

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	2874002278		
法人名	有限会社 ほおずき		
事業所名	グループホームCHIAKIほおずき姫路高岡		
所在地	兵庫県姫路市山吹1丁目3番25号		
自己評価作成日	令和8年2月5日	評価結果市町村受理日	

【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)】

入居時のアセスメントからご本人様のご自宅に近い環境で過ごして頂けるよう居室内の家具等は使い慣れた物をお持ち頂いています。また日課や趣味を継続して行えるよう個別にて余暇活動を通じて提供して頂いています。また日常生活の中で「できること」「できそうなこと」へ着目し「参加」をして頂く機会を多く持ってその方々の生活の質の維持、向上へと繋がるよう取り組んでいます。また行事について、季節に応じて提供しています。

※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="http://www.kaigokensaku.jp/28/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/28/index.php</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 ライフ・デザイン研究所		
所在地	兵庫県神戸市長田区萩乃町2-2-14		
訪問調査日	令和8年2月12日		

【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)】

1. **本人本位の暮らしの実現**・職員は、「ご本人の望む暮らしの実現」を目標に、日頃の生活の中で「思いや意図を把握することに努めている。2. **楽しみごとへの支援**・ご利用者お一人おひとりの体力や能力に合わせた企画・活動を行っており、ご利用者は日々楽しく生活を営んでいる。3. **地域との交流**・事業所職員は、地域密着型サービス事業所の目指すケアとして「ご利用者が地域に暮らす生活者」として地域に溶け込むことを意識している。地域の秋祭りや地域主催のふれあい喫茶に参加をすることで、地域の方々との交流機会も出来ている。4. **安心・充実した医療連携**・ホームの協力医の(定期的及び緊急時)訪問診療による健康管理、法人内の看護師による日々の健康管理(24時間オンコール体制)をとっており、ご利用者の変化に対して迅速に対応ができています。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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、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. 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

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近づけている	朝礼時に唱和を行っており、実践に繋げている。	法人理念を基軸に、ホームで年間目標「学びながら成長しともに支え合う」を定め、朝礼時に唱和をして毎日、確認・共有している。利用者と職員がお互いを支え合い、ご利用者の意向に沿い安全、安心ある生活を日々提供できるように努めている。		
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	地域行事への参加、また面会を通じ関係構築、協力体制を図れるよう努めている。	地域での行事等に関しては積極的に交流を図っている。地域で開催されている「ふれあい喫茶」に参加をした際にも、地域の方々との交流を楽しんでいる。	今後も、地域の協力をいただきながら、地域における社会資源の一つとして、事業所発信の積極的な活動を増やしていけることに期待をします。	
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	運営推進会議時に日々の様子、日の流れから行事や役割、事業所全体の取組みについてお伝えしている。			
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	運営推進会議時に、入居者様のご様子や事業所全体の取り組み・事例内容をお伝えしている。会議でいただいた地域の方々のご意見は、フロア会議を通じて全職員で共有し、日々のケアや運営の改善に繋げる体制を整えている。	運営推進会議では、事業所からの情報発信と共に、出席者との意見交換や助言、情報の提供等をいただき、更なるサービスの質の向上を目標に運営に活かしている。また、地域課題についても情報を共有し話し合いが行われている。		
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取り組んでいる	運営推進会議時に、包括担当者へも参加して頂き、サービスの取り組み内容をお伝えし、協力関係を築くよう努めている。	日頃より、市の窓口担当者や地域包括支援センターの職員とは密に報告・連絡・相談を行っている。困難事例の相談を受けたり、また、ホームからも相談を行い、連携が取れている。		
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	月1回の施設長研修時など身体拘束委員会を開いて事業の確認を行っている。	ホームにおいては、職員研修や会議の場で「身体的拘束等の弊害」について意見交換等を行い、定期的に「身体拘束がないことの確認」を継続的にしている。また、身体拘束を行わないケアについては、法人内で行われる「身体拘束適正のための対策検討委員会」において話し合い、身体拘束廃止に取り組んでいる。		
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	3ヶ月に一度の委員会を通して、高齢者虐待防止について法律や不適切なケアについて学んでいる。又職員全員に周知している。	虐待防止委員会において、「不適切なケアになっていないか」を検証し、より良いケアを目指している。職員は「不適切なケア」の要因を理解し、その払拭に取り組んでいる。また、管理者は、職員間コミュニケーションを大切に、職員が「孤立化」しないようにも努めている。		

