（様式1）　　令和　7　年度

1 自己評価　せせらぎ

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	2873400762		
法人名	社会福祉法人　宝寿会		
事業所名	グループホームゆうゆう		
所在地	兵庫県神崎郡神河町福本字中茶屋山1214－3		
自己評価作成日	令和8年5月	評価結果市町村受理日	令和8年7月3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/28/index.php

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	特定非営利活動法人　福祉市民ネット・川西
所在地	兵庫県川西市小花1－12－10－201
訪問調査日	令和8年6月5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）】

コロナ渦でできていなかった外出を、特別な行事ではなく日常生活の一部として大切にし、
散歩や近隣への買い物、地域行事への参加を通して季節の移り変わりや、地域との繋がりを感じ、
その方らしい暮らしを支援していく。また「ここに行ってみたい」「これがしたい」といったお一人おひとりの
希望にも寄り添い個別の外出にも柔軟に対応していく。季節ごとの外出も取り入れ、お花見、紅葉など日々
の楽しみや生きがいに繋げていく。また家族様との外出や面会の機会も大切にし、一緒に過ごす時間が安心感
や喜びに繋がるように支援していく。ご本人だけでなくご家族様とのつながりも大切にし、外出を通しその方
らしい生活を支え、安心と楽しみのある毎日を提供します。 食事についても、引き続き、職員の手作りの料理を提
供している。田舎料理ではあるが、お年寄りが昔から食べておられた食事を中心に、地元の野菜や旬のものを取
り入れながら、工夫して調理している。

【第三者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）】

今回の第三者評価の自己評価には全職員が参加し、日頃の支援やケアの質について振り返る機会となった。課題や気づきを共有できたことは、支援の質の向上に向けた大きな前進といえる。管理者は職員の主体的な提案を積極的に後押ししており、利用者一人ひとりの日常の暮らしの中から希望や思いをくみ取り、その実現に向けた個別支援を実践している。こうした取り組みは、「ご入居者様が職員とともに楽しみを持ち、自分らしく暮らせるホームを目指します」という理念を日々の支援の中で実践することにつながっている。また、副主任および各エリアリーダーを配置する新たな組織体制を整備したことで、今後さらに役割の明確化や情報共有の充実が図られ、より質の高い支援につながることが期待される。

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	
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
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
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
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
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
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
62	利用者は、その時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

	項　目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
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
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
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
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
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
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

自己評価　　R7年度　せせらぎ

〔セル内の改行は、(Altキー)＋(Enterキー)です。〕

自己	第三者	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	法人理念は「思いやり・安心安全・やすらぎ」ホームは「あたりまえの暮らし」を支援目標とし、各エリア職員一人ひとりが項目を受け持ち、責任持って取り組んだ。出来なかった項目は再度8年度の目標の中に組み入れた。	法人とは別に事業所独自の理念「入居者が職員と共に楽しみを持ち、自分らしく暮らせるホームを目指します」を掲げている。利用者にとって自分の家のように思え、職員も共に楽しいホームを作っていきたいという思いが込められている。令和7年度は「当たり前のくらし」を支援目標に8項目の課題に取りくんだ。	
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	感染対策を踏まえ、若干の外出制限は続けたが町の文化作品展への出展、地域の天理教会からのボランティアの受け入れ等、地域に暮らす一員としての関りが持てるように努めた。	利用者が地域へ出かけ、地域住民と関わる機会は以前に比べ減少しているが、町の文化祭への参加や秋祭りの神輿見物などを通して地域との交流を図っている。文化祭では利用者が制作した手芸や書道作品を展示している。子ども連れのボランティアを受け入れを行い、利用者にとって子どもたちと触れ合う貴重な機会となった。	
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	・認知症検討部会(2ヶ月に1回、副主任) ・事業所連絡会(2ヶ月に一回、施設長、リーダー)これらに参加することで、認知症への理解やよりよい対処方法などを他施設職員や民生委員等に発信、意見交換も行う。		
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	運営推進会議では家族様や包括支援センター職員、民生委員等に出席して頂き、活動報告や意見交換の場を設けている。その際、家族から外出等の要望あれば持ち帰り職員間で話し合い、実現に向けて検討しながら取り組んだ。	町の条例に基づき、4か月に1回、法人が運営する特別養護老人ホームと合同で運営推進会議を開催している。会議には利用者家族、民生委員、地域包括支援センター職員、区長、町役場担当者等が参加している。会議では、入居者の状況や行事、事故発生状況等をパワーポイントで報告し、意見交換を行っている。スライドや映像を活用した報告は利用者の日常の様子が分かりやすいと好評である。	家族へ定期的に送付しているおたよりに運営推進会議の開催状況や議事内容を掲載するなど、情報発信することで、家族の運営に関する理解が深まるのではないだろうか。
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	・入退所連絡、事故報告、加算取得の届出などその都度、説明を加えて報告、連絡を行っている。また、届出についてわからない事柄を聴き、内容を丁寧に教えていただいた。	町の担当職員とは、運営推進会議や他の連絡会などで意見交換を行う機会も多い。業務的な報告や連絡と共に疑問については担当者と直接顔を合わせ、丁寧な説明を受けることで、良好な協力関係を築いている。	

