

### 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5年10月27日	評価結果市町村受理日	令和6年1月17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	令和5年11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)】

開設から12年目になります。今年からコロナが第五類になり、家族やご友人の面会が再開になったり、外出、外泊も自由にできるようになりました。東京から来てくださった息子様家族と久々の時間を過ごせたり、誕生日や法事で家族の方と外出することができました。今後はボランティアを招いてのイベントを行ったり、地域のイベントに参加できるようにしていきたいと思います。
--

【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)】

開設12年伊丹市南部の交通の良い位置に存在し地域の介護施設の中心になっている。管理者も内部よりの昇進で職員との人間関係もスムーズで離職者も少なく、運営されている。又理念は「利用者は第二の家族」「人生の最終章をみさきで過ごせて本当に良かった」を心に支援に当たっており家族に信頼、利用との関係が深まっている。地域との交流もコロナ5類移行により、従来の色々なボランティアの受け入れや、外出の機会が、再開されつつある。
---

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	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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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。	理念は玄関・事務所に掲示し、毎月の職員会議にて確認され、添った支援が継続してされている。	
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	自治会は現在、法人や施設の受け入れができていないとのことでした。ボランティアの受け入れや地域のイベントへの参加を目指しています。	コロナ期間中は中止になっていたが、来年よりボランティアの受け入れや地域の夏祭り・小学校へのバラ園見学等に再開予定で楽しみにされている。	
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	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があります。	/	/
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	現在書面にて開催しているが、来年より施設に来ていただいで行えるように進めてまいります。	今年迄書面の運営推進会議であったが来年より対面に切り替え予定。自治会長は参加されていないが民生・包括支援センター・家族のもと協議され運営に反映させて行く予定。	
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	民生委員の方が来られるようになりました。毎月1回のペースで、入居者と交流されています。	伊丹市とは電話やメールにて相談や指導を頂いており、以外に高齢者見守り連絡会に参加や市民後見人の研修に参加し、意見・指導を頂いている。	
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	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。	グループ拠点より1名参加にて身体拘束委員会15チームを設置し、3カ月毎に報告し体制強化に努めている。ホーム内にて毎月の職員会議にて議題にし確認されている。	

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
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	定期的に施設研修を行い、不適切ケアをはじめ自身の振り返り、虐待と思われることを発見したときは必ず報告するよう繰り返し伝えていく。	虐待防止委員会は身体拘束と同様で3ヶ月毎に報告し、研修も同様である。職員間で何か問題があればお互い注意し合える迄には至っていないが、管理者に報告するようにしている。	
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	市民後見人の発表会に参加しました。市民後見人の施設研修の受け入れを行います。6月入居された方が後見人の手続き中です。	現在利用者が2名と1名が申請中です。市の市民後見人研修に管理者が参加し、研修会を開催しているが、市のパンフレットを玄関に置き、理解しやすいように要望する。	
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	契約時にイメージが持てるように具体的な例をあげて説明するように心がけている。	入所時に重要事項説明書や重度化対策・看取りに関する指針書等家族・本人に十分説明し、理解頂き、サインをもらっている。現実には重度化になった時には、再度ドクター等を入れ説明し、理解を得ている。	
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	ご家族とラインで連絡ができるようになっており、近況など報告する中で疑問点や、不安に思うことなどがあった場合、職員に共有するようにしている。	家族からは入所時に要望を聞き支援に反映させている。入所後は職員より利用者の表情・行動等により把握し、記録し情報を共有させている。	
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	毎月の施設会議で不明な点や意見を聞くようにしている。聞いたことは早期に上司へ相談している。	職員会議とフロア会議は毎月開催し、職員の意見は十分に聞き取り業務に反映させている。要望は建設12年経ち少し修理が必要な面が出てきている点や、コロナ後の対応の点等です。	
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。		
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。		

