

令和 6 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	1691700056
法人名	社会福祉法人にいかわ苑
事業所名	富山型共生グループホーム双葉
所在地	富山県下新川郡入善町入膳7936-1
自己評価作成日	令和6年8月20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6年9月11日	評価結果市町村受理日	令和6年10月21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）】

富山型共生グループホームである当事業所は、「絆」を理念とし、年をとっても障害があっても住み慣れた地域で、共に支え合い、穏やかでゆったりとした自分らしい時間が過ごせるよう支援している。日頃から、障害のある利用者が就労に出かける時や帰って来た時などは、「行ってらっしゃい」「行ってきま〜す」や「お帰り〜」「ただいま〜」など、挨拶の言葉を笑顔で交わし、当法人理念の「共生」を実践している。職員は利用者一人一人の想いに寄り添い、ドライブや花見、散歩など、外出の機会を設け、季節感を感じながら楽しく過ごせるように支援している。また、新型コロナ5類移行を受け、地域との交流も再開し、地元の夏祭りへの参加や紙芝居などの地域ボランティアとの交流を通じ、地域の中で心穏やかに過ごせる環境づくりに努めている。

【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）】

事業所の正面南側には3,000メートル級の山々が、北側には日本海があり自然豊かな環境に恵まれている。また、会社の保養所だった建物を改装し、天窓やシャンデリアもある豪華でモダンな造りとなっている。手作りの食事にこだわり、献立や買い物、調理は勿論だが、職員や近所の方からの差し入れの野菜も加わり、栄養バランスや彩り、品数も多く、利用者や職員からも好評である。法人の理念である「共生」の他に事業所独自の理念である「絆」を基に、職員一人ひとりの自主性や気づきが多く、利用者の出来ることを引き出し、実際にケアプランにも活かし実践している。通所している障害者が事業所内を掃除していたりと自然に交流が図れている。

V. サービスの成果に関する項目（アウトカム項目） ※項目№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	法人理念である、年齢や障害の有無に関係なく、共に助け合いながら地域の中で生活する「共生」を基本理念とし、実践している。年度初めの職員会議で理念を再確認し、どのように向き合い実践していくべきかを職員の間で共有している。	事業所の理念である「絆」を玄関の正面に掲示している。職員会議でも声掛けの仕方や接遇の仕方など、理念に基づいた実践が出来ているか確認が行われている。職員が立てた年間の行動目標は、毎月の目標を実行し、年度末に振り返りを行っている。	
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	天候が良い日は、利用者の意向を聞きながら、ドライブや散歩に出かけ、近所の方と挨拶を交わしている。定期的に、『ふたばだより』を発刊し、施設の活動を地域へ発信している。今年度より当苑の高齢事業者合同で『ほほえみだより』を発行している。	「ほほえみだより」は3か月毎に朝日、入善の地域包括支援センターや他の事業所に持参し、町内にも回覧している。小学生のボランティアが事業所に訪問し、ピアノ、脳トレ、作品作りなどを一緒に楽しんだり、エントランス前のベンチで前を通る小学生に声をかけるなど交流がある。	
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	地域ケア会議に参加し、同町内の他事業所と情報交換や意見交換を行い、互いの良いところを取り入れている。社会福祉協議会主催の介護初任者研修で、当事業所の職員が講師を務めることで地域に貢献するように努めている。		
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	隔月第3木曜日に区長や班長、民生委員、入善町役場の職員、社会福祉協議会の職員、家族の方々に参加していただき開催している。会議では、介護サービスの状況や利用者の様子を報告し、ご意見を伺っている。いただいた意見は、サービスの質の向上に活かしている。	平日開催であり、利用者家族の出席率は高くないが、参加されない家族にも会議の資料を郵送している。会議録には話し合われた内容や意見も記載されている。町内の区長や班長も参加しており、敬老会に誘われたり、年に1回地域の方との避難訓練も行われている。	
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	運営推進会議や地域ケア会議などの場で、最近の情報や認知症ケアに対する課題や疑問点について話し合っている。防災訓練には消防署の立ち合い、近隣住民の参加もあり、連携を深めている。	行政からは、過去に近所の認知症の独居の方の相談があり、事業所の利用に繋がらない場合でも認知症介護の専門性を活かし、相談に乗ったり、双方向の協力体制を築いている。	
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	3か月に一度、『身体的拘束等の適正化指針』を基に「身体的拘束等適正化委員会」を開催し、事業所全体で身体拘束をしないケアの取り組みをしている。また、施設内研修の年間計画に組み込み、全職員に周知している。	「身体拘束等の適正化指針」が作成されている。それを基に身体拘束適正化委員会が法人全体で開催され、事業所からは管理者、介護支援専門員、看護師、事務員が参加している。今年度の研修は第1回目を6月26日に実施し、2回目は10月2日開催予定である。参加者以外にも資料が配布され、全員が感想を提出している。	

