

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	1670102050
法人名	有限会社 日和
事業所名	ひより
所在地	富山市蜷川 1 1 - 1 1
自己評価作成日	令和7年8月1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）】

23年に亘り、利用者様ひとりひとりの価値観、生活歴、最終的な希望を重視したケアを実践してきました。口から食べられる方は体調を崩しにくく、認知症の進行も緩やかであることに着目し、管理栄養士、歯科医師と連携を取り、いつまでも”食べられる”ための工夫を行っています。また開設当時から看取りを行っており、地域の医療機関や訪問医師、看護師と密に連携しご希望があれば終末期まで施設内で過ごせる体制を整備しています。地域にも認知症のことを知っていただくための活動もしています。今年度は今一度基本を見直し、心機一転頑張っていこうと思っています。

※ 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）】

「基本の基を大切にしていきましょう」をスローガンに掲げ、利用者一人ひとりと深く関り、質のあるケアに繋がっている。「一人ひとりの思いを大切にしたい」という職員の思いから職員ごとの意見の違いがあり、職員全員が同じ方向を向けるよう話し合いを繰り返し、良いケアを提供することができている。また、終末期と診断されても、本人の生命力に寄り添うケアをおこない、終末期を乗り越えられた利用者もいる。事業所で働く職員は「利用者の情報共有がしっかりできているので、業務につきやすく、統一したケアを行うことができ、働きやすい環境である」と生き生きとした表情でケアを行っている。

【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9月11日	評価結果市町村受理日	令和7年10月22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	施設理念を玄関と職員事務室に掲示し、日々唱和を行い確認している。今年度は、基本を見直し利用者様も職員も笑顔で過ごせる環境作りをスローガンに掲げ日々の支援の中でなれ合いになっていないか、職員間で疑問に感じた事などは常に話し合いや勉強会を行うことで基本の見直しを図っている。また理念を基にした実践項目が人事考課項目となっている	法人理念はホームページやパンフレットにも掲載しており、新人職員教育の場でも職員が話し合いで作った「私たちが大切にすること」の冊子を基に理念も含めて学ぶ機会を設けている。また、介護の基本を見直し、利用者も職員も笑顔で過ごすことが出来る環境作りを目標に、みんなでスローガンを考え、理念に基づき統一したケアが実践できるように努めている。	
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	地域包括支援センターを中心として地域の特養、障害者施設、子供食堂、老人会、ボランティアグループ、カタレ富山等が集まり「にながわファーム」を作っている。そこでジャガイモやサツマイモ等の野菜を地域の方々との交流を楽しみながら、役割をもって活動させて頂いている。	コロナ禍前は地域の「ほのぼの会」が中心となり、地域、家族、利用者が一緒に夏祭りを楽しむ機会があったが、今年度の夏祭りは3つの高校の生徒ボランティアの協力を得て開催した。また、近隣の小、中学校に特別教室として、認知症当事者の方を迎え、話をしてもらう等、認知症の理解を深めてもらう活動も行っている。	
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	地域包括と連携し、小学校や中学校で認知症の当事者を招いて講演会、授業を行い認知症ケアの普及に努めている。		
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	運営推進委員の方から、地域の行事やイベントについて教えて頂き地域行事に参加している。運営推進会議で災害時の対応について意見交換したり、これからの課題などについて話し合っている。	運営推進会議で、災害時の地域の現状を話してもらうとともに、「お互いに協力していきましょう」という力強い言葉をもらうなど、事業所と地域が繋がる場にもなっている。地域包括支援センターからは、「同一地域のグループホームが合同で何か取り組みをしていったらどうか」という意見をもらい、現在協力を得て、実現に向けて動いている。	
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	運営推進会議に包括支援センターの方に参加して頂き、施設の取り組みを報告している。意見やアドバイスを頂き利用者様の活動支援に生かしたりしている。	地域包括支援センターから、「事業所の取り組みを地域に発信していったらどうか」という意見をもらい、現在検討している。また「にながわファーム」をはじめ地域交流にも提案してもらっている。	
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	身体拘束適正化委員会を2か月に1回開き、不適切ケアのこと、声のトーンも拘束につながることを話し合い普段のケアの中でも身体拘束につながらないよう気をつけている。	身体拘束適正委員会はミーティング時に開催し、職員全員で話し合いや研修に参加している。勤務などの都合で参加できなかった職員にも共有できるようになっている。研修では身体拘束に至らないための基本知識をテーマに、基本の振り返りをおこなった。以前は「ちょっと待っていて」など、不適切ケアに繋がりそうな言葉がけも聞かれたが、現在は改善されている。	

