

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	1690200488
法人名	株式会社 WALK
事業所名	グループホーム白寿園 能町
所在地	933-0005 富山県高岡市能町南2丁目21番地
自己評価作成日	令和7年7月15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）】

当グループホームでは利用者様の入退去もあり、現在は個人個人生活リズムを大切に、今までの生活スタイルを維持した状態で過ごして頂いています。ゆったりとした時間や、共同生活における共有できる時間を持てるよう心掛けています。その中で職員が寄り添い気持ちに寄り添えるよう、お手伝いさせていたでいます。昨年度の2月より代表が交替し介護理念もわかりやすく簡潔になりました。自分や、自分の家族も安心して利用できる施設でないとも誰かが利用しても満足できないといった観点から、職員全員の思いで『笑顔』という言葉も入っています。また、高齢だから、出来ないはず、危ないからと全てを職員が行うのではなく『諦めない介護』も目指しています。利用者様も職員も笑顔で接する関係。認知症になっても安心して暮らせる施設介護サービスを提供します。

※ 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。

基本情報リンク先	
----------	--

【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）】

介護理念の「職員が寄り添い、利用者の笑顔を大切に、自分や自分の家族が受たい介護」を目標に、利用者本位であるように、その人らしい生活が送れるように職員全員が実践に取り組んでいる。職員の離職率も低く、幅広い年齢層の職員が、自らの仕事を楽しみながら取り組んでいる。職員が楽しみ笑顔になることで、利用者も楽しく笑顔になっている。

【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8月6日	評価結果市町村受理日	令和7年10月9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、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、安心して暮らせている。 (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	運営理念は玄関前廊下、職員トイレに掲示。運営方針は玄関前廊下に掲示し、職員は業務の中で新しい理念を意識しながらサービスの提供が出来るように努めています。また、管理者やリーダーが理念に沿った支援となるよう意識の統一を図っています。	理念の変更時には家族にも書面にてお知らせして、家族からは簡潔で分かりやすくなったと言われている。理念の実践に向けて、職員の家族を自事業所に安心して預けられることを目標にすることを常に意識している。	
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	能町2丁目の自治会に加入しており、地域との関係性作りについても各ユニットの窓越しより小学生や、地域住民に手を振ったり挨拶をしたりしています。自治会長とは、行事や災害についての連絡を取れるようにしている。	地域の行事の獅子舞や運動会へ積極的に参加するように心がけている。窓越しではあるが、近所の方が手を振って挨拶したり、近所の公園で遊んでいる子供たちに声掛けしたりして交流している。	事業所が提供できること、協力できることを提案し、地域包括支援センターとも協力、相談し地域との協力関係構築に期待したい。
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	運営推進会議等で認知症についての質問、当園で行われている研修、行事等を報告し認知症の理解、ケアの啓発に努めています。		
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	運営推進会議は2か月に一度開催しています。会員には自治会長、民生委員、老人会、家族様、包括支援センターに参加を促し会議では活動報告、事故報告等情報提供しご意見を頂いています。また議題を1つ設けて意見や議論を行っています。	介護に関する議題を設定して毎回話し合いをしている。ヤングケアラーに関しての議題を設けたときには共感や関心を得られた。要望や意見は市議会議員に相談したこともある。	運営推進会議では活動報告や事故報告等の他に、介護についての議題を設けて情報を提供し、充実した会議となっているが、今後出席していない家族にも情報を提供していくことに期待したい。
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に取り組んでいる	普段より、行政や地域包括センターとの連絡を図り、必要時には町内会役員の方、市の担当者のもとへ相談に向かうようにして情報の共有に努めています。	加算要件の確認や補助金の説明を受けたりしている。行政からの通達や連絡はメールで受けている。利用者家族とのトラブルがある場合は直接市役所に出向いて相談したことがある。在宅に戻られる際には地域包括支援センターと介護が継続できるよう連携した。	
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	身体拘束廃止マニュアルを作成し管理者、ケアマネ、各ユニットリーダーが中心となり検討を行っています。社内研修で身体拘束について年に2回以上の勉強会を行い職員の理解を深め、身体拘束しないケアの実践に努めています。また、事例検討にて実際のケアについて協議を行っている。	身体拘束廃止マニュアルに基づき、管理者、ケアマネジャー、ユニットリーダーが中心となり検討している。人感センサーや離床マット使用に関しても職員で話し合っている。	

