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	0790401517		
法人名	アイネット株式会社		
事業所名	グループホームにしきの里		
所在地	福島県いわき市錦町鳥居西81番地の1		
自己評価作成日	令和7年12月30日	評価結果市町村受理日	

※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	http://www.kaigo-fukushima.info/fukushima/Top.do

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人　福祉ネットワーク
所在地	〒974-8232　福島県いわき市錦町大鳥2番地
訪問調査日	令和8年1月29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)】

施設設立から1年未満で、利用者を職員が負担にならないように少しずつ増やしてきました。利用者が施設に抵抗なく過ごして頂けるよう利用者のペースを重視し、職員と利用者が家族のように楽しく、愛情を持って一人一人がその人らしい生活ができるよう支援しています。食事の味付けやメニューが高齢者の方に合っていて、皆さん朝・昼・夕と完食されています。おいしかったとの声が毎日食事の度に聞かれ笑顔がこぼれます。元気に過ごしていただく為にはまず、食べることは欠かせないと思っています。

【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)】

利用者や家族の思い、職員が願うケアができているかを把握するために、家族や職員にモニタリングし、より良いケアに結びつけようと取り組んでいる。
地域密着型サービスの意義と役割を理解し、地域の行事に参加し、事業所の行事に地域の方の参加加を呼びかけるなど、事業所の持っている力で地域に貢献したいと考えている。

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	
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)	○	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)		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)		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
			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
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)	○	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○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)		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
		○	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
		○	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
		○	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	○	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

自己評価および外部評価結果　〔セル内の改　ト、(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	会社の方針をはじめ、理念やケアの心得をホールに掲示し毎朝、職員一緒に読み上げ共有しています。ミーティング時などに理念の内容について話をし、意識付けを行っています。	人は皆、生きる権利があり、その人一人ひとりの尊さを理解し、サービスを提供することで利用者と 職員が笑顔で団欒しているときに理念が活かされていると感じている。自立支援を目標に、生きがいを見出してもらえるようにしようとしている。	
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近所づきあいや地元の活動、地域住民との交流に積極的に取り組んでいる。	散歩時には近隣住民の方と会話するようにしています。近隣のコンビニやドラッグストア、衣料品店等で利用者様と買い物しています。近くの小学校の運動会の見学や隣の神社のお祭りの見学を実施しています。	開設時に、近くの小学校に挨拶に伺ったり地域清掃への参加、隣の神社のお祭りに参加するなどし、近隣の方が見学に来たときは進んで案内するなどしている。2月に予定される消防を交えた避難訓練には近所の方に参加を呼びかけようとしている。	
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	見学や相談にいらっしゃった方に、支援方法などを伝えています。		
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、事業所の取組内容や具体的な改善課題がある場合にはその課題について話し合い、会議メンバーから率直な意見をもらい、それをサービス向上に活かしている。	会議でいただいた意見は、事業所内で対応できるよう検討し、出来ることはすぐに実施しています。	男性利用者が一人なので、男性利用者を増やしてほしいとの意見があり参考にしている。地域との交流の機会を増やすための方法やアドバイスを受けたいと考え、サービス内容や行事などの報告をこまめにしている。	
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に取り組んでいる	市町村担当からの入所希望の方の相談を受けたり空床状況の報告をしたり、見学により施設のケア状況を積極的に伝えています。	居室に空きがあり入居を検討している方がいる場合には、受け入れる余裕があるとの相談をしている。困難事例や生活保護の方の入居相談をしている。行政には、地域の行事や災害時の避難場所の情報提供をして欲しいと考えている。	
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	夜間以外は玄関の施錠は行っていません。 自立支援を重視して、身体拘束ゼロを実施に取り組んでいます。身体拘束マニュアルや身体拘束に関する勉強会の実施により、身体拘束をしない介護に取り組んでいます。	身体拘束はしないことを原則にしている。身体拘束防止のための勉強会や研修会に参加している。言葉の拘束で、グレーゾーンと思われるときは、気づいた時に話し合い、普段から利用者と職員の関係づくりを大切にしている。	
7	福-1	○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	高齢者虐待防止検討委員会を法人で設置し、年2回委員会で年間の勉強会の虐待防止策や早期発見法等を各事業所での実施報告を受け見過ごされることがないよう努めています。入浴のたびに身体全体の異常がないか記録しています。	高齢者虐待防止関連法を研修や講習会で学び事業所の委員会で再確認し、虐待防止に繋げている。管理者は、職員の疲労やストレスが利用者へのケアに影響しないよう職員の性格の把握や悩み事の 相談に乗るなどしている。	

