

地域密着型サービス外部評価結果報告書

社会福祉法人 福井県社会福祉協議会が実施した下記の事業所の外部評価の結果をご報告します。
この報告を貴事業所におけるサービスの質の向上に向けた取り組みの一助としてご活用いただき、地域における認知症等高齢者の生活・介護等の拠点として一層ご活躍されることをご期待申し上げます。
また、本報告書は、以下のような場面などでご活用ください。

- ・利用申込者またはその家族に対する重要事項等の説明
- ・事業所内の見やすい所への設置または掲示
- ・運営推進会議など関係者への説明

法 人 名	福井県民生活協同組合
代 表 者 名	理事長 檜原 弘樹
事 業 所 名	県民せいきょう丹南きらめきグループホーム
評 価 確 定 日	2026/1/15

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	1890300328		
法人名	福井県民生活協同組合		
事業所名	県民せいきょう丹南きらめきグループホーム		
所在地	福井県越前市家久町49-4-1		
自己評価作成日	令和 7 年 10 月 20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	https://www.kai gokensaku.mhlw.go.jp/18/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 福井県社会福祉協議会		
所在地	福井県福井市光陽2丁目3番22号		
訪問調査日	令和 7年 11月 28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)】

『あなたらしいいつでも』を理念とし、「せいきょう10の基本ケア」をケア指針に利用者の在宅生活を最期までサポートしています。「せいきょう10の基本ケア」とは、利用者自身がQOL(生活の質)を高めることを目標とし、自己選択・自己決定を促しています。具体的には、病気にならない衛生的な環境を整備し、立位・歩行等の動作を意図的に行う生活行為づくり、地域での社会参加を行うことで利用者のしたいことを継続できる体づくりや心のサポートを行っています。自らの「～したい」の実現のため、また、自分らしく最期まで生活できるように日々利用者の思いを大切にケアを実践しています。

グループホームとしては、認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対して、家庭的な環境の中で、地域住民の協力のもと、共同生活を通じて、食事・入浴・排泄などの日常生活の支援及び心身の機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立した生活を営むことができるよう援助する。

【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)】

事業所は2022年11月に開所し、母体法人の福井県民生活協同組合が越前市で運営する、複数の福祉事業所が一体となった総合的な介護拠点「丹南きらめき」で、グループホーム事業を担っている。事業所は他の事業所と共に、新棟1階の地域交流スペース「地域交流室」を核にして地域とつながり、地域一番の福祉拠点を目指している。「丹南きらめき」全体での家族会を年1回開催している他、事業所は「ファミリーデー」を年2回開催して、利用者・家族・職員が一緒に過ごし、家族同士も交流して様々な思いを共有する場を設けている。運営推進会議には家族の参加が徐々に増え、バスを使用した家族との旅行も行っている。また、職員の意見を事業所運営に反映するため、「どんな事でも教えて！アイデア提案用紙」を活用している。職員はチャレンジ・アイデア・好事例・改善案を自由に記入し提出することができ、運営への参画意識の向上を図っている。

