

### 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	2871101180		
法人名	医療法人社団 それいゆ会		
事業所名	グループホーム「かわも」		
所在地	宝塚市川面3丁目24番9号		
自己評価作成日	令和7年 3月 10日	評価結果市町村受理日	令和7年4月24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3月28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)】**

平成16年開設から、21年目に入りました。開設当初より、生きがいを見つけて、楽しく豊かに生活していくために、心のこもった温もりのあるサービスを目指してきました。中止していた行事や、年2回の遠足も再開、季節行事も増えてきました。それいゆ会各事業所との連携に加え、地域との繋がりも、引き続き広げていきたいと思っています。居室の空室時には、ショートステイやお試し入居なども出来ることをお知らせし、他事業所との情報交換にも努めていきたいと思っています。職員状況としては、令和5年度よりアルバイトに来てくれていた外国人学生が卒業し、4月より職員として働いてくれることになり、活気あふれたホームになることを期待しています。ご利用者の皆様に、家のようにゆっくり過ごせる、ご家族の皆様に、安心して任せてもらえる、ホーム作りに努めていきたいと思っています。

**【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)】**

法人の理念、「安心の医療ケア」と共に、まごころの介護や地域との結びつき、家族とのふれあいを大切に地域に根差した事業を展開している。事業所は、開設から21年が経過しており、建物内に法人の診療所をはじめ、小規模多機能居宅介護や通所介護、訪問看護ステーション等を併設した総合福祉施設であり、近くにある法人医療機関と共に地域住民の信頼を集めている。職員は、利用者の自由を尊重し、コミュニケーションを心がけ丁寧な支援に努めている。市と地域の百貨店共催のスローショッピングや、教育委員会主催のつながろうプレ1年生等、地域特性のイベントに積極的に参加し、利用者の楽しみの機会を多くしている。家族からの信頼度が高く安心して任せられることが伺える。今後も、利用者の心身の状態が維持でき、笑いが絶えない支援の継続を期待している。

**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)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 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			

# 自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	者三	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
<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	管理者と職員は、事業所の理念である「安心の医療、ままごころのケア、家庭的なふれあい、地域とのふれあい」を共有して入居者様の介護支援に生かしている。	法人理念は、玄関やフロア入り口に掲示している。家族には契約時に丁寧に説明し、パンフレットに記載し対外発信している。安心の医療や介護サービス、地域や家族との関係性を密にする事が心がけ、職員は利用者の家庭的な家事を見守り支援している。	
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	今年度もトライやるウィークで地域の中学生を受け入れました。敬老の日、七夕、クリスマスには地域の幼稚園、保育園児が数人来訪してくれました。今年度も、サンタクロースボランティアの方が来訪してくれました。	自治会に加入し、地域の祭り神輿の来所時に利用者は窓から楽しんだり、ボランティアがサンタクロースやトナカイに扮して、来所して利用者は楽しんだ。保育園児が、敬老の日に歌ったり、七夕の笹飾りを持参したりと、季節ごとに利用者が楽しむ機会がある。トライやるウィークの中学生も受け入れている。	
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	近隣の方々にグループホームの事を聞かれたり、相談されたりした時は、丁寧に答えています。		
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	出席の利用者本人・家族、介護保険課・包括の職員、他の施設職員の意見をお聞きして利用者対応の参考にしている。	運営推進会議の案内を家族全員に送付し、月ごとに数名の参加がある。市職員や地域包括、民生委員や介護相談員、他事業所からの参加がある。ヒヤリハットの改善方法や、ベランダで花や野菜の栽培方法を学ぶ事や地域包括から地域行事の紹介等がある。議事録の整備が不十分であり職員への伝達も十分とは言えない。	レジュメと議事録を残して、職員が共有できる仕組みを作って頂きたい。
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	介護相談員の方々が、2か月に一回来訪。市と阪急共催のスローショッピング、市教育委員会主催のつながろうプレ1年生に利用者と共に参加、市と連携しながら地域の方々とも触れ合いました。	市からはメールが届き、施設部会が3か月毎に、グループホーム連絡会が6か月毎にあり参加している。地域包括からの案内で、地域生活支援会議にリーダーが参加し情報を得ている。2か月毎に介護相談員が来所し、翌月に報告書が届いている。	