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
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	社内研修で虐待の防止について勉強会を行うと共に、普段から利用者様からの苦情や不満等の訴えが聞かれた時は管理者やケアマネに報告し、虐待につながらないように話し合い、防止に努めています。		
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	社内研修において権利擁護について学び、自己権利を表明する事が困難な認知症の方の自己決定のサポートや代弁をし、自分らしく生活できるケアに努めています。		
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	入居時に管理者、ケアマネが家族様に対して時間を取って十分な説明を行い理解を図っています。不明な点があれば再度、説明を行っています。		
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	日頃から利用者様、家族様とはコミュニケーションを図れるよう意見、要望などを話しやすい環境作りや意見箱を設置してあります。毎月1回～の定例会議を設け、両ユニットのリーダーを中心に利用者様、家族様の意見を伝え他の職員も情報共有できるように努めています。	意見箱を設置しているが、運営に対する要望等はない状況である。利用者の状態は面会時に口頭でお伝えしたり、SNSツールでお伝えし、情報共有するようにしている。	
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	月1回の各ユニット会議で職員が発言できる機会を設けています。また、年2回の自己評価を行い、定期的に面談し職員からの意見を聞いたりコミュニケーションを取りやすい環境作りに取り組んでいます。その他にも職員の空き時間に業務の改善等の話し合いも行っています。	自己評価後管理者が面談し、職員からの意見を聞き取るようにしている。管理者から代表へ連絡を細目にしており、壊れた設備や物品の交換など迅速に対応している。	
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	職員からの声を拾い状況把握をし、働きやすい職場作りに努めています。		
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	施設内や外部の研修の参加の機会を設けています。また、その職員の能力に応じた外部研修に参加することを行っています。		

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
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	同業者と交流する機会を作り、情報交換を行っています。		
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	入居前に本人の状態、意向等を伺い、信頼関係を築いていきます。本人の様子をみながら、入居後、不安のないよう安心して暮せるような関係づくりに努めています。		
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	家族の思い、要望や意見を伺い、信頼関係を築くようにしています。入居後もコミュニケーションを多くとり、本人が安心して暮せるように一緒に関われる関係作りに努めています。		
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	ゆっくりお話を伺いながら、その時必要としている支援は何かを考え、グループホームの役割を説明すると共に他のサービスを紹介し、本人にとって必要な支援を選択して頂けるよう努めています。		
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	自立支援を大切に、利用者様のできる事を考慮して、職員と暮らしを共にする者という関係性を大切に、雰囲気作りを行っています。		
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	本人が家族との繋がりを大切に思っているように、家族と連携を取りながら一緒に本人を支えていける関係作りに努めています。		
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	在宅におられた時の近所の方や、友人の方に面会にお越し頂いたり、時にはなじみの方と一緒に外食に行かれたり自宅でゆっくりくつろいだりする時間が持てるように支援しています。また、手紙や電話等で自由に外部との連絡が取れるように心掛けています。コロナ明けより、遠方より面会に来られる方も増え、以前より面会時間も長くとっています。	近所の方と外食に出かけたり、職員と一緒に近くの店に買い物にいたりしている。自宅の近くまでドライブしたり、手紙、電話などをつないだりと、つながりが継続出来るようにしている。	

