

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	2893300109		
法人名	株式会社 美咲		
事業所名	グループホームみさき南野		
所在地	兵庫県伊丹市南野北1-12-11		
自己評価作成日	令和6年10月13日	評価結果市町村受理日	令和7年4月21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	https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 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6年11月15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)】

開設から13年目になります。長くみさき南野で働いている経験豊富なスタッフばかりです。ご本人様の出来ることは継続しながら新しい環境での生活が安心して過ごせるように支援しています。

【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)】

事業所は、新幹線の線路沿いにあり、表通りの桜並木はリビングの窓からも望め、春は居ながらにして花見ができる心地良い環境にある。利用者作製の壁飾りや貼り絵、わかりやすいピクトグラム表示が掲示され、リビングは清潔に保たれている。開設から13年目の事業所は、経験豊かな職員が多く落ち着いた雰囲気を醸し出しており、利用者1人ひとりに沿った支援を心掛け、自宅の生活の延長線上にしているような雰囲気です。ユニット入り口には、利用者や家族、来訪者が見やすい場所にイベント情報を掲げ、参加を呼び掛けている。家族からは、毎月利用者の様子を写真で送付してくれることや、面会時の対応が丁寧で安心感があるとの好評を得ている。今後も利用者が安心して楽しく、おいしい食事ができ健康な生活がおくれるよう、利用者本位の支援を続けられるよう期待している。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項 目		取 り 組 み の 成 果 ↓該当するものに○印		項 目		取 り 組 み の 成 果 ↓該当するものに○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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				

自己評価および第三者評価結果

〔セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。〕

自己 者三	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	事業所内に理念を掲示し、会議時に読み上げし共有し、サービスにあたっている。	法人理念は事業所案内パンフレットに掲載し、玄関に行動指針と共に掲示している。SNSで法人内事業所や外部に公表している。職員は会議の際に唱和し認識を深めている。文書化はしていないが事業所の基本方針として、毎月の勉強会で「その人らしく楽しく笑顔が少しでも多く、清潔で病気がなくおいしくご飯が食べれて、その人のペースで過ごせるように」と話し合っている。	事業所基本方針を明文化し、家族や外部に伝わるように工夫されてはいかでしょうか。
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	ボランティアの方に来ていただいたり、近所の公園へお散歩に出かけている。	事業所は、地域に住む職員がおり、地域情報が入り行事等に参加できている。自治会には入会していないが、近隣から踊りや歌のボランティアが来所したり、クリスマス演奏会を楽しんでいる。リハビリを兼ねた散歩等で地域住民と出会う機会が多い。	
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	伊丹市の高齢者見守り協定の交流会へ参加したり、市民後見人の実習受け入れをしました。		
4	(3) ○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	今年より施設に来ていただいたの会議が実現しました。地域包括支援センターの職員さん、民生委員さん、ご家族様のご参加で運営の報告、ご意見をお聞きしています。	今年5月から対面開催になり地域包括支援センターや民生委員、利用者家族の参加で2か月ごとに開催している。事業所の報告内容を中心にレジュメに沿って進めているが、開催日時や場所、参加者からの情報や意見等の記録がない。	レジュメに、開催年月日や場所、参加者等の記載をお願いします。議事録作成し家族や職員が共有できる仕組みを作っていたきたい。
5	(4) ○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	二か月に一度、介護相談員の方が訪問くださっています。入居者様のお暮しや毎月のテーマについてご報告しています。	市の窓口には、生活支援課に生活保護関係書類等を提出に行くことがある。市や県からの情報はメールで届き、ファックスやメールで情報をやり取りしている。市から派遣の介護相談員が2か月に1回来訪し、聞き取った内容をまとめた文書が届き職員は閲覧している。コロナ前にあったグループホーム連絡会の再開はない。	

