

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	0770403103
法人名	社会福祉法人ハートフルなこそ
事業所名	グループホームわいの家 ぬくいユニット
所在地	福島県いわき市植田町小名田13-2
自己評価作成日	令和6年12月23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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/07/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人福島県福祉サービス振興会
所在地	〒960-8253 福島県福島市泉字堀ノ内15番地の3
訪問調査日	令和7年3月3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)】

わいの家＝私の家という理念のもと、家庭的な雰囲気の中で一人ひとりの生活のリズムを大切にしてお過ごしができるように支援している。自宅で生活していた時と出来るだけ同じ環境で、ソフト面とハード面を考慮し職員と利用者様、ご家族様でつくりあげていくことをモットーとしている。また、地域とのかかわりについては、地域に存在する家というコンセプトをもとに、自治会の方々には避難訓練や認知症カフェ、運営推進会議などに参加していただいている。近隣の保育園児は訪問して来たり、わいの家から近隣の高校を訪問し高校生と触れ合うなど、地域社会の中の一員であるというコミュニティを大切にしている。

【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)】

1. 認知症カフェを開催し、利用者も参加して地域住民との交流を図っている。地域の草刈りには管理者や法人職員等が参加している。また、事業所の避難訓練には自治会や住民が参加し、地元の高校や大学の実習生を受け入れている。住民から避難用リヤカーの寄贈や洗剤、洋服の差し入れがあるなど地域との交流が図られている。

2. 利用者のリクエストや旬の食材を活用した献立に基づいて、職員が手作りの料理を3食とも提供している。毎日利用者と一緒に食材の買い出しに出かけ、事業所の畑で収穫した野菜を活用している。また、職員が同じテーブルで同じ料理を食べながら利用者と会話を楽しみ、テイクアウトや行事食なども工夫をして楽しみのある食事の提供に務めている。

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 ↓該当する項目に○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 3. 家族の1/3くらい 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 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 3. 利用者の1/3くらい 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広がったり深まり、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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 職員の1/3くらい 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 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 3. 利用者の1/3くらい 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 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 3. 家族等の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんどいない		

自己評価および外部評価結果:ぬくい

[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	入職時に人事局と管理者から理念の説明をし、方針を知っていただき業務にあたっている。玄関や事務所に理念を掲示し、常に確認ができるように工夫している。	法人の理念に基づき事業所理念を職員で話し合っ て策定している。理念は職員の通用口や各ユニットの玄関、職員用トイレに掲示して周知を図っている。毎年、事業計画作成時や事あるごとに理念に立ち返っている。また、理念に基づき年度目標を立て、年度末に振り返りを行い、理念を実践に繋げている。	
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	ご家族の面会や外出・外泊は電話連絡によりいつでも可能とし、認知症カフェや地域との避難訓練には積極的に利用者様も参加している。	自治会長が回覧板を届けに来てくれている。地域の草刈り作業には管理者や法人職員等が参加している。事業所の避難訓練に自治会や住民が参加し地元高校や大学の実習生を受け入れている。認知症カフェを開催し住民との交流を行い、住民から避難用リヤカーの寄贈や洗剤などの差し入れがあるなど日常的に交流が図られている。	
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	認知症カフェにより認知症の理解を広く実施している。認知症サポーター養成講座の講師を引き受け、高校生や一般市民にも理解を深めていただく活動を実施している。		
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、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	会議では出来るだけ写真を掲載したホーム だよりを提示し様子が分かるように工夫している。自然災害時の避難経路など意見をいただいたりしている。	自治会長・民生委員・高校教師・地域包括支援センター職員・家族代表を委員とし運営推進会議を2か月に1回、対面で開催している。会議では委員から様々な意見が出され、老人宅への強盗や特殊詐欺などの事件が発生していることから、玄関の施錠を勧める意見を踏まえ施錠時間を若干早めるなど出された意見を運営に活かしている。	
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	運営推進会議には包括支援センターの職員も時折参加して下さる。認知症カフェにも地域包括ケア推進課の方も参加し、ケアの取り組みについて話す機会があった。更新や区分変更の際は福祉係の方と空き状況や介護度について話せている。	介護認定更新手続きや区分変更申請等で市へ出向き、併せて空き状況や事業所の状況を伝達し情報共有を図っている。また、毎月開催している認知症カフェには市の地域包括ケア推進課職員が立ち合い、事業所内を見て貰っている。市から委嘱を受けた介護サービス相談員の月1回の訪問があり、市との橋渡し役を担って貰っている。	
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	玄関の鍵は閉めずに自由に出入りできる環境づくりをしている。職員教育としては法人内やGHの研修を実施し勉強会を継続している。	法人全体の委員会を3か月に1回開催し、事業所においては委員会を2か月に1回開催して議事録を回覧し、職員に周知している。また、研修会を年4回実施し、防止に努めている。不適切ケアの自己チェックを職員全員に実施し、研修や指導に活かしている。また、対策としてポスターを作成し掲示して注意を促し防止に努めている。	