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関わり合い、支え合えるような支援に努めている	職員は利用者間で会話が弾むような話題を提供したり、レクリエーションや行事を通して利用者同士が良好な関係を保てるように支援しています。		
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、本人・家族が不安にならないように気軽に訪ねて頂いたり、相談を受けたりするなどの体制作りを努めています。		
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	管理者、リーダーが中心となり、利用者様の希望、意向の把握に努めています。また、日常においてのコミュニケーションの中で本人の思いに寄り添えるように努めていきます。3カ月に一回ケアカンファレンスを行い、職員間で利用者様にプランに沿ったサービスが提供できているかなど検討しています。	思いやニーズはケアマネジャーが直接本人と話しをして聞き取るようにしている。日頃の様子からも日報やタブレット記録に書き込むようにしている。	利用者に関する情報を共有していると確認できるような工夫に期待したい。
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、家族とのコミュニケーションを通じて、馴染みの関係を築きながら情報を提供頂き、生活の経過等の把握に努めています。		
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	日頃から本人の出来る事、出来ない事等を見極め、役割を持っていただくことで本人のできる喜びや自信につながるよう努めています。		
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	本人、家族に電話やメールにて意向をもとに、定期的にケアカンファレンスを行い、現状のニーズに見合った介護計画を作成し、各職員にも変更した計画内容の把握を行っています。モニタリングは毎月行い、アセスメント後に介護計画書は3カ月毎に更新を行っています。担当者は常に利用者様の変化に気付けるようその都度ケース記録にも反映しています。	モニタリングは担当者が毎月行っており、定期的にケアカンファレンスも行っている。介護計画書は3か月ごとに見直し、更新している。	
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	本人の状態の変化や気づき等は個人記録に記録し、著しい変化には計画書の変更を行います。職員間でのケアの統一を図ると共に介護計画にも反映させています。		

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
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	本人や家族の状況に合わせ、一人一人に合ったサービス支援に取り組むよう努めています。		
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	新型コロナの影響で地域とのかかわりは少なく、近くのスーパーへ買い物に出かけたり、施設近くの地域住民の方が声を掛けて下さったり、お友達や家族の面会などから充実した暮らしが継続出来るよう努めています。		
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	ホームの往診医を紹介し、家族と職員が連携し、利用者様の心身の状態について現状がわかるようドクターと連携を取り受診対応しています。24時間対応のかかりつけ医にて体調不良や薬情の変更についてもメールでのやり取りを行っています。	入居時には、かかりつけ医を、事業所の往診医か、いままでの医師の継続か選択出来るようにしている。現状ほとんどが事業所の往診医を選択している。薬に変更があれば家族にお伝えしている。また、かかりつけ医への受診の際には情報提供している。	
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	看護師とは連携を取り、必要に応じて受診をご家族にお願いしています。 ご家族の受診が難しい場合は職員が同行し、適切な受診を受けられるよう対応しています。		
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。	日頃より相談員など病院関係者との連携を取っており、入院時は円滑に、また早期に退院出来るように努めています。		
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	入居時にホームの方針と本人、家族の意向の話し合いの場を持っています。随時、本人、家族と話し合いながら意向に沿って病院やその他事業所へ結び付けるなどの支援を行っています。利用者様の状態や変化に応じて安心して過ごせるように努めます。重度化し、終末期に向けた支援については医師と連携を取り支援方法について検討させていただいています。	入居時の他、介護度4を目安に重度化した場合の対応や思いを家族に確認するようにしている。また、それ以外でも状況に合わせてその都度家族との話し合いをするようにしている。	
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	事務所内にAEDを設置し、緊急時に対応できるよう事故対応マニュアルを作成し、その都度、書面と口頭で情報共有に取り組んでいます。		