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
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	施設内で身体拘束のマニュアル整備、研修会を年2回行いどのようなことが拘束になるのか職員全員が周知してケアを行うようにしている。該当器具を使用する際には、スタッフでカンファレンスを開催し必要性を検討している。	身体拘束を最小化するための指針と規定があり、理事長を筆頭に、管理者、常勤職員で構成された委員会を3か月毎に開催している。事業所内で毎月話し合い、年2回、職員が講師役を担当した研修を2日間の日程で開催し、全職員が参加できるように工夫している。研修後職員は、報告書をリーダーに提出し、管理者が確認する仕組みである。フロアは施錠し、エレベーターは暗証番号で開錠している。ベッド上で安全が保てない利用者は家族の了解のもと、4点柵で対応し記録しているが終了時の記載が漏れている。	4点柵を外す方向で検討し記録を残して欲しい。
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逃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	法人外研修、施設内研修(年2回)で虐待について学び、職員間で、普段の行為・行動で虐待はないのかを話し合い、対策を立てている。	法人で虐待防止の指針を整備しており、法人の委員会に管理者が参加しユニット会議で報告し、職員は情報を共有している。研修に関しては身体拘束最小化と同様に取り組んでいる。不適切な状況があれば、職員間で注意し合い事実確認しリーダーに伝え、場合により管理者に報告している。	
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	職員研修に権利擁護についての研修も行き、皆で勉強している。管理者が、社会福祉士会で成年後見活動を行っているので、実際の関わりを詳しく教えてもらっている。	利用者数々が、成年後見制度を活用しており、それぞれの後見人が毎月来訪している。管理者は専門知識があり、事業所内研修をして職員は研修報告を提出している。パンフレットの常備はしておらず、契約時に制度について家族に伝えていない。	パンフレットを常備し、契約時に家族に伝えられてはいいかがか。
9	(8)	○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	契約時に時間を取り、説明して事前に書類を1度持ち帰って読んで頂いている。後日先方より不明な点があれば、再度説明させていただいている。介護報酬改定時には、来訪時や電話での説明、説明の内容分を郵送している。	契約時はリーダー二人が対応し、居宅のケアマネや家族から情報を聞き、病院からの入居時は看護サマリーで情報を得ている。入居が決まれば、重要事項説明書等必要書類の項目に沿って読み上げ、家族に一旦持ち帰ってもらい、契約時に持参してもらう仕組みである。重度化の指針や終末期の確認等を提示し、事業所で看取りをしない事を伝えている。	
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	家族が来訪時に、利用者と話されたり、メールや等でかわも介護支援に関しての意見・要望を運営に活かすようにしている。	以前は、デイと合同の家族会をしていたが遠のいており、事業所独自で開催したいとリーダーは検討している。家族に、毎月の通信やイベントのカレンダーを送り、事業所での利用者の様子を伝えている。法人に意見箱を設置している。運営推進会議の場でも家族の意見を聞くことはない。	家族の意見を聞く工夫をして欲しい。

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
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	管理者は、面談等で職員から意見・提案を聞いて、職場責任者会議で法人代表に報告して職場の改善を行っている。	定期的な職員面談は管理者が行い、様子を見て気になれば話を聞いている。4月から外国籍の職員が正職になり、新たに専門学校生がアルバイトで入職予定である。設備の修理や購入は、上司に要望を出す仕組みである。	
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	普段から管理者より報告をしている。職員からも、毎日の報告メールで、意見をいえる機会を提供してもらっている。		
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	兵庫県認知症実践者研修、介護福祉士実習指導者講習会、救急対応などに参加し、受けた職員が事業所内研修会にて講師となりお互いに学びあっている。		
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	宝塚市介護事業者協会の施設部会や分科会に参加し、同業者との交流があり、ズームでの意見交換や勉強会に参加して、サービスの向上に取り組んでいる。		
<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	普段からご本人に寄り添い、傾聴することで、いつもと違う状況に(不安そうにされている)なっても、安心して頂ける関係づくりに努めている。		
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	入所の相談の段階より家族の希望・不安なことなどお聞きし、ご本人にとって、どのような支援がよいのか、話し合っている。管理者・職員は、家族が来訪した時には、近況報告をしている。		
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	サービス開始の時点で、本人と家族が一番望んでいる事を、出来る限り支援することに努めている。初期には、言えなかったり、少し時間が経ってからの要望もあるので、焦らず待つこともしている。		