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
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	事例を通して職員との話し合いの機会を作り学ぶ機会へと繋げている。	権利擁護に関する事業についての理解を深めるための研修を行っている。ご利用者の中で制度利用が適切と思われた場合は、ご家族に対して制度利用の支援を進めるように準備をしている。	
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	契約には十分な時間を頂き分かりやすくお伝えしている。またご不明な点や質問事項など確認を行いながら契約締結を行っている。	入居後に不具合が生じないよう、事業所見学、質疑応答等を実施し、疑問点・不安がない状態での契約を締結している。契約時には関連書類を丁寧に説明し理解をいただいている(重度化・終末期への対応含)。	
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	家族様からの要望はフロアー会議や定例会議時に職員間で共有を行い、把握、改善案へと繋がるよう努めている。	来訪時、電話・メール、意見箱等、様々な機会を設けて意見・要望を聴き取っている。いただいた意見は直ちに全職員で共有・検討し運営に活かすとともに、フィードバックをしている。	
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	職員へのアンケート調査を実施している。また年に一度のマイチャレンジを実施し、目標の確認と業務改善内容の確認を行っている。	法人本部が従業員に対して、「アンケート」を実施している。法人本部の担当者がホームを訪問し意見を聴く機会も設けている。職員からの意見はサービス向上に活かされている。また、管理者は、日頃より、職員が意見や提案を言いやすい職場環境作りになるように努めている。フロアー会議やホームの全体会議時等においても意見や意向、提案を聴き取っている。	
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	マイチャレンジの実施。1対1で話し合う機会を作り経験年数、役職に応じて目標設定を行いスキルアップ、自信、モチベーション維持へと繋がるよう努めている。		
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	新入社員研修やステップアップ研修など研修制度の活用や、また経験年数に応じて社外の研修へも受講できる環境を整えている。		
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	近隣の事業所と定期的な情報交換を行っています。『認知症カフェ』の案内を共有していただくなど、相互の連携を通じた交流を深めており、そこから得られる学びをサービスの質向上に活かせるよう努めています。		

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
<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	ご本人が少し不安な様子があれば出来る限り寄り添い、声掛けを行い安心して頂けるよう努めている。		
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	家族様、本人様のお話を傾聴しニーズの把握に努めながら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	本人様、家族様と面談時に、言葉、お気持ち、表情などみながら情報収集を行い、対応内容について提案に努めている。		
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	「できる」「できそうなこと」に着目し、本人様が行える環境づくりに努めている。その中で感謝をお伝えし、お一人お一人が役割をもって有意義に生活して頂けるよう努めている。		
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	毎月家族様宛へ近況報告を行っている。ご協力して頂く助かったことや、本人様がとても喜ばれていることをお電話や訪問時にお伝えしている。		
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	お孫様やご友人からお手紙や葉書が届いたら、本人様へお渡しし談笑しながら思い出話を行っている。またお返事を書かれる方へも支援を行い今までの関係性を維持できるよう努めている。	家族との外出（散歩・食事、行きつけていた場所への訪問等）、友人知人の訪問、季節のお便り投函や電話での会話等、これまでの関係性が継続するよう支援している。また、入居以来に出来た入居者とおしの馴染みの関係も大切にしてる。	
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	利用者の残存機能や生活歴を把握して馴染みの関係を構築できるよう座席配置を工夫している。楽しく過ごして頂けるよう環境を整えるよう努めている。		

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
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	退居後も関係医療機関へ情報提供を行ったり、ご家族様より要望がある際はお話をお伺いし必要な資料や情報の提供へと努めている。		
<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	些細な会話の内容からも記録に残したり、アセスメントシートへ記入したり希望、意向の把握、職員間で共有に努めている。困難な場合はご家族様へ相談を行い現状と合わせて相談を行い実施している。	日々の会話の中から思いや意向を聴き取っている。また、ご自分の意向を言葉で表現できない場合は、個々人の表情や行動から意向を推測・把握し、ご家族との相談しながら、本人本位のケアを提供できるように努めている。	
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	これまでの生活歴や本人様や家族様から情報収集し共有、計画書へ反映し実現できるよう努めている。意向も都度本人様、家族様へ確認を行っている。		
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	体調やADLの変化を早期に見つけチームで共有し、無理のない生活リズムで過ごして頂けるよう努めている。		
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	現在の本人様のADLの状態や精神面の変化などご家族様と共有している。またフロアーの職員とも作成前に会議を開催し意見や気づきの視点を反映できるよう努めている。	日頃の生活の中での利用者お一人おひとりの思いや意向を把握し「その人らしい暮らしの実現」を目指している。計画作成担当者は、家族・職員・医療専門職等と情報を共有・検討し、ご本人の「今」に適した有用性の高い介護計画を策定している。	今後も「本人本位」の視点を介護計画の基軸とし、「思い・ニーズ」の把握に努められ、本人を含めチームでの「本人ニーズの達成」を目指すことに期待をします。
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	利用者の変化を共有し、最善の方法を実践して改善へ繋げている。		
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	その場のニーズに応じて、利用者様、家族様、担当主治医、職員と連携を図り、何が必要であるか考え、柔軟に対応が行えるよう努めている。		