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
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	年2回の火災を想定した日中の避難訓練(夜間は3年に1回)を行い、その都度改善点等を話し合い、安全に避難できるように努めています(今年は7月・12月)。福祉避難場所はあさひ苑ではあるが実際、高齢者には距離があり移動は困難であり、8号線に向かう想定にて行った。備蓄品は米、カップ麺、水等はストックしてある。	地震災害の訓練を移動距離や方向など、最善となるよう現状を考慮し行った。水門の開閉確認を自治会長に確認するなどし、災害対策に気を付けている。	
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	毎月の勉強会・ミーティング等の社内研修で入居者への声掛けや接し方等の接遇研修、尊厳についての研修、認知症ケアや虐待について職員のケアの意識の統一を図り、利用者様に対しての不快な言葉かけにならないよう意識を持って対応している。	スピーチロックに注意しており、不適切な発言があった場合はその場で管理者が注意したり、職員が交代して対応するようにしている。職員がすぐに対応できない場合には、利用者に対して、きちんと理由を説明し、具体的な時間を告げるように管理者は指導している。トイレへの声掛けや着替えなどは1対1の環境になるよう留意している。	
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	日頃の会話の中で本人の意見や要望を確認しています。話しやすい職員と苦手な職員がいるので様子を見ながら対応しています。また、本人が自分の思いを伝えやすい雰囲気作りに努めています。		
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	職員は業務を優先するのではなく、本人のペースを大切にしながら生活を送って頂いています。また、ご希望があれば出来る限り対応しています。		
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	定期的な訪問理美容にて散髪や毛染めを利用したり、希望される方には化粧やマニキュアをしたりして、おしゃれを自由に楽しんでいただけるよう支援させていただいています。日々の身だしなみは必要に応じて行っています。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	一人ひとりの食事形態に合わせて配膳しています。利用者には野菜の下処理や簡単な調理・盛り付けを行っていただいている。毎月食止めを行い利用者様の食べたい献立や好みを聞き買い物から配膳まで職員と共に行っています。また食器洗いなど一緒に行っています。月のイベントでは季節に合った食事を提供しています。職員と利用者様が一緒に食事することで会話も弾みます。	メニューは決められているが、利用者が希望したパスタやお好み焼きに変更したり、月イベントの際にはお弁当を用意したりしたこともある。	

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
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	一人ひとりの食事量や水分量をチェックし、本人の意向を伺ったうえで食事形態や水分の種類などを変え、一人一人に合った量を摂って頂くよう工夫しています。		
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	毎食後の口腔ケアや義歯消毒をし、清潔に努めています。定期的に歯科衛生士による指導にも入っていただいています。		
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	定期的にトイレ誘導することで尿意、便意のあいまいな方でも、排泄の失敗も少なく、利用者個々の排泄パターンの把握に努めています。また、自然排便を促すため、牛乳の提供や音楽やかけ声に合わせて廊下の散歩を行っています。	排泄チェック表により個々の排泄間隔等を把握するように努めている。自然排便を促すために牛乳を提供するなど薬に頼らないようにしている。また、尿量に合わせたパットを数種類用意して対応している。	
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	水分量に気を配ったり、定期的な運動を心掛けています。それでも排便が見られない場合は緩和剤を適切に行うなど個人に合った排便パターンを把握し、排便コントロールを行っています。		
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	2、3日に1回程度、本人が入りたい時間帯にゆっくり入浴して頂いています。一般浴槽と座位式特浴を設置し利用者様の状態に合わせ対応をしています。その季節に応じて入浴剤の種類を変えるなどして入浴を楽しめる工夫もしています。また、希望される方、必要に応じて週に2回以上の入浴(シャワー浴)も可能です。	着替えなど入浴準備を利用者を一緒に行うようにしている。入浴剤の使用で楽しんで入浴出来るように工夫している。決められた時間外でも入浴出来たり、緊急対応で2回入浴できるなど、臨機応変な対応をしている。	
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	今までの生活習慣を踏まえ、安心して心地よく過ごせる居室のしつらいや、お話を聞くなどの対応をしています。		
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	一人ひとりが服用、使用している薬については、薬の説明書をいつでも確認できる場所に置き、全職員が周知出来るよう情報共有を図っています。変化があればすぐに往診医に相談しています。		

