（様式1）　　令和　6　年度

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	2873300368		
法人名	社会福祉法人　明照会		
事業所名	グループホーム　菩提樹の家		
所在地	伊丹市中野西1丁目7番3号		
自己評価作成日	令和7年2月27日	評価結果市町村受理日	令和7年4月30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	http://www.kaigokensaku.jp/

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	特定非営利法人　福祉市民ネット・川西
所在地	兵庫県川西市小花1－12－10－201
訪問調査日	令和7年3月11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）】

尊厳の保持を第一に、その人らしい生活ができるよう、利用者様の気持ちに寄り添い、見守りながら、さりげない支援を心掛け、安心と自信に満ちた日々が過ごせる様支援しています。
　木々に囲まれた平屋建て日本家屋のホームは、各居室に畳が敷かれ住み慣れた自宅に近い住環境となっており、調理や掃除等の家事の外、中庭の畑では季節の野菜を植えたり、花壇には花を植えたり、大きな柿の収穫など生活の中で楽しみを大切にしています。面会制限の緩和も大幅に緩和されご家族様と過ごす時間は何よりも大切な時間であるため、面会予約をいつでも受付け、ご家族様に安心して頂けるように、生活の様子やエピソード、写真の送付をしています。

【第三者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）】

静かな川沿いに平屋建ての日本家屋が事業所となっている。管理者は、利用者の尊厳を守り、その人らしさを入居後も継続できるよう、生活歴や好みなどの情報を把握し日々の生活の中で活かしている。居間で寛いでいる利用者の表情は明るく自信さえ感じられ、職員のコミュニケーションスキルの高さがうかがえる。利用者は、日常生活の中でそれぞれ役割分担を持ち、レクリエーションや花壇などの作業の時は、皆で協力し合える暖かな家族のような繋がりである。管理者は、利用者の楽しみとして、隣接した保育所との繋がりだけでなく、地域のイベントに積極的に参加したり、パン屋に直接依頼して、事業所での訪問販売も始まり利用者の喜びに繋がった。これからも利用者が生き生きと楽しめるグループホームとして地域に開かれた理想郷を目指されることを期待します。

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	↓該当するものに○印	取り組みの成果
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
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
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
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
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
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
62	利用者は、その時々の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

	項　目	↓該当するものに○印	取り組みの成果
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
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
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
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
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
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

自己評価および第三者評価結果

〔セル内の改行は、（Altキー）＋（Enterキー）です。〕

自己	第三者	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	法人理念は基本に利用者の尊厳、地域貢献、職員育成に重きを置き、自部署の課題抽出からの取り組みを行っている。法人理念は各職員の名札ケースに入れており、毎日申し送り時に理念の唱和と行動指針について月ごとに唱和している。	法人理念はパンフレットに掲載されている。併せて行動規範が策定されており玄関やリビングにも掲示されている。職員は申し送り時や会議の際に唱和し意識付けるよう努力している。掲示物サイズが小さく見えにくい。	「菩提樹の家」の独自目標を定めてはいかがでしょうか。
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	隣接する保育園の園児との交流を季節行事に合わせて実践している。地域清掃は職員のみとなっているが、地域の公園や入居者の自宅周辺の散歩に出かけ、地域とのつながりを持ち続けられるよう努めている。	同一敷地内の保育園の園児が、毎日通園する姿は利用者の癒しであり笑顔のもととなっている。地域清掃の参加は、足場の不安定や開始時間が早いため職員のみであるが、河川沿いの落ち葉掃除などを利用者とともに行っている。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	認知症カフェ「あそカフェ」を定例で開催し、認知症の方とそのご家族のピアサポートを目指している。同じ悩みや不安を語り経験を共有することで制度や支援についての知識も知ることができている。毎回家族が準備から参加してくださっている。		
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	昨年度より、参加者が集まっての会議開催が行えている。開催時には運営についての報告や事故の報告、課題の取り組みについても伝えサービスの向上へ活かせるよう共有している。	自治会役員・民生委員・地域包括職員・他施設管理者・利用者・家族の出席がある。地域課題や行事に関する情報の共有や意見交換が活発に実施されている。法人主催の認知症カフェには利用者が運営側の位置付けで参加している。コロナ禍以前の行事再開が今後の課題となっている。	
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	運営推進会議には包括支援センター職員も参加しており、市への報告も行っている。伊丹市に新たに加算算定基準の確認も行い運営している。伊丹市高齢者地域見守り登録事業所として連絡会などで異業種交流で、情報交換を行い、連携を図っている。	運営推進会議には地域包括支援センター職員が毎回参加しており伊丹市主催の連絡会がある。異業種交流会や介護者全体の会合にも可能な限り出席している。連絡会での議事録が作成されている。管理者はメールでのやり取りだけではなく、直接足を運び対面での対話を心がけている。	
6	（5）	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	法人全体で身体拘束ゼロを掲げ、身体拘束に関する研修の開催、身体拘束委員会を開催し、すべての職員が正しく理解し、自部署のケアについての振り返りや不適切ケアについての検討会を行っている。	法人による「身体拘束の排除のための取り組み」研修がプログラムされている。研修報告書も確認できた。管理者は「不適切ケア」については、様々な角度から検証しつつ職員とともに考え注意喚起を意識付けている。	

