

自己評価及び外部評価結果

地域密着型サービスの自己評価及び外部評価項目

タイトル	項目数	
	自 己	外 部
I. 理念に基づく運営	14	7
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	8	1
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	13	5
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	20	7
V. サービスの成果に関する項目	13	—
合 計	68	20

○項目番号について

自己評価は55項目、外部評価は20項目です。
「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する通し番号です。
「外部」の列にある項目番号は、外部評価に該当する通し番号です。

○記入方法

〔事業所が特に力をいれている点・アピールしたい点〕

事業所が記入します。
日々の実践の中で、事業所として力を入れて取り組んでいる点やアピールしたい点を記入します。

〔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（調査員）が記入します。
訪問調査を通して気づいた、事業所の優れている点・工夫している点等を記入します。

〔実践状況〕

ケアサービスの提供状況や事業所の取り組み状況を具体的かつ客観的に記入します。

〔次のステップに向けて期待したい内容〕

今後、さらに工夫や改善に向けた取り組みが期待される内容について記入します。

〔事業所記入〕

事業所名	グループホームハピネスやくら
（ユニット名）	Aユニット
所在地 （県・市町村名）	青森県八戸市
記入者職名・氏名	管理者 中村珠美
記入日	令和 7年 9月 8日

〔調査員記入〕

訪問調査日	令和 7年 9月 26日
調査実施の時間	開始 10 時 00 分 ～ 終了 12 時 00 分
訪問先事業所名 （都道府県）	グループホームハピネスやくら （ 青森県 ）
評価調査員の氏名	氏 名 高橋 恵美子 氏 名 佐々木 薫
事業所側対応者	職 名 管理者 氏 名 中村珠美 ヒアリングを行った職員数 （ 1 ）人

1 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	0290300607		
法人名	社会福祉法人ファミリー		
事業所名	グループホームハピネスやくら		
所在地	〒039-1105 青森県八戸市大字八幡字下樋田1番地5		
自己評価作成日	令和7年9月8日	評価結果市町村受理日	

※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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益社団法人青森県老人福祉協会
所在地	〒030-0822 青森県青森市中央3丁目20番30号 県民福祉プラザ3階
訪問調査日	令和7年9月26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)】

当事業所は、令和6年4月1日に開設しました。特別養護老人ホームが隣接しており、お祭り等の行事では交流ができる環境です。
 利用者と家族の絆を大切に考え、家族面会は時間や人数制限も設けず、自由に面会や外出、外泊ができます。季節の行事や旬の食材を利用したイベント等に、ご家族もお誘いし、参加いただいております。
 一人ひとりの個性を大切に考えながら、自分の出来ること、やりたい事の主体性が継続され、役割を持ちながら、日常生活が送れるよう支援しています。生活史やこだわり、習慣等を把握しレクリエーションに取り入れ、楽しみのある生活を提供しています。

【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)】

最新型の入浴機器やトイレなどを設置し、明るく清潔で心地よく生活できる環境である。一人ひとりを大切に、本人・家族の意向をとらえ可能な限り沿うよう、全職員で共有し取り組んでいることが伺える。馴染みの関係も大切に、希望者には、面会・外出・外泊を自由に計画できる環境を整えている。身体状況等に変化が見られてきた場合についても、親切かつ丁寧な対応で、家族が不安とならないよう助言することにより、安心して支援が受けられる体制を構築している。

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 む の 成 果 ↓該当するものに○印		項 目		取 り 組 む 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 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 (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. ほとんどできていない
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				

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	法人理念・グループホーム理念を事業計画に盛り込み、ケアが実践できるように取り組んでいる。毎月のグループホーム会議では理念及び行動指針を唱和している。	職員間で常に理念を共有するため事務室に掲示し、日々のケアに反映できるよう取り組んでいる。毎月の会議では理念と合わせて法人の行動指針も唱和し、達成状況を確認している。	
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員として日常的に交流している	町内会に加入している。地域行事(小中学校の運動会)や中学生との交流会に参加し、地域とのつながりを意識した取り組みを行っている。	自治会へ入会し、地域との関りが持てるよう努めている。小・中学校との交流も盛んに行われており、地域とのつながりを意識した取り組みが行われている。	
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	運営推進会議等を通し、グループホーム内を見学頂いたり、生活状況や取り組み内容を報告し認知症の理解に繋がるよう発信している。入所申込や相談者には、施設見学を随時行い、生活の様子を丁寧に説明している。		
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	隣接する地域密着型特養と合同で2カ月に1回開催している。利用者の生活状況や施設での取り組み内容を報告し、意見や助言をサービスの向上に繋げている。	2ヶ月に1回会議を実施している。市役所担当課職員、自治会長、家族、利用者等で構成され、生活状況や取り組み内容を報告し、いただいた意見や助言をサービスの向上に繋げている。	
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に取り組んでいる	運営推進会議を2カ月に1回開催し、介護保険担当者にも参加いただいている。また制度などわからない事は介護保険課担当者より、助言や情報を得ながら、協力関係の構築に努めている。	市役所担当者職員に運営推進会議へ参加していただき、意見等を伺っている。日頃から連絡を密に行うことで、協力関係が図られている。	
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	身体拘束の指針に従い、法人内での委員会、研修を定期的に行い、意見交換や身体拘束ゼロのケアに取り組んでいる。	身体拘束は行っていない。隣接する特別養護老人ホームでの定期的な研修に参加し、不適切なケアがなされていないかを確認し合っている。	
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	虐待防止の指針に従い、法人内での勉強会・研修に参加し理解を深めている。虐待防止委員会を定期的に開催し、会議録を回覧することで情報共有を行い、実践に繋げている。不適切ケアも見過ごすことのないように、注意しあえる環境づくりに努めている。		