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
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	季節に応じ、桜の季節であれば桜を見に行く機会を持ち、地域行事へ参加したりこれまでの関りや繋がりを継続して行えるよう努めている。		
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	入居時にかかりつけ医を確認し、本人様の状態や事業所の主治医できる部分を含めて家族様と相談を行い支援に繋げている。	入居以前からのかかりつけ医(主治医・専門医)の受診も継続している。契約時に、主治医の選定(日常の健康管理を担当していただく訪問診療・医師)に関しては内容のご説明をした上で、ご希望をお聴きしており、入居者や家族の意向を尊重した医療連携体制が実施され、健康管理が行われている。	
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	日々、介護職員、看護職員の情報共有を密にし利用者様の状態把握に努めている。また相談を行い指示を仰いでいる。		
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。	入院時は、速やかに情報提供書を作成し入院先へ送付している。また退院時も地域連携室、家族様とタイムリーに相談が行えるよう努めている。	入院時には病院の医療連携室との連絡を密に行い状態把握に努め、退院時にはホームの生活に早く戻れるように退院時カンファレンスにおいて状態を把握している。	
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	入居時に看取りに関する同意書にて書面で確認を行っている。また状態によって主治医、看護師、家族様、職員と話し合う場を設け本人様、家族様の思いを確認し、チームで支援を行えるよう努めている。	入居者が重度化・終末期の状況となった場合には、ご本人にとって望ましいケアとなるよう関係者(本人・家族、医療専門職、事業所)で相談・検討しながら取組んでいる。ホームでの看取り介護に関する体制も整備している。	
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	勉強会やマニュアルを使用し、急変時、事故発生時の初期対応を学ぶ機会としている。実践時に落ち着いて、かつ迅速に対応できるよう取り組んでいる。		
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、地域との協働体制を築いている	年2回の消防訓練と災害訓練を通じ利用者様に応じての避難方法を確認している。また運営推進会議時にも自治会長をはじめ地域の方々とも協力を願いをして関係作り、協働体制へと繋げている。	災害時においては、ホーム内での避難(待機)を想定している。また、地域に対しては運営推進会議を通して、協力をお願いを行っている。	

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
<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	研修を通じ、自身の対応を振り返る機会を持っている。また「介護」へ携わる姿勢から学べるよう努めている。	入居者個々人の現況及び自尊心に十分配慮しながら、これまでの経験や趣味・習慣等のうち、「できる部分をご本人のタイミング」で体现できるよう支援している。利用者の個性を把握し、一人ひとりに合わせた声掛けや対応を行い、利用者個人の尊厳を尊重していくケアを実践している。	
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	ご自身で意思決定ができるよう選択して頂くよう努めている。衣類から余暇活動から職員からお聞きできるよう意識している。意思表示が困難な方へは表情やしぐさから読み取るよう努めている。		
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か、希望にそって支援している	起床時間や朝食時間など合わせて提供している。入浴時間も本人様のご希望をお伺いし、出来るだけ思いに添えるよう努めている。		
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	今日はどの服を着るか、入浴準備も一緒に行いできる限り本人様主体で行って頂いている。		
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	食事の準備時に音や香りなどから利用者様と会話を行い食欲をそそる様に努めている。またテーブル吹きやお盆拭き、片付けなど役割分担を行っている。	食事時には、テーブル拭き、盛り付けや洗い物等の個々人の「できること、やりたいこと」をお声がけし、本人の意思を尊重しながらスタッフと一緒にやっている。季節の行事食やリクエストに対するメニュー等を楽しむ機会も設けている。また、職員と一緒に手作りおやつを作ったり、ご家族と外食に出かけられている方もおられる。	今後も、入居者にとって「食事が楽しみなもの」となるよう、季節料理の提供・入居者との作業の協働・リクエスト食(食べたいものやテイクアウトや外食の機会の導入)等、工夫の継続を願います。
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	年齢、体形、口腔内環境も考えその都度合った支援を行っている。希望(飲み物や甘いものなど)をお聞きして購入したり家族様へも持ってきていただくなど相談も行っている。		

