

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	2893300524		
法人名	株式会社ケアマインド		
事業所名	グループホームそら荒牧		
所在地	兵庫県伊丹市荒牧4-4-2		
自己評価作成日	令和7年2月18日	評価結果市町村受理日	令和7年8月22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2月25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)】

グループホームそら荒牧では、認知症ケアの質の向上に力を入れ、専門資格を持つスタッフが利用者一人ひとりの尊厳を大切に個別ケアを提供しています。家庭的で温かい雰囲気の中、少人数ならではのきめ細やかな支援を行い、利用者が自宅のように安心して過ごせる環境づくりを重視しています。食事は、栄養バランスの取れた献立を提供するとともに、季節の行事やレクリエーションも充実させています。また、地域とのつながりを大切にし、住民やボランティアとの交流を通じて「地域に開かれたグループホーム」を目指しています。さらに、併設する小規模多機能との連携により、幅広いニーズに対応できる施設として、利用者の生活を総合的にサポートしています。

【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)】

建物の横には畑があり、道を隔てた公園には子ども達の遊ぶ姿が見える静かな一角に、事業所は建てられている。少し歩くとレストランやスーパーの商業施設や大学、小学校があり、散歩しても変化に富んだ楽しい地域である。管理者は、利用者優先の家庭的で温かいホームを目指し、職員への資質向上の為に、日々の業務の中に認知症ケアを生かす取組みや工夫を行っている。利用者一人ひとりのその人らしさを失わず、穏やかに過ごせる温かい居場所になっており、家族の安心に繋がっている。開かれた施設として地域交流を大切に積極的に地域のイベントやお祭りにも参加している。依頼された緊急ショートを受け入れるなど地域福祉の中核としての存在感も築き上げている。

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、安心して暮らしている (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	職員は一人ひとり、事業所の理念を理解しており、その人らしさを大切にした支援を目指し、居室担当を作り主体的なかかわりを通してその人らしい生活の支援に繋げている。	事業所入口と休憩室に「その人らしい暮らしをサポートする」という理念が掲げられている。職員の資質をより高める試みとして、職員自ら利用者の心身の状態をより詳しく理解するため担当制を決めている。	
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人として日常的に交流している	運営推進会議を通して、近隣イベント情報を紹介していただき、祭りや、コンサートに参加できたを設けた。秋祭りには参加いただき	会議には、自治会長、民生委員など地域住民の参加がある。近隣の小学校のイベントの案内を貰い利用者と参加したり、地域のお祭りにも積極的に関わっているため、地域住民との良好な関係も育ってきている。	
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	開設して2年目を迎え、地域の中でそら荒牧の存在が定着しつつある、地域の方が介護の事で困ったときなど、相談できるような関係づくりに努める。		
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カ月に一度運営推進会議を開催、地域住民や、地域包括、ご家族にも参加いただき、ご意見を取り入れている、特にイベントな情報など共有頂いた情報をもとにレクリエーションに活かしている。	運営推進会議に地域の代表や地域包括職員の他、事業所から家族、管理者、現場職員に加え、利用者の参加も試みた。参加した利用者の表情に満足感が見られ、会議に参加した地域の代表者にとっても、事業所の利用者の遣り甲斐優先の姿勢に触れることができ、活発な会議となっている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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取り組んでいる	市町村の担当者と定期的に連絡を取り、施設の実情やケアの取り組みを適切に共有しています。介護サービスの課題や改善点について意見交換を行い、地域の支援体制の強化に努めています。また、行政主催の研修や会議にも積極的に参加し、新しい制度や支援策の情報を取り入れることで、より良いケアの提供につなげています。地域包括支援センターとも連携を密にし、利用者や家族が安心して生活できる環境を整えています。	地域包括や居宅事業所からの緊急ショートも出来る時は受け入れるなどの支援は、地域福祉にとって頼りがいのある事業所となっている。また地域包括からのイベントや研修のお知らせにも積極的に参加し、お互いの協力関係が構築されている。	

