

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	0892600016		
法人名	社会福祉法人 豊潤会		
事業所名	グループホーム ゆたかな郷		
所在地	茨城県那珂市中里1184-1		
自己評価作成日	令和 7年 1月 3日	評価結果市町村受理日	令和 7年 4月 17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	https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kihon=true&JkyosyoCd=0892600016-00&ServiceCd=320
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 いばらき社会福祉サポート
所在地	水戸市大工町1-2-3 トモスみとビル4階
訪問調査日	令和7年3月22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)】

・施設の周りには自然公園やため池があり、自然豊かな環境の中、平屋建ての家庭的な環境で日々を送ることが出来ます。
 ・一人ひとりの思いに寄りそいながら、家事や余暇活動を職員と共にしています。1ユニットと少ない人数を活かして、利用者同士や職員と顔なじみの関係を作り、安心して日々を過ごせるように支援しています。併設の小規模多機能型居宅介護との交流もあり、行事やイベントは合同で賑やかにしています。

【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)】

近くに民家は少ないが、神社のお祭りの休憩所になっていたり、グラウンドで運動する子どもたちの声や姿があったり、利用者と職員が周辺のゴミ拾いをしたり、地域の一員となっている。庭には桜並木があり、近くの池には白鳥が飛来し、事業所の上を飛ぶ姿が見えるなど自然豊かな1ユニット少人数のグループホームで、職員は理念を意識し、利用者により寄り添う時間を作り、思いをくみ取って、その人らしい生活ができるよう支援をしている。利用者は、毎月の生活懇談会や日常生活の中で自分の思いを伝えることができ、職員は利用者の行動の危険予知を素早く察知し、家族等ともコミュニケーションを取りながら、身体拘束をしないケアを実践している。

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、戸外に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している (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				

自己評価および外部評価結果

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	理念を施設内掲示、毎日、朝礼での読み上げを行い共通認識している。	開所時の理念について、見直す方向で職員と検討している。一人ひとりの暮らしを大事に、利用者自身のライフスタイルを継続できるように支援している。	
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人として日常的に交流している	運営推進会議や認知症カフェへ出席、近隣への外出を行い、住み慣れた地域での生活を継続できるようにしている。	法人の運営する保育園の保育士がボランティアでミュージックケアを行っている。保育園児も遊びに来たり、地域の認知症カフェに出かけている。	
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	運営推進会議にて、民生委員を通じ、施設状況を伝え、理解を促進している。また、事業所の広報誌を配布している。		
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	2か月に1回開催し、利用者や家族、地域の方、行政の方々に参加していたが、感染予防のため書面での報告とさせていただいている。令和7年1月より対面形式での会議を再開する予定。	家族等の代表や民生委員等が参加して定期的に開催している。委員から避難訓練時、地域に呼びかけをしたほうがよいのでは、との提案があり、今後計画していきたいと考えている。	
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	市担当者が運営推進会議のメンバーに入っており、2か月に1度利用状況や取り組みについて報告しながら相談・協力を得ている。	地域包括支援センターが主催する高齢者ネットワーク会議に参加し、行政及び他事業者と情報交換している。市から法人が地域包括支援センターを委託されている。	
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	勉強会等で身体拘束について学び、理解を深めている。但し、朝・夕の送迎時など、利用者・職員の出入りが多い時間帯には、利用者様の安否と防犯のため施錠している。	法人の小規模多機能型居宅介護事業所と協力して委員会を開催し身体拘束の現状把握をして議事録を残している。身体拘束は行わない方針であり、危険予知場面について家族等とコミュニケーションを図りながら、見守りの態勢に重きをおいて支援している。	
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	勉強会等で高齢者虐待防止について学び、職員間で話し合う機会を設けて防止に努めている。言葉遣いや関わり方など、常に職員間で気を配りながら注意・指導を心掛けている。		

