

## 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   | 1690101611  |
| 法人名     | 株式会社びりーぶ    |
| 事業所名    | グループホームつばめ野 |
| 所在地     | 富山市つばめ野2-78 |
| 自己評価作成日 | 令和8年2月5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）】

|                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ○地域住民の職員が多く、地域との関わりが密である。<br>○一人一人が「大切にしていること」（習慣など）を継続できるように支援している。<br>○認知症ケアの質の向上のため認知症介護実践者研修の受講を積極的に行い、スキル向上に努めている。<br>○ご利用者一人一人の生活のペースに合わせた役割づくり（生活習慣を含む）を実践している。<br>○看取りができる体制を整えている。 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

※ 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）】

|                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所は閑静な住宅地の一角に位置している。認知症デイサービスや有料老人ホームも併設され普段から交流を図ることもできる。代表者や管理者、職員は地域在住の方も多く自治会長や地域包括支援センターとも密に関わり支援に活かしている。また、地域行事にも多く関わり関係を築いている。利用者には入居前の生活を継続してもらうことに拘り、自立支援や自己決定に着目した支援に取り組んでいる。研修会も多く実施し、職員の意識統一や知識向上にも努めている。職員はチームワーク良くお互いにサポートしながらより良い事業所運営を図っている。 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 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<br>↓該当するものに○印 |                                                                   | 項 目 |                                                                      | 取 り 組 み の 成 果<br>↓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。<br>（参考項目：23, 24, 25）   | ○                           | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<br>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。<br>（参考項目：9, 10, 19） | ○                           | 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>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。<br>（参考項目：18, 38）           | ○                           | 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>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。<br>（参考項目：2, 20）                    | ○                           | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまに<br>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。<br>（参考項目：38）                 | ○                           | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>（参考項目：4） | ○                           | 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>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<br>（参考項目：36, 37）   | ○                           | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66  | 職員は、活き活きと働けている。<br>（参考項目：11, 12）                                     | ○                           | 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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<br>（参考項目：49）                 | ○                           | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>（参考項目：30, 31）      | ○                           | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>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。<br>（参考項目：28） | ○                           | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>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                                                          | 理念を掲げ、出勤時に各自理念を確認している。                                                                    | 理念は玄関や各フロアに掲示し、職員が意識し支援にあたるよう努めている。また、職員それぞれが理念に沿った支援が行えるよう声をかけあっている。ホームページにも掲載し、外部の方への発信も心掛けている。                            |                                |
| 2          | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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                                                          | 回覧板で地域行事を把握し、入居者様も行事に参加している。地域ボランティア団体の方の慰問の受け入れや小学生の慰問の受け入れを行った。また、富山市のひまわりプロジェクトにも参加した。 | 職員は地域在住の方も多く、地域の情報など共有している。地域のオータムフェスタでのステージショーを観覧したり、地区センターの味噌作りに参加するなど交流を図っている。文化祭に利用者手作りの飾りも出品している。                       |                                |
| 3          |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                                                        | 地域包括支援センターより依頼を受け外部講師として認知症の講座を開催した。また、認知症カフェ開催に向けて見学に行った。                                |                                                                                                                              |                                |
| 4          | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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                                     | 偶数月に開催している。会議では、写真を掲示しながら活動内容の報告をしている。会議の資料や検討した結果を掲示板やSNSに配信している。次年度は認知症サポーター養成講座受講予定。   | 2か月に1回、自治会長、民生委員、地域包括支援センター、家族を招き対面で開催している。会議では利用者状況、行事、事故報告など報告し意見を求めている。会議録は事業所玄関に設置しどなたでも閲覧できるようになっている。また、SNSでも近況を開示している。 | 運営推進会議での内容を家族に報告する仕組み作りに期待したい。 |
| 5          | (4) | ○市町村との連携<br>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                                               | 地域包括支援センターと地域の現状や課題について情報交換を行っている。                                                        | 地域包括支援センターには運営推進会議にも参加いただき普段から連携を図っている。他法人の取り組みや活動等も教わり支援に活かしている。地域の課題である認知症カフェの発足についても共同している。市主催の研修会にも参加し交流を図っている。          |                                |
| 6          | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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1回身体拘束委員会を実施している。勉強会を通して禁止行為についての確認を行っている。                                            | 指針を基に支援に取り組んでいる。定期的に委員会や研修を実施し、職員間の意識統一を図り事業所の方向性の明確化を図っている。会議ではスピーチロック廃止や4点柵の考え方など多岐に渡り意見交換を行っている。                          |                                |