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
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	3か月に一度、『高齢者虐待防止指針』を基に「高齢者虐待防止委員会」を開催し、日頃のケアで虐待に当たるようなものはないかを話し合い、事業所全体で虐待防止に努めている。また、施設内研修の年間計画に組み込み、全職員に周知している。		
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	施設内研修で、成年後見制度について勉強会を設け、職員一人一人が理解できるようにしている。成年後見人には、入所時にサービスの利用や入院手続き等が円滑に進められるよう協力をお願いしている。		
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	契約前に、不安や疑問点の解消に向けて十分に説明を行い、事業所としてできること、できないことを明確にして伝え、理解を得られるよう努めている。契約時に契約書や重要事項説明書で、確認している。		
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	利用者については、日々の生活の中で要望を把握し、ケアの改善に努めている。家族については、サービス担当者会議や面会・電話の際に、意見・要望を聞いている。また、家族の意見を運営に反映させるために家族アンケートを実施し、結果については、職員会議で話し合い、改善に活かしている。	家族アンケートの実施のほか、気軽に要望を表せる機会を設けている。家族から、本人の出来ることをさせてほしいとの要望があり、1か月後にはケアプランに盛り込み、洗濯物たたみや習字、手紙を書く支援など詳細に内容が記載されている。	
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	管理者会議と職員会議は、月一回開催している。職員会議で意見や提案を聞き、管理者会議で意見をまとめて運営に反映するよう努めている。個別の職員面接については年2回(上半期・下半期)実施し、職員の意見を直接聞く貴重な機会としている。	職員会議や面接のほか、管理者は職員がいつでも相談しやすい雰囲気作りに配慮している。以前、勤務時間の要望があり、意見を基に勤務時間を改善した事例がある。	
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	研修体系を年度当初に作成し、職員の就労意欲の向上、やりがいや介護の質の向上につながるよう、職場環境の改善に努めている。業績考課は年2回行い、職員の仕事に対する姿勢を評価し、給与等に反映している。また、思いや希望を聞き、できる限り職場環境の改善に努めている。		
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	外部研修は、全職員がオンライン研修を含め、研修を受ける機会が得られるように勤務調整を図り、配慮している。事業所内では、毎月職員が交代で担当者となり、勉強会を実施している。		