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	事業所内の勉強会にて、高齢者の権利擁護について学んでいる。又、利用者の中で必要性がある場合には、関係者へパンフレット等を用いて情報提供している。		
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	契約や解約の際に不明な点を確認し、また本人やご家族様の不安や悩み事などをお聞きしながら安心してご利用いただけるよう配慮している。		
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	月1回の生活懇談会を行い、ご利用者様からのご意見、ご要望をお聞きし、ご利用者様が過ごしやすいよう環境整備を行っている。また、ご家族様からご要望などがあれば、職員の申し送りノートへ記入し情報を共有している。	毎月、利用者と生活懇談会を開催し、希望や困っていることなどを聞いている。おやつ希望を聞いたり、他の利用者に対しての不満などは、関係性が悪くならないように職員が配慮した支援を行っている。家族等には状況報告をしている。	
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	月1回のスタッフ会議を行い、施設の利用状況を報告し理解と協力を得ている。会議以外でも意見が出た時には、検討し施設運営に役立てている。	日頃から話しやすい雰囲気づくりに努めるとともに朝礼や昼礼時に会議を行い、会議録や申し送りノートで共有している。職員からの気づきやアイデアは運営に反映させている。	
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	資格取得に応じて資格手当や、研修の際には勤務を調整する等している。また、全体では年に1度、必要に応じて随時面接を行い、不安や不満を聞く機会を設け、職場環境整備に心がけている。		
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	施設内研修を中心に知識、技術の習得を場を設けている。施設外研修を受講する場合には、受講できるよう勤務の調整を行っている。		
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	研修会で交流を図っている。相互訪問等は現在できていないため、今後の課題としたい。		

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	サービス利用前の面談にて、現状の把握、困っていること、希望することを本人、関係者から聞き取りを行っている。把握して情報については、アセスメントシートにて情報を共有している。利用開始後は、生活の中で本人の思いを確認している。		
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	グループホーム入居前に、現在の家族の思いや悩みをお聞きし、今後どのように入居者を支援していくか一緒に考えている。その内容はケアプラン内容に反映し、共有している。		
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	入居希望者へ対し、面談を行い、グループホームへの入居が適切か、他のサービスの利用の必要性等を、事業所の職員、関係者と相談し、適切なサービスに繋がられるようにしている。		
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	グループホームでの生活の中で、支援しながら家事を分担して行ったり、生活の中で自分の役割や生きがいを見つげられるようにしている。		
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	ご家族へ随時状況報告、面会や施設で撮影した写真の送付等を行い、ご利用者様の情報共有を行い、病院受診等、共に本人のサポートを行っている。		
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	生活歴をケースファイルにいれ職員間で共有している。また、知人等の面会や電話でお話する時間が取れるよう支援している。	自宅にいた時と同様に乳製品を購入したり、新聞の定期購読を継続するなど馴染みの関係や生活を継続できる支援を行っている。家族等と受診時に外食をする利用者もいる。	
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	孤立しないよう気の合う利用者様同士の座席を近くにしたり、レクリエーションを通じて交流を図れるような配慮をしている。		

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
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	サービス終了後も、必要時に支援が行えるよう、関係性作りをしている。		
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	生活の中で本人と一対一で話せる時間を作り、本人の思いに耳を傾けている。その内容を、ケアプランに反映させている。	普段の生活の中で利用者本位の支援に努めている。「家に帰りたい」などの訴えに、散歩やドライブに誘ったりしている。言葉がうまく出てこない利用者には、家族等からの意見やこれまでの暮らしぶりなどから推察し、言葉かけをしながら把握するようにしている。	
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	本人や関係者からこれまでの生活歴等を聞き出し、引き続き安心できる環境で過ごせるよう、生活環境を整え、親しみのある関係性を気づけるようにしている。		
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	ケース記録やタブレット端末を利用し、一日の生活の様子を記録し、情報共有、必要時に情報提供できるようにしている。		
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	一人ひとりの現状を把握し、変化があるときには、職員間や、家族へ連絡、主治医へ報告しながら、情報共有し、ケアについての見直しを行っている。	計画作成者がアセスメントを行い、半年ごとに職員の意見や日々の記録からモニタリングして、次の計画につないでいる。日々の記録は、ケース記録に記載している。	
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	ケース記録やタブレット端末へ記録し、見返しや情報の共有ができるようにしている。その内容をケアプランへ反映させている。		
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	一人ひとりのニーズをとらえ、職員や家族を相談し、その時に必要な支援を提供できるよう、柔軟に対応している。		