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
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	身体拘束適正化委員会を設置しており、3ヶ月に一度実施、その際に日々のケアを振り返ることで身体拘束やその手前の不適切ケア防止について理解を深めている。	身体拘束適正化委員会や研修で学ぶだけでなく、管理者は、不適切ケアを防ぐための自己点検チェックシートを作成し、現場職員は自己チェックと他職員からの評価をもとに、日々のケアの振り返りに役立たせている。	
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	虐待防止委員会を設置しており、3ヶ月に一度実施、その際に日々のケアを振り返るとともに虐待に該当する項目への理解を深めている。	身体拘束しないケアと虐待防止は、研修を通しての学びと、自己点検シートで自分のケアを振り返り検証することを重視している。管理者は、業務の中で職員が気付かず不適切な言動が見られたら、都度注意するだけでなく、職員のメンタル面にも配慮し心のケアにも取り組んでいる。	
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	法人内で研修の機会を設け、理解を深めている、実際に検討が必要なご利用者からの後見人制度についての相談にも適宜対応を行い、活用できるように努めている。	後見人制度を利用している利用者があるが、日常生活自立支援業務を利用している利用者はいない。日常生活の中で権利擁護を学ぶ機会がないため、管理者は、グループホーム職員としての資質向上のため、後見制度の基本知識を理解する研修を行うことを計画している。	
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	管理者が契約を行っている、契約の項目ごとに質問する時間を設けて、疑問点や不安を聞き取り適宜説明できるよう努めている。	管理者は、契約書の項目を分かりやすく丁寧に説明を行っている。費用についても契約書以外の書類で詳しく説明を行い、家族の入居前の不安軽減に努めている。今後、管理者だけでなく、計画作成担当者のリーダーにも学びの機会を設け、契約締結できるよう職員教育を予定している。	
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	意見箱を設置して、ご利用者様及びご家族様から、気軽にご意見を聴けるよう努めている、また、体調変化などで電話連絡などの際にもご要望を聞き取るよう努めている。	玄関に意見箱は設置しているが、あまり利用する家族はいない。家族と事業所はラインで繋がることで、報告がスムーズに行われている。運営に関する家族からの意向は今はないが、常に意見を聞く姿勢に家族は安心している。	
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	毎月職員会議を実施しており、職員からの意見を取り入れ、日々の運営に活かしている。参加できない職員へも事前資料で聞き取り意見を反映出来る体制を整ようとしている	管理者は常に利用者を中心のケアを行う姿勢を現場で示しているため、職員からの信頼もあり、相談しやすい存在となっている。毎月の会議の中でも現場職員からの意見は皆で検討し業務改善に繋げている。	

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
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	定期的に人事評価を実施して、やりがいややる気に繋がるように取り組んでいる。昇給や昇進なども適宜実施している。		
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	法人内で研修を月1回必ず実施している、参加できなかった人に対しても資料の回覧や必要に応じて伝達講習を行い周知を図っている。救急隊の引き渡し訓練やお薬研修など必要に応じて柔軟に研修を実施している。		
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	地域のネットワーク会議などはコロナ禍以後開催されていないが、電話などで情報交換を行っており、サービスの質の確保に努めている。		
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援						
15			○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	サービス導入時に本人の困りごとや不安、希望を丁寧に聞き取り、安心できる関係を築くことを大切にしています。初期段階での信頼関係を深めるため、日常会話や好きなことを通じた交流を行い、本人のペースに合わせた支援を心がけています。また、小さな変化にも気を配り、不安を和らげる声かけや対応を徹底。家族とも密に連携し、本人が安心して新しい環境に馴染めるようサポートしています		
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	入居に際して、契約の段階でしっかりと要望を聞き取るように努めている。また環境の変化が起きないように、馴染みの家具や写真などでさみしさを紛らわせるように配慮している。		