自己	者三	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
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	職員は、本人がこれまでできてきた仕事・役割を大切に、出来ることはお願いしている。共に過ごす者同士としての心が通う介護を目指している。		
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	職員は、家族と本人の関わりを大切に、家族と共同して本人を見守り、支えていく関係性を築いている。		
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	利用者の知人・馴染みの方・親戚との関係は継続してほしいので、なるべく来訪、または電話していただくように家族にお願いしている。	携帯電話を所持している利用者が数名あり、1名は自己管理しその他は事務所で預かり、必要時に支援している。友人が家族の了解を得て面会に来ている。馴染みの美容室に職員が同行したり、訪問理美容師と馴染みの関係が出来ている利用者もある。家族と外出や外食、職員と買い物に行く利用者がある。	
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	利用者同士の相性や個人の思いを把握し、良い人間関係が築けるように努めている。食事以外にも、ソファーなどを利用し、利用者同士の交流に努めている。		
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	サービス利用(契約)が終了しても、随時相談には乗っている。近くの診療所・病院に入院されている方は、時々見舞いに行くようにしている。		
<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	本人の今までの生活状況は、初めに本人、家族から聞き取り、出来るだけ希望に添うようにしている。	入居前の生活状況を共有した上で、職員は日常的に利用者の様子を観察したり、話を聞いたりして、思いの把握に努めている。編み物が趣味だという利用者には毛糸を渡して、椅子の脚カバーを編んでもらったり、塗り絵が好きな利用者には家族に用意をお願いする等、利用者の思いの実現を支援している。おやつの際の飲み物は利用者の好みの飲み物を選択してもらっている。	

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
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	家での過ごし方、以前のサービスの利用の内容など、これまでの暮らしぶりをなるべく多く情報収集して、こちらでのサービスに、活かせるように参考にしている。		
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	利用者によって、ご自分の思いや希望などが伝えられない場合もあるので、毎日の言動の中に、利用者の意思が隠れていないか、出来る限り読み取るように努めている。		
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	本人・家族・知人の意見を聞き介護計画の作成をしている。また、入居者の変化に応じて介護計画の見直しをしている。ご本人や担当職員と共に話し合い、もしくは、ご本人の思いをくみ取り、作成している。	職員が毎日全利用者のモニタリングを行い、コメントを記入し、3か月経過後に表にまとめ、アセスメントを半年ごとに行い、次の介護計画作成の資料としている。現行のモニタリング書式は職員の負担が大きいと思われる。カンファレンスを毎月開催している。計画作成前には、ユニットの職員の意見を集め、家族や医師には事前に要望を聞き、居室担当とリーダー、管理者とでサービス担当者会議を開催し、リーダーが計画を作成し、管理者が確認する仕組みである。	モニタリングの項目を計画書のサービス内容の項目と合わせ、職員の負担にならないような様式を工夫してはいかかが。
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	各個人ファイルに日々の様子、気づきは記入。月一回のミーティングにて、職員間で共有・確認し、アセスメント、モニタリング、介護計画に活かしている。		
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	すぐに対応の出来ない状況の家族に代わって必要なものを揃えたり、本人と希望するものを買に行ったりすることもある。入退院の対応も柔軟に行っている。		
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	ボランティアの慰問を再開、クリスマスのサンタ派遣や、楽器演奏者など、今後も大いに活用していきたい。地域の認知症サポーターの方々がボランティアでしているチャレンジファーム(畑仕事)にも参加している。		