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
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	地域ケア会議や外部研修で同業者と交流する機会を設け、情報交換を行いサービスの向上に努めている。		
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	入所初期は、環境の変化に伴う本人の思いや不安に耳を傾け、要望を聴いている。不安や戸惑いが見られた場合は、安心感もてるよう肯定的に話を聞き、不安の解消に努めている。職員が笑顔で接することで、本人が安心して生活できるよう支援している。		
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	契約時や面会時に、家族から要望や不安を丁寧に聞きとりをして、家族が安心できるように努めている。そして、家族の思いを職員間で共通理解し、丁寧に対応することで信頼関係を築くように心がけている。		
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	初期のカンファレンスや家族面会、センター方式のシートからの情報等で本人の心身の状況や家族の思いを把握することで、本人にとって必要な支援は何かを、家族の協力を得ながら対応している。		
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	職員は、利用者と一緒に洗濯物たたみ、茶碗拭き等を行うことで、暮らしを共にする関係づくりに努めている。利用者には、生活を共にする者として役割をもってもらい、本人の「できる力」を発揮できるように働きかけている。本人ができない部分は、職員がさりげなくフォローをし、支援している。		
19		○本人と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	広報誌「ふたばだより」で家族に利用者の日頃の様子を伝えている。また、面会時やサービス担当者会議で、本人の思いや不安等を家族と共に考え、共に支えていく関係づくりに努めている。家族側の支援として、受診の付き添いなどは、家族が行っている。		
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	現在は新型コロナ5類移行を受け、面会、外出制限を緩和している。受診時に家族と食事をしたり、法事に出席したり、馴染みの美容室などに家族と一緒にいる方もいる。ドライブ先で、馴染みの人と会った場合には、ゆっくり会話できるように配慮している。	面会はロビーで5～10分程度で行っており、家族の他、姪、友人なども訪れている。新型コロナウイルス感染症が流行してからは外泊や、家族以外との会食は控えてもらっている。友人と絵手紙や携帯電話で連絡を取ったり、ドライブ先で近所の友人に会ったりと交流がある。	

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
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について、職員会議やカンファレンスで情報共有を図っている。食堂や娯楽室では、関係性を配慮した座席配置をしたり、風船バレーやゲームなどのレクリエーションを行うことで、利用者同士が関わり合えるように工夫している。		
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	退居された家族から相談を受けた時は、できる限り対応している。今後も必要な情報を伝えるなど、本人や家族からの相談や支援に努めていく。		
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	日常生活における会話の中から、それぞれの利用者の思いや意向、不安などを聴き取り、家族に情報を得たり相談して、ケアプランに反映させている。意思疎通が難しい方には行動の観察などで働きかけ把握に努めている。	職員がそれぞれ担当する利用者に対して、3か月ごとにセンター方式のC-1-2シートを作成し、「家のことが心配」などさりげない会話の中から思いの把握に努めている。また、担当者の思い込みを避けるため、利用者個別のカンファレンスで全職員が意見を出し合っている。	
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	ご本人や家族から生活歴などの情報をできる限り聞き取り、それらの情報を基にケアに活かすよう努めている。日々の記録、申し送り、会議などを活用し、情報を職員間で共有し、本人の意向に沿った生活を支援している。		
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	利用者の体調管理のため、毎朝バイタル測定を行い、介護記録、カンファレンスなどで日常生活や心身状態の変化を把握し、職員間で情報を共有しながら適切なサービスの提供ができるように努めている。心身状態に変化があれば、看護師に報告し、適切な指示を受けている。		
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	職員は利用者の担当を持ち、3か月毎に一人一人の課題についてカンファレンスを開き検討している。モニタリングは3ヶ月、ケアプランの見直しは6ヶ月で行い、本人及びご家族の意向を確認しケアプランに反映している。また必要に応じてプランの見直しも行い、その人らしい生活につながるよう努めている。	ケアプランは通常は6か月ごとに見直しを行っているが、状態に変化があった場合は速やかに直しが行われている。家族からの要望やカンファレンスで出た意見もケアプランに盛り込まれ、支援に活かされていることが記録からも確認できる。	
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	介護記録や申し送りノートを活用し、記録を基に個別カンファレンス、サービス担当者会議を行って、本人・家族・職員間で情報を共有し、介護計画の見直しに活かしている。		

