

(様式1)

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 令和8 年9 月30 日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3490200312		
法人名	グループホーム古田のおうち		
事業所名			
所在地	広島市西区古江新町8-20 (電話) 082-274-7303		
自己評価作成日	令和8年9月30日	評価結果市町受理日	

※ 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で閲覧してください。

基本情報リンク先URL	
-------------	--

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	
所在地	
訪問調査日	

【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）】

当事業所では新施設への移転に伴い、交流スペース「えんた」を活用した多世代交流と地域福祉の向上に注力しています。「もちもちカフェ」の再開や地域イベントの企画、日常的な外出支援を通じ、ご利用者の意向に沿った生活継続を支援しています。また、「百歳体操」の再開検討や避難訓練時のトリアージ確認など健康・安全面の維持向上を図っています。行政や町内会との連携を強化し、地域の拠点としてコミュニティ活性化に貢献してまいります。
--

【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）】

新施設移転に伴い設置された「えんたスペース」を有効活用し、地域コミュニティの拠点としての役割を積極的に果たしている点が高く評価されます。「もちもちカフェ」の再開や多様な地域イベントの企画、日常的な外出・散歩支援を通じ、ご利用者が地域社会とつながりを持ち続けられる工夫が見られます。また、年2回の訓練時に階段昇降能力等を把握するトリアージの実施や、災害時に向けた町内会・行政との密な連携体制の構築など、安全面への配慮も優れています。ご家族の要望を取り入れたドッグセラピーの事前周知など、個別のニーズに応える丁寧な支援体制が構築されています。

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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。	年に一回、法人内で作成した「もちもちの木」テキストを使用して共有して介護の実践につなげている。新入職者はまだ理解に時間を必要とする。		
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。	町内会の一員として、町内会に加入。町内会イベントやコミュニティハウスえんたでのイベントに参加している。	．ほぼできている	R8年度は、百歳体操を、曜日を変更するなど「えんたスペース」を活用して、再開を検討していきたい。もちもちカフェが6月から再開となった。
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。	認知症カフェやコミュニティを通して常に相談や情報提供ができるようにしている		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取組み状況等について報告や話し合いを行い、そこの意見をサービス向上に活かしている。	対面開催で実施している。事業所の状況、事故報告を行い参加者に頂いた意見を受け改善に努めている。		
5	4	○市町との連携 市町担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実績やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取組んでいる。	各種の手続きや確認事項等で連絡を取っている。理事長・ケアマネは、地域包括ケア課との連携を図り認知症ケアの実践を伝え介護事業に貢献している。		昨年は新施設への移転なども含めて密に連携を図った。今年度は、8月に実施指導が予定されている。
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。	「身体拘束の排除理念及び方針」を掲げると共に身体拘束適正化委員会(年4回)研修会(年一回)を開催し、身体拘束について理解を深めている。	充分にできている	記述内容により判断
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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。	虐待について研修を年二回設けている。また、日々のケアで不適切なケアがないか身体拘束適正化委員会が開催されるときに確認している。	充分にできている	記述内容により判断

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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に支援している。	年一回の研修受講を促している。また、入居者1名が成年後見制度を利用されており、実践で学んでいる。		
9		契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、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。	重要事項により説明を行い、内容を分かりやすく説明し、質疑応答を受け納得の上で契約を締結するように努めているが納得の難しいご家族もある。		
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並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。	利用者とは日々の関わりで伝えられる方も伝えられない方も想いをくみ取るように努め家族からの希望や意見はサイボウズシステムを活用し全体で共有している。	ほぼできている	記述内容により判断
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。	申し送りやミーティング・ケアカンファレンス・運営会議・個人面談等意見や提案を聞く機会が設けられているが、参加できる職員が限られている。運営会議を経て意見や提案などは反映されている。		
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。	介護技術評価を自己評価・ベア評価を経てアセッサーがさらに評価している。また、年に1回個人目標の確認し個々の努力や実績の把握に努めている。	ほぼできている	記述内容により判断
13		○職員を育てる取組み 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。	年度で研修計画を作成、スタッフのスキルアップに努めている。また、アセッサーが職員一人一人のケアの実際と力量を把握している。認知症実践研修について初任者から実践者へ、管理者研修受講の機会も確保に努めたい。	ほぼできている	記述内容により判断
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つくり、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組みをしている。	オンライン研修の情報はサイボウズで共有し自分で参加決定ができるようにしている。後日、動画を見て学ぶ環境も整えている。理事長・ケアマネのネットワークを通じて、サービスの質の向上に取り組んでいる。		