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
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	今までのかかりつけ医をお聞きし、変更可能な場合、主治医がいない場合、確認の上でこちらの協力病院、診療所にかかっている。精神科、皮膚科受診の相談にも乗ってもらっている。	現在は、全利用者が入居時に事業所の協力医療機関を主治医とし、訪問診療を受けている。訪問看護ステーションの契約も可能である。夜間休日は協力医療機関の主治医で対応する仕組みである。母体法人が医療機関なので、入院・通院とも臨機応変に対応できる仕組みである。協力医療機関にない診療科は家族同行での対応となっている。	
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	訪問看護や診療所の看護職と常に情報交換出来ている。吸引器の使い方など必要に応じて勉強会を行って頂いたり、褥瘡、血圧について、必要な処置・相談に乗ってもらっている。		
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。	同じ法人内の協力病院、診療所なので、入退院の情報交換や相談は常に行っている。他の救急病院の場合で家族がいない方は、管理者・職員が付き添い、退院相談等をしている。他の病院からの入居申し込みも受けている。	母体法人が医療機関であるため、入院中の情報共有が取りやすく、連携が取れている。退院後の事業所での生活に関し、ベッドや車イス等の福祉用具の選定に主治医の提案を受け、利用者の生活を支援している。	
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	終末期の対応については、入居時に、そのような状態になった場合の対応について、説明を行っている。契約書に終末期医療等についての事前確認書を入れている。主治医にも受診時に家族が同行の場合、ターミナルについても話して頂いている。看取りはしていないので、その点も詳しく伝えている。	契約時に重度化した際の事業所の指針を説明し、終末期医療等について意思確認を行い、書面に残している。緊急時は病院への搬送を行うことや、事業所で看取りを行わないことについても契約時に家族の同意を得ている。	
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	年に数回事業所内にて、急変、事故発生時に対する勉強会や訓練を行っている。		
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回の火災訓練、事業所内での避難訓練等行っている。災害についての研修会をして、マニュアルの整備を毎回行っている。BCPを作成し、それに基づいた訓練を行っている。	避難訓練は建物内の法人事業所全体で行い、利用者もベランダに出る訓練に参加している。訓練時に業者が設備点検を行い、水消火器を使う消火訓練も行っている。備蓄は法人の厨房担当が管理している。避難時に持ち出す資料は黄色いファイルに入れて目立つように工夫し、居室の避難確認は紙の表札を破くこととしているが、訓練時には行っていない。	避難完了確認の訓練のため、紙の表札を破ることも取り入れていただきたい。

自己	者三	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
<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	精神的に不安定な時もある、ひとり1人の人格を尊重して常に対応に気を付けている。気分転換、その他、その方に応じた時・場所・職員配置に心掛けている。	利用者への言葉かけは、相手への配慮を基本とし、否定しない、怒らない、嫌なことは言わない、尊重する気持ちを持つことを徹底している。訪問診療は居室で行い、歯科診療はフロアで行っている。トイレ誘導の際は、周りに聞こえないように配慮している。	
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	出来る限り、本人の意思を尊重して対応している。無理強いをしたり、職員の都合による対応はしないようにしている。意思決定支援が重要視されているので、本人が意思決定し易いような環境を整えている。		
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	食事の時間や体操の時間は決まっているが、職員は入居者一人ひとりのその時の状態を把握して臨機応変にスケジュールの変更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	自分で好きな服装を決めて頂いています。自分で出来ない方は職員が用意するが、利用者に確認しながら、コーディネートのお気を付けている。家族様にも季節の衣替えをお願いしている。		
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	食事形態は利用者の体調や嚥下状態に合わせている。四季折々を感じて頂ける食材などを提供しチャレンジファームで収穫した野菜を厨房で調理して頂き、入居者に食べて、四季を感じて頂いている。	法人の管理栄養士が献立を作成し、厨房部門で調理後に配達され、事業所ではアイランド型のキッチン台で盛り付けを行い、利用者は興味を持って見ることができる。食事前に口腔体操を行い、テレビを消してBGMをかけ、食事に集中できるよう工夫している。栄養士が昼食時に月に数回巡回し、利用者に声掛けしたり、希望を聞いたりして様子を観察している。法人内で栄養会議が毎月開催され、リーダーが出席し、利用者の好みを伝える機会となっている。利用者はテーブル拭き等できることに参加している。食事レクや外食レクのほか、厨房から届く月1回の行事食を利用者に楽しんでもらえるように工夫している。	

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
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	管理栄養士の協力のもと、1人1人の栄養量が不足しないよう、過剰にならないように支援している。管理栄養士が、昼食時に利用者に感想を聞いて次の料理に活かしている。		
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、口腔ケアは行っている。出来ない方は、声掛けしながら支援している。入れ歯の状態、咀嚼状態等、毎週来られる訪問歯科医や歯科衛生士に相談し、ケアしている。口腔ケアの状態は、家族に報告している。		
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	個々の排泄パターンを把握し、対応している。夜間も声掛けが必要な方には声掛け誘導を行っている。体調の悪い時や夜間はゆっくり睡眠をとる方が良いと判断した場合は、パッド、オムツ対応している。	排泄パターンを参考に声掛けを行い、自立の利用者は見守り支援を行っている。夜間にポータブルトイレを居室に置く利用者もいるが、多くは睡眠を優先し、パッドやオムツ交換を行う仕組みである。退院後に事業所での声掛けと見守り支援を続け、自立に繋がった利用者もいる。	
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	便秘には、主治医に相談して、個々に対応している。体を動かしてもらったり、食事やおやつに乳酸飲料を増やしたり、薬剤師に便秘薬の使用方法等教えてもらったりしている。		
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	拒否があった場合は、無理はしない。時間をずらす、対応の職員を交代する、明日にするなどの工夫もしている。入浴出来ない時は、足浴等の対応もしている。	入浴日を決めてはいないが週に2回の入浴を基本としている。事業所には介護用の普通浴槽があり、上階のデイにある特殊浴槽を利用することも可能である。職員と一緒に歌を歌う等、利用者が入浴を楽しめるよう工夫している。	
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	昼寝が習慣の方、うたたね寝が気持ちの良い方、テレビを見ながら夜更かし気味の方、それぞれに応じて支援している。		
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	1人1人の薬を表にして誰が見ても分かるようにしている。一か月に1回薬剤師とミーティングして、飲み方や副作用について相談に乗ってもらっている。一週間の薬箱にセットも、薬剤師にして頂いている。		