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	年に2回社内研修会で虐待につながらないケアについて理解するというテーマで学んでいる。不適切ケアにつながらないようにアンガーマネジメントについても学んでいる。		
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	成年後見制度については勉強会で理解を促している。 ご家族が県外在住の方や県内在住の方でも対応が難しい方には成年後見人制度のご説明をさせて頂いている。		
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	契約、解約の際には利用者様、ご家族の思いを充分にお聞きした上で、当事業所のサービスについて説明している。		
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	計画作成担当が6か月ごとにご家族の意向・思いを聞いて確認している。毎月ご家族に書面でご様子を報告している。又、家族の思いは、電話や携帯メール、面会等でその都度確認している。ご本人からの希望や意見を介護記録に書き留め、勉強会や申し送り時にスタッフ間で共有している。	家族から薬局についての困りごと相談に応じ、調べて伝えたことがあり、それを機に事業所としても事前に情報をまとめ、家族に紹介するようになった。また「職員の名前や顔、当日の出勤者などがわかるといい」という要望に応えるため、廊下に顔写真を掲載するとともに、当日の出勤者がわかるように環境を整えた。家族からの意見や要望は管理者が折り返しメッセージアプリやメールなども活用し返答を迅速に行っている。	
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	職員は年2回の施設長・管理者との面談をしている。その際に運営に関する意見や提案を聞き取って施設運営に反映できるようにしている。	夜勤時の仮眠室が2ユニット同室のため別々にしてほしいという要望があり2部屋に分けたり、冬場の灯油の補充時に寒くて苦痛だという話を受けてFFファンヒーターに変更するなどの対応を行った。職員からの要望や提案になるべく応えられるように代表者や管理者は検討し、働きやすい環境を提供している。	
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	キャリアパス制度より、資格取得、年数によって、昇進・昇給できる仕組みになっている。年2回スタッフが自己評価を行い、施設長・管理者との面談と合わせ全体を評価や個人目標を基に、スキルアップに向けアドバイスしている。また、家庭環境に合わせて勤務希望に添えるようにしている。		

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
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	勉強会での認知症についての講義や外部研修などで、認知症の専門研修の受講で知識を吸収できるようにしている。施設外の講師を依頼し「人間力」を高める研修を実施している。人材育成、人事評価制度を整備し、向上心のある職員作りに努めている。		
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	富山県グループホーム連絡協議会に入っており、富山市のグループホームの研修に参加している。外部の介護研修に参加し職場で伝達講習しケアの質の向上を図っている。		
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	入居後の初期段階では、ご本人に寄り添い、希望を伺いながら表情、言葉などから思いを読み取る関わりを強化し、信頼関係を作れるよう心掛けている。また、他の利用者様とコミュニケーションが取れるように間に入る事や座席を考慮している。少しずついろいろな職員が関わり、記録に残すことで情報を共有できるようにしている。		
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	初期面談では、認知症を発症される前の生活と発症後の生活の変化によるご家族の心身の負担感についてご家族の思いをお聞きしている。どのような部分で助けが必要で、どのような部分で今後もご家族が関わりが可能なか、お話しの中で読み取るようにしている。電話やメールでご様子をお伝えする等、お一人おひとりに合わせ対応している。		
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	入所時にはセンター方式やご家族様が知っている情報を記載していただき、今困っておられる事、これまでの生活スタイルで大切にしておられる事についてお話を伺い、入居後に継続して行えるようにしている。		
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	現在、持っておられる能力を発揮して頂けるよう環境を整え、ご本人に担って頂ける役割、気持ちよくできる仕事をお勧めすることで、感謝を伝えられる場面を作っている。		

