成し検討している。年2回の職員研修をして記録を残している。	
8	(7)	○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	実際に後見人を立てている方がいらっしゃるため、事例として学んでいる。契約時に後見人についての説明を行っている。	現在、制度を活用している利用者には、後見人が毎月来所し金銭管理や病院受診に付き添っている。管理者は、契約時家族に成年後見のパンフレットを渡している。職員は、制度について理解が得やすい環境にあるが、研修会の機会がない。	制度について研修の機会を作っていただきたい。
9	(8)	○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	契約前に面会、聞き取りを行い、実際に見学してもらっている。契約時は重要事項説明書でより細かい説明を行っている。	契約は、面談後に見学を勧め、利用希望があれば重要事項を中心に説明し契約している。家族からの質問には丁寧に答え、緊急時の対応や終末期、看取りに関する内容まで説明し了承を得ている。	
10	(9)	○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	意見箱を設置し、毎月のサービス改善委員会で開錠、改善点を話し合っている。運営推進会議でご家族の意見を伺っている。定期的にカンファレンスを開催している。	事業所の広報紙は発行していないが、利用者状況は必要に応じ個別に電話で伝えている。事業所の意見箱は、入れやすい場所に置いているが入らない。面会や会議に参加する家族からは、職員を労う言葉が多く運営に反映するような内容はない。	
11	(10)	○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	毎月の事業所会議、朝と夕のミーティングで意見の周知、聞く機会を持っている。	毎月開催の全体会議や毎日の申し送り、職員の意見を聞く機会が多い。管理者は、人事考課以外にも個別に面談し、悩みや心配事の相談に応じている。必要な情報はホワイトボードや申し送りノートで共有している。職員と話し合い、早出や遅出を取り入れ勤務形態を変更した。	
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	人事考課と面談を行い、職員がやりがいをもって働けるように、悩みを改善できるように取り組んでいる。		
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	施設内外の研修を通じ、スキルアップに努めている。各委員会に職員が参加し、多職種との交流や意見交換を行い、役割を持つことで意識の向上につなげている。		

自己	者第三	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	2市2町の勉強会、グループホーム協会の総会を通じて交流を図っている。		
<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	事前にご家族からの聞き取り、ご本人との面談を行い、その情報を現場職員におろすことで、ケアを行う時の参考にしてている。		
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	契約時から、ご利用者の情報、ご家族の要望、不安、疑問に耳を傾けている。些細な出来事や事故が起きた時には連絡を行い、信頼関係の構築に努めている。		
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	介護支援専門員を中心にケアについて考え、必要な支援を検討している。		
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	ご利用者の言動一つ一つの意味を考え、想いに共感し、自立支援できるよう見守り、ケアを行っている。		
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	必要な物品の依頼、外出や病院受診等でご家族としての役割を担ってもらい、面会時には状態報告を通じて信頼関係の構築に努めている。		
20	(11)	○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	いつでも面会に来て頂いている。希望があれば居室に泊ってもらうことも可能。外出や外食が可能であることも伝え、その準備を協力している。	2か月毎に来所の理美容師や、ボランティアのピアノ教室の人達との再会など、利用者にとって新しい馴染みの関係が始まっており、嬉しい出会いの場となっている。2か所のスーパーからの移動販売が来ることにより、地域の人との新しい馴染みの関係制ができています。	

自己	者第三	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	テーブルの位置を工夫したり、環境を整えることで、ご利用者同士が交流できるように支援している。		
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	以前入居されていたご家族や友人が相談に来たり、中学生のトライやるウィークで参加したりしている。		
<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	(12)	○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	何気ない会話、会話中の仕草や表情からご本人の発言の真意、背景を考えケアを行っている。意向の確認が難しい場合はご家族から、認知症になる以前の様子や思いを聞き取るようにしている。	日々の何気ない会話だけでなく、買物での様子や好みの食べ物、好きなヘアスタイルや洋服など、その都度、意向を丁寧に聴くようにしている。その人が居心地よく過ごせることを常に意識している。	
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	入居前の面接時に、生活歴や情報をご本人やご家族から聞き取り、職員間で共有している。		
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	日頃の過ごし方、ケア中の様子、発言を記録し状態把握に努めている。また会議で共有している。		
26	(13)	○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	介護支援専門員を中心にケアプランを作成し、モニタリングを行っている。作成にあたり、介護職員からの聞き取り、会議での意見交換を行っている。	毎月のモニタリングを通じて利用者の状態把握に努め、半年毎に介護計画を見直している。利用者の習慣や好きなことを反映させたその人らしい計画となるよう意識している。	
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	毎日の記録をデータ入力し、統計や食事摂取量の割合をケアの参考にしている。毎日のミーティングで情報共有を行い、ケアの見直しを行っている。		