自己	外部	項 目	自己評価 実践状況	外部評価	
				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	現在、日常生活自立支援事業・成年後見制度の対象者は無いが、制度を理解し、入居者・家族に情報を提供できるように、資料等を準備している。		
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	契約時には重要事項説明書等を用いて、理念や事業内容について説明を行い、質問等には都度対応している。介護保険制度改正や利用料金等の契約改定時にも十分に説明を行い、同意を得ている。		
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	普段から話しやすい環境づくりを心掛け、利用者や家族の来訪時は、日常のケアに対する要望や意見について確認している。相談・苦情窓口は重要事項説明書や施設内に掲示している。	家族には面会時と運営推進会議の際に意見を求める他、日頃からこまめに近況報告を行い、話しやすい環境づくりに努めている。オンブズマンも定期的に来所し、利用者の意見を聞いたうえで、運営に反映させている。	
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	申し送りや会議の他、随時、意見や提案ができるようノート等を活用し、意見収集を行っている。その内容をグループホーム会議で、話し合いを行い業務改善に繋げている。	申し送りノートを活用し、職員の意見や提案を聞いている。収集された内容については、職員全員で話し合い、業務改善に繋げることができている。	
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	職員の心身の健康を保つ為、年2回の健康診断を実施。職員全員対象としてストレスチェックを実施している。法人内では資格取得支援制度やスキルアップ研修など、キャリアアップできる環境がある。		
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践と力量を把握し、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	個々のキャリアに合わせた外部研修や施設内研修を実施している。また委員会別の研修もあり、ケアの向上に活かせるような取り組みを行っている。		
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	法人内の事業所との勉強会や外部研修を通し、同業者との交流ができる機会があり、意見交換を行っている。研修後にはサービスの質の向上に向け、伝達研修を行い、情報共有している。		

自己	外部	項 目	自己評価 実践状況	外部評価	
				実践状況	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	事前訪問にて面談を行い、困っている事や不安等の思いに寄り添った対応を心掛けている。担当ケアマネジャーからの情報や、家族からの暮らしの情報(生活史)をもとに、利用者理解に努めている。		
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	事前訪問の面談やを行い、困っている事や不安等の、思いに寄り添った対応を心掛けている。また随時、施設見学を行っており、来訪された際は、入居後のイメージがつくよう、丁寧に生活の様子を説明している。		
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、家族からの思いを念頭におき、出来る事と、出来ない事を職員間で情報共有し、本人の状態把握に努めている。状態変化が見られた際は、随時話し合いを行い、対応を行っている。またその内容は家族に報告している。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	今までの暮らしの継続となるよう、掃除、買い物や食事作り等、役割のある生活を一緒に行っている。活動後には労いの言葉をおかけし、意欲向上に繋げている。		
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	家族との外食や自宅への一時帰宅などが自由にできることで、家族とのつながりを意識している。また、行事の際も家族が参加できるよう、企画を行っている。		
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	近隣の散歩やドライブ、近所のスーパーやコンビニでの買い物支援を行っている。馴染みの関係が途切れることなく、友人の面会も続いている。墓参りやなじみの場所へのドライブなど、家族からも積極的に支援を頂いている。	面会や外出・外泊は制限なく行われ、馴染みの関係が途切れないようにしている。近所のスーパーやコンビニへの買い物の支援も行い、馴染みの場所へのドライブなども実施している。	
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	利用者同士の関係性を把握し、食席の配置など環境面の配慮を行っている。孤立することがないように、職員も一緒に会話に参加したり、状態の把握を随時行っている。		

