

令和 8 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	1690200413
法人名	医療法人社団 昂尚会
事業所名	グループホーム戸出リスペクト
所在地	富山県高岡市戸出町3丁目19番50号
自己評価作成日	令和8年6月8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）】

利用者様や職員がいつも明るく笑顔が絶えないホームです。毎日の生活の中で利用者様一人ひとりの出来る事（家事や作業）をお手伝いしてもらいながら朗らかに自分のペースで生活が送れるように関わっています。また、クリニック併設のため、利用者様の健康管理や急変時には医師と24時間体制で連絡をとり健康管理に努めています。平成30年4月より24時間看取りケアを実施し最後までその人らしさを大切にし尊厳ある生活の支援を看護・介護職員が一丸となって取り組んでいます。

※ 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）】

事業所は閑静な住宅街に位置し、2ユニットが整備され、室内は白を基調に整えられており、明るさと清潔感で満たされている。さらに、一方のユニットは、自然を身近に感じられる大きな窓を設けてあり、あたたかな光が差し込むソファで利用者がのんびりと日光浴を楽しんだり、緑を愛でたりしながら、穏やかな時間を過ごすことができる。また、利用者と職員がコミュニケーションを取りながら、毎日双方が楽しめる雰囲気づくりを目指している。理念にある「家庭的な雰囲気」「安心して穏やかに」をハード面からもソフト面からも実現できるように取り組んでいる。

【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8年6月25日	評価結果市町村受理日	令和8年8月17日

V. サービスの成果に関する項目（アウトカム項目） ※項目№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「家庭的な雰囲気の中でいつまでも自分らしく安心して穏やかに暮らして頂ける場所を提案します」である。家族や職員がいつでも見られるように玄関やユニットに掲示している。	経営理念はパンフレットにも記載され、事業所見学等来訪者に説明し渡している。また同法人のクリニックにも掲示し地域の方にも知ってもらえる機会を作っている。職員は月一度の全体会議の際に復唱するほか、普段のケアでも理念に沿ったケアを心掛けている。		
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	町内イベント公民館祭りに参加している。利用者様が作ったいろいろな作品を出品し当日は職員と共に展示物を見学に行き地域の方々と交流している。	自治会に加入し、年間行事の案内をもらっている。参加できる行事があれば参加したいと考えている。また、毎年戸出七夕まつりの見学にドライブを兼ねて出かけたり、地域ボランティアのハーモニカ演奏をお願いし楽しんでいる。	小学校や中学校への呼びかけも含め、地域との交流を増やす工夫に期待したい。	
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	上記のように地域の方々と交流する機会はあるが、事業所の力を活かした地域貢献のような活動はしていない。			
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回行っている。自治会長、公民館長、民生委員、包括支援センター、ご家族代表が参加。施設の状況や利用者の状況、活動、事故報告等を報告し意見交換している。会議の内容は議事録を作成し職員に回覧し玄関前にも掲示し誰でも自由に見れる環境作りに努めている。	運営推進会議では、行事の実施状況や事故報告、利用者の活動状況などが報告され、意見交換を行っている。事故報告や日常の活動に関しての質問を受けることが多く、丁寧に説明し事業所での利用者の生活を知ってもらえるように努めている。	会議には家族代表の参加になっているが、全家族に運営推進会議の趣旨を理解してもらうために、開催の案内や議事録の提示などの工夫に期待したい。	
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	運営推進会議等やホーム内で解決できない問題や運営に関する質問等は市の担当者（長寿福祉課）や包括支援センターに相談しアドバイスをもらうよう取り組んでいる。	運営推進会議で地域包括支援センター職員からイベントなどのお知らせを伝えてもらうことがある。また、入居に関する相談を受けることもある。行政から派遣の介護相談員の受け入れについても現在調整中である。		
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	身体拘束委員会を年4回開催し職員への周知徹底を図っているが玄関の施錠は行っている。利用者様の状態に応じ職員と買い物やホーム周辺の散歩に出かけている。	各ユニットから1～2名の職員と管理者、ケアマネジャー参加のもと身体拘束廃止委員会が開催されている。年に2回行われる身体拘束に関する自己チェックを実施している。自己チェックの内容は集計し職員が閲覧できるようになっている。	身体拘束に関する自己チェックから推測される課題等の改善に向けた取り組みに期待したい。	