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
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	年齢、体形、口腔内環境も考えその都合合った支援を行っている。希望(飲み物や甘いものなど)をお聞きして購入したり家族様へも持ってきていただくなど相談もしている。		
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	個々に合わせて定時誘導や訴えに応じてトイレ誘導を行っている。できる所はご自身で行って頂けるよう声掛けを行い自立支援に向けた対応を行っている。	入居者の現況および排泄パターンとそのサインを把握し、ご本人にマッチした方法(言葉かけ・タイミング、2人介助等)で、出来る限りトイレでの排泄が行なえるように支援している。尿意や便意を感じないご利用者に対しては、時間的な感覚を開けてトイレに案内して支援している。	
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	水分摂取を多く勧めている。水分摂取が苦手な方はジュースを凍らして提供するなど個別で対応している。ホットパックなど使用するなど便秘対策へと繋げている。		
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むように、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	体調(血圧、前日までの様子等)を考慮して入浴を実施している。希望された場合はその都度調整を行いできるだけご希望に添えるようにしている。	入浴は週2~3回の実施としている。入居者個人の体調を考慮したうえで、希望に合わせた入浴(方法・回数・時間・湯温・同性介護等)を支援している。ゆったりとした気持ちの良い入浴となるよう配慮している。入浴の際には、湿疹やかぶれ、打撲痕等がないか丁寧に観察も忘れない支援が出来る。	
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	日中、フロアでの様子や体調により体に無理の無いようベッドで休んで頂く。起床時間は個々の状態に合わせて対応を行っている。		
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	本人様の状態と服用している薬を確認し、看護師や主治医へ状態を伝えている。		
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	本人様より食べたいものや要望があれば家族様へ相談を行い、希望に添えるよう努めている。		
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	季節に合わせて体調や服装に注意しながら天気の良い日は近隣を散歩したり、家族様と外出される。	日々の散歩や、敷地内の庭での日光浴、季節によっては庭の木の柿もぎ、お花見、初詣等、季節を肌で感じる外出や少人数での外出(ドライブ)等、適度な刺激となる企画も実施している。	

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
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	入居者様の金銭管理能力やこれまでの生活習慣を尊重し、ご本人の希望に合わせてお小遣い等の自己管理を継続いただけるよう支援している。		
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	電話についてはご自身で管理できる方は携帯電話を使用して頂いている。その他のかたについても事前に家族様と相談の上、実施している。お手紙を頂いた際は本人様にお渡ししみて頂いている。		
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	浴室と脱衣場では温度差に注意している。共有のトイレについても手すりの位置や大きな文字で表示することで場所が分かりやすいよう努めている。	リビングにはソファやテーブル席を設置しており、好きな場所で過せるように家具を配置している。また、温度、湿度、喚起などに気を付け、心地よい空間になるように努めている。	
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	共有空間では利用者様ごとの関係性を考慮し、テーブル配置を行っている。フロアにソファを設置しテーブル席以外でも自由にくつろげるよう努めている。		
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	居室では本人様が安心して過ごして頂けるよう、これまで使用していた家具や、写真を置いてご自宅に近い環境で過ごしていただくよう努めている。	個々人が使い慣れた馴染みの大切なもの(家具、テレビ、人形、家族写真等)を持ち込み、居心地の良い居室となるよう支援している。また、ADLの変化へも家族と相談しながら設えを工夫し、安全な居室環境づくりに努めている。	
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	身体状況や残存能力を把握し、可能な限り本人様の能力が維持できるよう、自立した生活を送れるよう努めている。できそうな部分へも着目し環境を整え、役割をもって頂いている。		

### 目標達成計画

作成日: 令和 8 年 3 月 4 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	40	入居者にとって食事が楽しみなものとなるよう、季節料理の提供・入居者との作業の協働・リクエスト食等の継続。	入居者にとって「食事が楽しみ」と感じられる環境づくりの継続。	食事に関する要望をお聞きし、リクエスト食の提供を継続する。	3ヶ月
2	26	本人の思い・ニーズをより具体的に把握し、計画書へ明確に反映するとともに、日々の支援の中で達成状況を本人を含めたチームで確認できる体制を整える。	本人・家族を含めたチームで確認できる体制づくり。	カンファレンスにおいて出来る限り、入居者、家族にも参加をして達成状況を共有できる機会をつくる。	6ヶ月
3	2	地域における社会資源の一つとして、事業所発信の活動の継続。	地域関係者および関係機関との情報共有・連携の機会を継続する。	運営推進会議の機会等を活用し、取り組み状況の報告を行うとともに、地域における介護の相談窓口として情報発信を行う。	6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。