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
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	契約の際に、心配事や不安なことを聞き取り、また質問する時間を設けることで、支援が必要な事を把握している、必要に応じて他のサービスへの利用を含めた制度などについての説明も行っている。		
18			○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	職員はご利用者の出来ることをやりたいことをよく理解しており、こちらがすべてやってしまうことはない。例えば、一緒に作品を作る喜びを味わっている。		
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	職員はご利用者の状況をご家族に適宜報告行い、状況に応じて相談連絡を行っている。必要なものの購入や生活習慣を知り支援につなげる手がかりとしている。		
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	職員は面会等で今までかかわってこられた方々との関係の維持を大切に受け入れている。行事など来られても同様な支援が出来るように努めている。	入居前に住んでいた施設の友人が面会に来られる日を、イベントの日に合わせ、親しい友人と楽しいひと時を過ごす利用者もいる。管理者は、利用者一人ひとりが関わってきた友人や場所を大切にする支援ができるよう、常に現場職員と話し合っている。	
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	職員はご利用者が一人になっても間に入りそれとなく会話の中に入れるように支援している。また得意不得意もよくわかっており、不得意なことと和に入れない事がないよう支援している。		
22			○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	サービスの利用が終了しても必要に応じて、支援できる環境を作っており、電話での相談や来訪時の相談支援に努めている。		

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
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	職員は本人の些細な行動にも耳を傾け、本心に望んでいる過ごし方を実現できるように努めている。	どのような時にも利用者に寄り添い、対話を重ねることに重点を置いて支援している。その中で思いを引き出せることもある。時間を要するが丁寧な声掛けを実践している。	
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	入居時のヒアリングや家族との連携を通じて、過去の暮らし方や好きなもの、苦手なことを把握し、個別対応を行います。特に、思い出の品や写真などを居室に取り入れることで、慣れ親しんだ環境を再現し、安心感を高める工夫をしています。		
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	毎日の利用者の体調や行動、表情を観察し、細やかに記録しています。朝の健康チェック、日中の活動の様子、食事量、夜間の睡眠状態などを職員間で共有し、必要に応じて支援方法を調整しています。		
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	利用者本人や家族、ケアマネジャー、医療職などと定期的に話し合い、最新の状態に合わせた介護計画を作成・見直しを行っています。利用者の希望や能力を最大限活かし、無理のない範囲での自立支援を目指します。例えば、塗り絵が好きな方には簡単塗り絵をお願いするなど、個々の特性に合わせた支援を行っています。	毎月のフロア会議・ユニット会議では利用者それぞれの情報が共有できる仕組みがある。モニタリングは職員が実施し日々の細かな情報が介護計画更新に反映されている。併せて行事の企画・検討も活発に意見交換がされている。利用者のできることについては優先順位高く実施に向けて支援している。	介護計画について、ファイリングや内容について計画作成担当者・ケアマネジャー間で意識統一を図り、検討することが望まれます。
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	日々の介護記録を細かく残し、スタッフ間で情報共有を徹底しています。食事の摂取量や排泄状況、会話の内容や表情の変化などを記録し、変化が見られた際にはすぐに対策を講じます。また、過去の記録を振り返ることで、利用者の生活の質向上に向けた改善策を検討し、継続的なケアの向上に努めています。		
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、その時々にも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	利用者や家族の状況に応じて、幅広いニーズに対応しています。例えば、昼間のや外出支援など、生活の幅を広げるための取り組みを行っています。既存の介護サービスにとらわれず、その時々々の状況に応じた柔軟な支援を提供しています。		