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
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	GH内で勉強会を実施している。SKGB(身体拘束虐待防止)委員会でポスターを掲示し啓発活動を行っている。 法人全体の委員会の報告をしている	法人全体と事業所において、それぞれ3か月、2か月に1回委員会を開催し、職員に周知としている。また、研修会を年3回実施し防止に努めている。 虐待の芽チェックリストの自己チェックを職員全員に実施し研修や指導に活かし、ポスターを作成し掲示して防止に努めている。	
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	集団指導の際の交付される資料を職員会議で伝達する。また、研修があるときには職員を参加させるなどしている。		
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	契約の際は十分に時間をかけ説明をするようにしている。また、後日不明な点や理解しにくい箇所などがあればお電話などをいただき説明させていただくことを伝達している。		
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	各ユニットの玄関にメッセージボックスを設置している。お電話や面会時に気軽にお声かけいただけるよう、また、要望などは真摯に受け止めている。	利用者の意見は、日頃の会話を通して把握に努めている。会話が困難な利用者は、元気な頃に話していた内容や家族の情報、表情や仕草から推測している。家族の意見は面会や電話で伺うようにしている。温水洗浄便座の設置など出された意見は運営等に活かすようにしている。	
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	職員会議や面談など必要時に出席し、意見の交換が出来るよう心掛けている。	日常的に、職員から意見が出され、職員会議でも活発に意見が交わされている。看護師が実施してきた薬のセットを介護職員が行い主任がチェックする業務内容の変更やトイレにファンヒーターを設置するなど職員から出された意見は運営に活かしている。	
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	資格が取りやすい研修会の開催やお祝い金の支援、資格手当など法人全体で資格取得支援をしている。有給休暇も比較的取りやすい環境である。		
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	法人内の研修があり階層別職種別に参加している。近年オンライン研修の受講も多くなり多様な研修に参加できている。	法人において階層別研修や職種別研修を実施し、事業所では身体拘束や虐待など法定研修を行って職員の育成を図っている。資格取得をさせたい職員と面談のうえ法人と協議し費用負担や義務免扱いにして推奨している。新任職員はOJTを行い育成に努めている。	

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
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	市内のグループホーム協議会の会議が対面式となり、研修会も再開されるようになり情報を共有しやすくなった。お互いの運営推進会議に参加したり電話でのやり取りも自由にできサービスに生かせることもある。		
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	入居前に実調を行い身体状況・認知症状などをアセスメントさせていただいている。入居後は特に不安や戸惑いを感じないように寄り添い、信頼関係を構築できるよう心掛けている。		
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	実調の際、ご家族がご本人に対し「どうしてほしいか」という気持ちをうかがうようにしている。入居後はこまめに電話や面会などで情報を共有してご要望にも早急に対応できるよう努めている。		
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	ご本人やご家族のお話や行動により、必要な支援を確認し合いながら決定している。以前利用していた事業所やケアまでにも連絡を取るなど速やかな対応に努めている。		
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	生活全体的に見守りを主として一部支援により自立を促すようにしている。個人の主訴を大切にしつつ、出来る事を継続していただき不自由な面をサポートするよう努めている。		
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	日頃の様子を電話や面会時、広報誌などで発信している。状況により面会・外出などの依頼や品物の購入などご家族の協力をいただくこともある為、日頃より連絡を取り合うよう努力している。		
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	ご家族様はじめご親戚近所の方々の面会はすべてお受けして関係継続を意識している。ご家族といつも通っていた喫茶店に出かけたりなじみの美容室に通う方もおり、家族の支援をいただくことが多い。	家族の面会は、今年2月中旬からマスク着用・体調確認・15～30分との条件で居室での面会を支援している。知人友人の面会も家族の了解があれば家族と同様に支援している。また、家族の協力を得て馴染みの美容室への通いや墓参り、法事への出席を支援している。	

