

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	2873002014		
法人名	社会福祉法人サンシャイン		
事業所名	グループホームサンプラザやすらぎ		
所在地	兵庫県尼崎市蓬川331-4		
自己評価作成日	令和 7 年 12 月 24日	評価結果市町村受理日	令和8年2月19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?action=kouhyou_pref_topjigyosyo_index
----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【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8年1月22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)】

2階・3階に9部屋ずつあり、各階で部屋の造りなども違います。各階の違いなどを活かし、各ユニットのケアに活かしています。長期入所されている方が多く、心身ともに重度化してきており、医療との連携を密にとって対応しています。各階ともご家族・往診医との話し合いによって、看取りまで対応させて頂く事もあります。屋上に菜園があり、興味のある方々に楽しんでもらえる工夫をしています。食べる楽しみを大切に、行事食で、BBQ・お好み焼きパーティなど工夫をしています。また、ソフト食やミキサー食になっても、視覚的にも食が楽しめる工夫をしています。また、外出行事で車で出かけた後、地域の行事に出かけたり、施設の行事に地域の方に来て頂いたり、地域へ散歩に出かけ地域の方と触れ合う機会を更に持てるように取り組んでいるところです。

【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2・3階に各9室を備え、階ごとの特徴を活かしたユニットケアを実践している。長期入所者の重度化が進む中でも、往診医や家族と連携し、看取りまで対応できる体制が整っている。屋上菜園や行事食、ソフト食の見た目の工夫など「食の楽しみ」を大切にし、外出行事や地域行事への参加、施設行事への地域住民の招待など、地域との交流も積極的である。理念浸透のためのグループワークや身体拘束・虐待防止研修、ストレスチェックなど職員育成にも取り組んでいる。平成14年の開設以来、「尊厳」「その人らしさ」を重視した支援を継続し、和風で落ち着いた居室環境のもと、家族のような穏やかな暮らしを支えている。1階スペースは地域交流の場として再活用が進んでおり、地域からの期待も高まっている。

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、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	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	理念を掲げ、スタッフ間で理念の共有をし、各フロアに掲示しているが理念にたいしての実践には繋がっていない。	職員は法人理念「利用者の尊厳を守り、その人らしい豊かな人生を共に歩む」を大切に実践している。理事長交代に伴い理念が刷新され、家庭的な暮らしと尊厳の尊重を重視している。昨年からは管理者主導で理念浸透のグループワークを行い、職員同士が思いを共有している。	
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	コロナ後もまだまだ交流は出来ていないが、地域包括の活動をきっかけに今後増やせる様活動していく。	地域交流はコロナ前ほどではないが、1階スペースを地域包括と連携して活用し始めている。クリスマス音楽会や交通安全講座を開催し、地域住民も参加している。小学校との交流やトライやるウィークは途絶えているが、地域住民の訪問は続いている。	
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	地域のケアマネや地域の方のご相談などをいただくことがあり、認知症について必要な情報を提供するように努めている。	/	/
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	事故やヒヤリ等の報告をし、委員様からアドバイスやご指摘をもとに、日々のケアに取り入れるよう努めている。	事故・ヒヤリハット報告を行い、委員や地域包括からの助言を日々のケアに反映している。運営推進会議は入居者・家族等・地域包括が年替わりで参加し、取り組み事例の共有もある。議事録は送付しているが反応は少なく、参加者は限られるものの、委員の参加率は高く、行事報告も行っている。	
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取り組んでいる	日頃より、運営の事や制度でわからない事がある際は、市の担当の方へ確認をしている。又、介護相談員を受け入れ、聞き取りをして貰っている。	運営や制度で不明点があれば市へ確認し、特に加算については繰り返し相談している。介護相談員の聞き取りも受け入れている。グループホーム連絡協議会はコロナ以降途絶え、横のつながりは少ない。介護報酬改定時は市の説明会がオンライン化され、資料での確認が中心となっている。	

