

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	2592200147		
法人名	特定非営利活動法人びわの音・西近江		
事業所名	グループホームねねの家3号館		
所在地	滋賀県高島市今津町桜町1-6-3		
自己評価作成日	令和6年12月20日	評価結果市町村受理日	令和7年5月12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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 滋賀県介護福祉士会		
所在地	滋賀県草津市笠山七丁目8番138号滋賀県立長寿社会福祉センター内		
訪問調査日	令和7年3月7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)】

住み親しんだ町で暮らしている実感をいつまでも感じ続けてもらえるよう、事業所周辺の自然や景色に触れることを大切にしている。今まで大切にされてきた馴染みの物に囲まれ、身にまとい、自宅での生活と変わらない暮らしを送っていただけるよう環境を整えている。本人のできることに注目し、それを発揮できるような選択肢つくることや働きかけを行うことで、自尊心や自己肯定感を大切にできるよう支援している。事業所では5つの会議を設置し、職員のケアや気づきを深められる場として有効的に活用し、より良いケアにつなげられるよう取り組んでいる。事業所内で暮らしが完結してしまわないよう、地域の子どもからお年寄りとの出逢いやコミュニケーションを図ることができるコミュニティスペースを利用し、暮らしが膨らむ取り組みをすすめている。

【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)】

グループホームねねの家3号館は、本館・2号館とは少し離れた場所に在るが、近隣には公園や畑も多く、また、商店街や公共施設なども近くにあり、気軽に外出や買い物ができる環境に位置している。職員は勤続年数の長いベテランの職員も多く、利用者との深い関係性を大切にして、本人本意の認知症ケアが実践されている。法人全体で利用者主体の認知症ケアに取り組んでおり、家族や関係機関、地域住民からも信頼された事業所として運営している。法人として、本来の活発で自立したグループホームを目指している方針は大切だが、今後利用者の高齢化・重度化にどのように対応して行くかを、運営推進会議や行政・介護事業関係者、家族、地域住民等と話し合い、高島市全域での認知症介護の方向性を検討していく中心事業所として、ねねの家が存在感を発揮されることを期待します。

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	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. 利用者の2/3くらいの				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいの				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)	○	1. 毎日ある	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			○	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)	○	1. ほぼ全ての利用者が	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. 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	66	職員は、生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. 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)		1. ほぼ全ての利用者が	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				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)	○	1. ほぼ全ての利用者が	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. 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				

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	事業所の理念を掲げ、常に意識できるよう掲示している。理念と実践とを結びつけながら意識化できるように取り組んでいる。会議等で日々振り返りながら具体化して取り組めている。	ねねの家3号館では、職員が目につく場所に掲示している。また、事業所の理念や行動指針を職員会議の場で共有し、日々の運営に反映できるよう意識している。	
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	地域の文化祭に参加している。近所の畑で採れた野菜や花をいただく機会もある。散歩の際に近隣の畑で作業をしている住民と挨拶を交わすなど、日常的・継続的に地域との関係性を築けている。	法人として「FLAT」という運動や遊びを通じて地域住民と交流する機会を設けている。ねねの家3号館でも地域住民とのコミュニケーションを大切にしたい関係性づくりに努めている。	法人として「FALT」を切っ掛けとして広く地域との交流を図っていく中で、3号館独自の工夫による地域交流の場づくりも期待します。
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	自宅での介護や認知症のある人との生活について相談を受けることがあり、それに対して介護サービスに関する情報提供や地域の社会資源につなげている。		
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	数字や写真を用いて事業所の状況が分かりやすく伝わる資料にしている。会議での議論を機に新たな実践や課題を得たり、ご家族の思いを職員が知る機会となっている等、事業所運営に有効的に機能している。	運営推進会議には、法人代表や2号館・3号館の管理者が交代で参加しており、法人3か所のホームでの状況報告や運営上の意見交換を行っている。検討内容は各事業所の職員へしっかり伝達されている。	
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	市の担当者には事業所の状況や課題等について意見交換をする等、協力関係を築けている。協力関係の中で課題の解決やサービスの利用につながるケースも多々ある。	運営推進会議には市の地域包括支援センター職員が必ず参加し、意見交換を行っている。更に法人代表は適宜、行政担当者との交流機会を設け、協力関係の構築に努めている。	
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	「身体拘束適正化委員会」を設置し、3ヵ月に1回、制約や拘束に関する理解を深めている。カンファレンスにおいても介助方法や見守り・声の掛け方、生活環境(ベッド環境、鈴の使用、センサーの使用)について議論し、拘束のない支援に努めている。	3ヶ月ごとに身体拘束適正化委員会を開催し、身体拘束や不適切ケアの防止に向け取り組んでいる。職員会議の中でも拘束のリスクなどを具体的に話し合い、拘束のない介護方法等について検討している。令和7年2月からは「眠りSCAN」を導入している。	
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に注意を払い、防止に努めている	「虐待防止検討委員会」を設置し、職員同士の気づきを共有している。またアンケートの結果を共有して、自分の対応やケア、他社のケアを振り返り、虐待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	権利擁護に関する研修を通して制度を理解し、個々に利用の必要性がある方やその家庭には情報提供しながら関係機関・専門職と連携し、制度利用がすすめられるよう支援している。		
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	契約時は、十分に時間をかけて説明を行うよう努めている。契約者の質問や疑問に対しても分かりやすく答え、グループホームの暮らしが想像できるように配慮している。		
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	ケアプランの同意の機会のみならず、面会時の同席や自宅まで直接書類を届ける等積極的に会話場面をつくり、意見が反映できるようにしている。また事業所に意見箱を設置し自由に記入できるようにしている。	ねねの家3号館では、頻回に面会してもらえ家族が3～4家族いると聞き取る。それだけ訪問し易い関係が出来ている。家族アンケートにも「何でも気楽に話すことが出来る」とのコメントもあり、家族の評価も高かった。	
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	会議や面談、日々のコミュニケーションの中で、事業所の運営に関する要望や提案を出せる機会をつくっている。	LINEアプリを活用し、職員からのシフト希望やコミュニケーションを図っている。職員ヒアリングからも「有休や休みが取りやすい」との意見も聞き取れ働き易い職場である。	ねねの家3号館では、介護の重度化が課題と職員より聞き取った。利用者一人に掛かる時間が増える中で、法人全体で重度化への共通認識を図る必要があります。
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	職員個々の勤務状況や努力を把握し、就業時間の最適化や処遇改善を図り、職場環境をより良く維持・向上できるようにし、個々の職員の力が発揮できるように努めている。		
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	ネット配信による研修を受けられる環境を整え研修を受講している。事業所外では初任者研修や地域密着型の指定・運営基準に規定される各種研修等を受講している。		
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	介護サービス事業者協議会が開催する研修会に参加している。その他の協議会にも参加し、同業者のみならず多様な関係性を築いている。		