自己	第3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
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	身体拘束委員会を設置し、身体拘束ゼロを実施しています。研修や振り返りを行っています。	身体拘束適正化委員会は、毎月法人で開催し、事業所からは管理者や担当委員が出席し、各種委員会や研修と共に開催している。それらの内容を毎月の事業所内で伝達研修して周知を図っている。法人の指針はあるが職員には浸透していない。	指針が職員に浸透するための工夫をして頂きたい。
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に注意を払い、防止に努めている	毎月研修を実施しています。自身のケアを振り返ってもらえるように毎月身近な内容にしています。言葉かけの仕方や管理者に相談するように等。	虐待防止委員会も、身体拘束適正化委員会と同様に法人で開催をし、事業所の研修や会議の場で職員に伝え浸透を図っている。不適切ケア防止のため、委員会はNGワードチェック表を活用し、具体例集の更新につなげている。法人の指針やマニュアルはあるが職員間の共有が十分ではない。	マニュアルを見直し、指針と共に職員に周知を図る仕組みを作っていただきたい。
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	市の市民後見人の活動報告に参加しました。施設内にもパンフレットがあります。	成年後見制度を活用している利用者が数名あり、ケアマネが申請手続き等を支援した経緯がある。権利擁護研修の機会がなく、職員全員に知識があるとは言えない。パンフレットを常備しているが、契約時家族には伝えていない。	地域包括支援センターに依頼し、職員研修の機会を作ってほしい。利用契約時に資料を用い制度の紹介をされてはいいかがか。
9	(8)	○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	契約時に十分説明を行っている。不明点はその場で解決するようにしている。改定についてもご理解いただいている。	事前の見学を受け入れており、施設案内パンフレットを用いて契約時は各種書類にて時間をかけ丁寧に説明している。医療行為が必要になれば、事業所での支援が困難になる事を伝え了承を得ている。	
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	変わったことがあれば、ご報告したり毎月のイベントの様子などは書面やメールで送らせていただいています。ご家族様からのご意見や質問はすぐに共有するようにしています。	毎月の写真入の通信を家族に送付し、個別の情報や質問にはSNSで早期に対応し職員間で共有している。利用者個別の質問等はあるが、事業所の運営に反映するような意見はない。	家族から事業所の運営に対し意見がもらえる工夫をして頂きたい。
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	施設内会議を月一回実施し、意見交換の場に行っています。普段からも話しやすいと思います。	利用者のケアの方法等は、職員間で話し合いを重ね修正し改善している。施設の老朽化による電気製品の故障等、設備面での提案が多く早期の対応が必要であるが、本社対応の案件には時間が掛かる事がある。	
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	勤続年数や介護福祉士の資格などが処遇改善につながっている。資格を取るために一部補助も行っている。		

自己 者 第	三	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	施設では毎月テスト及びレポート課題に取り組み、勉強会を開催している。法人では外部研修を受けるにあたり費用の一部負担金制度を設けている。		
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	現時点、グループホーム連絡会が再開できていないが、尼崎の施設オープンで研修や交流があった。		
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	入居初期段階の関係づくりは難しく、アセスメントシートやセンター方式の一部を利用しながら好みや生活歴を把握し、関係性が築けるように努力しています。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	住み慣れた家を離れることで、帰宅願望や認知症の進行など不安に思われているご家族様が多いです。勤続年数も長い経験のある職員がサポートさせていただきます。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	支援内容がご本人様、ご家族様のニーズに合ったものとするため、作成前、作成後と必ず確認しております。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	出来ることを引き出し、残存能力を維持できるよう家事分担をともに行い、お互いに助け合う環境を作っている。		
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	父の日や母の日、敬老の日などのイベント時にメッセージをお願いしている。今年からイベント時にご家族もご参加してもらったり気軽に来てもらえるようになった。		

自己 第三	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	ご兄弟の面会があったり、兄嫁様の来訪など、施設にいても変わらず会える環境がある。	地域の情報は、近隣に住む職員から入る。兄弟や親せきの面会は時々あり、外泊する利用者もある。理美容は定期的な訪問により関係性を築いている。以前利用していた家族が、ボランティアで来所し今も交流が続いている。	
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	お互いが助け合い、手を取り合えるように見守りや支援を心がけている。		
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	退居されたご家族様がボランティアで訪問、食イベントのお手伝いをしてくださったことがあります。		
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	お一人お一人に合わせた暮らし方や介助を基本にしている。変化があったときなども柔軟に対応できるように心がけている。	入居前に利用者の生活状況を聞き取り、個々の思いや意向を記録し職員で共有している。発語困難な利用者には、顔つきや雰囲気から推察している。ハンカチやベストに彩りよく刺し子をして楽しむ利用者や、年初の抱負を毛筆で書き、入り口に掲示するなど、想いに寄り添った支援を行っている。	
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	ご本人様から言葉で聞くことが難しい時には、ご家族様や担当ケアマネージャーに確認させていただいています。		
25	○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	お一人ずつの生活記録を記入して、変化があった場合には特に気を付けて共有するように心がけています。		
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アを反映し、現状に即した介護計画を作成している	ご本人様がいま出来ていることが継続できることを一番にしながら、介護計画の更新時には、ご家族様への説明や意向を確認している。	3か月ごとにチームでモニタリングし、介護計画の見直しを行っている。介護計画の短期目標をモニタリング項目に設定し、2段階で評価している。家族には電話で説明し、後日署名をもらっている。介護計画書には説明日、交付日、署名日の欄を設けて整備している。	短期目標ではなくサービス内容でモニタリングを行うことを検討していただきたい。判定が2段階（はい/いいえ）なので、中間評価の設定を設けてはいかがでしょう。