自己	者第三	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	グループホームだけにこだわらず、せいりょう園全体で対応していく。		
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	かかりつけ医の受診、介護タクシーの利用、ボランティア活動受け入れ等、社会資源を活用しながらグループホームでの生活を継続している。		
30	(14)	○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	馴染みのあるかかりつけ医がいれば、グループホーム入居後も継続して受診できるように連携、支援している。かかりつけ医がない場合は、往診医を何名か紹介している。	利用者、家族の意向を優先し、従来のかかりつけ医を継続してもらっているが、多くは、地元の医療機関で事業所の協力医療機関でもある。他科受診が必要な場合は、かかりつけ医からの紹介により連携を図っている。	
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	訪問看護師が週に一回、訪問し、健康管理を行っている。24時間連絡が可能で、必要に応じてアドバイスや、対応が可能である。		
32	(15)	○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。	地域連携室と協力し、情報の共有や早期の退院に努めている。 退院前にはカンファレンスを開催し状態の把握に努めている。	日常的な健康管理を図ることで入院回避に努めている。骨折があった場合は事業所での生活リハビリにより早期退院につなげている。持病等の悪化で困難な場合は病院関係者と連携し、不安なく移行できるよう努めている。	
33	(16)	○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	入居時には急変時の対応や看取りについての確認を行っている。実際に状態変化があった時には、多職種でカンファレンスを開催し再度意向の確認を行っている。	契約時に、重度化や終末期の対応を説明し納得を得ている。主治医とは利用者の状態悪化に応じた家族を交え共有を図り、不安なく共に過ごせるよう配慮している。家族が少しでも一緒に過ごせるよう面会の時間制限がなく、また泊まることも可能である。	
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	職員研修で看取りや事故発生時の対応を振り返ったり、学んだりしている。		

自己	者第三	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	(17)	○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回の消防訓練を行っている BCPを作成し、災害時のシュミレーションを行っている。	定期的な消防訓練を利用者も共に行っている。 BCP計画を作成し、それを基に防災、消防、感染症に関する訓練を実施し、必要に応じて見直していく。福祉避難所の指定を受けているが、地域との協力は再開にいたっていない。	
<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	(18)	○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	不適切ケアの研修や、プライバシー保護の研修を行っている。	職員の研修計画の中にプライバシー保護及び認知症ケアの研修を入れており、毎年職員に周知している。今期は特に不適切ケアについて重点的に学ぶ機会を設け、さらなる徹底に務めた。	
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	ケアプラン作成時にご本人の意向を確認している。 ケアを行う前にはご本人の意向を確認してから行っている。		
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	ある程度の生活の時間は決まっていますが、時間だけに縛られず、ご利用者の意向に沿ったケアを行うようにしている。		
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	ご利用者に着る服を選んでもらう。		
40	(19)	○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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	個々に合った食事形態で提供している。 食器洗いや下膳を手伝ってもらっている。	業者から届く調理済みの物を湯煎して提供している。メニューについては、業者担当と定期的な意見交換を行い改善に努めている。利用者の中には専用の食器を持ち込んだり、好物を持ち込んでいる人もいます。お正月は別に用意したおせちを楽しんだ。	
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	それぞれのご家族に嗜好品を依頼している。一日の水分量が分かるように可視化している。食事摂取量が減った際には、主治医や看護師と相談し栄養補助食品を依頼している。		