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
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	洗濯物干しや調理などの出来る事を活かし、多くの役割を持って頂くように心掛けています。入居される前からも趣味も継続して取り組めるよう配慮しています。		
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	天候等によっては施設周辺の散歩、買い物、ドライブへ出掛けています。また、家族との買い物を楽しまれる方もいます。近くのスーパーまで利用者様と職員が買い物へ出かけ外出の機会を設けています。	近くの公園への散歩や近くのスーパーへ職員と一緒に買い物などに行っている。中庭の草むしりをしてくださる利用者もいる。	
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	基本的に施設にて現金を使用することはなく、家族様と本人と職員の話し合いで不安にならない程度の現金の管理を行っていただいています。		
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	本人が希望されるときは、電話にて話をしています。携帯電話を使用されておられる方もおられ自由に家族様とのやり取りを行っていただいています。		
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	施設の中庭には野菜を植え、定期的に草むしりを行ったりもしています。フロアは季節に合った壁の装飾を利用者と一緒に作り飾っています。気候や天気に応じて中庭で日向ぼっこをされたり、廊下は自由に歩けるように心掛けたりしています。リビングは壁、電気についても暖色系を使用し暖かい雰囲気作りに心掛けています。	玄関近くの廊下からリビングの壁には季節にあった装飾や造作物が飾られている、中庭に面した窓からは日光が差し込み明るい空間となっている。ソファや家具なども暖かい色のものが置かれており、落ち着いた雰囲気である。	
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	テレビ前のソファには、自然と仲間が集まり会話を楽しまれています。その他、リビングや居室でそれぞれが過ごせる空間づくりをしています。		

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
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	居室はベッド、筆筒、エアコン、洗面所、テレビを完備しています。また、使い慣れた家具や写真なども置き、自宅と変わらない環境づくりによって混乱せず、落ち着いて過ごされるような工夫をしています。一人ひとりに合った配置にしています。	馴染みの物を持ち込まれ、家族の写真や家族が描いた絵が飾られている。洗面所やテレビも設置されており、設備も充実している。	
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	トイレや居室など名前を貼り、不安や混乱がないようスムーズに生活が送れる工夫をしています。		

2 目標達成計画

事業所名 グループホーム白寿園能町

作成日: 令和 7 年 9 月 20 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	2	事業所と地域のつながりや交流がほとんどない。近くには小学校があるが利用者が窓から手を振ったり挨拶をする程度である。	地域とのつながりにおいて事業所が提供できること、協力できることを提案し、地域包括支援センターも交えて交流を行う。	地域住民にグループホームとはどんな方が利用しているかを知っていただき納涼祭、施設見学を行う。地域行事への参加や交流を図る。また、災害の際にも協力できる範囲で避難場所の提供を行う。	3ヶ月
2	4	運営推進会議では活動報告や事故報告等の他に、介護についての議題を設けて情報を提供した会議となっているが、出席していない家族には情報を提供していない。	運営推進会議で報告した内容をその都度家族様に郵送にて情報を提供する。	運営推進会議の書類は入居者様の家族に請求書と一緒に郵送、もしくは来園時に渡す。	3ヶ月
3	23	入居前のカンファレンスの書類が不足している。本人様は、認知症もあり思いや意向がわからないこともあり家族から在宅での様子、生活歴を記入されている物とされていないものがある。またその情報共有が現場のファイルにファイリングしていない。	利用者に関する情報を共有していると確認できるよう、現場のファイルへのファイリングをする。入居前の利用者様と家族様、職員のカンファレンスの書類の記入とファイリングをする。	入居前に行ったカンファレンスの内容を書類にまとめ、現場にも情報を提供する。利用者様の意向や意見は日常を通して現場職員と連携を取る。	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()
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()
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()