

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	2874300367		
法人名	社会福祉法人 みすず福祉会		
事業所名	グループホーム すまいる		
所在地	兵庫県赤穂市鷗和95-35		
自己評価作成日	令和 7年 3月 18日	評価結果市町村受理日	令和7年4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	ps://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action=kouhyou_pref_topiigvosyo_index
----------	--

【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7年4月5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)】

利用者様が感染症にかからないように、感染予防を継続しています。
利用者様の機能状態が、維持できるよう支援に努めています。
働きやすい環境づくりを目指しています。
幼児や学童の子を持つ職員さんへの配慮等にできる限り努めています。

【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)】

法人理念「家庭的な雰囲気」に脳活性化訓練を取り入れた共同生活を行い、楽しく・明るく・ときめきを感じて、心の若返りを目指します」を理念に、利用者や家族ができる限り自由な時間を過ごせる環境を整備している。管理者の強いリーダーシップのもと、「明るい・楽しい雰囲気」、「美味しいご飯が食べられる」、「自分の思う時間で、自由に活動したい」など利用者本位で物事を考え、季節を感じる事ができるホーム内の装飾やデザイン、毎食の手作りご飯や朝食の主食選択制度の実施、日中プログラムやイベント実施などに取り組んでいる。また、診療所が併設しており、毎日主治医や看護師が来所し、必要に応じて、傷の処置や受診・検査を行ってくれる体制であり、健康管理が行き届いている。
今後も利用者本位で物事を考え、個性を尊重した取り組みを継続・発展して頂くことを期待する。

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、活き活きと働いている (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	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	感染予防を継続しながら、R6年度より、面会・外出等を再開しました。	法人理念はホームページや施設玄関に掲げられている。施設開設時からある法人理念を職員と共有し、脳活性に重きをおいた手製キャップパズルなどレクリエーションに取り組んでいる。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	R6.12月よりボランティアさんの受入れも再開しました。R6より推進会議も再開しています。10月の秋祭りには、獅子舞が来訪して頂けました。	利用者や職員は地元出身者が多く、利用者の友達や家族の来訪も非常に多い。ボランティアを積極的に受け入れを行っており、音楽活動などを実施されている。	
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	実務者研修は閉会となりました。数名の方からの問い合わせがありましたが、残念です。		
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	R6より推進会議は再開しています。会議以外に、困っている事等は、市の介護医療保険課へ連絡を取り、相談に乗って頂いて解答を頂いています。	運営推進会議には、家族、市の介護医療保険課、地域包括、自治会長、利用者代表、職員などが入り、積極的に施設内の様子を報告している。ヒヤリハット・事故報告もデータを分析し、報告・共有している。	利用者家族へ運営推進会議の議事録を送付してはどうか。
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	市の介護医療保険課の担当者さんとは、随時現状報告をし、助言も頂ける。家族代表者様からも助言が頂けています。他、施設長さんからも連絡があり、困りごと等の相談もしています。	運営推進会議には、市の介護医療保険課職員が出席しているため、現状報告を行いながら、定期的に助言をもらえる機会がある。また、市の連絡協議会はないが、同市の他事業所との協力関係が構築されており、相談できる関係性がある。	
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	委員会の名称を「身体拘束適正化委員会」に訂正し、毎月定例の会議で報告しています。R6より、4名様身体拘束を行っています。	委員会は各ユニットから代表者が選出され、虐待防止委員会と同時に毎月開催されている。現在、一時的にミトンや拘束ベルトを使用している利用者があるが、可能な限り、装着時間が短くなるよう、管理者を中心に取り組んでいる。	
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	定期的に虐待防止の勉強会を行っています。利用者からのハラスメントは現在でも目立ちます。職員で交代する等の対応をしています。	年に2回身体拘束と虐待防止に関する勉強会を行っており、職員は研修報告書の提出が求められている。職員の不適切な声かけに対しては、管理者がその場で指導を行い、サービス改善に繋がっている。	

