

令和 7 年度

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	1690101306
法人名	株式会社 ウェルサポート
事業所名	ぐるーぷほーむ楽笑
所在地	富山市千原崎二丁目4番30号
自己評価作成日	令和7年6月12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）】

職員と共に「利用者や家族と話し合いながら居心地の良いホーム作りができればいいな」と考えております。
 皆が楽しく笑いあえるためにたくさんの経験を積み重ね「できる」を増やしていきます。
 スタッフは個人で100点満点をとるのではなく、一人一人良い所を出し合いながらチームで100点満点を目指します。

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページ等で閲覧してください。

【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）】

基本情報リンク先	
----------	--

事業所は静観な住宅地の一角に位置し、建物は綺麗で清々しい造りとなっている。代表者が地域住民であり地域の催し物に積極的に参加している。地域住民との交流も構築されており事業所の理解を深めている。理念『まいにちまいにち 楽しく 笑わんまいけ いつまでも笑ってすごして 楽しまんまいけ』を基に、管理者や職員は利用者のことを第一に考え、笑顔で過ごしてもらうよう取り組んでいる。利用者一人ひとりのことを詳しく知り、その方にあった支援をチームで話し合い実行している。外部ボランティアを受入れるなどレクリエーション活動にも力を入れている。今後も利用者それぞれの事業所での生活を尊重し、よりより事業所作りに邁進していく。

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	一般社団法人 富山県介護福祉士会		
所在地	939-8084 富山県富山市西中野町1丁目1-18 オフィス西中野ビル1階		
訪問調査日	令和7年7月4日	評価結果市町村受理日	令和7年8月7日

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	利用者と職員と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回程度ある 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、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				

1 自己評価および外部評価結果

[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	事業所独自の理念を作り、玄関に掲示している。職員は週1回、申し送り時に理念の復唱を行い確認しあい共有を図っている。	事業所理念は玄関に大きく掲示してあり来客者にも解りやすく工夫をしている。職員は日々の支援の中で、レクリエーションや関わりを通し、利用者に笑って楽しんでもらうよう心掛けている。	
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	運営推進会議にて情報の共有や意見交換をしている。お隣の幼稚園と玄関先での歌の披露やプレゼント交換など継続して行っている。コロナ感染予防のため見送っていたボランティアの受け入れを今年度から開始しご近所にも参加の声掛けをおこなっている。	普段より代表者が地域の方と挨拶や会話を交わしたり、地域イベントの溝掃除等に参加したりと交流を図っている。事業所で法話会やフラダンスなど催し物がある際には地域の方も招待している。	
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	運営推進会議にて報告をおこない助言をいただき、町内会長、自治振興会会長、民生委員など地域の方への理解を得られるよう取り組んでいる。		
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	ご家族や町内会長、民生委員、自治振興会会長、地域包括支援センターの方に参加して頂き、利用者様の状況や今後の活動、活動報告、事故報告など意見交換を行いサービスの向上に努めている。	2か月に1回、対面で開催している。会議では空き部屋状況や利用者状況、催し物や事故報告など事業所の現状を開示し詳しく理解を求めている。利用者家族には事前に日程を確認し、可能な限り多くの方に出席してもらうよう心掛けている。	玄関に議事録を置き閲覧しやすいよう工夫されているが、運営推進会議に参加できなかった利用者家族に対する会議内容の報告手段の確立に期待したい。
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	施設内で起きた事故報告を行っている。地域包括支援センターとは運営推進会議や認知症の出前講座、災害時の対応策など相談し情報を頂き連携を図っている。市の介護相談員の受け入れをしている。	運営推進会議には地域包括支援センター職員も招待し、事業所の現状等を話合う機会をもっている。また、介護保険法改正や日々の業務内容について不明点があれば直接行政に問い合わせ、確認と情報交換を行っている。地域包括支援センターからは、様々なテーマについて情報をいただいている。	
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	家族承認のもと 防犯、事故防止の為、玄関は施錠管理をしている。また、職員の見守りと居室空間には必要に応じてセンサーを使用している。委員会が中心となり身体拘束の研修をおこなっている。	身体拘束廃止指針・マニュアルを基に、身体拘束をしないケアを実践している。指針やマニュアルは定期的開催される委員会や研修会で周知している。また、書類も職員の見やすい場所に設置するなどチームで理解を深めている。	