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
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	地域のサロンを利用して、地域の方々と交流の場を楽しんでいる。		
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	本人の病状や健康状態を考慮しながらかかりつけ医への定期的な受診が出来るよう支援し、緊急時の受け入れ態勢を築けるよう努めている。家族の付添が困難な場合には、通院介助・送迎サービスを行い定期的に適切な治療が受けられるよう支援し、受診内容に変更がある場合のみ家族へ報告している。	契約時にこれまでのかかりつけ医への受診が可能なことを説明している。月2回協力医療機関への受診を支援している。訪問看護ステーションと連携して利用者の健康管理に努めている。	
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	日々の体調の変化等が利用者にもみられた場合、看護職員と情報共有、連携を取りながら健康管理に努めている。訪問看護ステーションと提携しながら、週1回利用者の健康状態を共有している。		
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。	早期退院に向けて、再び施設に戻り生活出来るよう病院のソーシャルワーカーとの情報交換や相談を行いながら、必要時には退院後の生活に向けての生活指導を受けに行くこともある。また、定期受診時には、文章を用いながら主治医や関係者へ施設での様子をお伝えし、関係性の構築に努めている。		
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	「重度化対応及び終末期対応における指針」を利用契約時に本人と家族等に説明し、意向を確認の上同意を得ている。	「重度化対応及び終末期対応における同意書」にて、契約時に看取りは行わないことを説明している。原則看取りは行わない方針であるが、医療面での処置がない場合には、看取りを行っている。看取り後のグリーフケアを行っている。	医療処置が必要ない場合には看取りを行っている現状から、看取りについて明文化したり、マニュアルを作成し、職員の不安軽減を図ることが望ましい。
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	施設内の勉強会において、年間計画として緊急時の対応・応急手当・感染症対策等の手順を職員全体で学んでいる。		
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	避難訓練 3回、防犯訓練1回、水害訓練1回、防災訓練1回	小規模多機能型居宅介護事業所と合同で訓練を実施している。反省会で出た意見に対して、段階的に対応方法を検討している。運営推進会議での意見を受け、地域住民へ協力の呼びかけを行っている。	

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
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	接遇マナーの勉強会を開催。日頃より、利用者の尊厳を大切に言葉遣いをするようにしている。	利用者の尊厳や自己決定を大切に言葉かけや対応を心掛けている。接遇マナー研修を実施している。肖像権については写真撮影等から様々な媒体ごとに同意を得るようにしている。	
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	月1回の生活懇談会を行い、ご利用者様からのご意見、ご要望をお聞きし、過ごしやすいよう環境整備を行っている。日々の生活の中で一人一人の思いをくみ取れるようお話を聞くよう努めている。		
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、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	一日の予定は決めているが、利用者へ確認しながら、どのように過ごすか決めている。		
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	毎日、起床時は顔タオルや整髪を行っている。服装はご自身で好みの着替えを用意していただくようにしている。髪の毛が伸びてきた人には、本人の希望で、地域の理容店に出張でカットをいただいている。		
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	家庭で使用しているものと同じような食器で提供している。食前のテーブル拭き、食後の食器洗い、食器拭きを利用者と一緒にやっている。	職員が作る季節ごとの行事食を提供している。好き嫌いやアレルギー等に応じて代替食を用意している。食事の前に口腔体操を行い、代表者がその日の日付とメニューを読み上げている。	
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	毎食ごとに、食事量や水分摂取量を記録し、摂取状況を確認している。摂取量が少ない方には、好きなもの、今まで好んでいたものを確認し好みにあったものを提供する支援をしている。		
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、口腔ケアを行っている。自立度の高い方には声掛け誘導をしている。義歯は極力はずして磨いていただいている。また隔週1回、歯科医が訪問して口腔内の治療と口腔ケア指導をいただいている。		