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
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	家庭的な雰囲気大切に、利用者が気兼ねなく何でも話ができるよう心がけている。また家族や本人の要望に応えるよう努め、受診対応、外出、訪問へアカット、訪問歯科などの受け入れ等、柔軟な支援を行っている。		
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	自治会や民生委員、地域包括支援センター、行政担当者、ボランティア、介護相談員との連携を行っている。地域行事への参加やボランティアの受け入れなどの交流活動は、新型コロナ5類移行により再開している。		
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	利用者の状態観察を行い、体調変化があれば、直ちに看護師に報告し、適切な処置や、家族との連携で受診に繋げている。緊急性と要するものは、家族に連絡し、直ぐ受診につなげている。看護師が受診に対応することもある。	全員が今までのかかりつけ医を継続している。受診時は原則家族が同行しているが、家族が対応できない場合は看護師が同行している。受診記録には受診結果も記載されている。予防接種は近隣の協力医が対応している。また、夜間の急変時には看護師が電話対応している。	
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	利用者の異常や急変時は管理者、看護師に報告するよう徹底している。報告を受けたら家族、主治医に報告し指示を受け利用者が適切な治療・受診が受けられるよう努めている。		
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、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。	入所者の入退院時は病院と連絡をとり、情報交換をしっかりと行い対応している。また、医療連携室とも連携し、入退院時は、介護サマリーで情報の共有をしている。		
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	入所時の契約で、病状の重度化、終末期の対応について、事業所として「できること」「できないこと」を説明し、家族に同意を得ている。また、状態が変化した時には、その都度家族と話し合い、利用者にとって最善な状態になるよう努めている。	事業所は、看取りは実施していない。入居の契約時に口頭で、事業所として「できること」「できないこと」を説明し、家族に同意を得ている。家族には日々の変化や状態を定期的に報告し、事業所での生活が困難になった時に、家族が不安にならないようにスムーズに次のサービスに繋げる支援をおこなっている。	契約時に口頭で、事業所の「できること」「できないこと」を説明し、同意を得ているが、その内容が同意書に記載されていないことから、説明内容の統一や、実際に重度化した時に家族との認識の違いを防ぐための更なる工夫に期待したい。
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	ヒヤリハットや事故が起こった後は、その事案について職員会議やカンファレンスで話し合い、全職員がリスクを検討し、事故防止に努めている。急変や事故発生時のマニュアルについては、勉強会にて理解を深めたり、その都度話し合ったりして、負の連鎖にならないように努めている。		

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
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	避難訓練は、年2回、消防署の立ち合いのもと、地域住民の協力を得て行い、利用者・職員が安全に避難できるよう訓練している。また、災害に備えて備蓄品も確保している。	事業所のある場所は、ハザードマップでは津波は来ない地域になっている。災害時の事業継続計画は作成済みであり、事業所の建物は福祉避難所に指定されている。避難訓練には地域住民も参加し、協力体制が構築されている。	
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	年間研修計画にプライバシー保護の研修を組み入れ、職員全体で学んでいる。日々の介護において、人格を尊重した声掛けを行い、利用者一人一人が誇りをもって生活できるように努めている。排泄、入浴時は、本人の気持ちに配慮し、プライバシーの確保に努めている。	研修の資料の他、職員全員が研修報告を記載し保管されている。「排泄や入浴時に戸を開けたまま着替えをしない」「排泄の誘導は耳元で話す」「下着やパッドの汚染の確認も本人に了承を得てから行う」など具体的に実践されている。	
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	利用者が自己決定を行いやすいような言葉かけを工夫している。入浴時の着替え、食事時、おやつ時の飲み物等、日常のあらゆる場面において、表情や反応を見ながら支援している。また、自分で選択、決定できる場面を多く設けて、本人本位の暮らしを実施している。		
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	利用者一人ひとりのペースに合わせ、本人の思いや習慣を大切にしている。利用者が行きたい、やりたいと思ったときに、本人の希望をできるだけ実現できるよう支援をしている。		
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	入浴時や起床時に本人に好みの洋服を選び、着用していただいている。また、本人からの要望があれば、訪問サービスを利用し、ヘアカットをしておしゃれを楽しんでもらっている。家族と馴染みの美容院に行かれる利用者もいる。		
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	年に数回、利用者に希望を聞き、献立に取り入れ、にぎり寿司やお刺身、焼きそば、たこ焼き等を提供し、食事が楽しみになるよう工夫している。また、地元の旬の食材を取り入れ、季節の話、地元の話ができるようにしている。片付けは、食器拭き等できる利用者と一緒に行っている。	調理担当の職員がスーパーに買い物に行き、地元の野菜も利用し、手作りの美味しい食事が提供されている。利用者は稲荷寿司の詰め物やおはぎの黄な粉付けを手伝い、ファストフードを外に出て食べたりと、食事を楽しむ工夫がされている。	
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	毎月の献立に沿って食事を作り提供している。食事摂取量や水分摂取量を記録し、体調の変化を見逃さないように注意している。塩分や刻み食、小盛りなど、利用者の状態に応じた対応をしている。食べることのできない料理に対しては、代替え品を提供するなど、本人の嗜好にも配慮している。		