自己	第三者	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	(6)	○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注意を払い、防止に努めている	全職員が虐待防止に関する研修を開催受講している。また、3カ月ごとに虐待防止委員会を開催し、自部署のケアについての振り返りや不適切ケアについての検討会を行っている。	身体拘束適正化委員会と共に虐待防止委員会があり研修も3か月に1回実施されている。必須研修以外に「高齢者虐待防止のセルフチェックリスト」を用い心理状態を見える化し管理者が状態を把握できる仕組みがある。管理者は「虐待発生のメカニズム・早期発見と対応」研修を受講し職員へのフィードバックを行った。	
8	(7)	○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	施設全体で研修を実施し、職員が正しい知識を学び、玄関に成年後見制度に関するパンフレットを置く等して、必要があれば活用できるように支援できる体制がある。	入り口には案内資料を置いている。現在、制度利用の該当者はいない。特に家族への案内は必要なく推移しているが、必要が生じた際には対応できる仕組みが整っている。	介護に携わる職員として、一定水準の知識を得る研修や勉強会の開催を望みます。
9	(8)	○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	新規利用時は重要事項説明書を丁寧に説明している。質問にもわかりやすく丁寧に行っている。制度改正等による変更等は書面で案内し運営推進会議や家族面会時等に説明し承諾を頂いている。	契約の際は、管理者が家族の質問や不安には丁寧に対応し締結している。料金的なことや加算については、運営推進会議での議題に上げ、家族は納得して同意書に署名捺印している。事業所での生活が困難と判断された時に法人内での受け入れ施設が整備されていることを伝えている。	
10	(9)	○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	年1回の利用者アンケートを実施し結果や意見を運営推進会議で報告、家族に配布している。職員には部署会議の中で報告、共有を行っている。	「利用者満足度調査」が年1回実施されている。アンケート結果に基づき、面会に関する取り決め事項が変更され自由度が高まった。運営推進会議議事録は家族への送付を行っている。利用者希望で「街の様子が知りたい」を取り上げ「街中探求散歩」を実施した。	
11	(10)	○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	月1回の部署会議には職員・管理者が参加し職員が積極的に意見を言える場となり、日々の申し送りでもささいな気づきを議論する事ができる。また、所属長と職員の個人面談を実施し意見や要望を聴取し事業運営への反映させている。	月1回の部署会議は全職員参加としている。業務内容の見直しや業務改善、行事に関する意見など多岐にわたる意見交換が活発に交わされている。管理者・主任の牽引力が発揮されているので、職員の自発的な意見や思い、行事計画が具現化しやすい環境となっている。	
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	資格取得や自己研鑽のための研修受講がキャリアパス手当として反映されるシステムがあり、職員のやりがいや向上心に繋がっている。職員個々が目標管理シートを作成し、それを基に面談を行い意見を聴取している。		

