

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	1690100142
法人名	有限会社 日和
事業所名	グループホーム日和野
所在地	富山市下野1784-6
自己評価作成日	令和7年10月1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等で閲覧してください。

基本情報リンク先	
----------	--

【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10月27日	評価結果市町村受理日	令和7年12月12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）】

グループホーム日和野では、家庭的な環境の中で入居者様一人ひとりの尊厳を大切に、入居者様の「できる力＝残存能力」を活かす事、入居者様の「やりたい」という気持ちを尊重し、実現できるよう支援しています。職員が必要以上に手を出さず、職員と一緒に考え行い、時には見守る事を中心とし、自分のできる喜びや自信を保ち、日々の生活の中に喜びや生きがいを感じていただけるよう取り組んでいます。また、アセスメントに基づくケアプランを作成・評価し、医療機関や多職種・御家族と連携しながら安心していただける生活を提供しています。地域との交流を重視し、住み慣れた地域での暮らしを継続できる場として、信頼されるグループホームを目指しています。

【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）】

利用者が「やりたい」と思えることができるように職員はいつも思いを汲み取ろうと努めている。看取りを含め、本人がやりたくないことはやらなくても良いとし、前向きな考え方で常に建設的な意見を出し合い、次のケアに繋がるように話し合いを深めている。小規模多機能型居宅介護事業所と併用していることも強みと捉え、地域との繋がりを大切に、積極的に他事業所と共同で認知症カフェを開催した。避難場所の選定には専門家からも意見を聞き、市役所に相談し変更している。利用者、家族、地域の方々から信頼され、「日和野でよかった」と思われるよう活動している。

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広がったり深まり、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	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、安心して暮らさせている。 (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
<b>I.理念に基づく運営</b>					
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	キャリアパス委員会により、理念を具現化する為、行動方針として「私たちが大切にすること」を作成しました。また、年に1度職員間での絆を深める為、「キュン、キラッ、ほっ、キャンペーン」を行っており、日野の理念である思いやりを職員間でも実践できるようにしています。人事考課は、考課項目ごとに効果段階を行動に落とし込む事で、目指すべき職員像が明らかになり、理念に基づいた統一したケアに繋がると考えています。	キャリアパス委員会で「私たちが大切にすること」という小冊子を作成し全職員に配布している。創設者自らが年1回理念について講義している。職員間では「キュン、キラッ、ほっ」キャンペーンとして職員の良いところをメッセージカード形式で伝えあっており、投票により事業所や職員を表彰している。	
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人として日常的に交流している	バザーに向けて入居者様と一緒に作成した作品を、地域の小学校に出品したり、認知症サポーター養成講座を通して小学生との交流を図れました。また、認知症カフェの開催、地域のゴミ拾い活動への参加も入居者様とする事ができ、地域の方との交流を図る事ができました。	他事業所と共同で認知所カフェを開催したり、町内のゴミ拾いや近隣の小学校バザーなど、利用者本人が参加している。若年性認知症の方の講演開催の際には、地域のケアマネージャーや住民の方も参加された。富山大学にも紹介し、来年度は大学で講演会を開催予定である。	
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	認知症カフェの開催により、実際に介護を経験された御家族の体験談を通して、現在介護に悩んでおられる地域の方に支援の方法を共有する事により、介護においての不安の軽減を図る事ができ、APC(アドバンス・ケア・プランニング)について考える機会を提供しました。		
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	地域の方々と2か月に1回話し合いの場を持ち、入居者様の状況報告を行い、ご意見を伺っています。感染症の流行が落ち着いた際には、施設内の見学をしていただき、入居者様の様子や事業所内の環境を見ていただいています。提案されたご意見は検討し、すぐに実践できるようにしています。御家族の運営推進会議への参加により、御家族の意見を反映する事ができました。	地域のイベントの情報をいただいたり、民生委員からの相談に地域包括支援センターと共に答えたりしている。参加されなかった家族に対しては毎回情報提供や議事録を送付している。	事業所の活動を説明、報告する場でもあるため、家族の参加率を上げる取組みを期待したい。
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取り組んでいる	2か月に1回の介護相談員の訪問にて、事業所の実情やケアサービスの取り組みを伝えていきます。また、地域包括支援センターと他グループホームと認知症カフェを開催する事により、協力関係を築くよう取り組んでいます。	2か月に一度介護相談員の訪問を受け入れている。訪問時には利用者と一緒に活動したり、認知症カフェにも参加いただいた。避難場所も専門家の意見を聞き、指定されていた場所から現実的な場所への変更を市役所に確認し変更した。	
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	身体拘束適正化委員会を1～2か月に1回開催し、介護現場で起きている事で身体拘束に繋がることが懸念される事案について、勉強会でどのように理解を促すかを検討しています。基本的な禁止事項についての学習はもちろん、身体拘束に繋がる職員の言動についても学んでいます。身体拘束ではないかと疑われる事案については、その都度検討を行い、早急に解決できるようにしています。	身体拘束適正化委員会で実体験をもとに話し合いをしている。職員の言葉には特に注意するようにしており、不適切な場合はその場で上長が注意することもある。	
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逃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	虐待マニュアルを掲げ、防止に努めています。定期的な勉強会や、ケースカンファレンスにおいても、虐待に繋がるような支援方法については、早期の段階で摘み取れるように努めています。		