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	契約前に、職員が出向き、本人と面談し現在の生活状況を把握し、不安や要望等を聞き取っている。本人と面接が出来ない場合や、意思疎通が困難な場合は関係者から情報を把握している。		
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	契約前に、家族の困りごとや不安に思うことを丁寧に聞き取り、話しやすい関係づくりに努めている。質問や疑問に対しても分かりやすく答え、グループホームの暮らしが想像しやすくなるように配慮している。		
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	本人や家族が必要としている支援を見極め、必要であれば他の支援につなげる対応も行っている。本人や家族のニーズ・利益を最優先に考えた対応に努めている。		
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	これまでの本人の暮らしで大切にされてきたこと(生活習慣や趣味等)やできることを継続してもらっている。できにくいことは、職員が支援し、今までの生活を続けてもら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	「ねねの家便り」を定期的に発行し、暮らしの様子を文面や写真で伝えている。また本人の生活状況や表情・言葉等を直接家族に伝え、身近な関係が続いていけるよう努めている。		
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	感染症対策により時間や回数に制限はあるが、ご家族や知人と面会できるよう支援している。本人の希望があれば馴染みの美容院や商店に行くことを支援をしている。	グループホームの近隣には、商店街や公共施設・公園などがあり、暮らし易い環境にある。このメリットを活かし地域の商店や住民との交流機会を沢山持てるよう支援している。	
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	利用者間の関係性を把握し、一人ひとりが心地よく他者と関わり合いをもてるよう支援している。少人数での生活の特性を活かした支援ができるよう努めている。		

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
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	必要に応じて退所後に連絡を取り、経過の確認や家族の相談に応じている。		
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	入居時のアセスメント情報、施設での生活状況や関わりから得られた表情、言葉を頼りに、本人の希望、意向を把握している。気づきをカンファレンスで共有しつつ、本人の最善を考えた支援を行っている。	ホームへの入居前の在宅生活の状況を家族や支援者から聞き取り、入居後の本人の希望や思いを大切にしたいケアが提供されている。3ヶ月に1回、又は必要時には個別カンファレンスを行う。	
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	入居時に家族や関係機関からこれまでの生活について情報収集を行い把握する。入居後は本人との関わりの中で、把握した情報をもとに、これまでの暮らしに近づけるようケアや生活環境を整えている。		
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	施設の1日に合わせるのではなく、一人ひとり、その時々体調や気持ちに合わせて対応している。職員がケアの中で気づいたことは記録や申し送り事項として、職員全員が共有する。		
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	職員が日々の関わりやケアで気づいたこと、家族の意向、医師の助言等をもとに、ケアの内容や過ごし方が今の本人のより良い暮らしのために適切であるかカンファレンスで検討しモニタリングを行っている。	「利用者を主体とした介護」を実践するため、本人や家族、関係者、職員の意見をしっかり汲み取り、ケアプランに反映している。また、カンファレンスで検討して見直しを行っている。	
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	介護記録に実施したケアの内容や気づきを記録し、朝夕の申し送り時に職員間で共有している。カンファレンスでは事前に意見収集を行い、議論した結果を介護計画に反映させ実践している。		
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	事業所にコミュニティスペースを併設し、子どもたちの地域の居場所として機能している。利用者と地域の子どもの接点がつくれるよう努力している。		