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
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、歯磨き、義歯洗浄等を行い、口腔内の清潔保持に努めている。利用者の状態に合わせ見守り、介助を行っている。必要に応じ、訪問歯科を活用し定期検診・治療を行っている。		
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	排泄チェック表の記入を行い、排泄パターンを把握している。一人一人のタイミングを見計らい、自尊心に配慮した声掛けをし、トイレ誘導を行っている。尿量に応じたパットやパンツを随時検討し、日中はトイレで排泄できるよう支援している。	トイレに行くまでの表示は、文字の他にイラストも使用し、分かりやすい工夫がされている。要介護1～2の利用者で、排泄チェック表を活用した声掛けで、失禁が減った事例がある。尊厳と自立支援の観点から、失禁用パットを自分の居室で保管している利用者もいる。	
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	一日の水分摂取量、排泄状態のチェックを行い、利用者一人一人の排泄状況の把握をしている。便秘を予防するためにおやつに牛乳を提供している。また、便秘気味の利用者には、水分を多くしたり、散歩や体操を行ったりするなど個々に応じた便秘の予防に努めている。		
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、個々にそった支援をしている	その日の体調を確認し、本人の希望を聞いた上で入浴していただいている。入浴中は皮膚状態の確認等を行い、ゆったりとした気分で入浴できるように見守りしている。季節に合わせてゆず湯や入浴剤を変えるなど利用者が楽しめるように工夫をしている。	入浴は、毎日13:10頃からであり、1日約3名ずつ入っている。洗身用タオルはやわらかい素材の物を使用し、利用者それぞれの好みの湯加減や、入浴の順番にも配慮している。また、入浴後に居室で化粧水をつけたり、今までの習慣の継続を支援している。	
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	一人一人の生活習慣や体調に合わせ、居室でゆっくり休息がとれるよう支援している。常に室温や寝具等の調整を行い、安眠できるように努めている。		
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	看護師が服薬管理を行うとともに、服薬情報を職員がいつでも確認できるようにファイル化し、保管している。処方の変更があった場合、職員用の連絡帳を通して全職員が確認している。配薬時には、職員2名で確認している。症状に変化があった場合は看護師に報告し、必要があれば受診に繋げている。		
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	利用者の状態に応じた軽作業(洗濯物たたみ・干し、食器拭き、掃除等)を通じ、一人一人の力を活かした役割を楽しく行うことができるよう支援している。また、気候のよい日は、外でおやつ時間を過ごす機会を設け、利用者の好きな飲み物でおやつにする等、気分転換を図っている。		