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		○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	入浴時や更衣時、排泄時にアザや内出血などの身体観察を行い、発見時に記録に残し申し送りなど職員で共有するよう取り組んでいる。また何かあればミーティング等で話し合い、対策をたてている。		
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	現在、成年後見制度を利用している方はおられないが、権利擁護に関する制度を理解できるように出前講座による研修を行っている。		
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	入所契約時に契約書、重要事項の説明を行い疑問や不安な点など尋ねわかりやすい説明を心がけている。理解、納得をいただいたうえでご家族様の同意のもと署名、印を頂いている。料金改定については随時文書で報告している。		
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	運営推進会議や普段の面会時、ケアプランの見直しの際に直接相談を受けている。連絡がとりにくいご家族からはメールなどで意見交換をしている。提案された意見はミーティングなどで協議しサービスに反映させて報告し、より良い信頼関係を築けるよう努めている。	家族面会時や、メール等で普段より意見交換をしている。家族より外出についての希望があった際にはチームで検討し外出条件緩和をした。また、利用者の近況を知りたいという意見には、普段の報告と、更にホームでの様子を用紙にまとめ郵送している。	
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	年1回の面談を行うことで職員の意見・要望を聞く機会を作り、職員の環境整備、に努めている。その他、必要に応じて面談などを取り入れている。	管理者や代表者は普段から職員と交流を図っている。また、月1回はミーティングを実施し意見交換を行っている。年1回のヒアリングでは管理者が個別に面談し、業務提案や働き方等を聞く機会を設けている。	
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	面談を行うことで問題点や考えを聞く機会を作り、各自が向上心を持って働くことができるよう環境、職場の整備に努めている。		
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	年間の職場研修予定を組み実施している。職員には県や市の研修などで、様々な知識が習得することができるよう参加する機会を設けている。		

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
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	同法人別事業所の職員や外部研修などで交流の機会を通じ意見交換をおこないサービスの向上に努めている。		
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	ご家族に利用者本人の過去の経歴や生活習慣を記入していただき、事前に性格や特徴、習慣などヒヤリングすることになっている。 入居後は情報、本人の訴え、観察を通してどのように関わっていくかを話し合い、対応している。		
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	入居を希望される段階から、利用者を支える家族の方に対しても十分に話を傾聴するように心がけている。 入居後も利用者の様子を伝え、課題があれば家族と話し解決策を見つけるように心がけている。		
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	まずは要望を聞き、話し合いをすることができること、できないことを伝え、その中で必要な支援を行えるように努めている。今後に出てくる不安材料もあればお伝えしている。		
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	これまでの生活歴を踏まえて、調理、掃除、洗濯など本人ができる範囲でのお手伝いを見極めお願いし、お互いに支えあう関係を築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	ご家族の来所時や電話連絡の際には近況報告や情報交換を密にして一緒に支えていけるよう配慮している。 半年毎、または状況に変化が見られた時にADL状況など記した用紙をお渡しし報告している。		
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	コロナ感染予防のため中止していた居室での面会は条件付きだが開始している。面会や外出等の希望を感染予防をしながら可能な限り支援し、家族と一緒に馴染みの場所へ出かけるなどこれまで大切にきた場所との関係が途切れないように支援している。	面会は事前連絡を入れたうえで、一定の条件のもと対応している。利用者のお住まいの町内の方が大人数で訪ねてきたときには、別室で会ってもらうなど柔軟に対応している。家族と飲食店や墓参りに出かける方もおられ関係継続に努めている。	