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
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	成年後見制度や権利擁護について定期的に勉強会を行っています。R6年には権利擁護について、市町村に相談した事もありました。契約時には、リーフレットを活用して情報提供しています。	現在、成年後見人制度(補助)を利用している利用者があり、定期的に勉強会を行い、職員が制度を理解するための取り組みを行っている。また、契約時には、リーフレットを配布し、情報提供を行っている。	
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	申込利用者は、法人の「かかりつけ医」の患者も多く、近頃では近隣の方も増えました。契約前には、本人、家族同伴で見学して頂く等、日常生活の様子等を見て頂き、不安を解消できるよう配慮しています。また重要事項説明書、契約書の内容を説明します	見学は随時可能であり、地域に開かれた体制が整っている。契約前に見学・面談を行っており、不安を解消してから契約を実施している。急変時の意思確認書等も契約時に説明を行い、同意を取っている。	
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	施設のある意見箱を活用してみたが、意見がなく中止とした。家族が来られた時に、できる限り要望を聞き、沿える様にしています。利用者に携帯電話を持参されている方もおり、いつでも連絡が取れる状態にあります。1名の方は、メールでの連絡のやりとりを行っています。管理者と直接メールでのやりとりも行います。	利用料等の支払いは原則、直接窓口払いのため、家族が定期的に施設を訪れる機会を設けており、来所時に直接情報共有・意見交換を行なうことが多い。直近のご意見は、個別での内容が多く、運営にかかる事項のものはない。	
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	職員からの要望や意見は、毎月のユニット会議で聞いたりして、育児期の職員からの希望休等に応じている。年に1、2度の本部の施設長との面談もあり、職員からの要望・意見を聞いて頂ける。	職員は本部の施設長と面談する機会が設けられており、本部に対して、運営にかかる意見をいうことができる。管理者は日々のコミュニケーションや毎月のユニット会議において、職員の意見や要望を聞き、業務改善に繋げている。	
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	職員の個性やケアの方向性を見極めて、なるべく本人の良さを引き出せるように指導や助言をしながら、ケアの統一性を図り、向上心を高め、資格取得に向けても意欲を持てるように努めています。		
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	入職された職員には、個別に技術の指導を行う等、事故防止に努めています。施設内の研修時にも技術向上の為、講習を行っています。		
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	コロナ感染防止対策の為、他施設や他地域での研修参加は避けましたが、月1回の歯科訪問日に口腔ケア研修を受けています。		

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
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	入居申し込みの際、相談に応じ本人同伴で、日常生活や環境等を見学にして頂いたり、利用が決定した際には自宅や利用していたデイサービスへの訪問をして、生活・ADL等の聴き取り、安心して入居できるようサポートさせて頂いています。		
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	入居申し込みの時点で、生活歴やADL、疾患等に関する相談に応じ、不安や要望の聴き取りを行い、希望に沿うよう努めています。(例)安定剤を減らして欲しい。衣類等身に着けるもの制限なくして欲しい。		
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	入居時入居後は、本人と家族にそれぞれ思いや不安をその都度聴き取り、入居準備の支援や環境の変化に対応する支援等、心身ともに不安が軽減できるよう努めていきます。		
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	利用者様の価値観や生活歴を知り、受容や共感といった対応を実践し、信頼関係を築きコミュニケーションを図っています。また、ご自身で出来ることの活動の持続を支援しています。		
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	R6年より面会・外出を再開しています。週5日の面会に来られている利用者様もいます。		
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	ある利用者は、いきつけの美容室や飲食店へと外出されています。定期的にドライブを行っています。	家族や友人と美容室や飲食店に外出する利用者もおり、馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、管理者を中心に支援を行っている。手作りお弁当を持っての花見や岡山へのドライブなど楽しみながら、生活できる環境を構築している。	
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	1F・2F合同でドライブに行ったりして、交流を図っています。施設内の行事は合同で行います。3月には、1Fの天井の張り替え工事もあった為、4日間、日中合同で過ごしました。		