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
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	毎月書面でご様子を報告し、ご家族の思うご利用者様の生活への意向については電話、メール等頂いている。感染対策を行いながら対面面会やオンラインを活用しての面会もできる様にしている。また、季節の衣替えや受診同行など、家族にも役割を持っていただいている。		
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	医療機関への受診等、ご家族にも積極的に参加してもらっている。また、地区の認知症カフェにお出かけし、近所の方や包括支援センターの方との交流が継続できるように図っている。	園芸が好きな方と苗と一緒に買いに出かけたり、おわらが好きな方とおわらのイベントに出かけたりと本人が大切にしてきたものが継続できるように支援している。また、身体が不自由な方との電話の取次ぎや葉書のやり取りで、会えない人との関係性を繋ぐようにしている。地域のイベントで馴染みの人と会うことが出来ることも利用者の楽しみとなっている。	
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	利用者様同士の相性や、関係性を観察し、座席の配置を工夫している。難聴や言葉の少ない利用者様には職員が言葉のかけ橋になるよう支援している。		
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	入院等で契約が中断した方にも、病院の連携室と連絡を取り、入院生活に必要なものを届けたりしている。遠方の家族の相談も受け入れ支援している。退院後の施設を探すことも手伝っている。		
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	入居時に暮らし方の意向を、ご本人や家族から聞き取りや日頃の会話やしぐさなどから把握している。アセスメントシートや申し送りノートやカルテに記載し、計画作成に生かしている。	月に一度の勉強会で、本人の病気や性格を勘案しながら普段の会話の中で得た情報を経過記録に記載し職員間で共有している。また、アセスメントシートは6か月に一度更新し、一人ひとりの思いや意向が実現できるように検討している。	
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	入所時にこれまでの生活についてご家族や本人から聞き取りを行っている。センター方式にご家族のわかる部分を記載して頂いている。又、職員も関わりから分かったことを記入し、スタッフ間で共有している。		
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	午前午後のバイタル測定を行い健康状態の把握に努めている。その中で本人の望む「できること」「楽しいこと」に目を向けて個々のアクティビティを行っている。		

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
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	個々の利用者には担当職員がいてモニタリングを行っている。必要時はミーティングを開催し皆の意見を取り入れている。	利用者の思いや家族の思いをケース記録に記載し、一人ひとりの困りごと、ニーズなども含めて倫理4原則、ICFなどを個々に合わせて活用し、担当者会議で話し合い、みんなで考えながら介護計画書を作成している。モニタリングは担当者が普段の様子を丁寧に記載し、行っている。モニタリングの結果は利用者の普段の様子が伺える写真とともに、家族に毎月送っている。	
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	日々のご様子や新たな気づきは申し送りで話し合い共有し個別に記載している。カンファレンスなどでは細かく評価している。困難な状態の変化があった時は、ケア会議を開き、職員全員で話し合って計画作成に反映している。		
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	グループホームの生活の中で、口腔、栄養、身体機能、家族等の状況により多職種の専門的な支援が必要になることが多々ある。そんな時は多職種連携がスムーズに行われるよう日頃から関係を密に行っている。又、一人ひとりの思いに寄り添い臨機応変に対応するよう取り組んでいる。		
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	運営推進会議では、地域の行事やイベントについて教えて頂き、利用者様が参加できそうな行事には参加して頂いている。入居者様の地域の地域資源も活用している。		
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、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	入所前からのかかりつけ医に往診してもらっている方や、近くのクリニックに往診してもらい、連携を取りながら健康維持に努めている。眼科、歯科等専門医の診察が必要となった時は家族と相談しながら専門医の受診ができるよう支援している。	医療連携ノートで、事前に知らせること、診察後の状態や指導、薬の変更などが一覧で書かれており職員が状態を把握しやすいようになっている。また、医療連携ノートはメッセージアプリでもグループで共有している。家族が同行して受診する際には、受診後の様子を家族から口頭で聞いたうえで、事業所がわからないところは改めて専門医に電話で連絡する等、医療機関との連携が取れるように努めている。	
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	入居者様の体調不良時には、看護師に報告し状態の確認を行っている。必要時はご家族や主治医へ報告し、必要な医療を受けられるように支援している。また、ターミナル期に必要なであれば訪問看護を取り入れ連携を取っている。		