自己	第三者	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
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	入居者に対する不適切ケアが確認された場合は施設長に報告し、早急に職員間での話し合いや会議を行っている。虐待については年に2回以上、身体拘束については4回以上、テーマを決めて話し合いを行っている。	事業所として「身体拘束適正化のための方針」を定め2か月に1回身体拘束適正化検討委員会を開催し、テーマを決めて、身体拘束につながるリスクや気づきなどを話しあっている。現在センサーマットを使用しているが、使い方を誤ると不適切な拘束リスクになることを職員間で共有したうえで、使用している。	
7	(6)	○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注意を払い、防止に努めている	入居者の身体状況の変化については発見したらすぐに職員間で話し合いを行っている 職員研修や外部研修で学んでいる。 （高齢者虐待対応力向上研修） 常に自分たちのケアや行いが虐待に繋がってはいないか、振り返り考えながら取り組んでいる。	「高齢者虐待防止のための指針」を整備し、虐待防止委員会を2か月に1回ほど開催している。委員会では毎回テーマを設定し、虐待防止に関する話し合いを行っている。また、「虐待の芽チェックリスト」を用いて職員が個別に自己点検を実施し、その結果を分析したうえで、日常のケアを振り返る機会として活用している。	
8	(7)	○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	権利擁護に関するパンフレットを備えているが現在はそれに該当する入居者はいない。その為活用はしていないが権利擁護については令和7年度に参加した「認知症実践者研修（1名参加）」の中であらためて学ぶことが出来た。	現在、制度を利用している利用者も、該当する利用者もいない。権利擁護に関するパンフレットは備え、職員は外部研修で権利擁護を学んでいるが、（内部研修として）フィ―ドバック研修は実施できていない。	
9	(8)	○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	入居の契約時にサービス内容や利用料金に関する説明を十分に行い家族に不明な点や不満がないかを確認し理解と納得を得ている。食材費等の値上げについては、家族様に説明し理解を得て同意書を頂く。	入所申し込み時に、事業所見学を勧め、利用者と共に見学に来るケースもあり、面談を行いニーズの把握に努めている。重要事項説明書に沿って丁寧に説明を行い、理解を得たうえで手続きを進めていくよう配慮している。重度化や緊急時における医療に関する確認は入所後に状況に応じて行っている。	
10	(9)	○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	家族様には運営推進会議に出席して頂き、意見を伺っている。家族様からの要望については、柔軟に対応出来るよう努めているが、外出等については、時期的に対応出来かねる場合もあった。	運営推進会議に、利用者、家族が順番で参加している。外出や面会、畑仕事をしたいなど個別的な要望が多く、要望に合わせて個別的な要望に応えられるよう検討し、体制づくりを行っている。	

自己	第三者	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
11	(10)	○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回のホーム会議では、各委員や担当者から意見を引き出し、職員全員が関われるよう努めている。又、月1回の併設特養での主任者会議（施設長・副主任）で意見や提案を伝えることもある。（介護、業務等に伴う意見）	毎月のホーム会議・エリア会議および個人面談を通じて、職員からの主体的な提案を積極的に採用し、利用者の希望に応じた外出支援や、なじみの場所へのドライブ、買い物支援など職員からの提案を活かしている。また、前年度より、副主任およびエリア別リーダーを配置し、職員の意見や提案が出しやすい環境づくりを行っている。	
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	自己評価にて、自己目標の振り返りと共に面談の際、新たな目標を設定することで向上心や仕事に対する意欲が持てるよう努めている。 考課表にて、新しい年度での教育及び役割等の確認を行っている。 永年勤続（5年、10年、15年、20年、25年）表彰と金一封の褒賞がある。		
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	採用時の新人研修、年に6回の介護職によるスキルアップ研修、毎月の職員研修、又、個々の職員に合わせた外部研修への参加に取り組んだ。 （※認知症介護実践者研修…1名）		
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	地域の医療、介護の連携～管理者参加 ・介護事業所連絡会～管理者・副主任・リーダー参加 ・認知症検討部会～副主任参加		
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	アセスメントを基に、本人との事前面談や見学を通して、ホームの生活についてわかりやすく説明。ケアマネージャーの言葉も借りながら、本人の言葉に耳を傾けるようにしている。		

