

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	平成28年2月10日	評価結果市町村受理日	平成28年5月31日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ兵庫福祉調査センター		
所在地	尼崎市南武庫之荘2丁目27-19		
訪問調査日	平成28年2月24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)】

お一人お一人の生活リズムを大切に、その方らしくお過ごし頂ける様に支援しています。また心地の良い空間づくりも大切と考え環境整備にも努めています。見当識障害のある方にも、時間やきせつを感じて頂ける様に工夫しています。少しずつですが、地域包括支援センターでのシニアボランティアの活動に参加させていただくことから始め、地域の方との交流も持てるようになってきたので、今後も努力していこうと思います。

【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)】

旧家の多い地域の中を縦断する県道142号線沿いに新築開設された「グループホームみさき南野」は、丸5年を経過した。この間、利用者の看取りも経験し、希薄だった地域との交流も益踊りへ参加するなど、徐々に良い関係になってきた。車椅子利用者9名、成年後見制度利用者3名等97歳を筆頭にした18名の利用者が、管理者と、20名の職員が共に協力し合い、何よりも利用者第一に考えての温かい介護を受けて、穏やかな日常を過ごしている。

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 3. 利用者の1/3くらい 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とした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、生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	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	事業所内に掲示している。又入職時のORにて読み合わせのうえ説明している。	法人理念「その人らしさを活かすその人らしい人生のお手伝いを地域の中でさせて頂く事」と事業所理念「利用者が地域の中で生活を続けていける様、寄り添い支援していく」を玄関に掲げ指針として支援の基本として支援に努めている。	
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	閉鎖的な地域ではあるが、地域の夏祭りに参加したりしている。地域のシルバーボランティアグループとの交流を持てるように活動に参加。	旧家の多い地域性のため、日常的な交流までには至っていないが、設立から5年を経て、盆踊り等の地域行事に参加したりしている。また近くの農園に散歩で出かけたりして良い関係ができつつある。	地域との関係を良くしたいという管理者の努力が実りつつある。ますます進む高齢化の中で介護事業所を見る世間の目も変化している。これを好機ととらえ事業所の認知度を高めるよう努められたい。
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	キャラバンメイト研修への参加、伊丹市の地域見守り隊に加入し地域での支援が出来る様に努めている。		
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	2か月に一度開催し、全家族様、後見人様へ議事録の送付をしている。ご利用者様ご家族様、行政、民生委員の方々の意見を頂き、サービス 向上に努めています。	会議は2ヶ月に1度利用者・家族・伊丹市介護保健課職員・南野会議支援主任ケアマネジャー・民生委員施設の職員参加のもと事業所の状況、参加者よりは色々な情報を頂き運営に反映させている。	
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	地域密着型サービス事業所連携会、地域ケア会議に参加し、情報交換できるように取り組んでいます。	市とは日頃介護保健課地域包括介護支援センターを訪問し相談を重ねている。又地域密着サービス連絡会・地域ケア会議が行われ、市の担当者も出席し意見交換を実地している。	
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	施設は勿論、全社あげて取り組んでいる。自社独自のチェックリストを活用し、勉強会を通して周知できるように努めています。	身体拘束をしないケアに関してはマニュアルにより施設内研修を実地し、職員は主旨を十分理解し支援に当たっている。又施設独自のチェックリストを活用し本人・第三者・管理者間にて目を光らしている。	
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逃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	全社あげて取り組んでいます。社内アンケートにて「もしかしたら…」と思いがたることがあれば、提出してもらい調査しています。	虐待防止に関してもマニュアルによる施設内研修を積み重ね主旨を十分理解し支援に努めている。又全社をあげて年1回アンケートをとり「もしかしたら」と思いがたることがあれば提出している。	