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
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	権利擁護について職場で研修を行い、スタッフへの理解を促しています。また、日々の支援の中でも入居者様の尊厳について、常に念頭において関わられるように話し合いをしています。		
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	契約・解約の際には、入居者様・御家族の思いを充分にお聞きしたうえで、当事業のサービスについて説明し、同意を得ています。		
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	毎月、御家族へ書面にてご様子の報告をしています。御本人の思いと、御家族の思いを記入する欄を設け、シートに落とし込み、職員で課題の共有ができるよう取り組んでいます。	毎月、家族には書面で24時間の過ごし方や体重等の情報を記載したモニタリングを報告している。家族の思いを書きいただく欄があり、家族の思いを確認している。	家族の思いの欄には利用者へのケアに対する思いが多く、運営に関する意見は事例がないことから、運営推進会議への参加呼びかけと同様にさらなる工夫を期待したい。
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	様々な角度から職員の意見が出せるよう、話し合いの場では発言しやすい環境に心がけ、誰もが意見を発する場を設けています。ひとりひとりの職員から寄せられた意見は、運営に活かされるよう勉強会や管理会議の場で共有されています。	施設長が直接年2回の面談を行っている。毎月開催する管理者会議にて職員からの意見を検討する場としている。雇用保険未加入者から健康診断希望があり、本年度から会社負担で行うようにした。また、リフレッシュ休暇も希望により日数を増加した。	
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	給与水準は、段階的に見直しをかけており、体調不良で休業する職員には、社会保険制度を使用した手続きを会社が代行し、職場環境・条件の整備に努めている。		
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	職場内外の研修に参加しています。月1回の職場での勉強会では、法人全体で共有したい内容を前半に、事業所毎に検討したい内容を後半に、時間を区切って学びの場を提供しています。また、ヒヤリハットや事故事例をもとに、介護技術の基本・基本の振り返りを実技形式で行っています。		
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	同業種・異業種など、富山市主催の研修に参加したり、地域包括支援センターが開催している研修会で、地域の事業所の方と事例検討会をする機会を設けています。また、地域包括支援センターと他グループホームと認知症カフェを開催する事により、ネットワーク作りをしています。		