自己	第三者	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
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	家族様との事前面談にて困り事や不安、要望等を丁寧に伺い、思いを受け止めながら信頼関係の構築に努めている。 ホームの生活や役割について、入居後の生活がイメージできるよう、説明している		
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	ケアマネージャーからの情報や事前面談の内容をもとに本人・家族様がその時点で必要としている支援を考える。 安易に入居を勧めるのではなく、家族の住まう場所などから、他の施設利用も		
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	日常的にコミュニケーションを図り本人のこれまでの生活歴や思いを大切にしながら関係作りに努めている。職員は一方的に支援するのではなく生活を共にする者として関わり、個々に応じた支援につなげている。		
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	本人や家族の思いを尊重し安心して過ごせるよう環境作りに努めている。日常の様子を適宜伝えながら信頼関係の継続を図り、必要に応じて家族の意向も踏まえた支援を行っている。家族と協力しながら本人の生活を支えている		
20	(11)	○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	これまで大切にしてきた人や場所との関係が継続できるよう支援している。面会や外出については状況に応じて方法や時間を調整し関りが持てるよう配慮し、本人の安心や意欲の維持に繋がるよう支援している。	「当たり前の暮らし」の継続を目標に、利用者や家族の希望に応じて、外食や自宅への帰宅、入居前から関わりのあった知人や事業所・法人内の馴染みの人との交流など、関係性が継続できるよう支援している。また、日用品の買い物に職員とともに出かけたり、農作業を行ったりするなど、入居前から続いてきた生活習慣や役割を大切にし、馴染みのある暮らしが継続できるよう配慮している。	
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	共同生活の中で職員も入居者様同士の信頼関係に努めているが、トラブルの際は早急に対応出来るよう努めている。テーブルの席の位置の検討も都度行っている。入居間もない方については会話の機会を多く持ち入居者様同士が触れ合えることができるよう努めている。		

自己	第三者	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	ホーム退居し併設特養に移られた方についても、生活の様子を把握している。家族様の相談支援や情報提供を行っている。関係機関とも情報の共有を図り、安心した生活が継続できるよう支援している。		
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	(12)	○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	日常的に会話や関わりの時間を大切にし、本人の思いや希望、やりたいことの把握に努めている。表出が難しい場合も表情や行動から思いをくみとり本人本位の支援につなげている。内容は記録し、職員間で共有している。	本人との会話の中から「自宅に帰りたい」との希望があり実現させた事例がある。また「畑がしたい」の希望には事業所敷地内のスペースを利用し、ジャガイモ、スイカ、キュウリ、トマトなど収穫できるようになっている。個人が選択できることを大切にし、職員が得た情報は申し送りノート・ケース記録で共有している。	
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	これまでの生活歴や生活習慣、価値観等について、本人・家族様からの聞き取りや記録を基に把握している。日常の関りの中でも継続して情報を収集し、その人らしい生活の継続に繋がるよう支援している。		
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	日々の生活状況や心身状態について、日常生活動作や表情、言動等から把握している。日々の記録や申し送り、職員間の情報共有を通し状態の変化を把握し、必要に応じて医療機関や家族様と連携しながら支援につなげている。		
26	(13)	○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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	本人の思いや自己決定を尊重し、本人・家族様・関係職種と連携しながら介護計画を作成している。日々の関りの中で状態の変化やニーズを把握し、定期的な見直しやカンファレンスを通して計画に反映し、より適切な支援につなげている。	申し送りノート・ケース記録で個人のケアについての情報が集約されている。毎月のホーム会議・エリア会議ではより詳細に話し合われ情報が反映されたうえで、介護計画は概ね6か月で更新されている。評価表（モニタリング）は職員が記入するようになったことでより精度の高い内容となっている。担当者会議の内容も職員の意見反映があり丁寧に更新されていることを確認できた。	介護計画書更新の際にはアセスメント表の更新も望まれる。
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	個人の記録はADL表とケース記録を介護ソフトに入力しており、心身の変化など気付いたことは申し送り帳に記録し、口頭でも伝え確認している。日中、夜間の様子も把握できるようにしている。		