自己	第三者	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	職員個々が一定の介護技術を持ちケアにあたれるよう、ケア項目ごとの力量チェックを実施し、また年に1回法人全体で介護技術コンテストが開催され、部署代表職員と共にケア方法を考えスキルアップに繋げている。また福祉用具、オムツ、看取りケア、認知症のスペシャリストの専門職が活躍している。		
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	市の地域密着型サービス連絡会では情報や意見交換、事例検討会等を実施していたが現在は中止となっている。地域の見守り協力事業所との間で交流会や同業者との研修など参加し、法人内では交換研修を実施している		
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入居時には家族やケアマネ、在宅サービス等の関係機関からの聞き取りと本人のニーズ・要望を伺い、できる限り本人の気持ちに添って安心して頂けるよう努めている。またセンター方式のシートを活用した生活歴等の把握に努め安心して暮らしていただくための事前の情報収集を行っている。		
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	入居時、家族の思いや不安など、家族の立場に立って傾聴し、本人のみならず、家族の気持ちを受け止め支援していくよう努めている。入居直後は特に報告を密に行い不安軽減と都度生じる要望に応えられるようにしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	ホームの生活に合わせるのではなく、在宅での生活の継続のための支援に視点をおき、本人・家族に生活歴、趣味、特技を情報を収集しそれらを生かせるサービスを提供している。		
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	利用者が暮らし難いと感じる部分は、さりげなくお手伝いさせていただくが、共に生活する人生の大先輩との意識で接し、暮らしの知恵を拝借するなど、相互に支え合う関係の構築に努めている。		
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	ご家族の訪問時や月1回のお便りにて、近況を報告し利用者の状況の共有を行い、支援方法についても家族からの意見をいただき、共に考え支える関係作りに努めている。		

自己	第三者	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
20	(11)	○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	ご入居の際にセンター方式シートを使用した生活歴の聞き取りを行い、ご本人の馴染みの場所や人の理解に努め、話題提供を行なうことで関係継続が保てるよう努力している。携帯電話を持つ入居者には、充電や着信記録を入居者と共に確認し、家族、友人との関係の継続ができるよう支援を行っている。	面会制限が緩和されたことで、居室で寛いで歓談することも可能になった。兄弟・親戚・友人の来訪が増えている。入居時にセンター方式シートへ記入された情報をもとに近親者の名前をキーワードとし話題展開をすることもある。携帯電話所持の利用者には充電や着信記録の確認を支援している。	
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	調理や掃除、手芸等の活動の場面場面で得意とする利用者が他の利用者に教えたり、手伝ったりと協力し合えるよう、座席を考え、言葉かけを行うなどして利用者同士の仲間意識を高める支援に努めている。また、集団でのレクリエーションや誕生日会など、共に楽しんだり祝う機会をつくることで仲間意識を高めている。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	入院退所後も面会や家族への様子伺いの連絡等で関係継続し、退院後の介護サービス導入の相談・支援を行った。また、隣接の特養へ入所される場合は、度々訪問し細かなケア方法等を伝え連携を図っている。		
Ⅲ．その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(12)	○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	本人の気持ちを大切にし、日頃の会話からその時の心境を汲み取れるように努めている。本人の気持ちを家族へ伝え方向性を一緒に考え一人一人のニーズに合った暮らし方が実現できるよう努めている。	入居前の見学時に本人とのコミュニケーションや、家族からの聞き取りで今までの暮らしぶりや嗜好などが分かり、その情報は、職員全員で共有している。入居後も、家族によるセンター方式シートを元に、利用者がなにげない瞬間に話す事柄や行動から本人の想いを汲み取ることができるよう真摯に取り組む姿勢が伺える。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	入居時に家族からいただくセンター方式による暮らしの情報シートを基に生活歴を把握し、在宅ケアマネからの情報も交え把握に努めている。居室には馴染みのある家具や写真を置くことで親しみやすい環境に努めている。		
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	入居者一人ひとりに24時間シートの聞きとりシートを使い、ホームでの暮らし方に対する要望を伺い、日課の作成を行っている。聞き取りを行う中で、入居者自ら「部屋の掃除機掛は毎日自分で行うようにする」等の発言もきかれ、生活意欲の向上にも繋がっている。		