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
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	テレビ鑑賞、家事、編み物、塗り絵等、その方の希望、思いを聞き、支援に努めている。デイサービスのレクリエーションに参加される方もいる。		
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	毎週畑に行ったり、馴染みの美容院、近くの店に買い物に行くなど、個別に対応している。全体的な、外食や遠足なども計画、実施している。	日常的に駅や畑、買い物に出かけたり、フロアの廊下を歩いて運動する機会をもっている。家族が個々に利用者と外出する機会もあり、季節の行事と合わせて利用者の外出機会を可能な範囲で確保するように努めている。	
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	外出できる方は、買い物に行ったとき、ご自分の財布からお金を出して使ってもらう支援をしている。		
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	家族・兄弟姉妹から贈り物が届いたら、本人から電話をしてもらっている。はがきが時々届いている。レクで、俳句や和歌など書いてもらい、文字を書く機会を取り入れている。		
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	共通の空間は、皆で過ごす居心地の良い場所作り、心がけている。車いすでも自走してもスムーズに動けるようにテーブル、イスの配置に気を配っている。3階のベランダは、花や外の景色が眺めれるので、暖かい日は外気浴をしてもらっている。	3階のフロアにはベランダがあり、利用者が外気浴を楽しむことができる。フロアにはソファや小上りの畳間があり、利用者は好きな場所でくつろぐことができる。テーブルの椅子の脚部は、利用者が編んだ毛糸の脚カバーを被せて、音や傷の防止に役立っている。フロアの壁には季節の飾りが施され、シーリングファンで空気を循環させている。空気清浄機の設置はあるが、加湿機能が十分ではなく乾燥気味である。	加湿器での湿度管理を進めていただきたい。
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	テーブル配置を工夫し、利用者それぞれの居場所が出来ている。自分で移動して他の方とくつろいで話が弾んでいる。ソファやタタミの長椅子も置いているので、それぞれ好きなおところで過ごされている。		

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
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	本人が、好きな椅子・家具・テレビや思い出の写真など配置して、自宅のような居心地の良い空間づくりを行っている。	居室には洗面台があり、タンス、ベッド、カーテン、電灯、エアコンが設備されている。居室の表札は、季節ごとに職員が作製し付け替えている。利用者は、テレビや椅子、携帯電話等馴染みの家具や家電を持ち込んだり、新聞を購読している利用者もいる。	
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	居室の名前を分かりやすく、大きく書いたり、トイレの場所がすぐわかるように張り紙をする工夫をしている。利用者の状態(ご自分で動けなくなった)により、デイルームに近い方が安全の場合は居室移動もしている。		

(様式2)

事業所名:グループホーム「かわも」

## 目標達成計画

作成日: 令和7年4月23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	3	運営推進会議のレジュメの作成はあるが、議事録がなく、議事録を作成し、記録として残した方がよい。	レジュメだけでなく、議事録も作成し、レジュメ・議事録共に職員に内容報告や回覧などし、全員が内容を周知するようにする。	ユニットリーダーが会議の書記を務め議事録を作成するように4月から行っている。	4月
2	13	モニタリングシートを活用しているが、計画書の内容に基づいた内容に沿っておらず、また記入する欄が多い。	モニタリングシートの内容を見直し、記入欄を簡単にする。	モニタリングシートの項目は、特変があったら内容を記入しあとは○×のみに変更した。	4月
3		フロア内に加湿器の設置がなく、湿度管理ができていない。	フロアに加湿器を設置し温度・湿度管理をする。	フロアに加湿器を設置する。	4月
4					
5					

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="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( )