自己	第三者	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、その時々に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	本人や家族様のニーズに応じて、ホーム内での支援に加え、必要に応じて医療機関や地域資源等と連携し、多面的な支援が行えるように努めている。（家族が行けない場合の病院への送迎、家族からの要望での選挙への参加など）		
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	町の文化展には作品を出展し見学も行っている。秋祭りへの参加や、クリスマスの時期には神崎高校の生徒さんが訪問されたりしている。又、入居者の中には近くに住まれている甥っこさんが付き添って家の様子を見に行かれたりしている。		
30	(14)	○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	入居前からのかかりつけ医と協力病院に受診されている。基本的には家族様に受診の付き添いをお願いしているが、付き添えない場合は職員が付き添って受診している。	現在は入居前からのかかりつけ医を利用している利用者はいない。基本的には家族が受診付き添いであるが、付き添えない時は職員が代行受診している。、協力医療機関との連携によりスムーズな　予約・診療が可能な仕組みが整っている。	
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	毎週火曜に訪問看護師が健康チェックを行っている。個々の身体で気になること、伝えることを申し送り、それに応じて処置をや、アドバイスを受けている。薬の処方に変更がある時や、入院、退院についてもその都度報告を行っている。		
32	(15)	○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。	本人の情報提供書にて地域連携室との情報交換を行っている。退院後は職員間で情報を共有し、ケアの統一が出来るよう努めている。R7年度から、協力医療機関の会議に参加、連携を深めている。	入院中の利用者が複数名いるが退院予定が目前である。事前にリハビリの様子や看護師からの情報を得ている。退院時の準備は家族と相談しつつ進めている。退院後の日常生活が支障なく過ごせるよう支援するため、職員との情報共有も行っている。「協力医療機関連携会議」は毎月１回参加し利用者情報を含め連携を深めている。	
33	(16)	○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	重度化した場合の終末期を何処で迎えるかについて本人・家族様の思いを尊重した上で、ホームで出来る事、出来ない事を説明し話し合いの場を持っているが、すべての入居者との間で書面を取り交わせていない。	入居時及び状態変化がみられる際に、口頭で説明している。「急変時における医療に関する意思確認書」は事前説明され、納得の上で署名捺印されている。重度化や看取りに関しては事業所で、できる事できないことを明確に説明している。併設特養への申し込みについても丁寧に説明を行っている。	急変・緊急時の取り決めや、看取りを含めた意思確認書を整備し契約時に提示することが望まれる。

自己	第三者	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
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	職員研修、スキルアップ研修で緊急時の対応やAEDの使用方法を学んでいる。事故が発生した場合は、事故報告、ヒヤリハット報告書を作成し、それを基に早急に職員間で対応策を検討している。急変時の対応について、R8年度でホーム内で勉強会を行う予定である。		
35	(17)	○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	年に2回、併設特養と合同で、昼間、夜間を想定し消防避難訓練を実施している。台風や大雨の際は地元の消防団の見守りもある。R6年にBCPを踏まえた防災給食総合訓練も実施。R7年は電気自動車からの電気使用方法を研修で行った。防災行政無線も取り付けている。	法人によるBCPが策定されている。事業所での「非常災害対策計画・避難確保計画」「自然災害発生時における業務継続計画」が整備されている。法定消防総合訓練・避難訓練も実施しており、電気自動車からの電気使用方法の研修も実施されている。防災行政無線も取り付けている。緊急時連絡網は事務所内に掲示されている。災害時備蓄品は事業所内で保管、管理ができている。	
Ⅳ．その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(18)	○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	これまでの生活習慣や価値観を大切にし自尊心を傷つけないよう、安心して過ごして頂けるよう声かけや対応に努めている。虐待、身体拘束適正化委員会では日頃のケアが拘束や虐待に繋がっていないか検討し話合っている。	自身の思いを優先した支援を目指している。利用者が好まない、望まないであろうことを推察した対応を心がけている。不適切ケアに該当するかどうかを常に検証しつつ、該当事案については直接声をかけたり、話し合いを持つようにしている。入室の際には声をかけ、洗濯物を一緒にかたずけるなどし、職員都合での支援は極力避けるように指導している。	
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	日々の関りの中で入居者の希望や思いを引き出し選択の機会を設ける事で自己決定を支援している。お茶の時間、飲みたいものが言えるよう支援している。意思表示が困難な方にも、自分の想いが言葉に出せるよう、働きかけている。		
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	その人の生活歴や習慣、好みを把握しその人らしい生活が出来るよう、又、生活リズムや役割が継続できるよう個別性を大切にした支援を行っている。		
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	病院受診その他、外出をされる際は気温や体調に配慮しながら季節に合った服を入居者と一緒に選んでいる。化粧水、保湿クリーム等、これまで自宅で使用していたものはホームでも継続して使用して頂いている。		