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
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	利用者さん同士のコミュニケーションはとても大事にしている。さりげない誘導や職員の介入など常に孤立しないよう観察をしている。		
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	住み替えが必要となり別な施設に移られても必要な情報を提供し本人が困らないようにしている。支援が終了しても、葬儀、彼岸、お盆など自宅へ伺い、ご家族と近況を話すなど継続している。		
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	日々の生活の中で会話や行動・表情などを観察し本人の思いを把握している。気の合う職員と話をする時間を作り思いや考えを聞くこともある。	日頃の利用者の言動や表情、反応などを通して、利用者の思いや意向の把握に努めている。利用者が発した言葉や態度を記録に留め、申し送りやカンファレンスで職員間で話し合い、思いや意向の把握を行っている。ビールを飲みたいとの要望には日を決めるなど支援を行っている。	
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	利用者本人やご家族からうかがうことが多い。ふとした瞬間に発した言葉などを職員同士共有し周知して、生活環境に役立てている。		
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	入所後1か月間は観察をしながら把握に努めている。その後は利用者のペースに合わせ残存機能の維持の支援を行っている。		
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	日々の生活や記録から情報を共有し、カンファレンスでサービスに関する意見を出し合っている。ご家族の思いも大切にしながら出来るだけ寄り添った計画書にしている。	入居時の実態調査のアセスメントに基づき、1か月の暫定ケアプランを作成し、入居後の生活状況を観察して3か月又は6か月で見直しを図り、その人の実態に即したプランを作成している。ユニットごとのカンファレンスでの職員の意見を踏まえ管理者と主任で話し合っモニタリング表をまとめプランの見直しに繋げている。	
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	本人が話した言葉や職員の対応、その時の反応など記載するようにしている。日々の変化を共有しながら実践し、変化とともに見直しができるように努力している。		

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
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	本人とご家族の要望を生かし、職員の発想も取り入れ、必要な時に出来る限りの支援を提供できるよう努力している。		
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	認知症カフェの参加や近隣高校への散歩、介護相談員とのふれあい、地域との合同避難訓練など積極的に参加し楽しみながら過ごせるよう支援している。		
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、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	入居前にかかりつけ医をどうしたいか話し合っている。入居後の変わらず主治医との関係を継続できるよう家族に情報を伝達したり逆に教えていただいたり連携を図りながら協力体制をとっている。通院についてはご家族が中心となり出かけるが、施設側も同席したり本人と一緒に通院したりしている。	入居前かかりつけ医の継続受診も可能だが、現在は全利用者が協力医の訪問診療(月1回)を受けている。事業所内の看護師と訪問看護師による定期的な健康管理も行われている。他科受診は家族対応を基本としているが、職員も同行・同席することが多い。	
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	10月より訪問看護を導入している。職場内看護師と訪問看護が利用できるため、常に相談しながら看ることができている。必要に応じ受診等も一緒に検討していただけるのでとても安心できている。		
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。	入院時はご家族とも連携を強化し意向を代弁しながら病院側と連携している。SWや訪問看護との連携もあり出来るだけ入院期間が長期にならないように連携ができている。		
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	重度化になった場合「住み替え」も一つの手段としてご家族に提案している。現在看取り加算はつけていないが、ご家族と本人のご希望に添えるよう話し合いを持ちながら進め地域との連携体制も整えていくようにしている。	入居時に「重度化または終末期における対応指針」を説明・同意を得ている。緊急時を含めて24時間、訪問看護師・協力医の対応が可能となっている。終末期には「看取り介護同意書」に基づき医師から説明を受け、利用者・家族に寄り添った看取りケアを実践している。	
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	救命救急の研修については、法人内研修とアルソックさんに来ていただきながら定期的に学んでいる。		

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
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	避難時の移動手段をユニットごとに把握し、公用車と自家用車に振り分け訓練を実施している。年2回自治会との合同訓練を実施し、協力をいただきながら総合訓練を実施している。	年2回の総合訓練のうち1回は、消防署の立会・指導のもと、自治会合同訓練として実施している。10月には自治会・子ども会と共に図上訓練を行っている。その他、夜間想定、消火訓練、通報訓練等、説明会を含めて毎月訓練をしている。レトルトパックご飯や缶詰、飲料水など3日分を備蓄している。	
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	利用者一人ひとりを尊重し、耳を傾け、否定せず言葉がけをするよう努めている。	トイレ誘導時や入浴ケアでの配慮はもちろん、あらゆる支援場面で利用者の行動を尊重し、寄り添うことを基本としている。眠れない利用者の声に耳を傾け、話を伺うことで、職員も多くの学びを得ている。毎月の職員会議でも不適切な対応の確認と改善に努めている。	
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	利用者の嗜好品や苦手な物を考慮しながら献立を立て、選択できるよう取り組んでいる。		
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	利用者の普段の生活を把握し、その方のペースに合わせ、声をかけながら一人ひとり支援している。		
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	日々の身だしなみを意識しながら、整容を行い、一緒に衣服を選んだり、自身で決めたりなど支援している。		
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	食事の支度(準備)などを出来る範囲で手伝って頂いたり、食事を一緒に食べる際に昔の話などの会話をし、楽しみながら食事をしている。	利用者のリクエストや旬の食材を活用した献立に基づいて、3食とも手作りの食事を提供している。毎日利用者と近隣のスーパーで食材を購入し、利用者と楽しみながら調理をしている。事業所の菜園で収穫した野菜類も活用している。手作りのおやつやテイクアウト、行事食など、楽しい食環境を提供している。	
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	日々、食事・水分量の状況を確認している。食事以外にも一人ひとりの状態に合わせ、栄養補助食品などを提供しており、栄養バランスなどに関しては法人内の管理栄養士に相談して対応している。		