自己	第三者	項　目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	(13)	○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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	計画作成やモニタリングについては、ケアマネが計画の原案を作り、本人、ご家族の意向を確認、他の職員の意見を求め、カンファレンスを行い作成している。往診医、訪問看護師・歯科医・歯科衛生士の意見等も参考にしている。	担当職員は、物品整理や毎月家族への手紙に利用者の様子を知らせている。。会議では、介護24時間シートを職員間で検討し、状態変化がある場合は、介護計画担当者に知らせる。介護計画作成担当者は、家族に説明し同意を貰い介護計画の変更に生かしている。カンファレンスは3ヵ月毎に行い、半年毎に介護計画の見直しをおこなっている。	丁寧な介護計画書を作成し、モニタリングも全部行っている。今後は現場職員がより介護計画を身近に感じられ、資質向上の為にも、モニタリングなど介護計画に関わる部分を増やしてはいかがでしょうか。
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	ケアチェック表を基に毎日のミーティングを実施し内容を個別記録に記入しており、職員全員で情報を共有しプランの見直し等支援に活かしている。またケア内容の変更は介護記録の検索機能を活用して職員で周知している。		
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、その時々に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	家族の状況により必要物品の調達が難しい場合は事業所で立替購入を行い入居者の生活に支障が生じないよう支援を行っている。		
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	地域の商店に働きかけ週1回ホームにパンの移動販売してもらっている。自分で選び購入でき入居者の楽しみにもなっている。傾聴ボランティアの訪問も再開も検討している。		
30	(14)	○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	本人・家族の希望を聞きながら地域の専門医、同法人内の診療所等の医療機関を受診できるよう連携を図っている。月2回の訪問診療と緊急時に医師との連携を取ることができる体制を取っている。また、希望される入居者は入居前から通う専門医に継続して通う入居者もある。	現在、全員が事業所の往診医と契約し、かかりつけ医として月2回の往診を受けている。歯科の訪問診療とも契約し、利用者は歯科衛生士から口腔ケアを受けている。週1回は、特養に併設された訪問看護ステーションから看護師の訪問があり、利用者の健康チェックを行っている。他病院への受診は家族対応であるが、緊急時や夜間は事業所対応で家族の安心に繋がっている。	
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	体調管理報告書に1週間の気づきや体調の変化を記入し訪問看護師と情報共有し早期対応（受診）に努めている。体調の変化があれば訪問看護⇒主治医の24時間連絡体制が確立されている。		

自己	第三者	項　目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
32	(15)	○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。	各病院内の地域医療室と連絡を図り、相互の関係作りを行っている。また協力医療機関との会議を毎月開催し、入居者の身体状況の相談ができている。	協力医療機関との定期的な会議もあり、入居者の医療的な相談がしやすい。地域の医療機関との関係性も密であり、入院した場合も、医療連携室とのスムーズな連携で情報の共有ができ、早期退院にも繋がっている。	
33	(16)	○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	入居時にホームの体制、対応については重度化した場合における対応の指針により説明し同意を得ている。 終末期の対応については、家族・主治医・訪問看護と都度話し合いを行い、出来る限り個々の要望に添えるよう早目の対応に努めている。	「人生の最終段階における医療・ケア指針」は法人の指針として作成され契約時に説明している。管理者は、契約時にグループホーム独自の重度化した場合における対応についても丁寧に説明し、同意を貰っている。重度化した場合、本人、家族、主治医と話し合い、慣れ親しんだ事業所での看取りを開始するか、又は医療が必要な場合は、医療機関とも連携し入院など、本人にとって最適な環境を提供できるようチームケアで取り組んでいる。	
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	緊急時対応研修を職員、パートを含め行っている。緊急時の対応の理解と実践力の向上を図っている。急変時対応マニュアル、事故発生時のマニュアルを啓示し緊急時の対応の理解と実践力の向上を図っている。		
35	(17)	○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	大規模災害を想定したBCPの整備と昼夜の異なる時間帯での避難訓練を年2日の日中、夜間を想定した火災時の避難訓練に加え、洪水時等の避難訓練を実施。	法人全体で、災害対策を行っており、火災、地震、水害などの災害の種類によっては、特養の職員が駆けつけて利用者を援助する協力体制も整っている。ハザードマップや防災マニュアルも備えている。年2回、日中、夜間を想定した避難訓練を消防署立ち合いで行っている。管理者は、倉庫を購入し、特養に保管している備蓄品を身近に置く準備をしている。	法人全体での避難訓練の為、地域との連携は未だ行われていないが、隣に移転した保育所との連携も地域との協力、体制を築く対策の一つになるのではないか。
Ⅳ．その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(18)	○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	物忘れからくる思い違いや思い込み等がみられた場合でも、入居者の方々にさり気ない言葉かけで気づきを誘うよう心掛け、排泄等のプライバシーに関する事は、声の大きさにも配慮しています。	利用者の態度や発言が見当違いなものであっても、自信、誇りを損なわないよう配慮している。ひとり一人の尊厳を守る取り組みとして、利用者の居室に入る際、本人不在の場合でも、本人に声かけをしてから入室している。トイレ介助時もドアを閉めるなど、常に利用者主体で日常生活を送れるよう支援している。	
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	昼食の選択メニューの決定や週1回の移動パン屋での買い物、レクの内容などで利用者の意向を引き出せるように出来るだけわかりやすい表現で説明し日常生活の中で自己決定が出来るよう支援している。		