自己	第三者	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
40	(19)	○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	季節毎に旬の食材を取り入れ食欲が出るような盛り付けを工夫している。食事の際にはBGMなどかけゆったりした空間の中で食べて頂いている。テーブル拭きやお膳拭きは、日課となり入居者様にやって頂いている。	季節感を感じることのできる献立を一週間単位で作成し、利用者の希望も柔軟に取り入れ調理している。畑での収穫野菜や、管理者の自宅でとれた野菜が調理されることもある。複数名は配膳準備や片付けに参加できるように、職員が利用者のADLや希望に添う作業を配慮した上で準備し支援している。	
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	個々の食事摂取量、水分量をADL表に記入している。好きな飲み物を希望された時はその都度提供し、就寝時、起床時にも水分補給に努めている。水分の制限がある入居者には医師の指示量で対応している。		
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	口腔ケアが自立されている方は声かけを、そうでない方には一緒に付き添いケアしている。週2回義歯洗浄剤を使用している。訪問歯科を利用されている方は、その都度医師や衛生士による指導を受け、ケアに活かしている。		
43	(20)	○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	入居者一人一人の排泄状況を考慮した上で、記録し、尿意・便意の有無を確認している。プライバシーに配慮しながらトイレ誘導・声かけを行っている。夜間は,ポータブルトイレを利用されている方もおられる。	24時間シートに排泄情報を記録することで、状況把握ができ、適切な誘導が行えたことで汚染が減少した。夜間自室でのポータブル使用者もいる。パッドなく布パンツで過ごす利用者が複数名いる。誘導時には大きな声での声掛けをしないよう努めている。	
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	毎朝食時はヤクルトを提供している。パン食時は、ヨーグルトや野菜を多めに提供し、メニューでは、食物繊維の多い食材を取り入れて、自然排便出来るように支援している。便秘傾向の方には、牛乳なども提供している。		
45	(21)	○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	午後1時半頃から、行事以外の日はほぼ毎日入浴出来るようにしている。体調不良以外の方は、なるべく一日おきに入浴して頂いている。ご自分で入浴準備の出来る方には用意をして頂き、ゆったり楽しく入浴してもらっている。	午後からの入浴で、一日おきの入浴を目指している。行事や体調不良時には曜日変更などで柔軟に対応している。入浴準備については、利用者が自身でできることが維持できる方向で支援している。脱衣所はすっきり整頓されており、安全に入浴できる環境の整備ができている。	

自己	第三者	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
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	入居者に合ったベッド・寝具で休んで頂いている。就寝時の空調・照明については、入居者の方に一度聞いてから温度調整をして安眠できる環境を心がけている。就寝前には好きな飲み物を提供し、リラックスした時間を設けている。		
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	薬が正しく服用出来るように、職員が薬の提供を行っている。朝の申し送り時は職員2名で確認している。。受診記録は、職員が見て確認してからサインをするように努めている。薬が変更になった場合も、記録と同時に口頭での申し送りも行っている。		
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	レクレーションやイベントなどを通して入居者の楽しみや生きがいを支え、ぬり絵・字合わせパズル・歌・体操などで身体機能の向上や職員とのコミュニケーションを図っている。又、自分の役割として洗濯たたみ・洗濯干し・食器洗いなどできる方にして頂いている。		
49	(22)	○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	入居者同士の交流が深まるように気分転換を図っている。ドライブ・桜見物・紫陽花見学・紅葉狩り・入居者自宅までのドライブなどをし、外出によって入居者同士の交流を図り、リフレッシュ出来るよう支援している。	利用者希望での自宅までのドライブや、季節ごとの桜・紫陽花・紅葉見学など実施している。今後は少人数での買い物やドライブなどを、アクティブに実施する計画がある。敷地内でのティータイムや草花・野菜の手入れなどで、気分転換が図れる機会作りに、積極的に取り組んでいく人的環境も整いつつある。	
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	入居者の殆どの方がお金の所持はないが、本人の希望で家族とも確認の上、数千円程度所持されている方がおられる。個人で必要な物品は、ホーム立替金にて購入して頂いている。		
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	家族からの電話は取り次いで話をして頂いている。携帯電話所持の方には自由に使用して頂いている。家族からの手紙はご本人にお渡ししている。本人の希望に応じて電話はかけられるようにしている。		