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
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	退去後も相談に応じる姿勢を家族へ伝えていいる。必要に応じて他のサービスに繋げるなどの手配を行い関係者に情報共有するなど、本人と家族が安心できるよう努めている。		
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	利用者との日々の関わりの中で、思いや希望を把握しケアに繋げている。その際は、本人に伝わるよう、わかりやすい言葉で尋ね、思いを聞いている。	日々の関わりの中で本人の意向を確認し、趣味や特技を活かせる場面を作っている。飲酒を希望する利用者にも対応し、楽しく過ごしていただけるよう職員全員で共有している。	
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	事前面談や以前の担当ケアマネージャーからの情報を得ている。家族から暮らしの情報(生活史)をもとに職員間で情報共有している。		
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	出来る事、出来ない事の生活評価は日々実施し、生活記録に記載している。また血圧や体温、体重など定期的に測定記録し、体調変化時は、申し送りで職員間の情報共有に努め、状況に応じて隣施設の看護師に連絡相談している。		
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	日々の生活記録やモニタリング、評価から、アセスメントを行い、介護計画に反映させている。職員の気づきや家族の思い、意向を情報共有し、介護計画を作成している。カンファレンスを行い職員間でケア方法を共有している。	面会時や電話で家族の意向を確認する他、本人の想いは日常の関わり・観察から把握するよう努めている。更新時に再確認し、担当職員からの視点・意見を聞いたうえで、介護計画へ反映させている。	
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	日々の様子や気づき等を生活記録に記入し、毎月評価を行い、見直しに活かしている。		
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	利用者個別の要望に合わせて、新聞の購読、買い物支援や通院時の送迎を行っている。 家族からの要望により、歯科往診も受け入れている。		

自己	外部	項目	自己評価 実践状況	外部評価	
				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	家族にも協力をいただき、馴染みの理美容への外出や、友人との面会の機会を積極的に設けている。		
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	希望する医療機関を受診して頂いている。心身状態等の変化がある際は、連携室等を通しデータや内容を情報共有している。	希望している医療機関を受診できる体制である。家族の送迎で受診しているが、情報提供シートを作成し、適切な情報共有と医療が受けられるよう配慮している。	
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	隣接する特別養護老人ホームの看護師に相談し指示を仰ぐ等、支援体制ができています。		
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、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。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。	早期退院にむけ、医療機関との情報交換を行っている。状態確認で病院へ赴き、病院関係者との関係づくりを行っている。		
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	現在は、医療的ケアが行えないことを、入居時の重要事項説明で伝えている。重度化が予測される際は、隣接する特別養護老人ホームや医療機関、その他対応できる施設紹介を行っていく旨を話し、不安解消に努めている。	重度化した場合の指針を入居時に説明し、状態変化時の都度、家族の意向を確認している。他事業所や医療機関等を紹介するなど、丁寧な説明で不安の解消に努めている。	
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	急変時や事故発生時には、対応マニュアルに沿って対応している。隣接する特別養護老人ホームと合同で研修体制が整備されている。		
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	特別養護老人ホームの防火管理者との連携を図り、グループホーム独自で訓練を実施している。地域の災害協力隊との連携体制もあり、事業継続計画については随時、見直しを行っている。	法人内からの協力体制ができており、計画的に訓練が行われている。自治会とも連携が図られており、今後は水害訓練を行う予定である。通報装置や備蓄品についても整備されている。	

自己	外部	項目	自己評価 実践状況	外部評価	
				実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	個人情報等のコンプライアンスに関する法人内研修で勉強会を行い、職員の理解を深めている。個人の尊厳を傷つけないよう配慮した声掛けや、焦らず本人のペースで行えるよう支援している。	年1回プライバシーやコンプライアンスについて研修会を行っている。個人の尊厳を傷つけないよう配慮ある行動と言動を全職員が心掛けている。	
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	本人からの主体的なできること、やりたいことが実践できるよう支援している。		
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	一人ひとりの心身の状態に合わせて、起床や就寝時間の対応、自由に過ごしたい場所への対応、散歩など、なるべく希望に応じて行えるように努めている。		
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	今までの習慣である整容は続けられるよう支援している。散髪は本人の好みや家族の要望に応じて定期的に行っている。衣類の準備や衣替えは家族の協力を頂いている。		
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	利用者の好みや反映されるよう、献立会議を定期的に行い、献立に取り入れている。地元のスーパーでの野菜の選別や、食事の準備、盛り付け、片づけも職員見守りのもと一緒にやっている。	利用者が食事を楽しめるよう希望する献立を作成し、買い物や準備等を職員と一緒にやっている。各ユニットで野菜の処理を皆で会話しながら行う等、昼食が楽しい時間となるよう支援している。	
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	日々の食事量や水分摂取量を把握。水分量の少ない方は種類(お茶、イオンドリンク等)を変更したり、ゼリーを提供する等、水分アップを促している。食事量の減少の際は、家族に相談し補助食品(メイバランス等)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	毎食後、口腔ケアを行っている。義歯外し、義歯洗浄、歯磨き等、自分で出来る事は自分で行って頂いている。誤嚥性肺炎予防の為、口腔体操を食事前に実施している。		