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
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入居後の初期段階は特に個別の関わりをし、御本人の表情・言葉などから思いを読み取る関わりを強化しています。色々な職員が関わり、気付きを記録に残したり、話し合いをする事で、情報共有できるようにしています。		
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	初期の面談では、これまでの生活歴・既往歴や生活習慣についてなどを伺い、認知症を発症される前と後の暮らしについて教えていただいています。また、御家族の負担感についても伺い、御本人・御家族共にそのような支援が必要かを検討しています。サービス開始後は、御家族の心配が少しでも軽減するよう、必要に応じて電話やメールによる連携を密に行うようにしています。		
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	サービス開始時には、御本人・御家族のご様子の観察や、会話の内容から今困っておられる事を見極めるようにしています。その課題解決において、必要な支援の提案を行い、御本人や御家族に選択していただけるようにしています。		
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	御自分でできる事、支援が必要な事を明確にし、御本人に担っていただける役割・能力を充分に発揮していただけるよう、環境を整えています。		
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	御本人が御家族に求められている事、御家族が担いたいと望んでおられる事の中で、御家族が気持ちよく担っていただける事で、御家族との絆が途切れる事のないよう支援しています。		
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	以前交友関係のあった方からの面会やお電話などは、キーパーソンに確認が取れば積極的にいただいています。感染発生状況により面会制限はしていますが、短期に留めるようにしており、終末期の方の面会制限は行っていません。また、遠方の方や感染発生状況にあっても、オンラインでの面会ができるよう環境を整えています。	感染症対策をしつつ、その時の状況に臨機応変に対応するようにしている。オンラインでの面会や本人が希望する場所へお連れしたりしている。携帯電話を利用可能な環境も整備されているが、現在使用されている利用者はいない。	
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	入居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ます。また、入居者全員で行えるゲームなどを通して、全員での交流を図るように工夫しています。また、感染状況に応じて、合同の誕生会や運動会などを通して小規模多機能の利用者様との交流も図れるようにしています。		

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
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	入院された場合は、入院先の病院と連携を図ったり、サービス利用が中止になった後にご相談があった際にもお話を伺い、関係機関に繋いだりしています。		
<b>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</b>					
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	入居者様の思いや声をシートに記入し、毎月のカンファレンスに活用しています。実現が難しい要望もあるが入居者様の言動の裏側にある思いを探る事を大切にしながら、話し合いの場を設けています。入居者様の要望も踏まえ、クラフト作業は定期的に行っています。個別の買い物支援等も、感染状況を鑑みながら行ったり、2週に1度のとくし丸を利用されたりしています。	毎月、本人から直接聞き取りを行っている。その言葉は本人が自ら書くようにしている。「思いを知ろうシート」に家族の思いと共に一覧表にして、毎月作成し過去の思いや今の思いとの比較ができるようにしている。	利用者の意思決定支援のひとつとして、カンファレンスに本人が参加していただくことに期待したい。
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	入居時にこれまでの生活について、御家族や御本人から聞き取りをし、職員間で共有しています。入居後もいろいろな場面で好みやこだわりを大切にしよう心がけています。また、入居前まで行ってこられた事をできるだけ継続していける環境を整えています。		
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	朝・夕の申し送りやケースカンファレンスで、おひとりおひとりの健康状態や、ご様子・変化について、職員間で共有しています。また、見守りセンサーを導入し、就寝状況・心拍や呼吸によるリラックス度も数値化され、確認しています。		
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	日々の関わりの中での気付きは、日々の申し送りやカンファレンスで伝えたり、「思いを知ろうシート」に書き残して共有するようにしています。検討すべき支援内容は職員や関係者で話し合い、統一したケアに繋げるよう取り組んでいます。また、御家族の面会の際には、御家族の思いも共有し介護計画に反映している。その他、終末期が近付いた方には、主治医・御家族・職員が出席し、終末期の過ごし方・最期の迎え方、御本人の意向も踏まえ、看取り同意書にサインをいただいています。	毎月モニタリングの情報を家族に送付し、家族の思いを書いていただき介護計画に反映できるようにしている。介護計画は6か月に一度を基本として更新しているが、終末期や介護度の変更時、また適時変更するようにしている。	
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	日々のご様子や新たな気付きは、個別に記録に残しています。共有したい内容については、「思いを知ろうシート」に記入し、月1回のカンファレンスに活用したり、掲示板に入力し情報共有をしています。		
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	おひとりおひとりの思いに寄り添い、感染状況を見極めながら、御希望に応じた外出支援にも取り組んでいます。また、急な受診が必要になった場合の同行などにも対応し、主治医・訪問看護サービスとの連携も図り、往診の依頼等にも対応しています。		