自己	者第三	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	歯科衛生士から口腔ケアのアドバイスを頂いている。できるだけご自身で歯磨きをして頂き、むずかしい部分をケアしている。		
43	(20)	○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	できるだけトイレに座ってもらい排泄を行う。会議で排泄ケアの方法やタイミングを話合っている。	自分のペースでトイレに行っている人もいるが、多くは職員が居室のトイレに誘導したり、声かけをしている。職員は個々の排泄チェックを参考に利用者の動きや表情を見計らい、その人に応じたお誘い方法を工夫している。	
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	電子カルテを参考に最終排便を確認し、下剤の調整を行っている。 ホットパックや腹部マッサージを行い、排便を促している。		
45	(21)	○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	お湯の温度や、お湯に浸かる長さ、どの時間に入浴したいか等、それぞれに合わせた入浴ケアを行っている。同性介助を希望される方にはそのように対応している。	個浴と座って入れる機械浴があり、利用者の身体能力や状況に応じて選択している。利用者ごとに湯を入れ替え、入りたい時間、温度など個々の意向を尊重している。利用者の状態によっては、2人介助で対応している。	
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	離床時間や表情、体調に合わせた臥床介助を行っている。個々に合わせたポジショニングを行い、定期的に体位変換を行っている。眠れない方には温かい飲み物や、足浴を行っている。		
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	服薬時には、名前、日付け、いつの薬かを声を出して確認し、誤薬の防止に努めている。服薬についての疑問や対応が難しい場合は看護師や薬剤師に相談している。		
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	洗濯物やゴミ捨て、食器洗いを一緒に行っている。イベントの時には調理のお手伝いをお願いしている。		

自己	者第三	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	(22)	○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	玄関は施錠せず、外出される方がいれば付き添い、見守りを行っている。 ご家族との外出時は介護タクシーの手配や、ケアのアドバイスをを行い、外出の支援を行っている。	面会の制限はなく、家族の来訪と併せ外出を働きかけている。日常的に周辺を散歩したり買物に行くこともあり、職員は要望に応じて付添う。4月には敷地内の桜を観るのが恒例の楽しみとなっている。今年は初詣ができず、来年は実現したいと考えている。	
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	移動販売の時には、ご本人にお金を持ってもらい、買い物支援をしている。		
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	ご本人の希望と、ご家族の理解がある方には電話の支援を行っている。携帯電話を使用される方には使い方等の支援を行っている。		
52	(23)	○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	季節を感じられる飾り付けを行っている。 室温調整や定期的な換気を行っている。	季節がら、利用者と職員合作の桜のちぎり絵を飾っている。四季の変化を感じられるよう花や行事などの手作りの飾りを工夫して掲示している。定期的な換気や加湿を行い、清掃に力をいれるなど清潔な環境を心掛けている。	
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	気の合う方同士で過ごせるように席を決め、案内している。		
54	(24)	○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	ご本人やご家族と相談しながら、安全で安心して過ごせるような配置にしている。今まで家で使用していた家具を持参してもらっている。	利用者や家族には、身近に使用している家具や日用品の持参をお願いしている。冷蔵庫や和ダンス、ソファやテーブルなど馴染みの家具を置いている。家族使用の電化製品が置かれている居室もあり、個々の生活スタイルが感じられる。	
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	廊下や共有部分には手すりを設置し、必要であれば居室にポータブルトイレを設置している。		

(様式2)

事業所名: せいりょう園グループホーム

## 目標達成計画

作成日: 令和7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	11	面会に来られない(来ることができない)ご家族に対する情報提供の方法が電話連絡しかない。	どのご家族にも詳しい情報を伝え、信頼関係を築いていく。	請求書に手紙か写真を同封する。 写真を撮るために肖像権の同意書をもらう。	12か月
2	8	権利擁護を学ぶ機会がない。	権利擁護についての理解を深め、必要な場面でご家族に説明することができるようになる。	研修を開催する。冊子を配る。	12か月
3	2 3 5 2 6	個別の意向を十分に把握できていない。ケアプランに反映できていない。	その人らしい暮らしの実現、よりよく暮らすための課題の抽出と改善。ケアプランの充実。	イベントの実施。ご家族からの聞き取り。1日の中でコミュニケーションをとる時間を増やす(業務改善)アセスメント方法を学ぶ。	6か月
4	5	地域の方との交流がない。	地域の方と交流する機会を持つ。	地域のイベントに参加する。 施設内で開催されている地域の方との交流会に積極的に参加する。	12か月
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。

(様式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】		取 り 組 ん だ 内 容	
実施段階		( ↓ 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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	②利用者へサービス評価について説明した
		<input checked="" type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	⑤その他( )
2	自己評価の実施	<input type="checkbox"/>	①自己評価を職員全員が実施した
		<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	⑤その他( )
3	外部評価(訪問調査当日)	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	④その他( )
4	評価結果(自己評価、外部評価)の公開	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	⑤その他( )
5	サービス評価の活用	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)
		<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	⑤その他( )