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
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、地域医療連携室の方と連携を図り、入院前の状態をお伝えするなど情報の交換を行っている。退院後は、入院中の状態や今後の注意点をスタッフ間において共有し、穏やかに過ごせるように施設の雰囲気や言葉かけに心掛けている。また、主治医との連携を細目に行い状態の変化に対応している。		
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	契約時、医療連携体制指針に基づき、重度化・終末期の施設の指針を説明し、理解を頂いている。入居者様の状態に応じ、その都度今後についてご家族の意向を確認している。	終末期には、医師、事業所、訪問看護ステーションがメッセージアプリで情報を共有し対応している。訪問看護がオンコールでの対応も担い、医療と介護の連携において、介護職員が不安にならないよう体制を整えている。また、看取りの研修を年に1度行っている。今年度は「認知症の理解と看取り介護における基本的な考え方(意思決定支援)」について学んだ。	熱心に研修の機会を設け、職員も参加しているが、職員の理解がどの程度なのか図り、職員一人ひとりの習熟度に合わせた今後のケアや研修の向上に繋げていくことに期待したい。
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	起こりうる急変や事故に備え、転倒・嘔吐等のケースごとの対応の流れをマニュアル化しいつでも見ることができるように配置している。また、スタッフに各入居者様の既往や状態の周知や勉強会で、対応を確認している。救急搬送時の情報提供書を作成している。		
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	年に2回避難訓練を行い、スタッフや利用者様ともに災害時の避難方法、場所の確認や利用者様の担送・独歩の確認をしている。災害訓練として、避難確保計画をスタッフ間で共有し、実際に車で避難場に行く事や備蓄食を食べて、防災意識を高めている。水害時には、避難場所の福祉プラザ、一時的に光風会に避難させてもらうことにしている。	近隣の福祉施設との連携を図り、お互いに協力体制が取れるようになっている。自然災害における職員の安否、出勤の有無が確認できるように一斉に発信するシステムがあり、緊急時に迅速に使用できるよう普段から活用している。また、備蓄においては、少ない職員でも対応できるように、火や水を使わず対応できるゼリーやビスケットに変更した。	
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	勉強会では、倫理やプライバシー保護を学び、尊厳あるケアとは何かを話し合っている。利用者様一人ひとりに合った関わり方を検討し尊重したケアを実行している。	無意識に声掛けを行うと不適切な言葉になりやすいため、ケアするときに意識して声掛けすることを大切にしている。無意識の行動を意識化するように伝えている。	
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	言葉での思いや希望を表出できる方には、隣に座りお話をじっくり聞く場面を設ける事や何気ないお話の中でも「したい」を聞き逃さない様に努めている。言葉での表出が難しい方には、表情やしぐさなどのご様子をよく観察し、思いを察するよう努めている。		
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	一人ひとりのペースに合わせた支援を行っている。これまでの習慣として、してこられた日課の朝刊読みや嗜好の習慣となっているコーヒー、お経を唱えるなど、その人らしい暮らしが継続できるよう寄り添っている。レクリエーションにおいては、利用者様一人ひとりの体調、気分に合わせて好きな作業を行ってもらえるようにしている。		