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
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いただき、入居者様が参加できそうな行事に参加していただくようしています。また、バザーへの出品や認知症サポーター養成講座を通して小学生との交流を図ったり、地域のごみ拾い活動への参加をする事で、地域の方との交流を図る事ができました。		
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	協力医の訪問診療が、4週に1回あります。その他のかかりつけ医への往診は、基本的には御家族に付き添いをしていただいておりますが、御本人・御家族の希望やご都合により、職員が同行する場合もあります。御家族との受診の際は、施設での様子を書面で情報提供するようになっています。訪問看護ステーションとの連携により、24時間緊急時の対応に備えています。主治医とはバイタルリンクを通して情報共有しています。その他、御希望のある方に対して、提携している歯科医師による往診が定期的に行われています。月に1回、口腔に対しての指導・助言もいただいております。	契約時に利用者が希望する医師でよいことを伝えている。現在4名の医師と連携している。訪問看護の利用も可能な体制を構築しており、柔軟な対応ができるようになっている。利用者の状態に応じた医師の変更も可能としている。	
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	身体の状態に変化が見られたら、看護師に報告し、状態の確認をしています。必要時は御家族や主治医へ報告し、必要な医療が受けられるよう支援しています。経過の観察を継続して行えるよう、掲示板を使用し情報共有しています。状態変化のある入居者様に対しては、訪問看護ステーションと情報共有しています。		
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。	入院時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の情報の交換を行っています。主治医への状態報告をこまめに行い、状態変化に速やかに対応していただけるよう心がけています。		
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	契約時に終末期の指針について説明し、理解をいただいております。協力医・看護師とは24時間体制が整っています。職員は終末期について勉強会で学び、心構えや支援の在り方を習得し、看取り期に備えています。また、看取り後には振り返りを行い、職員の心のケアや今後のケアにも活かしています。	看取りに関する研修を年1回開催している。また看取り事例となった時にもその都度勉強会を開催している。看取り期でも利用者同士の交流ができるように配慮した。職員に対して看取り後のグリーフケアもしており、振り返りや今後のケアに生かせるように努めている。	
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	転倒や嘔吐、意識消失などケースごとの対応の流れをマニュアル化し、いつでも見る事ができるように配置しています。		
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回防災訓練を実施し、地域の方には玄関先まで避難し入居者様を安全な場所まで誘導してもらった協力をしていただきました。事業所の立地状況に関して、新たに判明した災害リスクを考慮して、避難計画や事業継続計画を見直し、災害を想定して職員が避難所まで避難する訓練を行いました。その他、エマージェンシーコールの導入により、職員の安否確認や情報共有が行われるようになりました。万が一に備え、町内会の災害対策本部避難誘導班とも連携を図り、災害訓練にも参加していただいております。	5年の年月をかけ、地域企業や大学と交流して、避難場所となるように努めてきた。地域の防災団の防災訓練の勉強会に参加し協力体制も構築されている。能登半島地震での経験を生かし、エマージェンシーコールシステムを導入し職員の安否確認を行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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	認知症高齢者の方の全ての言動には意味がある事を念頭に置き、カンファレンスや勉強会の中で声かけや対応方法について検討しています。定期的に権利擁護に関する研修を行い、ロールプレイ等を通して、不適切な言葉かけを行わないよう指導しています。プライバシーに配慮する為、居室窓のレースカーテンを設置しました。	本人が自らしたいと思えるような環境作りを意識している。何事も強制せず、声掛けもしないときがあり、利用者の意思決定の形成支援を日々のケアに入れている。不適切なケアをロールプレイ形式で演じた動画を職員はいつでも再確認できるようにしている。	
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	言葉で思いや希望を表出できる方には、毎月隣に座りお話をじっくり聞く場面を設けるよう努めています。言葉での表出が難しい方には、表情や仕草などのご様子をよく観察し、思いを探りシートに記入して共有しています。なお、自己決定支援については、勉強会で学びを深めています。		
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	おひとりおひとりの生活ペースに合わせた支援を行っています。これまで習慣としてこられた家事作業・日課・趣味等があれば、継続していけるよう支援しています。		
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	2カ月毎に訪問美容師が、ヘアカットや顔そりをしてくださっています。御希望の髪型を伺い、しっかり伝わるよう支援しています。毎日の衣類を選びやすいように、ハンガーに掛けたり衣類が見えやすいようにたたんだりしています。入浴準備は御自分でされたり、一緒に選んだりしていただいています。御希望の方は、プロのメイクアップアーティストによるメイクやメイクをしての写真撮影を利用される方もおられました。		
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	食事の調理に関しては、外部業者に委託していますが、足りない栄養素はそれらを含んだおやつを作っています。作業ができる入居者様には、味付けや盛り付け・食器を洗う・拭くなどの作業と一緒にしています。また、季節を感じるゼリーやおはぎなどを手作りする機会を作っている。その他、個人のし好品を楽しむ機会として、スーパーに買い物に行ったり、月2回の移動販売を利用したりしています。	利用者の状態に合わせて様々な形態での食事を提供できるように工夫している。おかゆも「おかゆゼリー」にしてさらに粒を感じないものにししたりしている。調理場が共有スペースから見えるため、利用者の自発的なお手伝いがある。おやつとしてお好み焼きを作ったりもした。	
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	おひとりおひとりの身体状況に合わせて、食形態を工夫しています。水分や食事の摂取量は記録し、職員間で共有する事で、過不足なく摂取していただけるよう声かけしています。また、水分の摂取量が不足しないよう、好きな飲み物を選んでいただく用意をしています。その他、不足している栄養素に関しては、管理栄養士の指導により、おやつなどで補うようにしています。		
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、口腔ケアをしていただいています。義歯の有無やうがいができるかどうか、歯ブラシなどを機能的に使用できるかどうかを、おひとりおひとりの状態に合わせた支援を行っています。月に1度、歯科医師により指導や助言をいただいている他、希望者には居宅管理指導で定期的な口腔内の検診を行っています。		