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
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	日中は、お茶を飲んだり、水で口をゆすぐなどし口腔ケアを実施している。食後は歯磨き、義歯の方は洗浄消毒を行っている。口腔ケアに対して拒否がある方へは、時間をおいて声掛けするなど工夫をしている。		
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	一人ひとりの排泄状況を把握しながら、トイレ誘導やオムツ交換の声掛けを行っている。	排泄データを取りながら個々人に応じたケアを行い、入居後に機能が改善、おむつが外れた方もいる。全介助者を除いて、トイレ誘導のもと自立を支援している。散歩や水分・野菜類の摂取等により、自然排便を促している。パッド類は随時種類を見直し、より快適な支援に努めている。	
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	便秘予防のため、普段の食事やデザートなどに発酵食品や乳製品を取り入れている。		
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	個々の希望やタイミングに合わせて対応している。 季節行事として、ゆず湯やしょうぶ湯なども取り入れ楽しんで頂いている。	週2回を基本としながら、希望に応じて4回入浴や夕方・夜間に対応することもある。1日4時間の入浴タイムには、4～5名の方が中庭の風景を眺めながらゆっくりと入っている。同性介助にも配慮するとともに、入浴を嫌がる場合は、人や時間、曜日等を代え、臨機応変な対応をとっている。	
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	昼寝の時間を設けている事や、電気毛布や布団乾燥機で寝具を整え、室内は加湿器やサーキュレーターなど設置し、室温や湿度の調整を行っている。		
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	一人ひとりの利用者の薬を把握し、用法や用量などに変更があった場合は、ケース記録や口頭で直ぐに情報共有を図っている。		
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	歌を歌ったり、食事作りの手伝い、散歩などの実施をしている。スーパーへ買い物と一緒にいき、以前利用者自身がよく作っていた料理の話を聞いたりするなどしている。		

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
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	感染症も落ち着き、少人数ではあるが、近くの海や紅葉を見にドライブへ行くなど、利用者の要望に合わせながら取り組んでいる。	毎日の食材の買い出しや事業所近隣の散策、おやつ持参で浜辺へのミニドライブ、実家巡り等、利用者の要望に応えながら、少人数での外出を楽しんでいる。家族と自宅へ外出、定期的な外泊、お墓参り、法事への列席等、ほぼコロナ禍前の日常に戻っている。	
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	小銭を所持している方もいるが、買い物や外出先で必要になった場合は立替えて対応している。		
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	ご家族からの電話や利用者本人の希望がある際は、家族間の交流が図れるようその都度対応している。		
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	共有スペースでは常に空気の入替えを行っており、季節ごとに飾り付けや音楽を流しリラックスできるよう空間づくりをしている。夏は涼しく、冬は暖かく快適に過ごせるよう取り組んでいる。	和の雰囲気包まれた空間には、畳の小上がりや利用者による生け花、段飾りのひな人形、数箇所に置かれたソファ、適切な換気・温度管理など、寛げる空間づくりがなされている。窓から見えるアヤマや桜など季節の移ろいを感じて頂くために、過度な装飾を行わない等の配慮もされている。	
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	共有スペースでは、話が合う利用者と同じテーブルで過ごしてもらおうよう配慮し、一人でゆっくり寛げるようソファを配置している。		
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	自宅で過ごされていたような同じ空間が保たれるように、利用者自身に合った過ごし方、リラックス出来る環境が整えられるよう配慮している。	自宅で使用していた洋服ダンスやテーブル・椅子、冷蔵庫のほか、仏壇や趣味の電子オルガン、家族の写真等、馴染みのものに囲まれた居室となっている。今までの習慣で和布団を使用している方もいる。看取り期には親族も同居に宿泊することができ、最期までその人らしく暮らせる空間となるよう配慮している。	
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	利用者一人ひとりの身体状況に合わせて、動線の確保に努め、自分で出来る事は見守りなどを行いながら支援している。		

目標達成計画

作成日: 令和7年4月14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	27	介護計画と記録が連動していない。 サービス内容の「散歩」を実施した際の記録が なかった。	計画作成担当者とケアワーカーが連携し、 介護計画に沿った記録ができる。	研修会への参加や参考書による学習を行い、 会議で伝達する。 ユニットリーダーを中心に、日々の記録を確認 し、OJTを行う。 月1回の会議で評価、改善を行う。	12ヶ月
2					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。