自己	第三者	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
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	健康を維持するための大まかな日課はあるが、基本は本人主体であり、意向や体調に添って食事時間や提供場所、入浴等、日々、個々に合わせたペースに沿って支援を行っている。		
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	好みの色や好んで着用していた衣服のデザインをご家族から聴き取り、好みの把握に努め支援を行っている。希望者には訪問理美容を調整し好みのヘアカットやヘアカラーをしている。		
40	(19)	○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	食事のセッティングや後片付け等、職員が見守りながら共に行っている。週1回の調理の日には希望を考慮しながらのメニュー作りを心がけ、調理を見守り共に行い、昼食は選択メニューで食の楽しみが継続できるよう配慮している。時には出前食で気分転換を図る事もある。	利用者の楽しみである食事に関しての取り組みは事業所の特徴になっている。朝食は職員が準備し、昼食、夕食は特養の厨房から運んでいるが、毎週火曜日は、調理の日で、利用者が献立、買物、調理を職員と共に担当し楽しんでいる。皆でおにぎりを作り、それを公園で食べたり、おやつ作り、庭で取れた柿を使った料理が食卓に上がるなど、日々利用者が食事を楽しめるような取り組みを行っている。	
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	母体施設の食事サービスより管理栄養士により栄養管理された食事メニューが提供されている。月1回体重測定を行い体調管理を行っている。水分摂取量が少ない方は好みの温度やよく摂取される時間帯を把握したりお茶ゼリーの摂取で必要量を確保している。		
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、歯磨きの言葉かけを行い、支援を要する方には、職員が歯間ブラシ等で介助を行う。希望者は歯科往診、口腔ケア指導を受けている。義歯は義歯用ブラシを使用し職員が細部の汚れを落とすようにしている。		
43	(20)	○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	個々の状態に合わせてトイレ誘導・言葉かけ・見守りを行う。本人が示す排泄サインや排泄リズムに合わせたトイレの言葉かけを行い誘導している。パットやオムツも個々の尿量、時間帯に合わせた支援を行い使用量の削減に努めている。	一人ひとりの排泄パターンとパッド類を把握し、その利用者のサインを見逃さず、さりげない声かけで居室内にあるトイレまで誘導を行っている。適切な排泄ケアを行うことで、パッドの使用量も減り、身体の清潔を保つことができている。布パンツにパッドだけの利用者もいる。	

自己	第三者	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
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	水分や食事摂取量と排便の関係をケアチェック表から把握し、水分摂取の促しを行ったり、運動をしたり、利用者によっては、排便を誘発する飲食物を把握し、適宜摂取していただく等して自然排便に向けた支援を行っている。		
45	(21)	○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	体調を勘案し本人の要望も併せ入浴を勧めている。基本週3回の入浴を行い（希望に応じて毎日）無理強いせず、好みの湯温での入浴を実施している。また、同性介助の要望にも対応している。	利用者には、週3回入浴の機会を設けている。入浴を渋る利用者も、職員の機転の効いた声かけでスムーズに入浴し、後で気持ち良かったと喜こんでいる。無理強いはせず、同性介助を希望する利用者にはできる限り対応する。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	個々の入居者の体力、生活習慣、その日の体調に合わせ、居室で休憩したり、人の声がする場所の方が安心される方は、リビングのソファーで休息する等して過ごしていただいている。		
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	訪問診療時には職員が医師に付き添い説明を受け、お薬情報書でも確認し新たな薬の追加や変更は薬剤師の説明を受け内容の把握を行っている。症状の変化や副作用が疑われる場合は医師、薬剤師に速やかに報告を行っている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	入居者それぞれが、モップ掛け、食器拭き、タオルたたみ、手すり拭き、調理など何らかの役割を持ち日課となっている。また、居室やベランダで植物を育てる楽しみを持ち生活されている。気分転換にホーム周辺を散歩に出かけている。		
49	(22)	○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	近くの公園や家族参加なしでの遠足に出かけている。。花見やコスモスドライブや初詣など季節を感じられるような外出も行っている。ご散歩でおやつの買い出しなど一緒にでかけることもある。要望があれば、できる限り対応できるよう職員で時間調整を行っている。	事業所の前の川沿いを歩いたり、おやつやパンを買いに近所の店に出かけている。遠出のできない利用者には、隣接する特養の入口の坂を昇り降りして戻る近場の外出も始めた。家族同伴の外出には制限はなく、利用者の楽しみになっている。	