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
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	日常生活支援事業や成年後見制度についての勉強会を行い、個々の必要性を話し合っています。		
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	契約、重要事項説明書を読み上げ、内容の説明を行い、質問や疑問点の確認を行っています。改定がある場合は、都度書面で説明と同意をいただいていきます。		
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	意見箱を設置しています。運営推進会議等でも家族の意見を聞き、改善や要望に沿うように努めています。	玄関にアンケートボックスを設置し、家族や運営推進委員会開催時に意見や要望を 聞いている。家族が来訪したときは、利用者の生活状況などを詳しく伝え、頂いた意見や要望は職員間で共有し 同じ方向を向いたケアに結び付けている。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営や管理についての職員の声に耳を傾け、活かしていくことを心がけ、職員の働く意欲の向上や質の確保を図っている。	改善・提案用紙を設け、意見や提案を出せるようにしています。管理者会議で検討しできる限り意見や要望に沿うように努めています。	資格の取得や研修の希望、パソコンを習いたいなどの要望にはできる限り応えるようにしている。利用者の受け入れを検討する時には、職員と一緒に実態調査に出かけ、自分たちで責任を持って支援していけるかを確認した上で決めるようにしている。	
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	毎月、業務報告書にて個々の努力や実績を確認しています。日中、夜間帯と施設を訪れ勤務状況、労働時間等を確認しています。処遇改善計画に沿って、やりがい向上に努めています。		
13	福-2	○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	週1回の勉強会、外部研修への参加を実施しています。研修報告書は回覧の上、全職員が見れるようにしています。	職員一人ひとりが必要な知識や技術を習得し スキルアップすることで手当に反映できるようにしている。利用者との会話の苦手な職員が、研修の結果、そばに寄り添い不穏な気持ちを落ち着かせることができるようになるなど成果に結びついている。	
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	関連事業所との合同委員会を実施しています。各事業所の管理者が集まり、知り得た情報を共有し、サービスの質の向上に取り組んでいます。		

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
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	毎日、声掛け、会話の中から困っていることや不安なことや要望に耳を傾けています。内容によっては家族と相談し対応をしています。		
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、契約時に家族の要望等を聞き、できる限り汲み取り対応しています。		
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	本人と家族様、双方の意見や要望、身体状況や精神状況を確認し、必要とする支援を見極め他のサービス利用を含め、見極めを行っています。		
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	職員は自立支援を念頭に置き、グループホームとして一つの家族的存在として全体的にアットホームな関係になるよう支援しています。		
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	通院は出来るだけご家族様にお願いし、本人の身心状況を理解していただけるようにお願いしています。本人が使う消耗品や着替え等も報告し、協力を得ています。		
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	親戚や知人の面会が多くあります。面会に制限をつけず、馴染みの人との交流が途切れないよう支援をしています。	携帯電話を持っている方は 自由にこれまでの友人と 話を 楽しんでいる。親戚や近所のかたが訪ねてきてくれたり、電話をくれている。家族の協力で、実家に帰ったりお墓参り・外泊旅行とそれぞれの時間を過ごせるように 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	全員で行うレクリエーション、体操、機能訓練などへの参加の声掛けを行い、全員で行っています。ホールのソファーで全員でテレビを見たり、おやつを食べたりして互いに助け合ったり会話が進むよう支援しています。		

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
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	入院等でサービスが終了しても、お見舞いに伺ったり、電話にてその後の様子を伺っています。サービス終了後も、相談等に応じる旨をご家族様へ伝えています。		
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、関係者で本人の視点に立って意見を出し合い、話し合っていく取組を心がけている。	利用者と向き合い、情報、希望に引き出しています。以前の暮らしぶりや食べたいものなど、家族や本人から伺い情報把握を心掛けしています。ケース記録に記入し、共有し対応できるケアに努めています。	孫や曾孫がどうしているか心配で眠れないとの思いには、本人たちは元気で幸せに暮らしていますよと説明するなどし安心してもらっている。本人がどこでどのように暮らしたいかを把握するために、その人目線で話しかけるようにしている。	
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	入所される前に実態調査を行い、生活歴や生活環境を訪問して確認しています。その他に紹介者の包括やケアマネから詳細な情報を頂いたりしています。		
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	食事、排泄、バイタルの記録をとって常に心身状態の把握をしています。ケース記録に過ごし方を残し職員が共有できるように努めています。		
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	その人の持っている力を活かし、家事や清掃の計画をし、できることの継続のための機能訓練を職員と一緒にできるようにしています。	利用者の状態変化や優先すべき課題があると考えられるときは、現場からの声を大切にカンファレンスを行い職員全体で対応を決めるようにしている。利用者の視点に立ってその人らしく暮らし続けるために本人の意向を 大切にしている。	
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	個々のケース記録や日報で実践内容を共有し、全体会議で個別に報告を受け、情報共有して、変化があれば計画の見直しを行っています。		
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	週1回の管理者会議で他事業所との報連相を行い、柔軟な支援やサービス多機能化を進めるよう取り組んでいます。		