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
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・排便はチェックシートを利用し、おひとりおひとりの排泄パターンを把握し、支援しています。尿意・便意が曖昧な方の言動からサインを見つけ、統一したケアにより、トイレでの排泄ができるよう支援しています。	排泄チェックシートにより個人のパターンを把握しトイレでの排泄に努めている。睡眠スキャンを導入したことで、夜間の排泄支援も楽になっている。布パンツ、紙パンツ、尿取りパッドの組み合わせ等も毎月職員でカンファレンスを行い日中、夜間に合わせて工夫している。	
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	日々の水分を把握し、不足しないよう色々な種類の飲み物を用意し、御自分で選んでいただき提供しています。また、腸の活動が活発になるよう、毎日の体操やストレッチ、できる方には散歩の支援を行っています。		
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	お風呂は平日は毎日沸かしています。希望時にはその都度入っていただけるように、環境を整えています。身体の汚染があった時や皮膚トラブルがある時なども、その都度入っていただいています。体調や気分に合わせて、足浴や清拭に変更する事もあります。	一般浴と、座位保持困難でも入ることができる機械浴を設備しており、希望時には入浴できるように配慮している。基本的には入浴日や時間は決められているが、本人の状態に合わせて変更し対応している。	
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	居室の室温・湿度・明るさ・音などの環境整備に努めています。夕方から夜間にかけて、落ち着かれない方には、必要に応じて温かい飲み物などを用意したり、お話を傾聴したりして安心して休めるよう関わっています。		
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	内服の変更があったら、職員全員に副作用や効能について伝わるように申し送り、変化がないか観察するようにしています。また、ご様子に変化が見られたら、長期服用や内服の変更による影響がないか、主治医や薬剤師に相談しています。		
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	入居の際には、これまでの生活歴や趣味などについて聞き取り、好みの活動を把握するようにしています。心身の状況変化に伴い、お好きな活動も変化するので、その時々によりやりがいを感じられる活動を工夫しています。入居者様同士の関係が良好になるよう、関係性の構築をお手伝いしています。		
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	感染症の状況を見て、お花見や買い物に出かけました。また、美術展の見学をした後にお洒落なカフェに寄り道して来ました。その他、天気の良い日に外に出て、施設の周りの花などを見に行ったり、地域の納涼祭に参加させていただきました。	初詣で近所の神社に行ったり、日用品や服などを買いに行ったりしている。地域の納涼祭にも参加し、催し事を最前列で鑑賞したりした。事業所の敷地内に植えられた果物の採取もしている。	