自己	第三者	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	財布を自己管理されている入居者もあり、お買い物の要望があれば、対応できるようにしている。時には職員から買い物にお誘いすることもある。お金を自己管理していることで、いつでも買い物に行けるという安心感からか買い物への要望は少ない。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	携帯電話の充電や着信を確認して、家族や友人との会話がいつでもできるよう支援している。また、家族からの電話を楽しみにして定期的に会話をされたり、本人の要望を受け親しい方へ年賀状や手紙を送るための支援を行っている。		
52	(23)	○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	居室や居間等の各所に温湿度計を設置し、過ごしやすい空間となるよう管理している。また感染症の予防もありCO2センサーを設置し、定期的な換気を行っている。また、季節や時間帯に合わせ日よけシェードやカーテン等で自然光の調節を行い、食事時には耳障りの良い音楽やラジオを流し、心地よい空間作りを行っている。	明るい色調のリビングには、利用者が水をあげている植木がセンス良く飾られている。窓からは隣接する保育園で遊ぶ園児の姿も見える。玄関ホールの壁に、利用者の習字クラブの作品などが飾られ利用者は得意げに説明をされた。中庭には、柿の木や菜園、めだかの池もあり、利用者は餌をあげたり、雑草を抜くなどの役割をしながら楽しめる空間になっている。	
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	リビングのソファーやイスの配置を数箇所に分け、複数の入居者で語らう空間と少人数または独りで過ごす空間、また障子で区切られた空間と、その場の個々の思いに応じ安心して過ごせる場所作りを行っている。		
54	(24)	○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	永年使い慣れた家具を自宅より持ち込まれ、好きな本を読むためのデスクや本棚もあり、家族との写真や自身の作品を好きな場所に飾り、居心地の良い自分なりの空間を作られている。	居室の中央に3畳の畳が敷かれ、使い慣れた馴染みの家具や家族の写真が飾られている。掃き出し窓の障子を開けると中庭の木々が見え、自宅の離れにいるような落ち着いた空間になっている。押し入れ、洗面台、トイレが設置され、カーテンと寝具が用意され、利用者が居室でテレビを見ながら居心地良く過ごせる部屋になっている。	
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	中庭での草花の世話を楽しみにされる方には、居室から中庭に安全に出る事ができるよう、広いスペースにブロックを設置したり、トイレの場所を分かりやすく表示するなどして、自分でできる事、自分でしたい事の支援を行っている。		

（様式２（１））

事業所名　グループホーム　菩提樹の家

作成日：令和7年3月31日

目標達成計画

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	8	権利擁護に関する制度の理解と活用について該当者はいない状況であるが、研修や勉強会を開催し知識を一定水準まで得る必要がある。	・権利擁護に関する理解と知識の向上 必要にには助言、関係機関への繋げる支援ができるようになる。	.・権利擁護に関する研修を実施する。 ・・委員会活動を年間目標を立案し3カ月に1度研修を実施する。	6ヵ月
2	35	地域との共同での災害時の訓練実施にむけての取り組みを実践できていない。	・同一敷地内保育所と連携し、協力、体制を築く。	・同一敷地内保育所と災害時の避難方法についても話し合い共有する。 ・災害想定の訓練を実施する。	6ヵ月
3	26 1	チームで作る介護計画とモニタリングについて職員がモニタリングの実践にていく必要がある。	・介護計画書の内容とモニタリングの実践にて気づきや改善点が明確になり、利用者支援が円滑に実践される。	・介護職員のモニタリングの実践 ・介護計画書記載の目標から取り組みの計画の適時変更していく。	3か月

注）項目の欄については、自己評価項目の№.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。

（様式２（２））

サービス評価の実施と活用状況（振り返り）

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〇印）	
1	サービス評価の事前準備	〇	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
		〇	②利用者へサービス評価について説明した
		〇	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
		〇	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	〇	①自己評価を職員全員が実施した
		〇	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
		〇	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
		〇	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）	〇	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
		〇	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
		〇	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	〇	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
		〇	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
		〇	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
		〇	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
			⑤その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
5	サービス評価の活用	〇	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
		〇	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）
		〇	③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した（する）
		〇	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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）