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	66 職員は、生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	生協の福祉理念である「あなたらしいままで」を事業所に掲示、共有し1人1人の思いに寄り添った支援に努めている。	母体法人の理念の下、事業所独自の3原則「まつ・決めない、決めつけない・メンバー(利用者)さんを頼りにする」を掲げ、ミーティングで支援内容を詳細に話し合い、日々の関わりで実践している。	
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	地域の祭りに毎年参加し、地域の方からもお誘いをいただいている。地域住民との対話を通じてつながりを深めている。	「地域交流室」を中心に情報発信し、週20～30人の地域住民が訪れている。9月の「丹南きらめき祭り」には地域のボランティア団体や子供たちの踊りもあり、利用者家族を含め300名以上が集った。	
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	認知症カフェや認知症フォーラムなどを開催し認知症の方々への理解を深めてもらえるよう努めている。		
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	運営推進会議の場で、事業所の取り組み、事故報告、利用状況を報告し、参加メンバーである地域代表の方々、ご家族、行政、包括からいただいた意見等をサービス向上に活かしている。	家族全員に会議への参加案内と前回の会議内容を送付している。11月の土曜日に開催した運営推進会議には家族5人の参加を得た。会議では運営に対する意見や地域等の情報を話し合い、議事録を整理している。	
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取り組んでいる	運営推進会議や越前市主催のグループホーム連絡会を通して市町村担当者と話し合いや相談できる機会を持つことができる。	市職員は、運営推進会議に参加しており、いつでも相談しやすい関係を保っている。母体法人が運営する地域包括支援センターは隣接する建物内にあり、常に交流ができています。	
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	身体拘束の関するマニュアルを整備し、共有している。また、年2回の研修を実施している。事業所の外出入口は防犯上施錠する時間を設けているが、事業所内扉は施錠せず、入居者が自由に入出入りできる環境を整備している。	身体拘束適正委員会は年4回開催し、職員研修は年2回動画研修を行っており、職員は正しく理解している。外出したい利用者には話しかけたり、外を一回りするなど、安心してもらっている。	
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	年に2回研修を実施し防止につなげている。		

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	権利擁護に関する制度について学ぶ機会をもつことができていない。		
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	契約は必ず本人と家族と一緒に起こない十分に説明をし、理解や同意を確認している。不安や疑問点があれば、いつでも聞く機会を作ることも伝えている。		
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	年1回利用者満足度アンケートを実施し入居者やご家族の意見や要望を聞き、運営に反映させている。	家族の意見は毎月2回実施する「ファミリーデー」の際に聞くことが多い。面会・電話の際にも意見を聞き、運営に反映している。アンケートは家族が記入する前に、利用者に意見を聞いている。	
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回のスタッフミーティングや年1回の方針検討会やアンケートを実施し意見や提案を聞く場を作っている。	職員に「どんな事でも教えて！アイデア提案用紙」にチャレンジ・アイデア等を記入してもらい、本音を聞き出して、毎月のミーティング等で話し合っている。17項目のアンケートも実施しており、事業計画方針検討会で話し合っている。	
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	人事考課制度を用いて自身で目標を立て、向上心を持ち働くことができるよう努めている。		
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	教育委員会を設置し内部、外部研修に参加できるよう周知している。また、働きながら資格の取得推進をしている。		
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	法人内では、サービス部門会議の開催、法人外ではグループホーム連絡会などで、見学会や勉強会の機会があり、管理者や職員が参加している。		

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
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	サービス導入時には本人の困りごとや不安、要望をしっかりと受け止め、丁寧に寄り添い信頼関係構築に努めている。		
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	家族が困っていることやサービスを導入するうえで、不安や疑問に思うことを丁寧に聞き取り、それらについてお答えし安心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	アセスメントシートでの聞き取りや本人、家族の〇〇したいやどのように生活したい、して欲しいという思いを聞き、それに沿った支援ができるよう努めている。		
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	職員は本人と人対人として向き合い一緒に活動をする仲間という関係づくりが築けるよう努めている。職員は仲間だと思っている人もいていい関係だと感じる。		
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	月2回のファミリーデーの実施や外出や外泊を通して家族との関係性の維持、病院受診や日用品、衣替えなどの依頼など本人と家族を切り離さないよう努めている。		
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	地域交流室での知人や友人との面会や、家族とお墓参りなどの機会をもつことができている。本人の思い出の場所などへの外出も実施しようと努めている。	友人・知人が来所したり、家族との外出で馴染みの場所に出かけたりしている。「ファミリーデー」の際に、これまでの地域との関わりを聞いて、関係継続の支援に努めている。	
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	朝の会や昼の会を実施。みんなで集まりお茶をしながら今から何をしようか意見を聞いたり、会話を楽しむ時間を作っている。		