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
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	地域のボランティア団体や福祉施設、行政機関と連携し、利用者が社会とつながりを持つよう支援しています。例えば、地域の中学校へのコンサート等、日常生活の中で地域と関わる機会を増やしています。		
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	定期的な健康診断や診察の際には、利用者や家族と相談しながらスケジュールを調整し、支援しています。病院との連携を密にし、診察内容や服薬状況をしっかり把握し、適切な医療を受けられるようにサポートしています。また、健康状態の変化があった際には、迅速に医師と連携し対応を行います。	家族は契約時に、事業所の協力医が主治医となることを選択し、了承している。協力医との連絡は密にとれており、急変時の対応や看取りの際の説明も相談しやすい信頼関係ができています。外部受診は家族対応であるが、どうしても都合がつかない時は職員対応となっている。訪問診療及び訪問歯科診療は定期的実施されている。	
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	日常の介護の中で気づいた変化を、訪問看護と共有し、適切な処置や対応を迅速に行っています。特に、服薬管理や皮膚の状態の確認など、細やかなケアが必要な利用者には、看護職と連携しながら個別に対応しています。これにより、医療との連携を強化し、利用者の健康管理を徹底しています。		
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。	入院が必要になった際には、医療機関と密に連携し、安心して治療を受けられるよう支援します。また、退院後はスムーズに元の生活に戻れるよう、必要な介護サービスを調整し、復帰に向けたサポートを行います。家族とも連携し、退院後の生活の見通しを共有することで、安心して暮らせる環境を整えます。	入退院事例は少ない。入院中の様子は家族からの報告や医師とのやり取りの中で情報を得ている。退院前には必要品や環境整備など家族と共に相談し整えている。受け入れ側の職員はカンファレンスで情報の共有ができる仕組みである。	
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	重度化した場合や終末期においては、利用者本人と家族の意向を尊重しながら、医療機関や地域の支援機関と協力し、最善のケアを提供します。事前に終末期の過ごし方について家族と話し合いを行い、利用者が安心して生活できるよう支援を行っています。	契約時に「施設での看取りに関する指針」「延命措置に関する意思確認書」「緊急時対応・ターミナルケア、説明同意書」を提示の上説明し同意を得ている。いつでも医師の説明を受け変更も可能であることも伝えている。	

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
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	全職員が応急手当や事故対応の訓練を定期的に受けており、万が一の際にも迅速な対応ができるよう備えています。また、ヒヤリハットの共有を行い、事故を未然に防ぐ取り組みを徹底しています。AEDの設置や救急対応のマニュアルも整備し、緊急時の対応力を高めています。		
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	火災や地震、水害などの災害に備え、定期的に避難訓練を実施しています。利用者の安全確保を最優先とし、災害時の対応力を強化しています。職員だけでなく、利用者自身も安全に避難できる方法を実施できるようにしています。	法人によるBCPが策定されている。年に2回の消防訓練は実施できている。自治会や地域住民の参加はかなっていない。利用者の安全確保第一の避難訓練を実施している。災害備蓄品の確保は出来ている。	運営推進会議を通じての近隣住民参加を募ることが望まれます。(水消火器の利用や災害備蓄品の試食会等)備蓄品が飲料水だけであるが内容品を増やす事を期待します。
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	利用者のプライバシーを尊重し、一人ひとりが安心して過ごせる環境を提供しています。例えば、食事の時間や入浴のタイミングを利用者の希望に合わせて、個々に合った生活リズムを保てるよう配慮しています。日常の衣類や身だしなみにも配慮し、利用者が自分らしく過ごせるよう支援しています。	利用者の希望や意思に寄り添い、個人の生活リズムに合わせた支援を心がけている。業務優先ではなく、ゆとりを持った支援が利用者の安心につながっていることを職員は理解できている。不快の原因が、何に起因するかを想定したうえでの支援を心がけている。	
37			○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	利用者が日常の中で自分の思いや希望を表現しやすい環境を整えています。朝の支度や食事、日中の過ごし方など、職員が選択肢を提示し、利用者自身が決定できるよう支援しています。例えば、「今日は外に出たい」「ゆっくり本を読みたい」などの希望を尊重し、柔軟な対応を行います。		
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、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	決まったスケジュールに利用者をお合わせるのではなく、一人ひとりのペースを大切にしています。起床時間や食事の時間も画一的ではなく、利用者が落ち着いて過ごせるように調整します。例えば、朝はゆっくり起きたい方には無理に起こさず、その人に合った時間で朝食を提供しています。		