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
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	高齢者虐待防止委員会を年2回6月・12月開催し研修を年2回以上予定している。(第1回目は6月予定)		
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いないが今後勉強会を行い理解を深めるよう取り組んでいく。		
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	入所申し込み時に施設内を見学して頂き施設の特徴や料金の説明、ご家族の不安や要望等を確認しながら面談日を決め入所へと繋げている。退所時にも家族の要望や相談を受けその思いに沿えるように取り組んでいる。		
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	家族の面会時にご家族の要望や意見を聞くようにしている。また、施設の方から伝えたい事がある時は電話をして話をするか来所してもらうようにしている。その際の情報は職員間で共有している。玄関に意見箱を設置し自由に意見を書けるようにしている。	意見箱を設置したり、電話や面会の際に意見や要望があれば教えてほしいと伝えるなど努めているが、今までに家族からの運営に関する意見や要望などの聞き取りはなかった。利用者に関する要望などはミーティングや朝の申し送りなどで職員間での共有を図っている。	
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	毎月の会議の際に意見交換を行っている。普段から職員より相談を受けた時は話合うように努めている。相談員を設け窓口となり相談しやすい環境作りを行っている。	職員間で相談窓口を設け、相談しやすい環境づくりを心掛けている。窓口担当者は管理者と相談内容を検討し解決できるように努めている。外出の機会を多く設けることができるように、車いす対応の車の購入を現在理事長と検討中である。	
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	職員個々の努力や実績を踏まえて適材適所の配置に努めている。		
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	コロナ禍以降、外部研修は殆どしていなかったため、現在は研修の参加を促している。		

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
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	外部研修に参加することで、同業者との交流の機会を持つことが出来るようになった。参加者は報告書を作成し回覧するとともに全体会議では研修内容を報告し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	初回面談時より話を聞き本人が安心して暮らせるように話合っている。利用者の声に耳を傾け出来るだけ要望に沿えるよう職員間で情報共有し努力しているが、人員不足もあり実践出来ない事も多い。		
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	本人同様に家族からも初回面談時より話を聞いているが、コロナ禍以降定期的な家族との面談が無い為要望等はほぼ話合われていない現状。数か月に1度は家族、ケアマネ、介護職員（看護師）での面談の機会があれば良いと思われる。		
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	上記と同様、職員間では常に話合っている。		
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	施設に居ても遠慮や不安の無い生活が送れるよう自ら出来る事はして頂き、手伝って頂けそうな事（ゴミ袋作り、食器拭き等）はして頂いているが、一部の利用者に偏ってしまっている。		
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	家族の訪問や面会時に日々の様子等を伝えているが、全く会えない家族もいるので面談をする機会があれば良いと思われる。		
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	なかなか外出は出来ず、面会や電話での対応になっている。利用者から手紙を書いて頂く支援に努めている。	家族の協力を得て、馴染みの場所や外食などの外出の支援を行っている。中には法要に参列する方もある。家族の希望があれば墓参りなどの支援もおこなっている。また、毎月の請求書と一緒に手紙を同封したり、友人が訪ねてくることもある。	

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
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	利用者一緒に出来る事をしたり、席替えをしたり他の方とも交流できるように考えている。レクリエーションの際は一つのテーブルに集まって頂き利用者同士の自発的な会話を尊重し見守っている。利用者間での助け合いが危険な状況でなければ見守るようにしているが、実践回数は少ない。		
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	連絡があれば応じている。		
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	本人の思いを傾聴し出来る事であれば意向に沿えるように努めている。面会時の家族や本人からの情報、日頃の会話等を記録し職員間で共有している。	普段の会話の中で汲み取った食べたいものや行きたい所などは口頭で申し送りをしている。ケアマネジャーは個別に居室を訪ねて聞き取り、支援経過やアセスメントシートに記載し、職員がいつでも見られるようになっている。言葉だけではなく、仕草や行動で意向を汲み取ることもある。	日常会話から得られた利用者の意向や思いは、口頭での共有にとどめず、後から見返した際に一目で把握できる書面に記録し、スタッフ間で確実に共有するなどの工夫に期待したい。
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	施設入居前の生活の様子や家族からの情報をもとにこれまでの生活状況を知るようにしている。		
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	毎日の健康観察、日中や夜間の様子、体調変化時を記録し職員間で共有している。		
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	職員間で相談、報告、連絡を行い一人一人に寄り添うように努力している。検討すべき事項がある時は本人や家族、医療関係者と話し合い職員とも検討し計画を立てている。	モニタリングは3か月に一度担当職員が行ったものを基にケアマネジャーがまとめて評価している。また、モニタリング結果や介護記録、職員からの聞き取り、協力医療機関連携会議、サービス担当者会議など、職員や多職種と連携を図りケアプランを作成している。	
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	ケア内容やレクリエーション等、日々の様子を記録して職員間で共有している。細やかな情報交換も申し送り時等で伝え改善していく。		