| 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            |
| 7  |     | ○虐待の防止の徹底<br>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     | 研修や勉強会を実施し、理解を深めている。不適切なケアや日頃のケアの中で起こりうるリスクなども話し合い、情報共有している。                            |                                                                                                                   |                              |
| 8  |     | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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 | 施設内研修を実施している。研修時に尊厳を保つことの必要性について話し合っている。                                                |                                                                                                                   |                              |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>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                      | 契約書、重要事項説明書にて対面・口頭で十分に説明している。不明な点があれば随時返答している。また、玄関に重要事項説明書を配置しいつでも確認できるようにしている。        |                                                                                                                   |                              |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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                  | 玄関に意見箱を設置している。面会時に利用者・ご家族からの要望を確認している。運営推進会議には必ず家族にも参加してもらい、要望は申し送り時や連絡ノートでスタッフへ共有している。 | 家族には事業所での日々の様子をお伝えし意見を求めている。電話やメール、メッセージアプリ等を利用し、家族の都合に合わせ対応している。意見としては利用者の金銭管理や食の好みなど多岐にわたり、利用者の意向を確認しながら返答している。 | 運営に関する家族意見の把握方法の仕組み作りに期待したい。 |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                   | カンファレンス時に意見交換をしている。不参加の場合は議事録を配布している。                                                   | 代表者や管理者は普段から職員と意見交換を行っている。また、毎月のカンファレンス時や、朝の申し送り時などにも確認している。意見は人員配置や家電購入、福祉用具の導入など多岐に渡っており業務に活かしている。              |                              |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>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   | 年2回評価シートにて人事考課を実施し個別面談を行っている。個人目標を立ててもらい振り返りをしている。                                      |                                                                                                                   |                              |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>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      | 法人内の勉強会や外部研修への案内をし、研修費用は会社で負担している。                                                      |                                                                                                                   |                              |

| 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<br>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 | グループホーム連絡協議会に加入し、管理者研修やその他研修に参加し、サービスの質の向上に努めている。認知症介護実践者研修を受講し、同業者と交流を持つ機会を作っている。                         |                                                                                                          |                   |
| <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<br>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           | 見学・事前申込時や入居面接時に現在の生活状況や本人の思い・不安・心配を傾聴したり、ご家族や利用サービスの担当者より情報を収集している。入居前の生活が入居後も継続できるよう関係性を構築している。           |                                                                                                          |                   |
| 16                         |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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                      | 見学・事前申込時や入居面接時にご家族の抱える不安や心配・ホームに求めること、生活の意向・要望等を聞き取りしている。申し込みから入居まで時間を要する時も定期的に連絡を取り、相談がある時にはアドバイスをを行っている。 |                                                                                                          |                   |
| 17                         |     | ○初期対応の見極めと支援<br>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                  | ご本人、ご家族の話を傾聴し、入居前のサービス担当者の情報を元に、ご本人の状況を観察しながら状態に合ったプランを作成し提供している。医療面ではかかりつけ医や前任の介護支援専門員に情報提供を依頼している。       |                                                                                                          |                   |
| 18                         |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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                                  | ご本人、ご家族や入居前のサービス担当者からの情報提供で、職歴や得意不得意を参考に現在も出来る事を見極め、生活の中に役割等を作り、ご本人の好きな事や出来ることを継続出来るよう、一緒に行う努力をしている。       |                                                                                                          |                   |
| 19                         |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>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                   | 面会・外出の制限を特に設けず家族と過ごす時間を大切にしている。また、面会時や来所時には日頃の様子を伝えている。また、県外在住の家族からの電話があればご本人と代わり話す機会を作っている。               |                                                                                                          |                   |
| 20                         | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                               | 通いなれたお店や理髪店との関わりを継続している。自宅のカギを預かりいつでも訪問できるようにしている。                                                         | 面会や外出の制限はなく、家族と受診の際に外食をしたり、墓参りや葬式に参列するなど関係継続の支援に努めている。携帯電話で家族と自由に通信できる環境にもなっている。また、手紙での交流継続を図っている方もおられる。 |                   |