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
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	2ヵ月毎に理容師が訪問し、ケアカット、顔の髭剃り、髪染めをしてもらっている。ご希望の髪型にしてもらえるように関わっている。また、鏡の前でお化粧ができるようにしている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	一人ひとりの利用者様の疾患や好みに合わせて、主菜等を変更しお出ししている。食事の下準備や盛り付け、片付けを利用者様の「できること」を一緒に行っている。プランターで作った野菜や貰った野菜で利用者様と話し合っただけの酢の物や煮物を作っている。おやつでは鏡開きにお汁粉作りを行っている。	食事は外部から湯煎で温めるものを利用しているが、プランターで育てた野菜で一品多く提供したり、ピュッフェ形式で提供したりすることもある。他に、スイカを最初からカットされたものを提供するのではなく、丸ごとを持ってもらい、重たさや冷え具合などを身体で感じてもらい、食べ物に対する回顧にも繋げている。また、手作りおやつや外でのお茶会なども取り入れている。	
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	一人ひとりの身体の状態に合わせて、食形態を工夫している。必要時は一日の摂取カロリーや水分量を主治医、外部の管理栄養士に相談して助言、指導を受けている。毎日の習慣で、コーヒー、乳酸菌飲料等頂かれる時間にお出ししている。また、水分はお茶だけでなく、ジュース、紅茶、ゼリー等をお出したり、ウォーターサーバーをフロアに置き自由に飲んでいただけるようにしている。ご自分で食べられるように、お茶碗の素材を変えたり、箸やスプーンは希望に応じて選択して頂いている。水分や食事量を記録し過不足していないかをスタッフ間で共有し、利用者様に声かけを行っている。		
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、口腔ケアをして頂いています。歯科衛生士がお一人おひとりの状態に合わせた口腔ケアの指導、助言を受けて口腔ケアを行っている。		
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	排尿・排便チェック表を利用して、一人ひとりの排泄パターンを把握し支援している。排泄状況が変化されたときは、より良い声かけ等、支援方法をスタッフ間で検討している。排泄委員会が中心になり業者さんと情報共有しながら、その方にあった紙パンツやパットを使用することで最小限に抑えられるよう検討している。	カンファレンスで個々のおむつの種類やトイレ誘導の間隔を話し合い、一人ひとりにあった支援をしている。排便においては、腹部の状態に応じた乳製品やオリゴ糖、オリーブオイルなどで、便秘の予防に努めている。	
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	乳製品、乳酸菌飲料水、オリゴ糖を飲んで頂き、日々の水分も不足しないよう支援している。また、腸の活動が不活発にならないように毎日体操やできる方には散歩などの支援をしている。		

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
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	お風呂は毎日沸かしている。利用者様と職員が1対1で入浴していただいている。基本的には入浴日と時間を決めていたが、希望時にはその都度入浴して頂けるよう環境を整えている。身体の汚染があった時や、皮膚トラブルがあった時はその都度入浴して頂いている。身体状況に合わせて、普通浴槽とリフト浴槽を完備している。	基本週2回の入浴となっている。入浴準備は利用者様と職員と一緒に、着替えなど自分で選んでもらっている。自分で選べない方にも自己決定を促す言葉がけを行っている。身体の拘縮がみられ、座位が保てない人にも入浴してもらえるように、取り組んでいる。	
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	居室の温度、湿度、明るさ、音などの環境整備に努めている。日中は、利用者様の意思で静養や自由にそれぞれの時間で過ごされています。夜間は、消灯時間は決めて各自でテレビをみたり、読書をして個々に自由に過ごされている。落ち着かれない方には、必要に応じ飲み物などを用意したり、お話を聞いたり、安心して休めるよう関わっている。		
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	内服の変更があったら、スタッフに副作用や効能について伝わるよう申し送り、ご様子に変化が無いか観察するようにしている。また、ご様子に変化が見られたら、長期服用や内服薬の変更による影響がないか主治医や居宅療養管理指導の薬剤師に相談している。利用者様一人ひとりの内服支援をスタッフ間で共有し実行している。		
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	入所の際にはこれまでの生活歴や趣味について聞き取り、好まれる活動を把握するようにしている。日々の生活の中では、料理、畑仕事など、個々の得意なことを役割として頂いて、活躍できる場の提供に努めている。野菜作りを始め収穫を楽しみ、成長の喜びを感じてもらっている。		
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。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	車の中から眺めるお花見等のドライブをしたり、玄関前を日向ぼっこをしながら野菜やプランターの花を眺めたり、施設周辺の散歩に出かける機会を増やしている。クラフト作りが得意な方には臨床美術にお連れする等、本人の「したい」の支援を行っている。	日常的な外出が中々出来ないが、外でお茶会を開き、お茶やお菓子を食べてもらう取り組みをしている。限られた利用者ではあるが、自分の「したい」支援に向けて定期的に外出する機会を設けている。	出来ることから、利用者が日常的に楽しんで外出できるような、人的・物的環境作りに期待したい。