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
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	利用者の個性を大切に、好みに合った服装や髪型を楽しめるよう支援しています。季節に合った服装選びや、希望に応じたヘアカットの支援などを行い、「今日はこの服を着たい」「髪を整えたい」などの希望を実現できるように配慮しています。		
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	食事が単なる栄養補給の時間にならないよう、利用者の好みを反映したメニュー作りを行っています。行事の日は調理の一部を手伝ってもらったり、盛り付けを一緒に行ったりすることで、食事の楽しみを広げています。食後は利用者同士や職員と会話しながら、ゆったりとした時間を過ごせるようにしています。	食事は業者からの提供品で、スチーム器を通して配膳している。米飯・味噌汁は台所で作っている。日常的に家事手伝い作業が可能な利用者は数名であるが、少しでも参加できるように準備している。行事の際は利用者希望メニューを企画し、利用者にとっての楽しみとなっている。	郷土料理や国際色豊かな手作りのおやつや料理を定期的に提供してはかがでしよう。
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	脱水予防のため、利用者の水分摂取量を把握し、こまめな補給を促しています。特に、飲み込みが難しい方には、水分ゼリーを活用し、安全に水分を摂取できるよう配慮しています。お茶やジュース、スープなど、利用者の好みに合わせた水分補給の工夫を行い、無理なく適切な水分量を確保しています。		
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	毎食後に利用者の口腔ケアを行い、口内の清潔を保つことを徹底しています。歯磨きのサポートや、うがいの促しを行い、歯科医、歯科衛生士とも連携しながら口腔環境を整えています。誤嚥性肺炎のリスクを低減し、健康を維持します。		
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	利用者一人ひとりの排泄のリズムを把握し、トイレでの排泄を促す支援を行っています。できるだけおむつに頼らないよう、トイレへの誘導や排泄時の介助を行い、利用者の自立をサポートしています。排泄後は清潔を保つためのケアも欠かしません。	排泄表の記録により声かけ・誘導のタイミングが把握できている。パッド汚染は相当数あるが減少傾向といえる。失禁の多い利用者についても排泄後の清潔保持は丁寧に支援している。	

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
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	便秘にならないよう、食事の工夫や適度な運動を取り入れています。日中の活動量を増やすための軽い体操や散歩を実施しています。また、水分摂取を促すことで、自然な排便をサポートしています。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	利用者の希望や体調に応じて、入浴の時間や回数を調整しています。その日の体調や気分を確認した上で支援を行っています。入浴が苦手な方には足湯や蒸しタオルを活用し、清拭を行うなど負担を軽減しながら清潔を保つよう工夫しています。	入浴は基本的には週2回で、利用者の希望の時間に入浴ができるように支援している。同性介助を希望する利用者や、夕食後の入浴を希望する利用者にも対応できている。小規模多機能事業所には機械浴があるため状況に応じて利用することもある。	
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	利用者が快適に休息をとれるよう、就寝環境を整えています。枕や布団の調整、室温管理、照明の工夫などを行い、落ち着いて眠れるよう配慮しています。また、日中の活動量を増やし、自然な眠気を誘導することで、夜間の睡眠の質を向上させています。		
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	利用者が服薬を適切に行えるよう支援し、薬の副作用や体調の変化をこまめにチェックしています。医師や薬剤師と連携し、利用者の状態に応じた服薬方法の見直しを行うこともあります。服薬時には必ず水分を取るよう促し、薬の飲み忘れがないよう支援しています。		
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	日々の暮らしに張り合いを持てるよう、利用者ができる範囲で役割を担えるよう工夫しています。例えば、食器の片付けや洗濯たみなど、本人が無理なくできることを取り入れ、日々の生活の中で「役に立っている」という実感を持てるようにしています。		
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	利用者が希望する場所へ出かけられるよう支援しています。天気の良い日は庭や近隣の公園へ散歩に行き、季節を感じられるようにしています。また、家族と外食や買い物に出かける際のサポートも行い、充実した日常を送れるよう支援しています。	利用者が希望する場所への外出や、移動ができる支援をしている。家族と自宅へ外出しても事業所へ「もう帰るわ」とすぐに戻っている。外気浴が日常的にできるよう順次、外出支援が行えている。ドライブや近隣散歩は日常的に実施できている。	