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
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、今年度は法人の研修会があり他施設の職員と情報共有や意見交換ができた。		
<b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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、くせや好みを知り、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、帰宅願望が強く出るのではと不安に思われているご家族が多い。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	支援内容が本人様、ご家族様のニーズに合ったものとするため、積極的に連絡を取るようになっている。		
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	出来ることを引き出し、残存機能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	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。面会が再開になり、誕生日や米寿のお祝いを家族と共に祝えるようになった。終末期はご家族の無理のない範囲で毎日の訪問をお願いしている。		
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	例えば美容室などご家族がお連れしていただけた場合は今までの美容室を継続して利用することが可能ですとお伝えしているが、実現には至っておりません。面会が再開したのでご友人の方よりお問い合わせがありました。	コロナ禍中は来訪や外出が全面的に中止となっていたが家族や友人が来て頂けるようになった。外出も条件付きで出来るようになっており、今後楽しみです。	

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
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	状態変化や死亡による契約終了が多いので、関係性を維持するのは難しいです。		
<b>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</b>					
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。	理念に沿って、職員は利用者の要望等を理解し、寄り添い把握し・支援に努めており利用者より信頼され家庭的な雰囲気のもと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	ご本人様から言葉で聞くことが難しい時には、ご家族や担当ケアマネ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	本人が今出来ていることを継続できることが一番にしながら、介護計画の更新時には、ご家族への説明や意向を確認している。	基本は3か月毎に見直している。計画担当者は週2回勤務の専門員で、日頃から職員から聞き取りを行い、かかりつけ医や訪問看護と連携して見直しを行い、家族に説明して計画作成している。	
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	会話やコミュニケーションを通して得た気づきの共有、日々の変化は記録を見てわかるようにしています。		

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
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	職員に限りがあるので、ご家族にも協力してもらいながら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	今年の8月より介護相談員の方が入居者様のお話を聞きに来られています。近々ボランティアの利用を再開していく予定です。		
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	月に2回の内科往診、24時間体制のコールセンター、週1回の訪問看護、歯科往診、月に1回の眼科往診がある。必要時には外部の医療機関も受診している。	協力医の月2回の往診、毎週の訪問看護で安心いただいている。専門医科受診の時は家族の協力を得ながら、柔軟に対応している。	
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	週に1回の訪問看護で情報共有やアドバイスをいただいている。必要時には訪問内科のコールセンターに報告して指示を仰いでいる。		
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。面会禁止の病院が多いため電話での状況確認をする。施設内に医師や看護師がい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。	まだ面会禁止の病院が多いため、電話での対応が多い。介護サマリーや情報交換で意思疎通に努め、早期の帰園に努めている。	
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	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。	重度化した時は、終末期のあり方や看取りについては、かかりつけ医の意向を聞き、本人・家族の希望を大切に、チームワークで支援に努めている。	
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、ご家族へ連絡するようにしています。		

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
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。	ハザードマップで確認しても危険地域にはないが、年2回の訓練、防災グッズの使い方・置き場所の確認等備えている。長い間消防署の実地指導がないので計画しようとしている。	
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	不適切ケアはないか、思われることがあれば抱え込まず、正職や管理者に相談するように研修時に伝えている。	月末に開く全体会議で、不適切なケア、言葉遣いはないか、振り返っている。職員は定着しており、何でも話し合える関係づくりに努めている。	
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、本人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か、希望にそって支援している	ご本人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努めています。		
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	コーディネートにこだわりがあり、1日の中でも何回かお着換えされるかたもいる。その方に合った装いに気を付けている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	キッチンに立って野菜を切る方、味見係の方、味付けご意見番の方などで参加いただいている。	献立作成や食材は外部の業者をお願いしている。調理・味付け・配膳や片付け等、皆さんと一緒に食事の時間を楽しんでいただいている。イベント・外食行事の復活に向け検討している。	
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	食事や水分量の把握を行い、必要な方には補助食品や好みの飲み物で水分がとれるようにしています。		