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
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	利用者同士が良い関係を築けるように座席を配慮している。必要に応じて職員が間に入ったりすることで孤立しないようにしている。		
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	サービス利用終了後も必要があれば相談や支援に努めている。利用者家族に思い出の作品や写真を渡している。		
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	日々の関わりを通じてその方の思いを把握するように努めている。2者択一で選べる方には希望をお聞きしたり理解が困難な時は本人の行動、表情、仕草からくみ取るように努め日誌や申し送りノートを用い職員間で情報交換をしている。	利用者の思いや様子が汲み取れた場合には『支援経過』に書き留めチームで共有し、モニタリングを円滑にするため「思い」「様子」と項目分けしている。利用者との意向確認の関わりでは、トイレや風呂場など2人きりで伝えやすい状況を作るなど配慮している。	
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	入所の際に本人、ご家族の話聞き生活歴や習慣など把握するように努めている。		
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	毎朝のバイタルチェックを行なうことで健康状態などひとりひとりの生活リズムを把握できるように努めている。日々の様子を個人日誌に記録し、ミーティングや申し送りノートを使いながら情報を共有し変化などに対応できるように努めている。		
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	各利用者ごとに担当者を決めている。情報収集をしてモニタリングを行ったり、ミーティングで検討したりしながら反映している。本人や家族の意向を必ずお聞きし、それを取り入れ介護計画を作成している。状態変化があった場合は見直しを行い現状に即したケアの実践に努めている。	介護計画の更新や変更時には家族に見直しシートを記入してもらい意向確認を図っている。また、日々の支援経過記録やミーティングでの情報交換を基に介護計画の更新・変更を行っている。	
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	日々の様子やケアの実践について個人記録に記入し情報の共有に努めている。見直し時にはご家族の思いやサービスについて伺い【継続】【中止】など介護計画に活かしている。		

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	利用者の状態の変化、家族のニーズに合わせ柔軟な対応を心がけている。今後についても相談に応じている。		
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	運営推進会議などで地域の方々と意見交換をし資源の把握に努めている。		
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	ご本人やご家族の希望に沿った医療機関に受診、またはかかりつけ医の往診を受けていただいている。 症状を観察しながら医療機関との連携をとり、バイタル測定値や情報の交換、相談に努めている。	入居時に既存のかかりつけ医か、事業所連携医への転換かを選択してもらっている。利用者の状況に応じ、連携医の訪問診療に切り替えるなど柔軟に対応している。訪問診療時は利用者近況を様子にまとめ事前に送っている。診療結果は個人ファイルに記載しチームで共有している。	
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	日常の健康管理や医療支援について介護記録などの情報を共有し、介護職と看護職との連携に努めている。必要に応じて医療機関との情報共有を行っている。		
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。	入院時にはご本人の情報を必要な限り提供し、安心して入院、治療できるよう医療機関と連携をとっている。入院中、退院前、退院後など必要に応じて医療機関と情報共有を行っている。		
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	入所前に重度化や終末期のあり方について事業所でできる事、できない事を説明し理解を得ている。 重度化した場合はご本人、ご家族、主治医と相談しながら対応することになっている。	重度化対応・終末期ケア対応指針を基に取り組んでいる。急性期症状がなく、利用者や家族、職種や条件が整えば看取り支援も実施可能。また、研修会も実施し、職員の理解統一を図っている。	
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	「緊急時対応マニュアル」を作成し、緊急対応についての研修を実施している。		

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
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	消防署の協力のもと、年に2回 日中・夜間帯の想定で避難訓練を職員・利用者として行っている。地域の方に参加協力をお願いしている。その他 ハザードマップを掲示。備蓄に関しても賞味期限に気をつけ入れ替えをしている。	代表者は地域の防災訓練にも参加し、地域の避難者で要介護の方の受け入れ要望があるなど理解を深めている。また、事業所での訓練では近隣の方も参加し、実践さながらの訓練を行っている。BCP(業務継続計画)も整備し、訓練も定期的実施している。	
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	ひとりひとりの立場に立ち、言葉遣いに気を付けて声掛けし、落ち着いた対応を心がけている。プライバシー保護の研修を行いプライバシーや羞恥心に配慮しながらの支援に努めている。	定期的に研修会を実施し、職員の理解統一を図っている。研修後にはレポートも記入し振り返りを行っている。利用者との関わりでは、トイレや入浴などプライバシーに関わる内容は、小声で声かけするなど配慮している。	
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	意思表示が可能な利用者の方にはご自身の思いや要望を傾聴し尊重している。二者択一で希望を聞いたり意思表示の困難な方には表情や仕草から読み取れるよう努め、利用者の隠れた思いを引き出せるように心がけている。		
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	食事時間や入浴時間など職員側の決められた部分もあるがそれ以外の時間については可能な限りご自身のペースで過ごしていただけるような支援を心がけている。		
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	入浴準備を職員と一緒にやり洋服をできるだけ自分で選んでいただくようにしている。定期的に理美容を利用させていただいている。		
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	テーブル拭きや野菜の皮むきなど個別の能力を見極めながら手伝っていただいている。利用者の方に合わせ刻みやトロミをつけるなど一人一人に合わせた対応している。	食事はフロアにあるオープンキッチンで手作りし家庭的な環境を演出している。咀嚼や嚥下が困難な方にはキザミ食やミキサー食の提供も可能。利用者はテーブル拭きや床掃除など役割をもって取り組んでいる。	
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	食材は外部の業者より調達している。カロリーや栄養バランスに配慮された献立になっている。食事、水分量をチェックし健康状態の把握に努めている。		