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
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	契約終了、入院や転院等となられた利用者のお見舞い、お参り等行っています。入院中の方には、病院のソーシャルワーカーと連携に努めています。R7. 3月退所となった家族には、2度の訪問を行い、関係性を築けるよう努めました。		
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	個々の要望を聞き入れ、朝食のトースト、間食にバナナ・牛乳の提供、夜間帯に痛み止めや氷水の提供、毛染めも行います。	利用者の希望は漏らさず叶える努力をしている。朝食は自身でトーストを焼き、コーヒーメーカーで入れたコーヒーを楽しむ利用者もある。居室に保冷バックを置き、毎日の牛乳とバナナの管理を支援している。夜間に鎮痛剤を必要としている利用者には時間管理の上で服薬支援をしている。管理者は毛染めの手伝いも行っている。	
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	入居前には、ご自宅やサービス事業所等にて面談を行い、日常生活動作、生活歴や習慣、趣味等を伺い、馴染みの暮らしが継続できるように努めています。(自宅で使っていた家具、食器を持参している方もいます。)		
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	職員から、ADLの変化や気づきをその都度報告し、会議で情報提供をし、職員間の共有を図り、更に個々の新たな課題やケアの変更点も話し合い、行動実施表の内容変更等も行っています。その人らしく暮らせるように努めています。		
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	職員が1~2名の利用者の担当をしており、居室内の整頓や家族対応、週1度のシーツ交換等役割を担っている。定期的にカンファレンスを行い、より良いケアに向けての会議を設けている。家族からの希望も踏まえ自立支援にむけて統一したケアを行っています。(3か月ごとのモニタリングと6か月の計画変更)	定期的なカンファレンスを行い、ケアに関する話し合いも含め、ユニット会議での情報の共有に努めている。職員間での話し合いや情報交換は常時行われている。アセスメント、モニタリング担当者会議を経て介護計画に反映させている。利用者に変化のあった場合には適宜、介護計画の変更が適切に行われている。	ケアチェックについては、担当職員が担当することを試されてはいかがでしょうか。
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	日々の状態やケア内容は、個別の介護記録に記入し、毎朝、職員と管理者及びケアマネとの申し送り時に報告しています。ケアの指示があれば、ユニット内での申し送りし、統一したケアが実践できるように努めています。特変時は、管理者、Drに直ちに電話連絡し、指示を仰ぎます。		

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
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	利用者様やご家族様の状況に応じて通院時の送迎、付き添いなど行っています。特変時、救急搬送にも同乗し24時間の対応をします。		
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	R7.2月よりボランティアさんの受け入れを再開しました。利用者・職員も一緒に踊り楽しみました。今でも地域の方の傾聴の来所希望があります。		
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	隣接する法人の医院を利用者全員がかかりつけ医にし、毎日、Dr及び看護師が訪問したり、必要時は医院で受診して頂き、健康管理をしている。薬もかかりつけ薬局が事業所に届けて下さり、薬Boxに保管している。週1度の歯科医の往診もあります。(他病院への受診の支援も行っています)	契約時には、ほぼ全員が協力医を主治医としている。法人医院が隣接しており、主治医・看護師が毎日訪問している。主治医は昼食をともにするなど、利用者とはごく近い存在であり信頼関係が築かれている。小さな変化もすぐに相談でき、指示を仰ぐことができ、利用者とともに職員も安心できる環境である。専門医等への受診は基本家族であるが事業所が代行することもある。	
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	隣接するかかりつけ医院に、すまいる担当の看護師が、薬の配役や病状把握を行い、看護経過記録、内服の変更、採血の結果、医師の診断内容等を記録しています。看護師とはほぼ毎日、日々の状況や変化等、病状報告しDrに相談しています。		
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。	急変が起きた時は、Drの判断により救急搬送で協力病院に入院となる場合が多く、救急搬送用情報書を提示し救急隊・病院との連携を図っています。入院後は早期の退院に向けてソーシャルワーカーとの連携を図っています。退院後は食欲・下肢筋力回復に向けて支援しています。	前年度末には入院の伴う救急搬送が複数回あった。救急搬送用情報書が作成されており救急隊へ提示できる準備ができている。入院後は見舞いに行き、情報収集に努めて早期退院を目指しているが、病院事情も関係し長期化する傾向が見られている。地域連携室との連絡も頻繁に行い早期退院に向けて努力した。	
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化と看取りに関する事業所の指針を文書化し、事業者として可能な医療的行為についても明記している。入居時に安心して最後を迎えられるよう説明を行い家族の要望を聴き、医師と事業所の3者で話し合いし、看取りが必要な場合はかかりつけ医を交えて家族の意向を確認し、看取り計画書を策定しています。職員への指針の周知も行いました。	「看取り指針」がある。看取り計画書は状態に応じて柔軟に変更、希望が反映できる仕組みである。主治医が小さな状況まで把握できているため家族にとっては安心が担保されている。直近の「ふれあい会」(家族会)では看取りになったら家族はどうすればよいかをテーマに話し合う機会ももてた。延命に関しては主治医が対処し、段階を追って変化があることを説明した。職員向けの勉強会も開催している。	