自己 評価	外部 評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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 サービスの利用を開始する段階で、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。	入居前の生活環境や交友関係等情報収集して、ケアや支援を提供するように努めている		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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。	ご家族や利用されていたサービス事業者から、生活歴や嗜好、これまでの暮らし方、生活リズムなどについて情報収集を行っている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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。	本人およびご家族の意向を把握・尊重し、その人らしい生活の継続を目指したケアプランの作成に努めている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	「優しい心」を理念に常に温かい職員との信頼関係を築きながら安心して生活することができている。地域の人々との関わりについても、無理のない範囲で交流ができており、より良い日々を送ることがほぼできている。		
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置かず、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。	利用者には一人ひとりの能力に応じて出来ていることを分析し、暮らしの中で必要な家事や役割を担っている。		
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。	ご家族やご友人と面会や外出ができるようにしている。	ほぼできている	記述内容により判断
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。	個別の性格や特性を生かして楽しく過ごせるような席に案内し好みの役割が果たせるよう活動を提供している。		
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。	今後も地域とのつながりを大切にしながら、より良い生活が継続できるよう支援していく。当施設を「多世代交流の拠点」としても活用していただき、地域コミュニティの活性化と地域福祉の向上に貢献していきたい。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価		
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
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	○思いやりや意向の把握 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。	ご家族や利用されていたサービス事業者から、生活歴や嗜好、これまでの暮らし方、生活リズムなどについて情報収集を行っている。それをもとに本人およびご家族の意向を把握・尊重し、その人らしい生活の継続を目指したケアプランの作成に努めている。			
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。	入居前の生活環境や交友関係等情報収集して、ケアや支援を提供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。	介護職が日々のバイタルチェック、日常生活動作などの変化を察知し、医療職との連携を図り適切なケアが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。	サイボウズで現状を共有し、サービス内容について検討する会議を月一回開催している。多職種でモニタリングを行いケアプランの継続または変更を判断している。会議に参加できない職員には、録画視聴ができるようにしている。	ほぼできている	記述内容により判断	
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。	サイボウズやNシステムケアに入力して職員間でタイムリーに情報共有出来ている。その記録を元に介護計画の見直しに活かしている。	ほぼできている	記述内容により判断	
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。	ご家族がおられない方や家族の方が高齢の場合、入院時に必要なサポートは適宜、適切な外部サービスの利用や職員のサポート等で対応している。			
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。	地域包括支援センター、介護タクシー、サロン、認知症カフェや祭りなどのイベント情報を入手するよう努め楽しみのある暮らし方を支援していきたい。R8年度は、「えんたスペース」を使用した、色々な地域イベントの企画や開催を行いたい。			
30	11	○かかりつけ医の受診診断 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。	通い慣れた病院受診や歯科往診など可能な限り適切な医療がうけられるように支援している。必要に応じて専門家医へもつなげている。	十分にできている	記述内容により判断	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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。	オンコールナースの配置及び訪問看護と契約し個々の症状に対応できる体制を整えている。		
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、また、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。又は、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。	アセスメントシートの提出、日々の体調や認知症状など報告している。また、病状について疑問があれば相談している。入院時には、生活状況の情報を提供し、入院計画に応じた支援に努めている。退院前には、事前にADLや病状予後についての情報が入手できるよう連絡調整を図っている。		
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。	契約時に「重度化した場合における対応に関わる指針」を説明し意向を確認している。病状の変化や段階に応じて都度本人・家族の意向を確認しながら終末期には医師・看護師・家族・職員で改めて話し合いグループホームで出来る支援をしている。	ほぼできている	記述内容により判断
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。	年に一度、法人内の研修で、急変時の対応、事故発生時の対応について学んでいる。またオンコールの看護師や同施設内のデイサービスの看護師、主治医から指示を受けて実践している。適時チャートの見直しが必要。		
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。	消防訓練・避難訓練を年に2回実施している。災害時等の備蓄は、入居者9人と職員3人が災害時に要する水、食材備品を3日分常時蓄え管理している。BCPを作成し、職員間で共有している。	充分にできている	年に2回の訓練時に、利用者が階段を昇れるかなどを確認し、トリアージしている。災害時に町内と連携できるよう、町内会とも検討している。
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格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。	言葉遣いをはじめ、人生の先輩として常に敬う気持ちを忘れないようにしている。ユマニチュードの実践を振り返り、技術を深めるよう努めている。認知症であっても本人のプライバシーが守られるように入室時にはノックをするように努めている。	充分にできている	記述内容により判断
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。	職員が声掛けをすることにより、お花見や地域の祭りイベントに参加することができた。		
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。	起床時間、就寝時間、食事について本人の体調や希望に配慮した支援を心掛けているが、業務の都合や職員の動きに合わせたペースになってしまう場面もある。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	好みの服を選んでいただく湯にしている。		
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。	職員が手作りの日に好みのものを作ったり、食器洗いや盛り付けを利用者と職員が一緒にしている。	充分にできている	記述内容により判断
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。	一人ひとりの体調に合わせて、必要な水分量をケアプランにいれている。食事量や食事形態も病気、口腔状態、好みに合わせ工夫し支援している。		
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。	毎食後口腔ケアを実施するよう促しているが本人の拒否や失行・失認で行えないことがあるため必要に応じて訪問歯科の診療を提案して口腔ケアに努めている。	ほぼできている	記述内容により判断
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向けた支援を行っている。	排泄パターンのデータをとりタイミングや姿勢、運動マッサージ、食事の工夫等個別の対応を行い便秘予防の実践をしている。また、主治医と連携して、便秘改善に取り組んでいる。	ほぼできている	記述内容により判断
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。	飲食と排泄の分析をして必要な対応をここに支援している。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている。	基本的には、週間サービスで週2～3回の計画を立てているが本人の気分や体調により変更対応もしている。シャワーチェアや浴槽内のリフトの設備があり、重度介護になっても入浴可能となっている。		
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。	眠れない方にホットミルクの提供し、お腹が減ってリビングに出てこられた方におやつを提供している。自室のベッドで休息が取れるようにしている。個室で寂しい方には、眠くなるまで食堂でスタッフが寄り添っている。		
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。	薬局の居宅療養管理指導を受け薬の管理及び適切な服用、使用ができるように連携している。	ほぼできている	記述内容により判断