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	外に出かけたい等の本人の思いがある時は状況に応じて散歩に出たり家族にも協力頂いている。訪問歯科診療の受け入れしており、毎月の医療連携会議では日々のケアを共有している。		
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	コロナ禍であったため今はボランティアの受け入れや地域との交流はほぼ無くなっている。令和7年12月ボランティアを受け入れてクリスマス会を開催し支援に努めている。		
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	同一法人の医療機関と連携して定期的に診察を受け夜間の急変時にも対応している。	入居時にかかりつけ医の希望を確認しているが、現在は利用者全員が同一法人の医療機関をかかりつけ医として選択している。月二回看護師同行で受診し、受診が難しい利用者には往診対応もおこなわれている。内服薬の変更や健康上留意すべきことは業務日誌にて情報共有されている。	
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	毎朝の申し送りに職員、ケアマネ、看護師が参加し情報共有している。体調不良の方は看護師より医師に報告し処置を行う。また、夜間や休日は医師と24時間体制で連絡が取れる状態になっている。		
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。	同一法人の医療機関やケアマネが入院先の病院関係者と情報交換し関係づくりしている。		
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	重度化した段階で主治医の指示のもと家族への説明時期等を検討し話し合いを行い方針を決め進めている。	重度化した際に医師と家族と相談し今後の方針を決めている。延命を希望される家族には医師が紹介状を書いて他医療機関へ転院している。看取り期には看取り指針を基に説明し、同意書を作成してケアに臨んでいる。医師とは24時間体制で連絡がとれるようになっている。	
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	バイタル測定、主治医への連絡は行っている。マニュアルはあるが応急手当や初期対応の訓練は定期的に行っていない。		

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
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	災害マニュアルあり。年2回訓練を行っている。簡単な備蓄品も準備している。秋には震災を想定した訓練を行う予定。	火災訓練を年二回行っている。ハザードマップ上では水害時のリスクは少ないが、水害を想定して避難の計画も検討している。今後地域との協力体制が課題となっている。	地域との協力体制を構築し、お互いに協力し合える関係性作りに期待したい。
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	入居者様の嫌がる言動はしないように心がけている。本人の意見や希望を聞き丁寧な言葉使いをし個人情報厳守する。	コミュニケーションを取るうえで本人が不快にならないように、また個々の利用者の理解を深めるために、本人の特徴や好きなこと、嫌いなことなどを本人の言葉と写真を添えてスクラップにまとめ、支援に活かしている。普段のケアの中では命令口調にならないように、思いやりのある言葉かけを心掛けている。	
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	入居者様と話し合い、少しでも自己決定できるように支援している。対話の中で本人の意思を確認し尊重していく。		
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	起床時間、食事時間等利用者のペースに合わせて提供している。レクリエーション活動は、その時々何をしてほしいか本人に聞きながら提供しサポートする。		
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	着替えを準備する際は本人と一緒に準備し本人の希望を取り入れている。また、季節に合った衣類を選び勧めている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事前のテーブル拭き、食後のお盆拭き、茶わん拭き(出来る事)をお願いしている。	副菜は外部の事業者から調理されたものが届き、みそ汁とご飯は事業所で準備している。誕生会やお正月、クリスマスなどのイベントの際には外部業者からの配食を中止し、事業所で行事食を準備している。月に1～2回はおはぎやホットケーキなど手作りおやつを楽しんでいる。	
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	食事量や形態を職員間で共有し提供し、記録している。利用者に応じた水分量を摂取できるように声かけし、体調によって調整している。		

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
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	食後の口腔ケアでは仕上げ磨きや義歯洗浄を介助している。必要に応じて訪問歯科を利用している。		
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	排泄のペースを見て声かけや誘導をしている。一人一人に沿った支援をしている。	排泄チェック表を確認しタイミングを把握して、個々に合わせたトイレ誘導や声掛けをおこなっている。本人の状態に合わせた尿取りパットを使用している。また、自然排便に向けて水分摂取量の確認やオリゴ糖、牛乳、ヨーグルトなどを提供し支援している。	
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	乳製品を代用品にしたり、オリゴ糖を使用したりと一人一人に配慮している。		
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	入浴日は職員が決めているため、希望にそえていないが、利用者の気分により変更し対応している。	ユニットバスで一对一でコミュニケーションが取れる楽しい時間となっている。一般浴槽での入浴が困難な利用者には、シャワー浴、足浴、清拭など状態に合わせて対応している。また、衣服が選べる利用者には、好きな衣服を選んでもらい着替えている。	
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	一人一人の状況に応じて支援できている、自由にされている。		
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	処方薬はファイルにまとめてあり、いつでも確認できる。		
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	編み物、パズル、動画等一人一人にそった支援をしており、展示物は協力して作っている。季節の行事も行っている。		