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
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	季節に合わせたドライブや体調を見て散歩等を行っている。その場で知り合いに会えば、話ができるように配慮している。また、本人の希望があれば、家族と一緒に美容院など、馴染みの場所へ外出できるように支援している。	日常的に、玄関先のエントランスのベンチに座り、お茶の時間を楽しんでいる。小学生の通学路であり、利用者が声をかけたりと交流がある。春は町内の公園や運動公園の桜並木で花見を、ヒスイテラスでヒスイ海岸や青空、松林を眺めたりとドライブを楽しんでいる。また、行った先で近所の人に偶然会うなどの交流もある。	
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	現在、利用者自身での金銭管理が難しいので、金銭、通帳等の管理は、家族、後見人が行っている。本人の欲しいものがあれば、家族、後見人と相談し、持ってきてもらったり、職員と一緒に買い物したりしている。		
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	家族の声が聞きたいと希望した時は、本人の思いに沿って対応している。家族からの電話があった時は、本人に取り次いで話してもらっている。また、本人宛てに手紙や葉書が届いたら、本人に取り次いでいる。家族宛てに年賀状や暑中見舞いを書いてもらい、代行して投函している。		
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	日常の様子を写した写真や作品を廊下や壁に掲示し、利用者と一緒に見ながら会話を楽しんでいる。また、窓から外をながめ、天候や季節が感じられるように、日中はカーテンを開けている。室温・湿度を常に確認し、利用者一人一人が居心地のよい場所、好きな場所で心地よく暮らせる環境づくりを心がけている。	エントランスは天井が高く、天窓や窓からは明るく光が差し込み、ピアノが置いてある。廊下も広く、共有スペースのバーカウンターの中にキッチンがあり、モダンな造りになっている。壁の書道コーナーや利用者の写真の掲示は洗練され、作品のように空間に調和している。	
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	ロビーやラウンジ、廊下等に椅子やソファを置いて、一人でゆっくりと過ごせるスペースを設けている。娯楽室では、動画共有サイトを活用し、昔の歌謡曲や時代劇、お笑い番組を見て、会話が楽しめるよう支援している。また地元のVlogやお祭りの動画を流し、回想法を実践している。		
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	本人の好みに合った衣類、使い慣れた寝具等を家族に依頼している。また、家具等については、家族と相談し、利用者の使い慣れた物若しくは、使い勝手のいい物を家族に依頼している。家具、ベッドの配置は、動線を考え、リスク軽減に繋がるように配置している。	居室は掃除と整理整頓が行き届いており、すっきりと片付き、転倒予防の配慮がされている。各部屋に窓があり、外の景色を眺めくつろぐことができる。利用者は、思い思いにお気に入りのぬいぐるみや、自分の作品、写真などを飾っている。	
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	廊下やトイレ、浴室に手すりを設置し、「本人のできること」を保障できるようにしている。また、自分の居室やトイレの場所をわかりやすくするため、目線に入りやすい場所に大きく掲示することで、「わかること」の支援をしている。		

2 目標達成計画

事業所名 富山型共生グループホーム双葉

作成日: 令和 6 年 10 月 20 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	33 (12)	重度化、終末期の対応についての指針はあるが、事業所として「できること」「できないこと」が明文化されておらず、契約時に口頭で説明し、同意書を得ているが、実際に重度化した時に家族との認識の違いが生じ、トラブルに発展する可能性がある。	重度化、終末期の対応について指針に、事業所として「できること」「できないこと」を明文化し、同意書に記載する。	管理者会議を開催し、本評価の結果を報告し、指針の見直しを提案する。担当者を置き見直し作業を行い、指針を改定する。	3ヶ月
2					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】		
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合った
		☐ ②利用者へ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
		☐ 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ふまえて、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	☐ ①運営者、職員全員で外部評価の結果について話合った
		☐ ②利用者家族に評価結果を報告し、その内容について話合った
		☐ ③市区町村へ評価結果を提出し、現場の状況を話合った
		☐ 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目標を話し合い、「目標達成計画」を作成した
		☐ 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)
		☐ ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)
		☐ 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)
		☐ ⑤その他()