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
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、口腔ケアを実施。介助が必要な方にはスタッフが介助にて対応している。 義歯の場合は本人やご家族の希望により消毒をおこなっている。		
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	ひとりひとりの排泄チェック表を作成し、排泄パターンの把握に努めている。尿意・便意があいまいな利用者の方がトイレでの排泄ができるよう行動や様子からくみ取れるよう声掛け誘導を行っている。	個別に排泄チェック表を記載し、それを基に利用者の排泄パターンを把握し支援に活かしている。 トイレでの排泄に拘り、夜間帯であっても可能な限り誘導している。必要な方がいればポータブルトイレを設置している。	
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	服薬での調整の他 おやつにヨーグルトを取り入れている。 体操や室内散歩など適度な運動で自然排便に働きかけている。		
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	曜日、時間帯を決めているが、その日の体調不良や拒否などの際には無理強いせず翌日にするなどし柔軟に対応している。 入浴時には1対1で職員との会話を楽しんでもらいながら安心して入浴していただいている。	入浴は午前と午後にわけ、ゆっくり入ってもらおうよう配慮している。季節や気分に合わせて入浴剤や柚子を使用している。入浴拒否の方には、声掛けの仕方や日にちの変更など柔軟に対応している。人形を使い安心感を得て誘導するなど工夫している。	
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	夜間は安眠を妨げないように巡視や必要に応じてトイレへの誘導など対応している。 日中は休息の時間を確保し、ご本人の希望を優先して休んでいただいている。		
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	薬の情報は常に薬棚に置いてあり確認できるようになっている。 飲み忘れがないよう服薬確認を行っている。体調の変化などを把握し、往診時、医師に相談し服薬の調整をしている。		
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	負担にならない程度に洗濯物たみ、掃除などのお手伝いをお願いしスタッフと一緒にやっている。 お好みの嗜好品、コーヒーなどを選んでいただきおやつの際に提供している。 折り紙や脳トレ、塗り絵、歌などの支援を行っている。		

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
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	天気のいい日には玄関先での日向ぼっこを行っている。感染予防をして頂きながらの外出を可能とし家族との外食などの機会の支援をはじめた。施設内の駐車場にて移動販売車での買い物を月1回行っている。	日々の生活の中で、利用者の希望や体調や天候などを考慮し周辺の散歩や、屋外で日向ぼっこする機会を設けている。家族とともに外食したり、事業所より公園へ出かける機会もある。	利用者や家族の思い、希望を把握し、外出する機会の増加に期待したい。
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	現在、現金の預かりは行っていない。ご家族には外出時にかかる実費分は請求書に記載することの了承を得ている。		
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	年賀状や暑中見舞いなど定期的にご本人からご家族へのお便りを出せるよう支援している。携帯電話を使用している方へ充電やモードの確認など電話連絡ができるように支援している。		
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	床、扉、テーブル等落ち着いた色合いの物を配置している。毎日の施設内の掃除の実施、空調管理、照明の調節は職員が行い快適に過ごしていただけるよう心がけています。折り紙やちぎり絵など季節の作品を飾り四季を感じることができるように努めています。	共用空間は十分な広さがあり、車椅子や歩行器を使用してもスムーズに移動が可能。外からは十分に光が差し込み明るい空間となっている。空調も管理されており過ごしやすい。壁には季節の装飾を施し季節を感じやすいよう工夫している。	
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	利用者ごとの個性、性格を把握したうえで座席等の配置をしている。時々席替えをおこなうことで色々な方と交流をもっといただくように支援している。		
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	使い慣れた家具や小物、写真などをご家族に持参して頂き配置することで居心地よい空間を作り、また過ごすことができるように配慮している。	居室にはベッド、カーテン、エアコンを完備。利用者の使い慣れた家具や電化製品も持ちこみ可能。窓は大きく外の四季を感じやすい。家族写真や自身の作品を飾り、個性的な空間となっている。	
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	建物はバリアフリーになっている。廊下やトイレ、浴室には手すりを設置しADL(日常生活動作)に合わせて自立の支援を心がけている。またトイレや居室の場所の表記を行うなど工夫している。		