| 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<br>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                                   | 個々の性格や生活歴を理解し、一緒に楽しみを共有出来るよう、支援している。職員が会話の中に入ったり、話題を提供し、より良いコミュニケーションが取れるよう環境作りに努めている。 |                                                                                                                            |                            |
| 22                                 |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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                    | 退去時は情報提供を行い、施設でなじみの物を渡し、利用者様が困らないように対応した。長期入院により退所となった利用者および家族には医療連携室と共に相談や支援に努めた。     |                                                                                                                            |                            |
| <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<br>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                                           | 利用者様の希望や思いを傾聴し、意向に沿えるように努めている。また、困難な場合は家族にお願いして本人本位で検討している。                            | 利用者の思いや意向が把握できれば連絡ノートや記録に書き、申し送るなどチームで把握、共有に努めている。表出が困難な方には、表情や行動から判断し対応している。家に帰りたいなどの思いには家族にも状況を伝え、思いがかなうよう共に考える機会をもっている。 |                            |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                       | センター方式を活用し、家族や本人から情報を収集している。職員間で情報を共有し、本人が生活しやすい環境を整えるよう努めている。                         |                                                                                                                            |                            |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>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                                                     | 一人一人の心身状態を把握し、その都度職員間で情報共有しケース記録に記入して現状把握に努めている。食事・排泄・健康状態のチェックも日々行っている。               |                                                                                                                            |                            |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | 本人や家族から要望や思いを聞き、受け持ちスタッフを中心にアセスメント・意見交換を行い、計画に反映している。検討した内容は全体ミーティングで情報を共有している。        | 計画は基本6か月毎に更新だが、状態変化があればその都度変更している。カンファレンス等で計画作成担当者が担当者から聞き取りを行いモニタリングを実施している。センター方式を活用し、利用者の状況を十分に把握できるよう努めている。            | チームでの介護計画作成を行う仕組み作りに期待したい。 |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | ケース記録に内容の実践・取り組み・気づきを記入し、職員同士で情報を共有して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<br>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                            | 個別ケアを行うにあたり、一人一人に合ったサービス提案を心がけ、マニュアルに囚われずに柔軟性をもって個々の希望に沿ったサービスの提供に努めている。           |                                                                                                                   |                   |
| 29 |      | ○地域資源との協働<br>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                                      | 運営推進会議などで意見交換し資源の把握に努めている。地元の小学生との交流や地域行事への参加支援を行っている。                             |                                                                                                                   |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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                                 | 入居時に本人・家族に希望する医療機関を確認している。医療機関受診の際は利用者の情報を提供し連携をはかっている。                            | 利用者それぞれのかかりつけ医が担当しており、訪問診療や外来受診時には状況をまとめ情報提供している。夜間帯や休日に体調不良があった際にもオンコールにて指示を仰いでいる。また、家族の都合が合わないときには職員が受診に同行している。 |                   |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>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                          | 介護職は日常の関わりで捉えた情報や変化を看護職員に相談している。すぐに相談できない場合も連絡ノートと介護記録に記載し、情報共有し必要に応じて医療機関につないでいる。 |                                                                                                                   |                   |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 入院時は早急に地域連携室へ介護サマリーの提供を行っている。退院時には事前に電話で状況の確認を行ったり退院前面談へ出向き、本人・家族の不安の軽減に努めている。     |                                                                                                                   |                   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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  | 外部講師に依頼し研修を行った。終末期の施設内での対応方法や病態・予後説明・状態変化ごとに意向確認に努めた。                              | 重度化・看取りの指針を基に支援にあたっている。入居時には重度化した場合の家族や利用者の意向を確認し把握している。看取り状態になられた際も医師の指示を踏まえ柔軟に対応できるよう、研修会で意識の統一を図っている。          |                   |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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                                              | 事故・急変時フローチャートを見直し、緊急時の対応に関する研修を実施。初期対応の訓練に努める。                                     |                                                                                                                   |                   |