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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
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	地域包括との連携により後見人制度が利用できるように支援しています。施設内の勉強会にて職員の理解を深める機会を設けている。	成年後見制度利用者は3人おりいつでも対応出来る様に本社のケアマネ・管理者を講師として、施設内研修を実地している。	
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	契約時には質問の時間を設け、納得のうえ締結、捺印して頂いています。	契約時に重要事項説明書・契約書に基づき、本人・家族に対して十分納得いく迄説明しサインを得ている。その他色々な変更時にも修正・説明してサインを得ている。	
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	ご面会時にご家族様のご意見、ご要望はお聴きできるが、運営に関してのご意見等はなかなかお聴きできないので、玄関に、アンケート用紙と回収箱を設置し質問を受けている。	家族との接点は運営推進会議入所時のアセスメント・来訪時・意見箱等により要望・意向を確認している。家族が遠い地域の方以外は良く来訪され意見をかわし運営に反映させている。又たよりを3ヶ月毎に発行し事業所の情報と合わせて職員が利用者の様子を知らせている。	
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	発言の機会や会議の場、面談時に設けているがなかなか意見が出てこない。	管理者と職員間は大変良く忌憚なく話せる状況である。信頼も大変厚い。会議は月1回の全体会議とフロア会議、年2回の個人面談と常勤者の会があり問題提起し解決へと進めている。	
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	面談や雑談の中で、個人の要望や悩みを聞くように努めている。仕事のモチベーション低下が起きないように努め、全社で離職に関するアンケート調査をしている。		
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	全社統一で職員のスキルアップをはかるためのチェックシートを使用し仕事の達成度が理解できるようにしている。		
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	地域密着型サービス事業所連携会などで「事例検討会」を実施してサービスの質の向上につながるよう意見交換している。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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
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	初期段階での関係作りは難しく、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早期に関係作りが出来る様に努めています。		
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	入居当初はご家族様にも不安があるので可能な限り面談していくことで管理者、職員とコミュニケーションを通して関係作りが出来るよう努めています。		
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	入居面談時に感じる支援内容と実際の支援内容が違うことがあるので、本来必要な支援がつかめるように積極的にコミュニケーションをとるようにしています。		
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	残存機能の維持継続ができるように、本人、職員が協力して家事等をおこない生活を共にするという環境づくりに努めています。		
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	面会時に居室で過ごしていただいたり、イベント等にはご家族様にも、お手伝いをして頂きかわりがもてるように支援しています。一時帰宅や外出が出来るよう相談援助しています。		
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	今までの行きつけの美容院、病院への継続利用の支援や友人、知人との交流が継続できるように家族とともに支援しています。	従来との関係継続への支援として美美容院・病院への訪問や、知人・友人・家族の来訪を歓迎しており、途切れ無き様に支援している。	
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	共有空間を利用して他者との交流が出来るよう 毎日取り組んでいます。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	状態変化や死亡による契約終了が多いので、関係性を継続するのは難しいが、出来る方にはお手紙やお知らせなど交流しています。		
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	感情表現が困難な方もいらっしゃいますが、理念にも掲げている通り「言葉の一つを大切に」して表情からも本人様の威厳がくみ取れるように努めています。	入所時の本人・家族よりの情報をアセスメントにまとめ、要望・意向を確認し支援に結びつけている。その後は事業所内での表情・行動より把握し全員にて共有し支援に当たっている。	
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、家族様、友人、知人の方々からの情報をアセスメントシートに記入し把握できるように努めています。		
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	お一人おひとりの生活記録を記入して、1日の生活状態(リズム)の把握に努めている。		
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	3か月ごとのプラン見直しだけでなく、変化がある都度カンファレンスを実施しモニタリングしてケアプランにつなげています。	入所時に本人・家族・ドクター等より希望・要望を確認し、ケアマネ・職員等のチームにて介護計画を作成している。1ヶ月後に再度職員間にて修正している。作成前には家族に説明し納得を得ている。見直しは3ヶ月、体調変化があれば都度修正している。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	生活記録を毎日個別に記入し情報の共有化を行いケアプランに反映させています。		
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	外出や通院などの支援は臨機応変に対応しています。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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
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	地域資源の活用は積極的には出来ていないと思います。		
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	管理者に皆さんが満足しているかは不明だが出来る限り仲介することで、管理医との関係性が築けるように援助しています。	入所時にかかりつけ医は本人・家族と事業所間に十分説明し決定している。現在従来のかかりつけ医は2名、事業所の協力医は16名で、協力医とは月3回を基本に往診を受け、歯科は週1回往診を受けている。特殊な科へは家族の協力を得ながら対応している。	
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	管理医の往診とは別に看護師が週に一度きて健康管理上の情報共有が少しでも多くできるようにしている。		
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。	入退院時にはサマリにて情報交換を行い必要に応じて医療機関と直接連携を取りスムーズに帰園できるように努めています。	入院に際しては家族の了承を得て対応している。入院時には事業所の情報を病院の地域医療連携室と連絡を密にし、訪問を重ね早期退院へと対応している。	
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	医療行為が出来ないので、医療的リスクが高くなると判断した方については、早期に家族様、後見人、管理医、施設で協議し、地域包括や、地域の事業所と連携しています。	契約時に事業所として出来る事・出来ない事を指針書に基づき説明している。看取りに関しても3例経験しており体制は整っている。重度化した時には本人・家族・かかりつけ医とよく相談し、そのプロセスは議事録として残している。	
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	職員のスキルにばらつきがあるので、万全とは言い難いが、勉強会や救急救命講習を受講し対応が素早くできるように努めています。		
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	消防立会いの訓練や自主訓練も行っているが実際に火災が発生した場合に対応できるかは予測できない。夜間の避難・待機場所の再検証を行った。町内在中の家族様・職員への協力依頼は了解得ている。	年2回の消防署立ち会いの訓練と夜間想定 of 自主訓練を行っている。訓練には地域の方の参加は無いが近くの職員とその家族との協力体制は整っている。防火設備のスプリンクラー等は整い備蓄もされている。	今後、地域との交流を深めていく中で、訓練への参加も呼びかけることを期待する。