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
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	1階の正面玄関は、放課後等デイが閉鎖となり、不審者等の対応ができない為、扉は施錠しています。転倒リスクの高い方に関しては、フロア会議でも話し合い家族と相談の上、人感チャイムを使用する事がある。	1階玄関は不審者対策のため施錠しているが、館内の移動は自由で、外出希望者には否定せず同行して見守っている。転倒リスクの高い利用者には家族と相談の上、人感センサーを使用する場合もあり、使用の際には毎月委員会で評価している。身体拘束研修は年2回オンラインで実施し、毎回内容を変えて感想を提出している。本人の意向を尊重し、行動制限を避けた個別支援を心がけている。	
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のないよう注意を払い、防止に努めている	法人全体、またGH内でも、虐待についての研修を行い、不適切ケアを職員間でも見逃ごさないように声掛けを行えるよう指導している。	法人およびホーム内で虐待防止研修を行い、不適切ケアを見逃さない声掛けを指導している。年間計画に基づきオンライン学習と感想提出を実施し、身体拘束・虐待防止委員会とも連動している。ストレスチェックは年1回行い、リーダーが職員状況を把握している。	
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	2名のご利用者が制度を利用している。職員もどの方が制度を利用している方なのかは理解している。後見人の内容などの知識の差はあり、今後研修を行っていく。	成年後見制度の利用者は2名おり、職員も対象者を把握しているが、後見人制度の理解には差があり、今後研修の実施が課題となっている。現在は勉強会を行っていないが、オンライン学習の活用を検討中である。	成年後見人制度のリーフレットは手元にないため、地域包括から資料提供を受け、運営推進会議で制度の説明を依頼してはどうか。
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	契約の締結時等には丁寧に説明を行っている。疑問点などがあれば、電話して聞いてもらう様伝えている。要望などもお伺いし、不安を解消し、理解や納得をしてもらうよう努めている。	契約時には丁寧に説明し、疑問は電話で確認できるよう案内している。見学・面談・審査を経て手続きを進めている。急変時や看取り対応も契約時に説明している。食費値上げ時や加算取得時も家族へ文書と対面で説明し、サービス向上につなげている。	
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	面会に来られたり電話を受けた際にご様子を伝え、ご家族のご意向を確認している。月毎にお便りを送付し、ご利用者の様子やご意見を上げやすい様に工夫している。今後、ご意見箱の設置予定。	面会や電話時に利用者の様子を伝え、家族の意向を確認している。月ごとの便りで情報共有し、今後は意見箱の設置も予定している。利用者・家族等の要望は少ないが、嗜好品の持ち込みにも柔軟に対応し、個別支援として散歩や買い物代行も行っている。	

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
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	法人の会議の際に、事業所の状況報告や改善点を提案している。毎月GH会議、フロア会議を行っており、上記の会議の報告や職員の提案などはその都度話し合いをおこなっている。。	法人会議で事業所の状況や改善点を報告し、毎月の全体会議・フロア会議で職員の意見を共有している。職員からの意見・提案は少ないが、設備不具合などの報告については早急に対応している。	職員の意見を定期的に把握できる仕組みが求められる。管理者や理事による半期ごとの個人面談の実施を検討してはどうか。
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	ご利用者の笑顔を増やせるように、職員も笑顔で楽しく働けるように、労働条件の改善や各自が向上心を持って、学ぼうと思えるように心がけている。今後はキャリアアップ面談をする予定。		
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	月に一回オンデマンドでの研修を行っている。職員一人一人ができる事を日々模索しながら進めている。今後はケア的な面談をする予定。		
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	外部研修を通しての交流をし始めた。		
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	見学や申し込み時に家族から現在の状況を聞き取り、本人面談を行って、本人の状況・困りごと・不安に思っている事等を把握するように努めている。		
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	必ず見学に来て頂き、施設の雰囲気やケアについて話しを行っている。家族等の困っている事・不安な事・できる対応についてしっかりと説明するように心がけている。		
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	お問い合わせ後、必ず見学に来ていただき、ご家族から現状を聞き取ると共にケアマネジャーや関係機関からも情報をとり、必要な支援を検討している。また、本人面談後、施設において各階スタッフや関係者を含め入居判定会議を行っている。		