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
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	利用者がお金を管理することの大切さを理解し、買い物などの機会を作ることで、自分で選び、支払う経験を持てるように支援しています。必要に応じて金銭管理をサポートし、無理のない範囲でお金を扱える環境を整えています。		
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	利用者が家族や親しい人とスムーズに連絡を取れるよう、電話や手紙のやり取りをサポートしています。必要に応じてビデオ通話を設定することで、遠方の家族とも顔を見ながら会話ができる環境を提供しています。		
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	施設内の共有スペース(玄関、食堂、リビング、浴室など)を快適に過ごせる空間に整えています。騒音を抑えたり、室温や照明を調整することで、利用者がリラックスできるように配慮しています。また、季節に応じた装飾を施し、生活に変化を感じられるよう工夫しています。	共有リビングは二方向に窓が大きくとられ採光よく光あふれる空間である。広い通路側にはゆったりしたソファが並べられ利用者が自由に行き来でき、思い思いに過ごせるようになっている。季節感のある共同作品の掲示もあり目を楽しませている。	
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	共用スペースでは、利用者同士が自然に会話できるような環境を整えています。また、一人の時間を持ちたい利用者には、静かに過ごせる空間も用意し、気分に応じて場所を選べるようにしています。利用者の「自分の居場所」を大切にしながら、無理のない関わりを促しています。		
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	利用者の居室は、本人の好みに合わせた空間づくりをサポートしています。家族と相談しながら、使い慣れた家具や思い出の品を持ち込み、落ち着いて過ごせる環境を整えています。照明の調整等、個々に合った居心地の良い部屋作りを行っています。	居室には収納スペースがないが、利用者のお気に入りの家具などを持ち込んでいる。家族の写真や、お孫さんの写真カレンダー・カードなど思い出の小物がすっきりと飾られ個性ある空間となっている。室内は清潔に保たれ換気などに気を配っている。	
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	手すりの設置や床の滑り止めの工夫を行い、転倒予防に努めています。また、利用者の動線を考慮し、移動しやすい配置にすることで、安心して自立した生活が送れるよう支援しています。		

(様式2)

事業所名:グループホームそら荒牧

目標達成計画

作成日: 令和7年8月22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		職員間のケアの質やばらつき 認知症ケアの理解度や経験に差があり、対応方法に統一性が不足している。	職員のスキルアップとチームケア体制の強化。	職員研修の実施 - 認知症ケアに関する研修を行い、事例検討を取り入れる。 - 新人・経験年数の少ない職員に対し、OJTで先輩職員がサポート	6か月
2		地域との連携不足 家族や地域住民、医療機関との交流や情報共有が十分でない。	地域や家族との連携を深め、開かれた施設運営を行う。	地域・家族との連携強化 - 運営推進会議や行事を通じて地域住民・家族との交流機会を増やす。 - 医療・福祉関係機関と連絡体制を整備し、急変時対応の連携を強化。	3か月
3					月
4					月
5					月

(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】		取り組んだ内容	
実施段階		(↓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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	⑤その他()
2	自己評価の実施	<input type="checkbox"/>	①自己評価を職員全員が実施した
		<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	⑤その他()
3	外部評価(訪問調査当日)	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	⑤その他()
5	サービス評価の活用	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	⑤その他()