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
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	退居後は連絡を取ることはないが、相談があれば支援をしていく。		
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	本人の「したい」「したくない」など希望や意向を聞き、意思決定できるような声かけをおこなっている。困難な場合は、選択肢を出したりし、できる限り本人の思いが引き出せるよう努めている。	「朝の会」「昼の会」で利用者に思いを聞いている。事業所独自の3原則に沿って対応し、利用者が自分の役割を持つことを大事にしている。	
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	入居時に本人や家族からアセスメントしている。入居後も本人や家族との会話の中から把握している。		
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	日々の記録、申し送り、月に1回のミーティングを通して共有をおこなっている。		
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	月1回のモニタリング実施やミーティングで、課題の共有、ケアについて話し合う機会を作り、ケアプランに反映させている。必要に応じては、家族にも相談し、一緒に考えていく姿勢を伝えている。	担当制で職員が毎月モニタリングし、3か月毎にケアマネジャーが見直している。ミーティングでは課題や記録の付け方について話し合い、現状に即した介護計画を作成している。	
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	日々の様子や行動、発言、対応などを記録し、共有している。月1回のミーティングでケアの見直しを話し合い、ケアプランに反映させている。		
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	状況によっては、家族に代わり、一緒に日用品のお買い物に出かけている。		

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
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	地域行事への参加や地域のお店へのお買い物、外食などの外出支援をおこなっている。		
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	必要に応じて情報シートを活用し生活の状況をかかりつけ医に報告したり、受診同行し、適切な医療が受けられるよう連携に努めている。	かかりつけ医を継続しており、基本、家族が受診に同行している。その際、事業所は主治医連絡表に利用者の日常生活を記入し主治医と連携している。1名の利用者は主治医が来所して往診している。	
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	日々の観察で気づいた変化、体調の異常を看護師に報告、相談し連携を図っている。		
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。	入院時には情報提供書を持参、病院の相談員との連絡を密に取り、状態などの情報の共有や今後についての相談をおこなっている。		
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、事業所の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	重度化指針について本人、家族に説明し同意、署名をもらっている。年に1回、ACPの聞き取りを行い家族、本人の意向を聞いている。	これまで看取りの経験は無いが、ミーティングでマニュアルを参考にして話し合っている。	
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	急変時や事故発生時のマニュアルを職員が目につくところに掲示している。AED研修を実施し、緊急時に対応できるよう備えている。		
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	災害訓練を実施し、避難方法を職員間で共有できている。	夜間想定も含め年2回避難訓練を開催している。11月には県総合防災訓練を「丹南きらめき」で開催したが、備品の不足や情報が少ない等の課題があった。	県総合防災訓練の教訓を活かし、備品・備蓄の整備や地域の協力体制強化について、運営推進会議の機会をとらえるなどして、取り組むことを期待する。

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	研修などを通して適切な言葉かけ、対応を学び、実践できるよう努めている。その人に応じて言葉かけを考えている。	動画研修を実施しプライバシー確保を徹底している。利用者の尊厳を尊重し、利用者の視線に合わせた支援を行っている。	
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	本人の思いや希望を最優先とし、自己決定したことは受け入れる支援をおこなっている。		
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	その人らしい生活が送れるよう、本人のペースにあわせた支援をおこなっている		
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	どちらの服が着たいか、選択の機会を大切にした支援ができています。		
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	入居者と職員と一緒に盛りつけやお味噌汁づくりをおこなっている。外食という機会を設け、食べたいものを食べる楽しみも作っている。	副食は配食業者を利用し、事業所はご飯とみそ汁を作っている。また、利用者は職員と一緒に近くのスーパーマーケットに出かけて、好みのおやつ等を購入している。誕生会では外食や出前も企画している。	
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	毎食事の摂取量の記録や水分摂取の促しもこまめにおこなっている。むせや咀嚼能力に応じて、食事形態を変え、しっかり栄養摂取できるよう支援している。		
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	夕食後の口腔ケアをおこなっている。毎食後の口腔ケア実施も検討していきたい。		