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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。	利用者の趣味や要望を尊重し、自尊心を傷つけないように能力に応じた役割や楽しみを継続して行えるように工夫している。		
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。また、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。	季節によって制限もあり、すべての希望に添えなかったが、気候の良い時はお散歩に行ったり、ご家族と一緒に外出を楽しんでいただいた。	ほぼできている	R8年度、新施設になってからは、「えんた」でのイベントに参加したり、散歩等の外出機会が増えてきている。
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。	希望があれば、家族・後見人に同意を得て所持できるように支援していく小遣い程度は職員が預かり援助している(菓子、化粧品、下着程度の購入)		
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。	希望に応じるようにしている。 オンライン面会も予約をいただければ可能としている。		
52	19	○居心地の良い共用空間づくり 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。	廊下、風呂場、トイレには手すりやバーを設置し、安全に生活できるようにしている。食事の席は状況によって配置を変更している。壁などに季節やイベントごとの掲示物を張り替えている。	ほぼできている	記述内容により判断
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。	集団生活のため、自分のペースではない場合があるが、体調や様子を確認しながら本人のペースで生活できるよう努めている。		
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。	入居時に持ち込み可能としている。馴染みのある写真・家具・人形等を、ご家族に持参していただき置いている。	ほぼできている	記述内容により判断
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」や「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。	自分自身では行えなくなっても介護職が見極めできそうなことを拾い上げたり難しかったことはそっと手伝ったりしている。		