自己	第三者	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
52	(23)	○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	明るく開放的なリビングや食堂で、庭の木々や花を見て季節の変化を感じて頂いている。対面式キッチンや整理された動線、テーブルを囲むような配置をし会話や交流が生まれる様な空間作りをしている。玄関やリビングには季節の花を、居室前には季節に応じた飾り付けを行っている。	共用空間はアイランドキッチンの設えがあり、調理作業をしながら利用者と対話したり声をかけることができる。整理整頓が行き届いている。リビングからは庭の木々や草花で季節の移り変わりが感じられる。手づくりの手芸品、暖簾など工夫をこらした作品が棚の目隠しや、お風呂の入り口に利用されている。サイズの違うソファや椅子が数か所に配置され、利用者が思い思いに過ごせる空間が確保されている。	
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	一人で過ごしたい方には、外を眺めたり本を読んだりできる空間を設けている。他の方は気の合う入居者同士で自然と会話が出来るよう、テーブルの配置を工夫している。洗濯畳みなど共用空間の中で自分の役割を果たせる場所がある。		
54	(24)	○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	使い慣れた家具や私物を持ち込み自宅に近い環境作りをしている。自由な時間がもてるようプライベートな空間でプライバシーを守りながら、家族の写真や誕生日カード等を飾り入居者が居心地よく過ごせるよう配慮している。	掃き出しの全面ガラス戸で、天井も高いためゆとりある空間である。エアコン・換気扇・カーテン・大きな洗面台が準備されている。ベットはレンタルである。布団は個人の個性がみてとれる。自宅での生活を彷彿とさせる大ぶりな椅子や机が収められている。写真やカレンダー・ぬいぐるみやカードなど、思い思いの持ち込み品がある。家族の面会時には、ゆっくりとすごせる環境となっている。	
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	廊下、トイレ、浴室には安全に立位や歩行ができる様に手すりを設置している。トイレの表示、浴室ののれん、自室の表札で分かりやすく工夫。 対面式キッチンで入居者に合わせた高さで食器洗いやお盆拭きをして頂いている。食事を作る匂いや包丁の音がリビングに広がり食欲を増進している。		

（様式2）

事業所名:グループホームゆうゆう

目標達成計画

作成日： 令和 8年7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）	家族の運営推進会議への関心が薄いように思われる。	ホームのご家族に運営推進会議での話し合いを通じて、ホームの運営に関心を持っていただく	毎月の家族への「おたより」の中に運営推進会議での議事内容を掲載する。管理者発信で行う7月の会議より始める	5か月
2	（13）	年1回、更新しているアセスメント表であるが、ケアプラン更新時に更新し、入居者の変化やプランの内容の見直しに役立てる必要がある。	1Fと2Fの計画作成担当者が共に足並みをそろえて、アセスメント及びプランが更新できる	アセスメント表の更新をプラン更新時、6か月毎で行うよう担当職員と共に	8か月
3	（16）	重度化した場合や終末期のあり方について、ご本人やご家族と話し合いの場を持つことがすべての人にはできていない。	入居者、ご家族と重度化した場合や、終末期をどこで迎えるかを個々に話合い書面に残す。	重度化した場合は、急変時における医療に関する意思確認書を整備し、説明する。	8か月
4					月
5					月

（様式3）

サービス評価の実施と活用状況（振り返り）

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〇印）	
1	サービス評価の事前準備	〇	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
			②利用者へサービス評価について説明した
		〇	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（7月に行う予定）
			⑤その他（　　）
2	自己評価の実施	〇	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、職員全員で話し合った(リーダー以上)
			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
		〇	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）	〇	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
		〇	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
		〇	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	〇	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
			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
		〇	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(予定)
		〇	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(予定)
			⑤その他（　　）
5	サービス評価の活用	〇	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（リーダー以上）
			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）
		〇	③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出する
		〇	④「目標達成計画」に則り、目標をめざして取り組む
			⑤その他（　　）