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	本人や家族の意向に合わせて、馴染みの場所や人と関係性を続けていただいている。在宅から通ってこられた美容院等、関係性を途切れないように配慮している。		
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	入居以前からのかかりつけ医を継続される場合は通院支援を行う中で情報共有を図っている。事業所の協力医に変更されても日頃から情報共有を図り、指導・助言を受けている。	3号館では2名の利用者が在宅時からのかかりつけ医を継続している。ホームの協力医と同様、こまめな情報共有に努めている。訪問看護師との連携も図れている。	
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	訪問看護ステーションとの連携により月4回訪問看護を受け、介護職員では対応に困るような医療的ニーズや健康管理に対応している。		
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、本人の情報を速やかに病院関係者と共有し、入院までの連携が円滑にすすめられるよう努めている。入院中、直接面会や電話で状態把握等を行い、退院後の生活支援の内容について検討し、早期退院を目指すことができるよう努めている。		
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、本人や家族の意向を踏まえ、重度化や終末期の対応について事業所のできる範囲を説明し、承諾していただいている。入居後も本人の状態を家族と共有しながら、今後の生活やケアの方向性を確認している。	法人全体として利用者の「看取り」までは行わないとしているが、入居時や家族との面談時などの機会を通じて、事業所として対応できる内容を何度も説明して、了解を得ている。	法人として看取り対応までは行わない方針だが、実際には簡単に施設を変われない場合もあり、入居者の高齢化・重度化が課題である。法人の方針と現場職員との意識の共有が必要でず。
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	急変や事故に対応できるようマニュアルを作成し、マニュアルに基づき対応できるよう努めている。文書だけの理解ではなく、動画等も活用して、より実践的に理解できるよう試みている。		
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	災害に対応できるようマニュアルを作成し、訓練を重ね、マニュアルに基づき対応できるよう努めている。災害時・緊急時の業務継続を強化し、マニュアル整備を行っている。	法人として「BCP委員会」を立上げ、災害対応への検討を重ねている。「防災及び非常災害時対応マニュアル」を策定し、緊急時の具体的な避難方法も明確にしている。	ねねの家3号館は、法人本部よりは高台にあり、水害等の危険性は少ないが、発災時の3事業所間の避難及び連携体制の強化を期待します。

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	
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	本人の思いやできることを大切にする。職員の都合ではなく、本人の「今」を捉え、その時、その気持ちに合わせた言葉かけやタイミングを考慮することで、尊厳やプライバシーが守られるよう努めている。	業務マニュアルの中に、「プライバシーポリシー」を整備しており、利用者一人ひとりのプライバシーや個人情報保護に配慮したケアが行われている。	
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	本人との会話やコミュニケーションから得られる表情や言葉を頼りに、思いを表現できるよう努めている。決まった生活を押しつけず、選択肢を準備し自己決定の機会がつけられるよう支援に努めている。		
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	その日の状況や体調、気持ちに配慮し、今やりたいこと、思っていることを尊重できるよう努めている。生活を当てはめずに、お一人おひとりのペースを大切にしている。		
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	入居前から大切にされていた服や装飾品を身に付けていただいている。事業所では定期的に理容店の訪問や入居前の美容院へ同行し、身だしなみやおしゃれが入居前と変わらず楽しめるよう支援している。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	日頃の食事や季節の行事用の食事でも盛り付けを工夫するなど食事を楽しめるよう配慮している。準備や片付けができる利用者がいる場合は職員と一緒に取り組んでいたっている。	利用者は可能な限り、自力での食事が摂取できるようメニューや食事環境に配慮している。食事の準備や後片付けも出来る人には行ってもらうことで、自立に向けた支援となっている。	家族アンケートの中に、「利用者個人への食物の手渡し禁止を緩和して欲しい」との意見が有りました。施設としてリスク管理を家族等へ丁寧に説明する必要があります。
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	食事や水分の摂取量を記録し、十分な食事量や栄養が摂取できているか把握している。一人ひとりに馴染みのある食器を使うことや嚥下の状態に合わせて食事の形態を工夫する等の支援を行っている。		
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、歯磨きの実施や緑茶でのうがい、義歯の洗浄等を行っている。本人の力で口腔内の清潔が保てるよう声掛けの内容やタイミングを工夫した支援を行っている。		