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
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	起床時や毎食後の口腔ケア(介助や確認、用意のみなど個々に合わせて)と、週一回の歯科往診があります。		
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	排泄も個々に合わせて工夫をこらしながら、できることは続けられるように支援しています。トイレまでの移動が困難であったり、ゆっくり使用したいからと居室ポータブルを望まれる方もいる。	本人のタイミングや習慣を理解し、介助し過ぎないこと、できるだけ見守ることを大切に、自立に向けた支援に努めようとしている。	
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	できるだけ目標の水分量がとれるように、10時13時15時を提供の時間にしている。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努めている。便秘がちな方はお薬の力もかりています。		
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	入浴が好きじゃない方もいるので、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時間内で固定はしていません。	入りたいときに入っていただく。無理強いせず、入れなかったときの申し送りをキッチンで行いフォローする。を徹底している。	
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、以前はシート状のお薬を職員で仕分けしていたが、今は提携の薬局の方がしてくれている。薬剤師にも変化などを報告しています。		
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	主婦の方が多く、家事は体がずっと動いてされている。将棋が趣味の方がご入居されたので、ボランティアの方に来ていただけるか相談していきたい。		

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
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	日曜日を散歩など自由につかえる曜日に設定している。その他、週に2回のケアマネジャー出勤日や管理者日勤の日は柔軟に対応できるようにしています。	施設近辺には公園やコンビニ、喫茶店もあり、職員は日頃から利用者の希望を聞き、リサーチして要望に応えようとしている。	
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、ご家族と相談しながらご本人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	お電話したい時にしていただいたり、施設へかかってきたときにもご本人に変わることもあります。毎月ご家族への短いお手紙を書いておられる方もいらっしゃいます。		
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	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る飾りでたのしめるようにしています。	居間等共用空間は、利用者と一緒に季節の飾りを作成している。冬季に入り室内の乾燥には特に注意を払おうとしている。	
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、台所で料理や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	ご本人の思い出のある品や、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と一緒に作っています。	利用者は「ここが私の部屋」と思い、日頃から整理・清掃に気を付けておられる。思い出の写真や趣味の飾りで楽しんでいる。	
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	わかりやすく、見えやすく配慮しています。皆様に合わせています。		

## 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	〒664-0887 伊丹市南野北1-12-11 電話072-784-8531


【情報提供票より】令和5年#####

### (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 名
職員数	22	常勤 5名 非常勤 17名	常勤換算名 13.0

### (2) 建物概要

建物構造	単独型
	鉄骨造り2階建ての1階・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)	51,000 円	その他の経費 光熱水道費 12,000 円/月	
敷 金	252,000円	維持管理費円/月 20,000円	
保証金の有無 (入居一時金含む)	無し	有りの場合 償却の有無	
食材料費	朝食	370 円	昼食 450 円
	夕食	450 円	おやつ 円
	または1日当たり 1,270 円		

### (4) 利用者の概要(令和 5年 10月 27日現在)

利用者人数	17 名	男性 4 名	女性 13 名
要介護1	2 名	要介護2	6 名
要介護3	5 名	要介護4	3 名
要介護5	1 名	要支援2	名
年齢	平均 84 歳	最低 71 歳	最高 94 歳

### (5) 協力医療機関

いたみホームクリニック 金島医院 石井クリニック歯科医院
------------------------------

## 目標達成計画

作成日: 令和5 年 1月 15 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	利用者・事業所と地域のつながり	研修会などに参加したり、ボランティアの受け入れをする。	社会福祉協議会の研修に参加、交流をはかる。利用者のニーズに応じたボランティアグループに依頼する。	3ヶ月
2	49	利用者が戸外に出かけられるように支援に勤める。	利用者が出かけたいと思えるように、外出の機会を増やす。	春、あたたかくなってきたら散歩を積極的に取り入れていく。	2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○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( )