| 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<br>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           | 非常災害時の勉強会を行い、今後机上訓練を予定している。ハザードマップを施設内に掲示。                                                                               | 年2回は消防署協力のもと日中、夜間想定 of 火災訓練を実施している。また、BCP(業務継続計画)も整備し、研修会を実施し職員間の理解を深めている。備蓄については水などの他、カセットコンロや防寒用具などの物品を整備予定。           |                   |
| <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<br>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                   | 利用者の状況に合わせて個々の立場に立ち、尊厳やプライバシーを尊重した声掛けや関わりを行っている。脱衣場のトイレにカーテンを設置し、居室のオムツ類は見えないように袋内で管理している。                               | 排泄などプライバシーに関わる際には、近くでさりげなく確認するなど配慮している。また、支援では同性介助や声のトーンなどに注意している。事業所内外で研修に参加し、職員の感想を求めるなど日々のケアを振り返る機会を設けている。            |                   |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                     | 利用者の思いや要望を傾聴し尊重している。また、思いや要望を表出しやすい環境づくりに努め、スタッフが一人一人じっくり会話する時間を作っている。意思表示が困難な利用者には表情や仕草から思いをくみ取り尊重している。                 |                                                                                                                          |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | コーヒータムや入浴の有無・時間帯など利用者の要望をその都度確認し、希望に沿った対応を心がけている。日課への参加に関しても利用者の意向を確認している。                                               |                                                                                                                          |                   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                  | 利用者自身に着る洋服を選んでもらっている。気候に合った服を選択できるように利用者の同意のもと筆筒の整理を行っている。2回/月の理美容訪問もあり要望に沿った対応を心がけている。また通い入れた地域の理容店へ訪問を依頼し利用している利用者もいる。 |                                                                                                                          |                   |
| 40                               | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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     | テーブル拭きや茶碗拭き・食事の盛り付けなど個々の状態に合わせて行ってもらっている。みそ汁の具材を選んでもらい、一緒に調理を行っている。                                                      | 食事前には口腔体操を実施している。利用者は盛り付けや食器拭き、野菜をカットするなど役割も担っている。誕生日や季節の行事には、利用者の好みに応じ御節料理や海鮮丼など提供している。また、手作りおやつでは、柏餅や梅ジュースなど提供することもある。 |                   |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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          | 外注によるカロリー・塩分などバランスを考えられた献立を使用している。食事・水分量をチェックし、健康状態の把握をするため個人記録に記入している。利用者の状態に合わせ刻み食やミキサー食を提供している。                       |                                                                                                                          |                   |