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
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	日中夜間ともトイレ使用する方は、様子を見守る。失敗された時は、優しく声掛け交換している。日中トイレ、夜間ポータブルトイレ使用の方は、動作を見守りできないところを手伝いながら自分でできる動作は行っている。トイレの間隔、本人の様子を見ながらそれぞれにあった声掛けでトイレを勧め、失敗が減るよう支援している。	排泄に関してはタブレットに入力して把握し、日中はトイレでの排泄を基本として支援している。夜間ポータブルトイレを利用する人もいる。パットやおむつ代にも考慮し、適切な交換に配慮している。便秘対策には、こまめな水分補給、乳製品、運動などの配慮をしている。	
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	水分量をチェックし、少ないときは飲めそうなときに提供したり、好みの物を提供したり工夫している。便秘気味の方は、歩行ができる機会をつくり、胃大腸反射がよくなる働きかけをしている。個別に準備したヨーグルトやヤクルト等を召し上がっている。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴の回数は平均週2回程度で、入浴時間は本人の希望や体調に合わせて、午前と午後を臨機応変に変更できるよう対応している。	ゆず湯など季節の湯を楽しみ、入浴剤は「色がきれい」と喜んでいる。足拭きマットは個別に交換し、感染症への配慮がある。脱衣所にエアコンを設置して安全に入浴できるようにしている。	
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	日中は、個々の好みや体調に合わせて、和室に布団をひいて昼寝をしたり、夜間の就寝時は本人の好みに合わせて、室温や明るさ、暗さを調整している。		
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	服薬情報を1冊のファイルにして管理。服薬は、「服薬ポケット」を使用。病状の変化や経過については、ケース記録に記入、申し送りノートで情報を共有している。		
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	役割として、施設内の家事(洗濯、食器洗い等)一緒に行っている。希望者には、頭の体操として認知症の予防にも効果的な「くもん学習療法」を取り入れて生涯学習をしていただいている。		
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	天気の良い日や季節に合わせて、「お散歩タイム」を設けて敷地の周りを散策。また、季節を感じられるような外出をしている。	ホームの周囲を職員と一対一で散歩している。年に数回ではあるが、買い物に行ったり、花見などのドライブを楽しんでいる。庭でミニトマトを作っており、草取りをする利用者もいる。	

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	必要に応じてスーパーなどへの「買い物」外出を支援している。		
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	いつでも電話ができるよう対応している。また、家族などへの「年賀状」を年末のレクで手作りして、元旦にお届けできるよう支援している。		
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	レクで作成した季節ものの作品などを掲示したり、季節感のある居心地のよい環境となるよう努めている。また、常に適温(寒すぎず、暑すぎず)を適宜チェックしている。	廊下で小規模多機能型居宅介護事業所となっており、自由に行き来している。ホールには小上がりの畳コーナーがありくつろげるようになっている。温度湿度に配慮がされている。	
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	「和室」や「相談室」などホールに一人になりたい利用者が過ごせる場所がある。また、ソファやマッサージチェアなどで、気の合った利用者同士がお話するスペースを設けている。昼寝する場合は、和室に布団を敷いたり、ホールのベッドを利用できる。		
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て、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	自宅で使用していた馴染みの家具やテレビをを持ち込んだり、家族写真など飾ったりして今までと同じような環境でくつろいでいただける。また、行事予定や食事メニューなど掲示して、生活のリズムを作れるよう配慮している。	家族等の写真や食事のメニュー、作品などを飾って思い思いの部屋づくりをしている。利用者はそれぞれ使い慣れたものや好きなものを持ち込んでいる。	
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	木造作りの建物で一般住宅のような作りになっている。バリアフリーで車椅子や歩行器で移動がし易い環境になっている。トイレや浴室の手すりも充実しており、「見守り・寄添い」で支援しながら、身体機能を低下しないで、自立して生活できるような環境作りに努めている。		

(別紙4 (2))

目標達成計画

事業所名 ゆたかな郷

作成日 令和 7年 5月 1日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに次のステップへ向けて取り組む目標を職員一同で話し合いながら作成します。
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組み内容	目標達成に要する期間
1	4 (3)、 35 (13)	避難訓練時、事業所のみで行っており、地域との連携ができていない。	地域の方に協力して頂き、災害訓練を実施し、実際に災害が起きた際に利用者を守れるよう、地域との協力体制をつくる。	地域参加型の避難訓練を計画し、運営推進委員会で参加協力を呼びかける。地域参加の避難訓練実施し、地域の方と一緒に振り返りを行い、訓練計画の見直しを行う。	3ヶ月
2	33 (12)	原則看取りを行っていないが、医療面で処置の意場合には看取りを実施している現状から、看取りについてのマニュアル等を作成することが望ましい。	看取りについてのマニュアルを作成し、より良いケア、職員の不安を軽減する。	看取りについてのマニュアル作成、職員への周知。	2ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注1) 項目番号の欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。