自己 第3	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
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	電子記録になったので他のフロアの情報も共有できるようになり多くの実践や気づきを得ることができるようになった。		
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	出来ることは取り組んでいきたい。		
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	ボランティアの方をお招きして、施設で盆踊りを開催した。		
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、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	月に2回の内科往診と、24時間体制のコールセンターがあるので変化時にはすぐに相談できるようになっている。	主治医とは24時間連携体制があり、利用者は全員訪問診療を受けている。眼科および歯科の訪問診療を受けている利用者もいる。主治医と連携している看護師が週1回訪問し健康チェックや皮膚観察を行っている。かかりつけ薬局から一包化した服薬管理が行われている。	
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	看護師の方にも先生と同様に相談させてもらっている。		
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。	入院時には介護サマリーや聞き取りで情報共有を行っている。施設内に医師や看護師がいらないため医療行為が必要になった場合には施設に戻ることができない。	入居時に緊急時意向確認を行い、書面で保管している。管理者が介護サマリーを作成し入院先に提供したり、電話で情報提供することもある。退院後に医療が必要となった場合には退去となることを説明している。	

自己 第3	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
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	施設では医療行為を受けられないため、施設でできることは緩和ケアやお看取りになりますとご説明行っています。施設内であっても連携クリニックに相談、報告しながらできることをさせていただいています。	契約時に、急変時の対応について事前意思確認書を救急隊に見せることを説明している。重度化した場合の対応に関わる指針を整備し、契約時に家族に説明している。終末期の同意書は主治医が作成、終末期ケアについての同意書は事業所が作成し、それぞれ家族の同意をもらっている。	
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、事故発生時の対応は施設内研修で確認しています。すぐに医療、ご家族様へ連絡するようにしています。		
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	年に2回想定訓練を実施している。助けに来てくれた方にも分かるように、入居者様の必要とする介助についての名札を作りました。	避難の際につける避難方法を明記して色分けした名札を用意し、利用者の首にかけ、非常時には誰にでもわかるように工夫している。訓練では利用者也水消火器訓練に参加している。夜間想定はマニュアルにより動作確認する訓練を行っている。事務所に非常時用の連絡等手順を掲示し、毎日の避難時の職員の役割担当者を決めて事務所に色付きで分かりやすく掲示している。利用者に関する重要資料の持ち出しの用意はできているが更新が進んでいない。	訓練に消防署の立ち合いを求め、講評をもらってはいかかでしょう。
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	不適切ケアとは、等毎月研修がある。正職や管理者に相談するように研修時に伝えている。	利用者の趣味の手芸を支援したり、職員による居室での衣類の選択を拒む利用者においては、置き場所を工夫したり事前に脱衣所に用意するなど、利用者の意思を尊重した支援を行っている。ケアにおけるNGワードを頻繁に確認する仕組みがあり、丁寧な言葉遣いで接することを職員間で共有している。	
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	日常的にコミュニケーションを取りながら、ご本人様の望まれることを感じ取ったり、選択しやすいようにお聞きしています。		
38	○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	ご本人様のペースを大切にし、どのように暮らしたいかニーズを感じ取るように勤めています。		

自己 者 第三	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
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	季節に合わないコーディネートでもご本人様のこだわりがある場合もあり尊重しています。理美容も毎月訪問があります。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	準備や片付けなど出来る範囲でお手伝いしていただいています。	業者が献立を作成し、食材とレシピを事業所に配達し、事業所内で職員が調理している。利用者は、味見をしたり、盛り付け、食事マットや食器拭きなど可能な範囲で参加している。茶碗、お椀、湯呑、箸は利用者が使い慣れたものを持ち込み、小皿を事業所で提供している。食事レクとして、刺身やノンアルの晩酌セット、お好み焼きなどを楽しむ工夫もある。毎日10時に喫茶、15時にお菓子とお茶など、楽しむ工夫をしている。食前には口腔体操を行い、テレビは消してBGMを流している。小柄な利用者には足置き台を設置し、身体の安定を図って食事ができるように工夫している。献立は職員がホワイトボードに書き、口頭で利用者にお知らせしている。	
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	食事量、水分量は記録につけながら、食事が取りにくくなってきた場合は主治医に相談している。飲み物は嗜好品をご用意してもらっている。		
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	個々に応じた口腔ケアを毎食後実施している。		
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	個々に合わせた排泄ケアの方法があります。ご本人様の希望もあり居室にポータブルを設置しているところもあります。	量に合わせてパッドの大きさを調整したり、ゆっくり時間を取れるようにポータブルトイレを居室に設置する等、個々の利用者の状態に合わせて排泄支援を行っている。	