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
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	病院、役所、ケアマネ、警察、消防、コンビニ等、施設内容や状況を伝え、パンフレットを配布することで周知し、協力していただけるようにお願いし、安全に暮らしていけるようにしています。		
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	基本的には、かかりつけ医を変えずに支援しています。新たな病状で受診が必要となったときは、家族と相談して病院を決めています。	利用者ひとり一人の主治医との関係を大切にし、事業所として時々挨拶に伺い、関係が途切れないようにしている。受診結果は、家族に報告するとともに、ケース記録や日報に記載し職員が共有できるようにしている。	
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	毎日、日々の異常を報告し、個別の情報を共有しています。看護師はバイタルの記録等をもって受診し主治医に異常を報告しています。		
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。	病院のケースワーカーから情報を確認したり、面会に行って現状を確認に行ったり連携をとって早期退院に対応しています。		
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	重度化した場合の対応や看取りについて契約時に説明し、方向性を話し合っています。重度化、終末期が近づいた場合は、本人、家族、主治医と連携し支援できるようにします。	重度化終末期の事例はまだないが、必要に応じて協力医療機関と連携し（援体制を 整えていこうと考えている。事業所としてできることとできないことをきちんと説明し、家族の想いに寄り添い 安心して暮らしてもらえるようにしている。	
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	応急手当や初期対応のマニュアルを作成しています。応急手当や初期対応の勉強会を行っています。		
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	定期的に避難訓練やBCPの勉強会を実施しています。避難所となる隣の小学校へは、災害時の協力をお願いしています。	二月には、消防署の指導を受け避難訓練を予定している。地域の方や運営推進委員会の方にも協力を呼びかけ る ことにしている。利用者ひとり一人の状態を踏まえ、いざという時に慌てず確実な避難誘導が出来るよう検討や対策を考えている。	

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
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	毎朝ケアの心得を唱和し、利用者様の尊厳を守れるよう意識付けを行っています。言葉遣い、スピーチロック等を気づいた時点で注意し、上から目線などにならないよう注意しています。	会議や勉強会で利用者の尊重やプライバシーについて伝えている。上から目線の言葉遣いや命令形にならないよう相手の気持ちに立った言葉遣いや 態度ができるよう心がけている。援助が必要と思われる時でも本人の気持ちを考えるようにしている。	
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	出来るだけ本人の自己決定できるよう声掛けし確認してから決定して頂いています。くつろぎの時間等を利用してゆっくり本人の希望等など聞くようにしています。		
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	日程はあるものの、強制せず本人のペースにあわせて支援しています。居室やホールを自由に過ごし、やりたいことなど希望に沿っています。		
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	洋服は自分で自由に着脱して頂いています。訪問美容師には本人がどのようにしたいか決めています。馴染みの美容室へ出掛ける人は髪染めも行って来ています。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事に関連した作業を利用者とともに職員が行い、一緒に食事を味わいながら利用者にとって食事が楽しいものになるような支援を行っている。	台所に一緒に立って調理や味見を手伝っていただいています。食事担当が野菜、肉、魚等バランスを考えメニュー表を作っています。四季や行事に合わせたメニューや和・洋・中とバラエティーなメニューで楽しんで食事できるようにしています。	利用者の好みのものをメニューに加え、楽しめるよう職員も一緒に同じ食事をしている。ひとり一人の食べる力に合わせ、刻み食・ペースト・おかゆなどの対応をしている。自分でサンドイッチの具をサンドして食べている方もいる。	
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	毎日、朝昼晩と食事量や水分量を管理しています。入所当時、3口程度しか食べられなかった利用者様が今は、他の利用者様と同量の摂取ができています。		
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、歯磨きの声掛け、付き添い見守りを行っています。歯磨きの力がない方は介助にて口腔ケアを実施しています。		