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
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	本人の排泄パターンや、行動を観察し声かけのタイミングを把握できる限りトイレでの排泄ができる支援をおこなっている。	2人は自立しているが、その他利用者は紙パンツやパットを利用している。排泄チェック表を活用してパターンを把握し、トイレに誘導している。排便は自立している利用者が多いが、医師とも相談して対応し、利用者のしぐさを見落とさない支援をしている。	
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	日頃から水分が十分に摂取できるよう声かけしている。咀嚼、嚥下に問題がある方も食物繊維が摂れるよう食物の形態の工夫をしている。必要に応じては、ご家族と相談し受診、投薬をお願いし予防に努めている。		
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	本人の希望を確認しながら入浴できるよう柔軟に対応している。入浴を楽しみにしていただけるよう支援している。	檜風呂にて日曜日以外は入浴でき、利用者に合わせて入浴支援を行っている。入浴準備も利用者と一緒にいき、入浴後は保湿液で皮膚を整える支援も行っている。	
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	各居室に温度計を設置し、安眠できる環境を整えている。一人ひとりの睡眠のタイミングや、昨晚の状況もふまえながら、休息や早めの就寝を促している。		
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	薬情報は職員がどこに保管されているか共有できており、理解できている。服薬マニュアルに沿った服薬支援を実施している。薬の変更時は、症状の変化の有無を確認し共有している。		
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	日々の生活の中で本人の好きなこと、得意なことが役割とな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	外出行事は職員だけで行き先を決めず、入居者の意見を取り入れて決めている。地域の祭りへの参加時には、地域の方との話し合いを持ち、駐車場の確保や椅子の設置、交通整理などの協力があることで、参加できている。	特に年間計画は立てず、「朝の会」で利用者と相談してドライブや散歩に出かけている。体力保持のため、毎日の体操や事業所内歩行をしている。	

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
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	家族からお小遣いをいただき、事業所が管理している。本人がお金を所持する機会はない。		
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	年末に年賀状のやり取りをおこなっている。家族と電話で話しがしたい時は、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	共有スペースに大きな窓があり、その下に花壇、畑があり、季節ごとの野菜や花を育て窓の外を見る楽しみを持つことができている。ヒーリング音楽をBGMとして流している。	共用空間にはゆったりとしたソファを置き、談話できる空間がある。壁には毎月の行事の写真や事業所周辺の地図を貼っている。浴室は檜風呂で、周りには畳を置き、温泉旅館を思わせる工夫をしている。	
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	居室で過ごす時間、共有スペースで過ごす時間は本人の思いに任せている。みんなで活動するときは、居室に居る人にも必ず声かけをし、お誘いしている。		
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て、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	これまでの生活で馴染みのあるもの等を持ってきてもらうなど、入居時に家族に依頼している。	エアコン・洗面台・ベット・マットを設置し、利用者は馴染みの桐ダンスや机・椅子等を持ち込んでいる。家族の写真や好みの本・雑誌も置いてあり、利用者が趣味・嗜好を反映した空間を作っている。	
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	居室に表札やトイレの掲示、お知らせ掲示板など作成。キッチンの引き出しに何が入っているかテプラをはり、自立した生活ができるよう工夫している。		

(参考様式4)

事業所名 県民せいきょう丹南きらめきグループホーム

目標達成計画

作成日: 令和 8 年 1 月 22 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	34	急変時、事故発生時のマニュアルは全職員が目につくところに掲示しているが、新しい職員も入り、いざというときに実践できるのか？という不安要素がある。	全職員が急変時や事故発生時にマニュアルに沿って対応することができる。	月1回のミーティング時にマニュアルを再共有し実践訓練を定期的におこなう。	6ヶ月
2	27	日々の業務の中で個別記録の記入の時間をとることが難しいときがある。	全職員が介護記録を記入することの目的を理解しこまめに記入することを、大切な業務の1つとして実践できる。	ミーティング時に記録の目的を職員間で共有し各勤務帯で記録時間をとることができないか検討する。	3ヶ月
3	35	災害に関する事項で職員一人ひとりの意識の差がある。	チームメンバー全員が災害に関する意識を高められ、安心を提供できる。	災害訓練(地震・水害・夜間)を定期的を実施。また、マニュアルの共有をおこなう。	12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、行を挿入して下さい。