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
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	ご利用者の個別性を尊重し、本人の持てる力を発揮してもらい、家事などを一緒に行いながら支えあう関係を築けるよう努力している。重度になってできることが減ってきて、顔なじみの関係でいてくれることで支えあっている。		
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	家族との信頼関係を深め、何かあれば相談してもらおうように努めている。入居後、施設だけで支援していくのではなく、家族とともにその都度どのような支援が良いのか一緒に考えていっている。		
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	感染対策に努めながら、外部の方との交流は持ちたいと思っている。	感染対策に配慮しつつ外部交流の機会を持ちたいと考えている。利用者は地元出身者が多く、家族が来て共に外出することもある。友人の訪問や年賀状は減少している。食レクでは本人が選択できる工夫を行い、今後は利用者の楽しみのためのボランティア受け入れも検討している。	
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ご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	ご利用者同士それぞれの関係を把握し、孤立しないようにトラブルなく安心して過ごしてもらえるよう配慮している。		
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	地域でご家族に出会った際には声をかけるようにしている。また、退去後も相談事があればいつでも連絡頂けるように伝えている。		
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	入居時には家族や在宅時のCM、医療機関などからも情報を得て、本人の興味や意向の把握に努めている。また、本人の思いを会話や行動の中からくみ取るように努めている。言語コミュニケーションが困難な方は、本人の生活歴などから思いを汲み取り支援するようにしている。	入居時から蓄積してきた情報をもとに、現在の利用者の思いや意向を把握するよう努めている。また、利用者同士のコミュニケーションを支援することで、過去の経験や思いを引き出せるよう工夫している。意思疎通が難しい場合には、選択しやすい方法を取り入れたり、利用者の行動や表情を丁寧に観察し、要望を推測・確認しながら支援を行っている。	

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
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	職員は利用者本人や家族、今まで利用した介護サービス事業所より得た情報から、生活歴や馴染みの暮らしなどを把握するよう努めている。		
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	一人一人の有する力を見極め、その日の体調も考慮しながら無理せず、ご本人の出来ることをしてもらっている。		
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	計画作成担当者および職員全員で意見やアイデアを出し合い、医師や看護師の意見も取り入れ、ケアプランへとつなげている。また家族の要望も取り入れて作成へと繋げている。	支援計画はケアマネジャーが中心となり策定し、毎月のフロア会議で支援計画の見直しを行い、半年ごとにモニタリングを実施している。しかし、情報共有のための支援会議の充実や支援計画に沿った書類の整理、モニタリングの基準の明確化などの課題を確認した。	ケアの現場では、利用者の個別性に応じた取り組みが実践されている。更に効果的なケアの実践のために、共有化を図ることが期待される。
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	日々の関わりを通して個々の様子や気づいたことを介護日誌や個別の支援経過記録に記録し、毎月のフロア会議などで話し合い、職員全体での情報共有をしながら支援し、随時介護計画の見直しを図っている。		
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	個々に応じた対応を心掛け、その時々状況に応じて、本人や家族が望んでいる事を実現に向けて一緒に考えている。		
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	包括センターや地域の方の情報をもとに地域資源が活かせるように心がけている。		

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
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	往診医は緊急時に連絡が取れ、その都度相談、対応指示を受ける事が出来、利用者、家族が安心して信頼のできる医師をかかりつけ医として迎えている。必要時には、歯科、皮膚科も往診に来てもらっている。	利用者や家族等の希望で、これまでのかかりつけ医を主治医として選択しているが、入居後、協力医に変更することもある。主治医や訪問看護師と連携し、緊急時の対応や医師から家族等への連絡・相談が円滑に行われるよう配慮し、安心して医療が受けられるよう支援している。		
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	グループホーム内の看護職はいないが、医療連携での訪問看護や往診医の看護師と連携して、相談や経過報告をしている。何かあればすぐに来てもらえる。※R3年4月～は医療連携加算をとり、定期的な訪問看護の支援を受けている。			
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。	利用者が入院した時は、フェイスシート・ADLなどの情報提供を病院に行く。また、病院側からの面会許可があれば、面談に行き、状態の確認を行い医療機関と連携図りながら、早期に退院出来るように努め、退院前のカンファレンス参加と退院時には看護サマリにて情報提供を受けている。	入院時は情報提供を行い、利用者・家族等の意向を踏まえ早期退院できるよう、病院と連携している。入院治療が長期化する場合は関係者と話し合い、退院後に施設でリハビリを継続し、生活の中で身体機能が回復するよう支援している。		
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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居時に重度化や終末期になった場合には、家族、主治医と事業所全体が納得していけるように相談しながら取り組んでいくことを説明している。体調によっては医療機関と相談し、看取りの同意をとり、看取りケアも行っている。	契約時に終末期における選択肢について説明し、本人および家族の理解を深めている。状態の変化に応じて継続的に情報提供を行い、治療方針や今後の選択について話し合いながら、本人・家族が納得して決定できるよう支援している。全職員が看取りの経験をしているが、亡くなった後に、利用者との関わり方への思いが残ることもあり、今後はデスカンファレンスを実施していきたいと考えている。		
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	事務所内に急変時のチェック項目を掲示している。又、それについての研修もしている。			
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	年2回の火災の避難訓練以外に大規模災害の訓練を実施している。また、避難時持ち出しファイルを作り、地域の方に協力してもらいやすいように「見守りと情報提供の依頼」の書類を作成している。	事業継続計画(BCP)は年1回見直しを行い、年2回の火災避難訓練、大規模災害、夜間の災害を想定した避難訓練も実施している。法人内では災害時の協力体制を整備し、地域住民にも協力してもらいやすいよう、避難時持ち出しファイルや「見守りと情報提供の依頼」書類を作成している。しかし、地域との具体的な協力体制は構築されていない。	運営推進会議で災害時の地域との協力体制や災害訓練の実施に向けて、具体的な内容を討議し実施されることを検討してはどうか。	