| 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<br>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、利用者の状態に合わせて口腔ケア・誘導を行っている。介助が必要な方はスタッフが介助・義歯洗浄を行っている。オーラルフレイルを予防するために毎日口腔体操を実施している。                 |                                                                                                                      |                   |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>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       | 一人一人の排泄パターンを観察し、なるべくトイレで排泄できるよう必要な介助を行っている。                                                            | 排泄は記録シートを活用し、間隔やタイミングなど把握に努めている。利用者それぞれの状況に応じたパッド類を使い分けしている。また、オムツ類は周囲からみえない所に収納し配慮している。職員はオムツフィッターの講習を受け、支援に活かしている。 |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>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                       | 排便状況を確認し便秘傾向の利用者に水分摂取を促したり牛乳をおやつに提供したり、自然排便に努めている。それでも調整が困難な方には主治医や看護師と相談し、下剤や座薬の調整を行ったり排便を実施している。     |                                                                                                                      |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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 | 利用者に合わせた入浴への声掛けや希望に沿って入浴支援を行っている。個々のADLに応じてリフト浴へ変更したり全身の皮膚状態の観察に努めている。季節を感じられるようにゆず湯など実施。              | 基本週2回の入浴を実施しているが、希望があれば柔軟に対応している。入浴を拒否する方には時間や職員を代えて促している。また、入浴後の衣類は自身に選んでもらうなど自己決定に努めている。                           |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>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                        | 室内の温度調整などを行い安眠できるよう努めている。日中疲れている様子がある場合は声掛けし午睡を促している。冷える感じる方には足浴を実施している。                               |                                                                                                                      |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>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                   | 薬庫に個々の薬事情が保管しており、いつでも確認できるようになっている。服薬が変更になった場合は連絡ノートを活用し職員が情報共有できるようにしている。薬剤調整は看護師が主治医に状態報告を行っている。     |                                                                                                                      |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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      | 家事作業や調理手伝いなどを個々の能力に応じて役割づくりを支援している。余暇活動は塗り絵や趣味の天地人の書写など継続できるように支援している。外出したい方にはドライブに出かけるなどして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<br>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                      | 外気浴や散歩を利用者の要望に応じて対応している。お花見や紅葉など季節を感じられる外出支援を行っている。地域の文化祭へ出かけたり地区のイベントに参加したりと地域の方々との交流の場を設けている。                    | 利用者の体調や天候に考慮し、オータムフェスタやひまわりプロジェクトなどの地域行事に出かけている。また、買い物やドライブなど日常的にも外出する機会をもうけている。家族と受診や外食へ出かける方もおられる。                                |                   |
| 50 |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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                                                  | お金の管理に関しては家族や利用者と相談し、本人管理・事務所預かりを個別対応している。買い物に行った際は利用者が自分で現金支払いできるように支援している。                                       |                                                                                                                                     |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>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                                                                           | 利用者が希望された場合は家族に電話を掛けられるよう努めている。携帯電話を持っている方には適切に使用できるよう支援している。                                                      |                                                                                                                                     |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 毎日の施設内の掃除、空調管理、照明の調節を利用者の要望も確認しながら快適過ごせるよう心がけている。壁には季節を感じられるように作品を飾ったり花を飾ったりしている。トイレには汚れがあれば都度掃除を行い、快適過ごせるようにしている。 | 共有空間は広く、空調も整えられ過ごしやすくなっている。外からは光が差し明る。壁には季節を感じる装飾品や利用者が描いた作品が多く掲示してある。廊下も幅があり車椅子や歩行器を使用してもスムーズに移動できるようになっており、廊下を往復し運動する利用者もいる。      |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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                                                      | ユニットにこだわらず気の合う仲間同士で談笑できる場所が確保できたりソファでゆったり過ごせる場を作っている。座席は特に決めることはしていない。                                             |                                                                                                                                     |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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                                          | 入居時やその都度利用者の使い慣れた馴染みのある家具や好きな娯楽(ラジオなど)を持参してもらっている。床での生活だった利用者の居室にはカーペットを敷き、床に座り居心地よく過ごしてもらえるよう配慮を行った。              | 居室はベッド、エアコンが完備されている。利用者の使い慣れた家具や家電も持ちこみ可能になっている。入口扉は大きく車椅子や歩行器でもスムーズに出入りすることができる。壁には写真や作品が飾られ個性を演出している。また、自身で掃除をされる方もおられ自立支援に努めている。 |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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                                             | 廊下や浴室には手すりがあり、自立支援を心がけている。トイレ浴室などはわかりやすいように表記している。利用者の意見を聞き、利用者目線で時計やカレンダーを設置している。                                 |                                                                                                                                     |                   |

2 目標達成計画

事業所名 グループホームつばめ野

作成日： 令和 8年 4月 5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        | 4    | 運営推進会議には各4利用者家族を1年に1回は参加できるよう順番に案内していたが、会議の議事録を公表するまでには至らなかった。また、運営推進会議の資料をSNSに配信していたが、利用者家族全員に周知とはなっていなかった。   | 会議資料をSNSに投稿することは今後も継続していき、議事録を利用者家族や会議参加者メンバーにも漏れなく伝えられるように取り組む。 | 会議資料をSNSで発信するとともに、LINE登録いただいている家族にはPDFにするなどして送付する。また、議事録も同様に対応する。LINE登録がない家族には郵送にてお知らせする。 | 6ヶ月        |
| 2        | 10   | 日頃の活動・行事などはSNSで発信している。利用者・並びに家族の意見は面会時などで確認し記録して職員間で情報を共有している。玄関に意見箱を設置しているが現在特に要望はない。運営に関する意見を取り入れることができていない。 | 面会時での要望の聞き取りはこれまで通り継続し、よりよい事業所づくりのための施設への要望や意見をいただき反映する。         | 施設運営に関する意見や要望を吸い上げられるよう、利用者家族とのコミュニケーションの取り方を工夫する。また、アンケートの検討をする。                         | 6ヶ月        |
| 3        | 26   | 介護計画は計画作成担当と管理者が作成し、モニタリングは計画作成担当が受け持ちの職員から聞き取りを行っている。                                                         | 受け持ち性を生かし、受け持ちの職員と一緒に介護計画とモニタリングを行う。                             | 受け持ち職員が主となり介護計画立案ができるよう意見交換を行う。モニタリングも同様に行う。                                              | 12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<br>( ↓ 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( )                                             |