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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
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	ORや研修、勉強会を通して、注意喚起しているが、完全とは言えないところもある。	利用者を人生の先輩と考え尊厳とプライバシーを損なわなきように、事業所の理念に沿って言葉がけをしている。個人情報書類はカギのかかるロッカーに厳重に保管されている。	
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	意思決定が困難になってきている方も含め一人ひとりの希望、要望がくみ取れるようにサインを見逃さないように努め支援している。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	起床から入床、食事、排泄、入浴と生活全般がご本人のペースが優先できるように支援しています。		
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	特に離床時の整容や食後の衣服の汚れなどには気を付けています。		
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	食事中に職員が会話の橋渡しをしたりすることで和やかに食事が楽しめるように支援している。また、出来ることは男女問わず職員と一緒に作業してもらっている。	メニュー・食材は業者より配送され職員が調理している。利用者は出来る範囲にて手伝っている。朝食は洋食と和食を一日おきに職員が全て対応している。職員と利用者は一緒に食事をし、家庭的な雰囲気となっている。検食も職員が対応し希望食も対応し又補水液も事業所にて作り喜ばれている。	
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	日々の食事量の記録、必要な方の水分記録を 実施しています。必要に応じて適時体重測定の実施にて増減に注意している。		
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	毎食後の口腔ケアの支援と週に一度の訪問歯科による専門的なケアが受けられるように援助している。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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
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	基本的に日中はトイレでの排泄ができるように支援しています。自ら訴えることが困難な方は定時排泄を心がけ、排泄の記録をつけることで排泄パターンの把握に努めています。	排泄パターン表より個々のパターンを把握し、時間少し前にそれとなくトイレへと誘導している。リハビリパンツは本部にて購入し利用者の負担を削減している。又病院より入所者でリハビリパンツ代が大幅に減少し大変喜ばれている。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	日中の散歩や毎日のラジオ体操で体を動かす機会を作り、こまめに水分補給を行い、主食を消化の良い粥に変更するなどしてスムーズな排便ができるように支援しています。		
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ず、個々にそった支援をしている	時間の制約なく、ご自分のペースでの入浴ができるように支援していますが、イベント等で業務が優先してしまう時には、日曜日にも入浴して頂ける様に支援しています。	入浴は基本週2回、時間はフリーで柔軟に対応している。季節により柚子湯もし、足湯を毎日して水虫対策としている。入浴拒否者に対しては日時・人・時間を変え又毎日声かけをし入浴支援に当たっている。	
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	お一人おひとりのペースに合わせて午睡の必要な方には30分～1時間程度を目安に昼夜逆転しないように気を付けながら安眠な時間を持てるように支援しています。		
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	症状にあった服薬ができるように管理医と相談し過剰投与にならないよう努め症状の変化などの報告漏れが無いように往診時連絡ノートを活用している。		
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	何が楽しみか、生きがいを意識しています。敬老会やご家族様との食事会などの飲酒はとても喜ばれるので、継続して実施しています。		
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	散歩や近所での買い物などは、対応できているが、個別に外出希望の多い方については、ご家族様の協力を得て実施していることが多い。	日常的な外出は季節・体調に合わせて近くのコンビニ・公園・田畑へ出かけ、外気に触れ季節感を味わっている。遠出も家族の協力を得てバラ園・桜見物等に出かけ喜ばれている。	