V アウトカム項目			
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。	○	①ほぼ全ての利用者の ②利用者の3分の2くらいの ③利用者の3分の1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	○	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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
60	利用者は、戸外への行きたいところへ出かけている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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ます	○	①ほぼ全ての家族と ②家族の3分の2くらいと ③家族の3分の1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	○	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の拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている	○	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、生き活きと働けている	○	①ほぼ全ての職員が ②職員の3分の2くらいが ③職員の3分の1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3分の2くらいが ③利用者の3分の1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3分の2くらいが ③家族等の3分の1くらいが ④ほとんどできていない

(様式2)

2 目標達成計画

事業所名 グループホーム古田のおうち

作成日 令和8年9月30日

【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	8	意見交換の機会はあるが、勤務体制等の理由により参加できる職員が限られている。	全職員が運営改善に関与・提案できる重層的な体制を構築する。	サイボウズ等のITツールを最大限活用し、会議不参加者も意見投稿可能なスレッドを常設せよ。会議録画の視聴とフィードバック体制を徹底強化する。	6ヶ月
2	12	研修計画はあるが、認知症実践研修（初任者・実践者）や管理者研修等の公的研修の受講機会確保がさらに必要である。	職員の役割に応じた公的研修の計画的な受講を完遂する。	法人内アセッサーによる力量把握に基づき、個別のキャリアパスに応じた外部研修受講スケジュールを厳格に策定する。	12ヶ月
3	24	定期訓練は実施しているが、現状の職員体制に即した対応チャートの適時な見直しが求められている。	最新の体制に即した緊急時マニュアルの最適化と組織的な実践力の向上。	オンコール看護師、同施設内のデイサービスの看護師、協力医との連携フローを再確認せよ。現体制に合致した対応チャートへ改訂し、実戦的シミュレーション訓練を遂行する。	3ヶ月
4	27 40	業務都合のペースになる場面があり、思いを表現できない方への意向把握技術に職員間のばらつきが見られる。	利用者の意向を最優先した「その人らしい」生活リズムの完全確立。	ユマニチュードの技法（ノック、言葉かけ）を再徹底せよ。意向把握困難な方への「クローズクエスション」による聞き取り手法をチームで共有し、介護技術を平準化する。	6ヶ月
5	2 45	新施設移転後の交流機会をさらに深化させ、地域行事への参加や「コミュニティハウスえんた」の活用を定着させる必要がある。	多世代交流の拠点としての機能強化と、地域行事への積極的参画の推進。	実施曜日の変更等の検討を含め「コミュニティハウスえんた」での百歳体操を再開の検討。ドッグセラピー等の情報を家族・地域へ早期アナウンスし、外部参加を募る仕組みを構築する。	6ヶ月

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。

(様式5)

3 サービス評価の実施と活用状況

事業所の外部評価の実施と活用状況について振り返ります。
「目標達成プラン」を作成した時点で記入します。

【サービス評価の実施と活用状況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合った
		☐	② 利用者への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を説明するとともに、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、職員全員で話し合った
		☐	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合った
		☐	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踏まえて、評価調査員と率直に意見交換ができた
		☐	③ 対話から、事業所が努力・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
		☐	③ 市町へ評価結果を提出し、現場の状況を話し合った
		☐	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合った
			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話し合い、「目標達成プラン」を作成した
		☐	② 「目標達成プラン」を利用者、利用者家族や運営推進会議へ説明し、協力やモニター依頼した（する）
		☐	③ 「目標達成プラン」を市町へ説明し提出する
		☐	④ 「目標達成プラン」に則り、目標を目指して取り組む
			⑤ その他 ()