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
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	排泄表を記入し、各自の排泄状況を確認しています。時間による声掛けで失敗の回数を減らせるように支援しています。	自分で行なえる排泄動作を増やし、快適な排泄ができるよう自立に向けた支援をするようにしている。排泄に失敗してしまったときはプライバシーを保護し、さりげなく対応するようにしている。定期的な排泄への声かけを行っている。	
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	毎日、排泄表に排便の記録をつけています。食物繊維の多い野菜や牛乳、ヤクルトなどを提供し、体操、散歩、歩行訓練を行い自然な排便ができるようにしています。		
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	本人の体調確認後、本人の希望やペースに合わせて決めています。本人の希望によりシャワー浴も実施している。入浴剤、ゆず湯など変化をつけ入浴が楽しめるように支援しています。	入浴を嫌がる方はおらず、本人の希望があれば朝の一番風呂などの対応をし、その人の生活習慣をできるだけ尊重するようにしている。衣類の着脱時には、バスタオルを利用し羞恥心に配慮するようにしている。	
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	本人の生活リズムで過ごして頂いています。利用者様同士のおしゃべりや居室で本を読んだりテレビを観たり、夕食後には職員とゆっくり話ができる時間を設けていて話を聞くことにより、安心して眠れるように努めています。		
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	看護師による服薬情報の管理を行い職員と共有しています。服薬後の状況変化など随時、報告を行い変化がある場合、看護師より主治医へ連絡をし指示を仰いでいます。		
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	各自、自分の部屋のカーテンの開閉やタンスの整理の他に共通のホールのテーブル拭きをお茶碗洗い、お茶碗拭きなど役割を持って行っていただいています。時々、買い物に出掛け食べたいものや着たい洋服、読みたい本など本人に選んでいただいています。		
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	利用者の希望により近所のコンビニ、ドラッグストア、洋服屋などに出掛けています。家族との外出も多く家に帰ったり好きな食事を楽しんできています。時には外泊等される方もあり、気分転換に協力を得ています。	近くの小学校の体育の時間に見学に行ったり、神社の参道を散歩している。季節の行事を楽しむことができるよう花見や紅葉狩りをしている。家族の協力を得て、自宅に帰ったり外泊を楽しんでいる方もいる。	

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	自身で管理できる利用者様はお金を所持しています。買い物の際は、本人が支払いをしています。他の利用者様へのお土産として、お菓子やジュースなどを買って施設に戻り、配っています。本人の感謝の気持ち、満足感を引き出す支援に努めています。		
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	古くからの友人や家族への電話を携帯を所有し、自由にかけています。携帯を持っていない方は施設の電話を使い、家族や親戚等と直接話しができるよう支援しています。		
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	共有スペースは広々として穏やかに過ごせる空間作りに努めています。季節の花を飾ったりしています。表示はわかりやすくシンプルに貼って、混乱することのなく、ゆっくり過ごせるようにしています。	ひとり一人に好みの場所があり、まるで自分の席が決まっているかのように座り、ひなたぼっこをする方や本を読んだりする方がいる。歩行や移動のための動線を確保するために、共有空間には余り物を置かないように 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	日当たりの良い場所に椅子とソファーを置き、外を眺めたり、ソファーで昼寝をしたり、おしゃべりの場として活用していただいています。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室、或いは泊まりの部屋は、プライバシーを大切にし本人や家族と相談しながら、居心地よく、安心して過ごせる環境整備の配慮がされている。 （グループホームの場合）利用者一人ひとりの居室について、馴染みの物を活かしてその人らしく暮らせる部屋となるよう配慮されている。	居室は各個人別一室を使用していただきプライバシーの保護に努めています。居室のレイアウトは家族と相談して決め、入所前に使用していた布団や茶碗、洋服や写真等の馴染みの物を持ってきていただき、本人が落ち着く環境作りに努めています。	入居時に家族や本人と相談し、ベッドなどをその人の身体状況に合わせて、暮らしやすく使いやすい配置を考えている。居室を間違わないよう入り口に名札を貼り付け、間違いやすい人にはその人独自の目印をつけたらと考えている。	
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	車椅子の方でも自由に動けるスペースを確保しています。福祉用具を使っている方でも一人でトイレ・居室を入ったり出たりすることが出来るようにしています。		

別紙2

事業所名：グループホームにしきの里

作成日：令和8年2月9日

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	2	事業所と地域とのつながりの具体的なものがなく、地域への貢献が不足となっている。	地域の方に声掛け、イベントに参加して頂く。地域の方が認知症の理解や支援をして頂く。	地域の方にイベント等の参加を促し話をするきっかけを増やしていく。施設案内のパンフレットの他に介護新聞等を作成し、認知症についての説明や支援方法などを盛り込み、認知症の人の理解を深めていく。	12 ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月