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	財布がないことでの不安のある方については、少額を自己管理(ご家族承諾)のもと所持していただき、買い物時には自分で清算できるように支援しています。		
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	制限はありません、ご要望があればいつでも支援しています。		
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	自然光の入るリビングには思い出の写真や季節感のある装飾を心がけています。	リビング兼食堂は広く・明るく・ゆったりとした空間になっており又一角にはひな祭りの祭壇が皆で組み立てられ季節感が漂っている。廻りの壁にはイベントの写真・利用者の絵、階段にもイベントの写真が季節毎に飾られている。	
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	特に制限なく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	入居の段階から使い慣れた道具や家族写真などの持ち込みをお願いしています。家族様への理解を深める努力が必要と感じています。	家庭で使い慣れた家具類や家族との思い出写真が飾られ家庭の延長感があり居心地よく過ごす場となっている。	
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	居室にはネーム(表札)をつけたり、分かりづらい方には赤い花をつけて認識できるように努めています。		

基本情報

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	伊丹市南野北1-12-11 電話 072-784-8531

【情報提供票より】 平成 28年 2 月 1 日事業所記入

(1) 組織概要

開設年月日	平成22年12月1日		
ユニット数	2 ユニット	利用定員数計	18 人
職員数	21 人	常勤 5人 非常勤 16人 常勤換算 11人	

(2) 建物概要

建物構造	鉄骨造り
	2階建ての1~2階部分

(3) 利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

家賃(平均月額)	42,000円	水道光熱費12,000円 管理費20,000円	
敷 金	有り(252,000円)	リネンサービス(任意)3,000円	
保証金の有無 (入居一時金含む)	無	有りの場合 償却の有無	
食材料費	朝食	円	昼食 円
	夕食	円	おやつ 円
	または1日当たり1,270 円		

(4) 利用者の概要(平成28年 2月 1日現在)

	18 名	男性 3 名	女性 15 名
要介護1	3 名	要介護2	3 名
要介護3	6 名	要介護4	6 名
要介護5	0 名	要支援2	0 名
年齢	平均 84 歳	最低 67 歳	最高 97 歳

(5) 協力医療機関

協力医療機関名	石井クリニック 金島医院
---------	--------------

(様式2(1))

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: 平成 28 年 4 月 21 日

目標達成計画は、自己評価及び第三者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	②	地域住民との交流の機会がまだまだ少ない、地域性を考慮しながらこちらからの発信が必要と考える。	ホーム内のイベントなどに、地域の方にも、参加して頂きたい。	地域のシルバーボランティアグループの、施設へのかかわりを持ってもらえるように、歌などのレクへの参加を定期的に企画する。	12ヶ月
2	②	同上	認知症介護への関心をもってもらい、施設へ関心を持って頂ける様にしたい。	地域包括支援センターの活動の一貫として、地域住民への講演会や講座へ参加する。	12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、行を挿入して下さい。

(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○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し合った
	<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、職員全員で話し合った
	<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し合った
	<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し合った
	<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し合った
	<input type="radio"/> ③市区町村へ評価結果を提出し、現場の状況を話し合った
	<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し合った
	<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()