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
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	御本人・御家族の意向を確認のうえ、ご希望があれば現金や貴重品をお預かりしています。また、月2回の移動販売では、お預かりしているお金から支払いをしていただくなど、お好きなものを御自分で買えるように支援しました。		
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	事業所の電話を使用していただき、御家族や友人などとやり取りをしていただいています。感染症が流行傾向にある場合は、オンラインで面会していただく事もできました。		
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	季節を感じていただけるよう、入居者様に作成していただいた季節に合った掲示物を飾ったり、天気の良い日にはベランダに出て日光浴を楽しんでいただいたりしています。おひとりおひとりの快・不快にも差異があるので、必要に応じて場面や環境を変えて、穏やかな気分で過ごしていただけるよう支援しています。	共有空間は利用者同士が程よい距離感を保ちながら交流できている。壁には利用者の作品が飾られ季節感を感じられる空間となっている。廊下にはベンチを設置してプライベートを楽しんだり、ベランダで日光浴が可能となっている。	
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	おひとりおひとりの気分に合わせて、居場所が選べるように工夫しています。皆さんで植えられた中庭の花を眺められるようにソファを置いたり、沢山の人で楽しんでコミュニケーションを図れるよう、リビングでの会話の橋渡しをしています。		
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	居室には御家族の写真や御自身の作品を飾られたり、使い慣れた家具を配置されたりしています。皆さん、ほぼリビングで過ごされていますが、居室で過ごされる時は、落ち着いて塗り絵などをしていただけるよう、居室の環境を整えています。	居室は洋室の他、畳の部屋が2部屋整備されている。利用者の希望を取り入れ、居心地がよい部屋となるよう工夫している。愛用の座椅子に座り日課であるコーヒーを飲んで過ごしたり、家族の写真や作品を壁に飾ったり、使い慣れた家具を持ち込んだりしている。	
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	お好きな時に、お好きな所へ移動できる機会を増やす為に、建物内の各所に手摺が設置されています。また、「トイレ」や「湯」など、入口に大きく案内を表示する事で、迷わずに動作に入れるよう支援しています。		

## 2 目標達成計画

事業所名: グループホーム 日和野

作成日: 令和 7年 11月 24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	少なくとも月1回は御本人から直接思いを聞き取っているが、意思決定支援のひとつとしての御本人のカンファレンスなどへの参加ができていない。	御本人の意思や希望を尊重し、その方にとって最適な生活にする為、また、参加者全員が同じ情報を共有し、認識を一致させる為、御本人にもカンファレンスに参加していただく。	月1回のケア会議やサービス担当者会議など、御本人に関わる話し合いに積極的に参加していただけるよう声かけしていく。	1ヶ月
2	4 10	事業所の活動報告などをする場である運営推進会議への御家族の参加率が低い為、運営に関しての御家族の要望が反映されていない。	書面だけでなく、他の手段でも御家族の運営に関しての要望が聞けるようなツールの工夫を試みる。	参加が難しくても、例えばQRコードなどで読み取ってもらい入力して頂くなどのツールを用いて、御家族からの意見が聞けるような環境を整える。	3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、行を挿入してください。

### 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】		取り組んだ内容	
実施段階		(↓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( )