自己 第3	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	できるだけ目標の水分量が取れるように、10時13時15時に提供している。それぞれの好みに合った飲み物を提供することで水分摂取に勤めている。便秘がちな方はお薬の力も借りています。		
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	入浴が面倒な方もいるので、気分が向くときに入れるようにしている。ほとんどの方は曜日のみ固定、時間は職員が手厚い範囲内で固定はしていません。	入浴の週間スケジュールは家族にお知らせしているが、状況に合わせて臨機応変に入浴日や時間帯を調整している。普通浴槽でシャワーチェアを設置し、湯の交換は毎行っている。入浴剤は使用しないが季節湯を楽しめるよう工夫している。脱衣所の入り口にはのれんを設置し雰囲気を醸し出している。	
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	ご自分で好きな時に休まれる方もいらっしゃいます。職員のほうで個々の体調や体力に合わせて適切に休息の時間を取り入れています。		
47	○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	既往歴や現在の症状に合わせた処方、職員がいつでも確認できるようにファイルしている。		
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	趣味やこれまでしていたことが継続できるように支援している。お散歩やレクを通して気分転換できるようにしている。		

自己	第3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
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	ご家族様のご協力で、外食やお散歩が出来る。気候が良いシーズンは職員とお散歩などしている。	人員体制に余裕のある時に散歩にでかけることができる。体操レクを取りいれたり、身体を動かす機会を持てるよう支援している。春には表通りの桜並木を散歩した。今後、外出のイベントを企画していきたいと管理者は考えている。	
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	基本的に施設ではお金の管理ができないですが、ご家族様と相談しながらご本人様に所持いただくことがあります。		
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	ご本人様の希望があれば、いつでも手紙や電話のやり取りができるように対応している。		
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	心地よい空間になるよう、温度や光の加減を調節しながら、桜の季節は街路樹の桜が見えるようにカーテンを開放したり、フロアは季節を感じられう飾りで楽しめるようにしています。	居室の入り口に、1年の抱負を利用者が毛筆で書いて掲示したり、写真や季節の飾りや、職員が作製したネームプレートを掲示している。風呂やトイレの場所はピクトグラムで表示されている。壁面飾りは、毎月利用者と職員が共同で作製し、季節感を味わってもらよう工夫をしている。	
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	ソファや自席でくつろいだり、台所で洗い物をしたり自由に過ごされています。		
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	ご本人様の思い出のあるものや、お写真など持ってきていただいたり、その方の趣味や興味のあるものが楽しめる居室をご家族様と一緒に作っています。	事業所からは、クローゼット、電灯、防災カーテン、エアコンが提供され、寝具付きベッドはレンタルである。家具や孫の写真、布タペストリー、鏡台、仏壇、テレビ・ラジオ等使い慣れたものや趣味、思い出のあるものを自由に持ち込み、心地よい部屋作りを支援している。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	建物内はバリアフリーで、イラストや文字を利用しわかりやすいように工夫しています。		

(様式2)

事業所名:グループホームみさき南野

目標達成計画

作成日: 令和 7年4月21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	(5)	身体拘束の指針の浸透	左同	入職時のオリエンテーション ミーティングで活用 事務所、フロアに報告	1か月
2	(6)	マニュアルの見直し 職員への周知	左同	入職時のオリエンテーション ミーティングで活用 事務所、フロアに掲示	1か月
3	(9)	ご家族に意見をいただく工夫ができていない。	意見をいただきやすい環境を作る	運営推進会議の議事録を送り、意見をいただき やすくする	2か月
4	(17)	訓練に消防署の立ち合いを求める。	年に1回は立会いのもと訓練	左同	4か月
5	(7)	権利擁護研修の機会がない	外部の方に協力してもらい研修の機会を作る	地域包括支援センターの方に依頼をする	6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。

(様式3)

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○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し合った
		☐ 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、職員全員で話し合った
		☐ 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し合った
		☐ 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し合った
		☐ ②利用者家族に評価結果を報告し、その内容について話し合った
		☐ 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
		☐ 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	☐ 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()