自己	外部	項 目	自己評価 実践状況	外部評価	
				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向けた支援を行っている	本人の排泄パターンを把握し、羞恥心に配慮したトイレの声掛けや誘導を行い、トイレでの排泄が継続できるよう支援している。	個々の排泄パターンを把握し、適切な声掛けや誘導が行われ、トイレでの排泄が継続できるように取り組んでいる。スムーズな排便にもつなげることができるように、食事内容も配慮している。	
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	個別に排泄状況を把握し、水分や乳製品を提供し、毎日排便ができるよう心掛けている。また状況に応じて、下剤の調整など個別に行っている。		
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、個々に応じた支援をしている	利用者にあわせたタイミングで入浴ができるよう声かけしている。拒否がみられた際は、時間や職員を変更するなどの対応を行っている。	毎日入浴できるような体制を構築し、利用者に合わせたタイミングで入浴ができるよう声掛けが行われている。最新の入浴機器を導入し、職員の負担軽減と、利用者の快適な入浴を両立している。	
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	一人ひとりの室温、明るさを調整し安眠できるよう支援している。就寝時間も本人に決めてもらい、眠れない日や不安がある日は、飲み物を提供しながら、職員が傾聴している。		
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	薬の情報は個人ファイルに保管されており、いつでも確認ができるようになっている。変更がある場合は、申し送りで情報共有し、副作用等の把握に努めている。服薬チェックシートや服薬BOX等を用い、誤薬がおきないようにしている。		
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	生活場面において、できることが継続できるよう、掃除、食事準備、縫い物等を職員見守りのもと、行っている。散歩やレクリエーションも行い、笑顔で過ごせるよう支援している。		
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	散歩や買い物など、希望に応じて対応している。家族の協力を得られており、希望の場所へ外出できている。	散歩や買い物など、利用者の希望に応じて外出できるよう対応している。家族の協力を得ながら自由な暮らしを実現している。	

自己	外部	項 目	自己評価 実践状況	外部評価	
				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	お金の自己管理が出来ている方は、自身で買い物ができるよう支援している。自己管理が難しい方は、家族から依頼を受け、預かり金としてグループホームで管理している。買い物の際は職員が付き添い、本人が支払いできるように支援している。		
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	希望に応じて、電話等が出来るようにしている。携帯持参の方は、自由に連絡することが出来る。		
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	自然の明かり、照明の明るさ、室内の温度など、利用者に確認をしながら対応している。テラスには花壇があり、外の景色を見ながらソファでくつろげる空間もある。	事業所内は明るく清潔で、広さ、温度などに配慮されており、利用者が居心地よく過ごすための空間が整っている。	
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	ソファでくつろぐ方、ダイニングテーブルで過ごす方、隣のユニットへ赴き、過ごす方など、自由に自分のペースで過ごせるようになっている。		
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、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	家族に協力頂き、なじみのある家具等の持ち込みや、テレビやラジオ、ラジカセなど個別に過ごせる空間づくりを実施している。家電や遺影の他、家族写真の持参も推奨している。季節や時間がわかるように時計やカレンダーを居室にも持参頂いている。	家族の協力のもと、家具は自由に持ち込み、職員と一緒に配置を確認し、適切に設えている。自分専用の冷蔵庫にビールを入れるなどし、楽しんでいる利用者もいる。	
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」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	床は段差がなく、廊下やトイレ、浴室には手すりを設置している。自室には洗面台があり、自由に使用が可能となっている。リビングや居室には、時計・カレンダーがあり、季節や時間がわかるようにしている。		

事業所名: グループホームハピネスやくら

2 目標達成計画

作成日: 令和 7 年 11 月 19 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	13	法人内では個々のキャリアに合わせた研修を行っているが、職員の経験値等において、認知症に対するスキル不足がある。	職員個々の課題を明確にし、認知症ケアのスキルアップができる。	・職員個々の課題を明確にし、研修計画を立て実施する。 ・キャリアシートを活用し、個人目標と行動計画を立て、実施する。行動の結果を自己評価し、成果と課題を振り返る。	12 か月
2					か月
3					か月
4					か月
5					か月

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。