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	感染症の流行等もあり、外出の機会は少ない。家族と外出される方は限られており、人員がいるときは買い物や散歩に出かけている。	ドライブに行く機会は少ないが、1～3人で近所への散歩は日常におこなわれている。また、近くの公園や図書館、日用品などの買い物に出かけることもある。	利用者全員が楽しめる外出支援ができるような環境整備に期待したい。
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	支援していない。利用者と職員と一緒に買い物に行くことはあるが、金銭管理は職員や家族がしている。		
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	本人の希望があれば可能な限り(時間帯等)電話できるように支援している。自身の携帯を持っている方は、居室で話をされている。		
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	掲示物によって季節を感じて頂くように取り組んでいる。フロアの天井が高く開放感があるが、季節により日差しが眩しいため席移動の声かけをしている。フロア(食堂)と台所が一体化しており、食事作りの様子が見られ、炊飯等の香りを感じる事ができる。	全体に白を基調とした作りの中にオレンジ色がポイントとなり、明るく暖かい雰囲気のある共有空間となっている。オレンジ色の和紙を用いて強い光を柔らかくする工夫などもされている。また壁には利用者と職員が一緒に作った季節感のある壁画などの装飾がなされている。	
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	窓のある廊下に椅子を配置することで自然と利用者が集まり交流できる場となっている。		
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、ご家族の写真や遺影等を持ち込み生活しておられる。居室内で転倒リスクのある方については家具等は撤去されている。定期的に居室内の掃除を行い、私物は本人に確認しながら元の位置に置き混乱させないようにしている。	居室には自分で作った作品や家族写真が飾られている。利用者の中には自宅で使用していた馴染みのタンスを持ち込み使用している方もいる。各居室は広く、家具やベッドのレイアウトで安全な動線が確保されている。	
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	歩行器使用でも自身で歩けるように広いスペースを取り配慮している。利用している本人の近くに置くよう気を付けたり、通路には物を置かないようにしている。		

2 目標達成計画

事業所名 グループホーム戸出リスペクト

作成日： 令和 8 年 8 月 8 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	23	利用者様の意向や思いを職員間で共有する方法	利用者様と接した事で得た利用者様の思いや意向を職員全員が共有できるように記録に残す。	・利用者様個々の人生史や価値観を把握できる書面の作成 ・利用者様が発した言葉、様子を記録に残す	2ヶ月
2	4	運営推進会議には家族代表が参加されているが、全家族に運営推進会議の趣旨を理解されていない	全家族に運営推進会議についての理解を深めて頂く	・1年ごとに家族代表の方の交代を検討する。 ・推進会議の議事録を請求書に同封し内容を提示、施設の近況、取り組み等を知って頂く。	2ヶ月
3	6	身体拘束に関する自己チェックを行っているが、集計で終わっている。	身体拘束に関する自己チェックから推測される課題等の改善に向けた取り組みを行う。	身体拘束についての自己チェック表を記入してもらい、3か月に1回全体会議にて問題点を話し合い、職員の意識を高める。	2ヶ月
4	35	地域や他事業所との関わり連携が少ない	職員全員が急変時や災害時において適切な初期対応ができるように定期的な訓練を実施する。また、地域との連携を取る。	運営推進会議で議題にあげ、地域の方との協力体制を検討する。	4ヶ月
5	49	外出の機会が少ない、外出できている方が限定されている。	・外出の機会を増やし、季節を感じ取れる豊かな暮らしを提供する。 ・全員の方を対象に外出予定を計画する。	・利用者様の状態に応じた計画を立てる。 ・ご家族に協力を仰ぐ	6ヶ月
6	2	事業所と地域との繋がりが少ない	地域のイベントに参加し交流を深める。	敬老会や文化祭への参加、小中学校に呼びかけ等を行い地域との交流を増やす。	6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。
9/10

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	☐ 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た
		☐ ②利用者へサービス評価について説明した
		☐ 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
		☐ 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
		☐ ⑤その他()
2	自己評価の実施	☐ ①自己評価を職員全員が実施した
		☐ 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、職員全員で話した
		☐ 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た
		☐ 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
		☐ ⑤その他()
3	外部評価(訪問調査当日)	☐ 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
		☐ 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
		☐ 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
		☐ ④その他()
4	評価結果(自己評価、外部評価)の公開	☐ ①運営者、職員全員で外部評価の結果について話した
		☐ 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た
		☐ ③市区町村へ評価結果を提出し、現場の状況を話した
		☐ 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た
		☐ ⑤その他()
5	サービス評価の活用	☐ 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
		☐ 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)
		☐ ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)
		☐ 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)
		☐ ⑤その他()