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
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	一人ひとりの排泄状況に合わせて、トイレで排泄ができるよう支援している。排泄パターンを共有し、声掛けの内容、タイミング等を工夫することにより、プライバシーや不快感に配慮した支援を行っている。	利用者一人ひとりの排泄パターンを記録し、職員間で共有しながら、プライバシーに配慮した声掛けやトイレ誘導を行っている。夜間は2名の方がオムツ対応となっている。	
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	水分量を把握し摂取を勧めたり、乳酸菌飲料や繊維質の多い野菜を食べやすい形状にして摂取できるようにする等、便秘予防に努めている。散歩や体操等の活動量を増やして排泄状況にアプローチしている。		
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	入浴する日は固定せず、体調や気持ちに配慮して入浴を支援している。午前の活動でかいた汗を午後の入浴でゆっくり流せるよう、お好みの湯温や入浴方法を工夫して安心して入浴できるように支援している。	利用者の意向を優先して、入浴を無理強いしていない。本人が気持ちよく入浴できるよう、日時や入浴環境を整えている。必要時は職員2人での入浴介助も行っている。	
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	入居前の生活習慣やその日の体調、気持ちに配慮し、居室で休息していただいている。就寝時間や起床時間も、その日の気分や習慣に合わせて対応している。		
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	処方箋をいつでも確認できるようファイルにまとめ、薬の内容や効果、リスク等について職員が理解する。薬の変更等は申し送りやノート等で共有し、状態の観察を行っている。		
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	入居前の生活習慣や生活歴から、本人がやりたいと思う活動に取り組んでいただいている。これまで続けてこられた生活を続けることで役割を感じていただいたり、自己肯定感が育まれるよう支援している。		
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	日常的には、住み親しんだ町や季節を感じてもらえるよう散歩に積極的に出掛けています。帰宅願望のある方の気分転換に散歩やドライブに出ることもある。事業所の近くで行われる地域の催しやイベントに参加している。	商店街が近く、街中にある施設環境を活用して、日常的に買い物や散歩に出掛けています。地域住民との交流も活発です。また、車で外食したり近郊をドライブして気分転換を図ることもある。	

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	本人の希望や家族の理解がある範囲においてお金を所持、使用する場合もある。		
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	本人の希望があれば、手紙のやりとりが行えるよう支援する。オンラインでの面会体制等は行っていない。		
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	季節を感じられる生花を絶やさず飾っている。創作品や写真なども適度に配置し、心地よい空間をつくっている。施設内の清潔を保つと同時に、状況に合わせて職員が室温や日差しを調節するなど配慮をしている。	共有スペース(ホール・食堂等)は、採光も良く過ごしやすい環境である。3号館独自の運動会や季節の飾り付けを行い、季節感を感じ取れるよう配慮している。	
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	ソファや畳のスペースで、一人ひとり思い思いにくつろげたり、気の合う方と交流できるような環境を整えている。		
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	自宅で使用されていた寝具やタンス等、できるだけ馴染みの物を持ち込んでいただいている。また創作品や写真を飾る等して利用者が安心できる居室にしている。	入居時には、環境変化に敏感な認知症の方々の混乱を軽減するため、自宅で使い慣れた家財や寝具を持参してもらう。個々の居室には、写真や備品などが飾られ、落ち着いて過ごせる居室になっている。	
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	居室がわかるよう手作りの表札を掲げたり、トイレ等に案内表示をして分かりやすくしている。椅子やテーブル等も生活導線に配慮したところに置く等、車椅子利用者にも安全なレイアウトを心掛けている。		

事業所名:グループホームねねの家3号館

作成日:令和7年3月31日

2 目標達成計画

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	27	業務記録や連絡事項の共有がアナログな方法に依存しており、記録作業や情報共有に時間がかかることで、職員の業務負担が生じている。また、情報伝達や記入漏れなどが課題となっている。	ICTを活用し、業務記録や情報共有を効率化することで、職員がケアに集中できる環境を整える。	業務記録や情報共有をデジタル化し、タブレットやクラウドツールを活用する。 ICTツールの操作方法を研修で周知し、運用を定着させる。 記録作業の手間を削減し、効率化を図る。	12ヶ月
2	11	チーム内での情報共有や連携に課題が見られる。結果として、ケアの質や効率に差が生じていることがある。	職員全員がスキルを向上し、チーム力を強化することで、ケアの質と職員間の連携を向上させる。	定期的な研修を開催し、専門知識とスキルを向上させる。 ミーティング方法を再構築し、職員同士の相互支援を促進する。ミーティングを定期的に行い、情報共有と課題解決を図る。	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()