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
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	安心して生活して頂く為に、ご利用者一人一人の生活歴や人格を尊重し、ご本人が理解できる言葉で声掛けや対応に配慮している。排泄の確認などは周りに配慮し声かけする様に努めている。	各居室には洗面台とトイレが設置されており、利用者のプライバシーが確保されている。利用者の言動や行動を丁寧に観察し、一人で食事をしたいといった個別の要望にも対応している。外に出ようとする利用者には、さりげなく付き添いながら見守りや声掛けを行い、安全に配慮している。否定的な対応を避け、利用者の思いや行動を尊重し、可能な限り寄り添う姿勢を大切にしている。		
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	傾聴を心がけて、本人の思いを引き出せる様な声かけや動作で接するように努めている。利用者一人一人が自己決定できるよう尊重しながら、声かけに配慮している。			
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	職員の業務や都合に合わせるのではなく、ご利用者一人一人のペースを大切にしている。ただし、食事の時間などは食中毒予防の為、2時間以内で食べれない場合は、別の物を用意するなど対応している。			
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	訪問理美容をご利用して頂き、出来る方には衣服を選んでもらい、身だしなみやおしゃれの支援に努めている。外出にて行きつけの美容室に行くことも可能ではある。			
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	菜園でできた野菜を漬物にしたり、盛り付けや洗い物などは一緒に行っている。BBQやその月ごとの行事食・手作りおやつは一緒に用意・調理を行っている。食べる事への興味や楽しみを提供できるように支援している。また、ソフト食の方にも行事食などの時は同じようなものを提供する工夫をしている。	行事食やバーベキュー、菜園で収穫した野菜の漬物、手作りおやつなど、季節や生活に根ざした食の楽しみを提供している。近年は利用者と一緒に調理を行う機会は減っているものの、食事の後片付けやおやつ作りに参加する利用者もおり、可能な範囲で役割を持つよう支援している。食事前にはメニューを紹介し、食品への興味や楽しみにつながる工夫を行っている。口腔ケアや嚥下体操を実施し、利用者ができるだけ自力で美味しく、安全に食べられるよう支援している。		

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
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	毎月、体重測定を行っている。食事摂取量や体重の減少がみられる方など状況によって、往診医と相談をしている。栄養補助食品を処方してもらう事もある。チェック表を活用し必要量の確保に努めている。また、一人一人の咀嚼・嚥下状況を把握し、食事形態を食べやすく調整している。できるだけ自分で食べられるように支援している		
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	利用者全員に毎食後、口腔ケアをして頂けるよう支援している。義歯を使用されている方は夜間帯に洗浄剤を使用している。必要な方には、歯科の往診、治療してもらえようように支援している。歯科衛生士に月2回来てもらい口腔ケアをおこなってもらっている。		
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	個々の排泄間隔を把握し、自分で訴えられない方には、声掛け・誘導するように努めている。言葉による訴えだけでなく行動から察知できるよう努めている。立位・座位保持できる方に関してはトイレでの排泄を促しており、工夫も行っている	排泄用品を使用している利用者に対しても、可能な限りトイレで排泄が行えるよう、尊厳に配慮した支援している。また、排泄間隔を把握したうえで、自ら訴えることが難しい利用者には声掛けや誘導を行い、言葉だけでなく行動や表情からもニーズを察知するよう努めている。こうした取り組みにより、習慣化が進み排尿の失敗が減少したケースもみられる。	
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	朝食時は牛乳を飲んでもらったり、ヨーグルトも取り入れ、薬に頼らない下剤に頼らず排便が促されるようにしている。こまめに水分も摂ってもらっている。便秘の強い方に関しては、往診医に相談し、薬の処方をして頂いています。		
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	週2回は入浴してもらっている。一日3人程度の入浴を行うことで、流れ作業にならず、ゆったりと入浴してもらえるようにしている。機械浴等ないため、浴槽に入れない方は、足浴しながら、しっかりと湯気を上げ寒くならないように支援している。	入浴は、職員と利用者が個別に会話できる貴重な機会であり、入浴を楽しみにしている利用者もいる。職員にとっても、利用者の思いや状態を理解する大切な場面となっている。入浴を拒否する場合には、その理由を把握し対策を講じたうえで、時間をずらして声掛けを行うなど柔軟に対応している。また、浴槽に入れない利用者には、寒さに配慮しながら足浴を併用したシャワー浴を行うなど、個々の状況に応じた工夫をしている。	