2 目標達成計画

事業所名 ぐるーぷほーむ楽笑

作成日: 令和 7 年 8 月 3 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	(3)	運営推進会議の内容について参加されなかった家族への情報共有ができていない	運営推進会議の会議内容について情報共有が図れるようにする	全利用者家族にみていただけるように議事録を郵送し情報の共有が図れるようにする	1ヶ月
2	(18)	面会や外出の機会が少ない	これまで大切にしてきた馴染みの人や場所などへのお出かけに対して利用者の思いを家族とも共有し施設での外出の機会以外にもご家族と共に外出をしていただけるようにする	日々の話の中から利用者ご本人の思いや希望を聞くことでご家族ともその思いを共有する。ご本人、ご家族の思いをうけ外出の日を設けられるように努める	3ヶ月
3	(18)	面会や外出の機会が少ない	これまで大切にしてきた馴染みの人や場所などへのお出かけに対して利用者の思いを家族とも共有し施設での外出の機会以外にもご家族と共に外出をしていただけるようにする	気候の良い時には近隣への散歩など柔軟に対応し外出による気分転換を図れるようにする。	2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。

3 サービス評価の実施と活用状況

サービス評価の振り返りでは、今回の事業所の取り組み状況について振り返ります。「目標達成計画」を作成した時点で記入します。

【サービス評価の実施と活かし方についての振り返り】	
実施段階	取 り 組 ん だ 内 容 (↓ 該当するものすべてに○印)
1 サービス評価の事前準備	<input type="radio"/> ①運営者、管理者、職員でサービス評価の意義について話し合った
	<input type="radio"/> ②利用者へサービス評価について説明した
	<input type="radio"/> ③利用者家族へサービス評価や家族アンケートのねらいを説明し、協力をお願いした
	<input type="radio"/> ④運営推進会議でサービス評価の説明とともに、どのように評価機関を選択したか、について報告した
	<input type="radio"/> ⑤その他()
2 自己評価の実施	<input type="radio"/> ①自己評価を職員全員が実施した
	<input type="radio"/> ②前回のサービス評価で掲げた目標の達成状況について、職員全員で話し合った
	<input type="radio"/> ③自己評価結果をもとに職員全員で事業所の現状と次のステップに向けた具体的な目標について話し合った
	<input type="radio"/> ④評価項目を通じて自分たちのめざす良質なケアサービスについて話し合い、意識統一を図った
	<input type="radio"/> ⑤その他(各ユニット・看護師の代表者、介護支援専門員と話し合う)
3 外部評価(訪問調査当日)	<input type="radio"/> ①普段の現場の具体を見てもらったり、ヒアリングで日頃の実践内容を聞いてもらった
	<input type="radio"/> ②評価項目のねらいをふまえて、評価調査員と率直に意見交換ができた
	<input type="radio"/> ③対話から、事業所の努力・工夫しているところを確認したり、次のステップに向けた努力目標等の気づきを得た
	<input type="radio"/> ④その他()
4 評価結果(自己評価、外部評価)の公開	<input type="radio"/> ①運営者、職員全員で外部評価の結果について話し合った
	<input type="radio"/> ②利用者家族に評価結果を報告し、その内容について話し合った
	<input type="radio"/> ③市区町村へ評価結果を提出し、現場の状況を話し合った
	<input type="radio"/> ④運営推進会議で評価結果を報告し、その内容について話し合った
	<input type="radio"/> ⑤その他(ミーティングにて各ユニット・看護師の代表者、介護支援専門員へ評価結果を報告、改善点を話し合う)
5 サービス評価の活用	<input type="radio"/> ①職員全員で次のステップに向けた目標を話し合い、「目標達成計画」を作成した
	<input type="radio"/> ②「目標達成計画」を利用者、利用者家族や運営推進会議で説明し、協力やモニター依頼した(する)
	<input type="radio"/> ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)
	<input type="radio"/> ④「目標達成計画」に則り、目標をめざして取り組んだ(取り組む)
	<input type="radio"/> ⑤その他()