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
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	現在はお金を所持しておられる方はいませんが、今後買い物支援などを行い、自分で支払っていただけるような環境を提供していきたい。		
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	事業所の電話を利用して頂き、ご家族とのやり取りをして頂いている。オンラインやテレビ電話を活用してお互いの顔や様子が見え、きずなが深まるよう支援をしている。利用者様宛に届いた手紙の受け渡しを行っている。		
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	玄関、フロアには季節の花を生けたり、共有のスペースの壁面には季節を感じて頂けるよう、利用者様が作られた作品を掲示するなどの工夫をしている。ソファやベンチを置き利用者様が落ち着ける場所づくりをしている。また、利用者様の好きな音楽DVDを流して癒しの空間づくりもしている。穏やかな気分で過ごして頂けるよう、明かりやクーラー、暖房等を気候に合わせて調整。人も環境の一部であることを念頭に環境を整えるよう努力している。	廊下には利用者の作品が展示してあり、利用者の話題作りの一環となっている。一つのユニットは天井が高く、梁が見え圧迫感のない作りとなっている。また、共有スペースではあるが、一人になれる空間を設けてあり、利用者の気持ちの状態に合わせて過ごせる場となっている。	
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	一人ひとりの気分に合わせて居場所が選択できるように工夫している。一人で過ごせる空間として椅子を置いたり、外の空間を楽しんでもらえるようテラスにテーブルとベンチを置いたりしている。フロアの自席を気の合う利用者様同士が楽しく会話ができるように配慮している。		
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	各居室には、長年使ってこられた家具や、ご自分で書かれた作品、ご家族の写真を配置し、落ち着いた気持ちで過ごせるよう支援している。また、タオルケットなども自由に持ち込み、安眠できるようにしている。	洋室タイプと和室タイプの居室があり、どちらにも低床ベッドがおいてある。また、低床ベッドは本人の動きやすい気持ちを阻害しないように個々に合わせた高さになっている。居室には自分の作品が貼ってあり、面会者などに見てもらおうことで、QOL(生活の質)の向上にも役立っている。	
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	お好きな時にお好きな所へ移動できる機会を増やすため、建物の各所に手すりの設置や物や椅子等を整理整頓している。また、便所や風呂場等に「トイレ」「ゆ」と大きな文字で案内を掲示している。スムーズに入れるよう支援している。ご自分の部屋が分からない方の部屋の戸には、分かれるまで大きな字で表札を作ったりしている。また夜間はトイレの明かりを点けたままにし、トイレが分かりやすくなるよう工夫している。		

2 目標達成計画

事業所名 グループホーム ひより

作成日: 令和 7年 10月21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	49	外出支援は行っていたが、コロナなどの感染症もあり、日常的な外出支援の頻度が減ってきている。	日常的な外出支援を増やしていく。 本人がしたいことを聞き実現する。	日常的に外出できるような企画を立てる。 個々の希望に応じた外出支援を行う。	6ヶ月
2	33	研修・勉強会は、行っており職員の参加率も良いが理解しているのか把握が出来ていない。	自分自身と事業所内での振り返りを行うことで、理解度の把握を次につなげる。	次回の勉強会時に振り返る時間を設ける。理解できていない職員には、その都度伝えていく。	6ヶ月
3					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()