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
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	年齢や体調に合わせて、日中も臥床して頂いたり、一人一人の生活ペースに合わせている。夜間の睡眠も消灯時間などは決めている。それぞれのペースで就寝してもらっている。		
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	服薬情報は各自のファイルに閉じており、いつでも確認できるようにしている。下剤や眠剤、安定剤などは、利用者の状況に変化があれば住診医に伝え、薬局とも連携を取り、服薬の間違いがないようにしている。		
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	入居者様それぞれが本人の持てる力を発揮し、お互いを支えあって生活ができています。掃除機掛けや食器を洗う、洗濯物をたたむなど家事を手伝ってくださる方、不穩になっている方に声かけをして落ち付けさせてくださる、居てくださることで場を和らげてくださる方がいる。		
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	できるだけ天気の良いときは周辺地域に散歩に出掛けている。	近隣には自然豊かで安全な散歩コースがあり、天候を考慮しながら、本人の要望や体調に合わせて散歩に出かけている。外出が難しい場合には、菜園のある屋上で外気浴や野菜の収穫を行うなど、環境を生かした活動を行っている。季節に応じたドライブや花見を楽しみにしている利用者も多い。	
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	コロナ以降の現在は支援を行っていない。		
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	ご要望があれば、電話の取次ぎなどは支援できる。年賀状のやり取りができるように支援している		

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
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	共用部分は季節を感じてもらえるよう定期的に工作 品を展示している。また、季節の行事を取り入れ ている。	施設全体は天井が高く開放感があり、南向きの明るいカウンターキッチン付きのリビングは各居室から集まりやすい設計になっている。利用者が自由に好みの場所でくつろげるよう、椅子や家具を適切に配置しており、車いすでの移動がしやすい構造となっている。カラオケやトランプ、歩行練習、一人で過ごすなど、利用者の好みに応じた過ごし方ができる環境が整っている。	
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	リビングには、食卓の椅子やテレビなどを置いてそれぞれが好きなところで過ごせるようにしている。また、居室で ゆったりと過ごせる時間も持ってもらっている。		
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	住み慣れた環境に近づける為、使い慣れた箸や食器、また家族写真や仏壇などを持ち込んでもらい、居心地良く過ごせるよう支援している。	居室は和の落ち着いた雰囲気、自宅の家具や家族写真、ぬいぐるみ、遺影などを持ち込む利用者もあり、個別性を大切にした居心地のよい環境づくりが行われている。収納しきれない衣類などは施設側で適切に保管し、整理整頓された安全な居室環境を維持している。利用者によっては掃除や片づけを職員と一緒にするなど、生活の主体性を尊重した関わりもみられる。	
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	一人一人に合った居室づくりをしている。タンスなどには入れる場所も決めわかりやすいように工夫している。また、居室の物があると混乱してしまう方に関しては、できるだけ居室に物を置かないようにし、転倒予防を行っている。		

(様式2)

事業所名:グループホームサンプラザやすらぎ

目標達成計画

作成日: 令和7年2月16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		個人ファイルを職員内で活用、共有できていない。	個人ファイルを職員内で活用、共有できるようにする。	個人ファイルを職員内で情報を見やすく、共有できるようにする。	6ヶ月
2		後見制度について学ぶ機会をもていなかった。	後見制度について学ぶ機会を持てるようにする。	後見制度について地域包括支援センターよりパンフレットを貰い、制度の説明を受ける。又今後、年間の研修に取り入れる。	3ヶ月
3		職員の意見を把握できる仕組みが定期的には出来ていなかった。	職員の意見を定期的に把握できる仕組みを作る。	管理者や理事による個人面談を定期的実施する。	3ヶ月
4		火災や地震、水害等の災害時利用者が避難できる方法を地域との協力体制を築けるようにする。	火災や地震、水害等の災害時利用者が避難できる方法を地域との協力体制を築いていなかった。	運営推進会議で災害時の協力体制について話し合う。	3ヶ月
5					

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="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()