自己	者	第三	項目	自己評価		外部評価	
				実践状況	実践状況	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	急変時のマニュアルを作成しており、定期的に多様な急変時の対応について勉強会や応急処置の方法を隣接の看護師協力のもと行い、消防署協力のもと心肺蘇生法・AED取り扱い等の訓練も行っていきます。			
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、洪水時の避難訓練を年3回、感染予防対策では勉強会を実施しています。火災では水平避難、洪水では垂直避難する方針で市の危機管理課にも報告済み。災害時には自治会にも協力依頼済み。(夜間帯、職員2名での誘導が課題)。BCP計画書の作成もできました。推進会議では協力の希望も伝えました。	BCPが策定されている。感染症予防に対する勉強会も開いている。「洪水浸水地域」に指定されているため法定研修を実施しており、垂直避難をすることになっている。地域特性があり近隣住民の協力を得ることは難しい状況である。災害備蓄品に関しては法人本部からの指示もあり各フロアに食品・水等、様々な備蓄品が保管されている。	数年、消防署立ち合いでの訓練が実施されていないので、今年度には実現できることを望みます。	
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	入浴、排泄時は特に配慮が必要であり、羞恥心を損ねない様努めています(トイレ前ののれん・タオル等の活用)。手早く排泄介助ができるように、トイレ内の棚にパット類を保管しています。可能な限り、同性介助を努めています。	管理者は「接遇」、特に声掛けの重要性に重きを置いている。耳もとで話しかけ、一つ一つの動作の際に声掛けを怠らないことなどを実践し指導している。トイレ内には安全バーが設置されているので一人で排泄できる環境を整えている。トイレ前にはのれんを配置したり、トイレ内には必要物品をコンパクトにまとめたものを準備している。		
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	信頼関係が築けるようかわりを持つよう努めています。言葉でのコミュニケーションが出来ない方にはホワイトボードを使ってのコミュニケーション作りやジェスチャーを使ったりしています。			
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、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	基本的に日中はフロアで過ごします。起床時間、食事時間、就寝時間と毎日のリズムが出来ていますが、自立度の高い方は自分自身でのペースで過ごしています。声掛けして希望に沿うよう支援しています。			
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	身だしなみやおしゃれは本人希望のスキンケア用品や、衣類は本人が使用していたもの、家族が持参したり購入したりと様々です。2か月おきの訪問美容にてカットしています。(施設で毛染めする方もいます。)利用者にエステを行い喜ばれました。			

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
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	昆布、煮干し、かつおの出し汁を作っています。煮干しやかつおのパック詰めを手伝って下さいます。旬の食材、地元でとれた魚等を使って調理しています。食事後、食器やお盆拭き等を手伝って下さいます。誕生日恒例のちらし寿司や茶わん蒸しは大好物です。1名の利用者が盛り付けや下準備を手伝ってくれる。1名の方が玉ねぎの皮を剥いてくれる。	週に2回、職員が買い物を担当し、旬の食材を購入するように心がけ手作りしている。管理者が1週間分ずつの献立を作成し、利用者の希望に沿い、マグロ丼・ロコモコ丼・ガバオライスなど目新しいメニューも提供している。行事食・イベント食は季節感のあるもの、誕生日には赤飯を提供している。準備段階での家事作業など、できる利用者は積極的に楽しんで、食事作りに参加できている。		
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	利用者に合わせた食事形態で食事量・水分量を記録し、体調に合わせて食べやすい形態で提供しています。栄養状態が低下している方には、栄養補助食品を摂取して頂いています。季節や行事に合わせて献立を作っています。			
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、口腔ケアとして歯磨き・義歯の清掃・うがいが習慣化されています。介助者は口腔ケア用具にて介助しています。週1回の歯科医による往診時には「皆口腔内がきれい」とほめられます。(舌えんブラシも使用)。			
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	18人中3人の方がパット交換で、15名はトイレでの排泄です。出来る限り小さめのパット、布パンツ使用で、夜間は居室でのポータブルトイレでの排泄を支援しています。職員は利用者の排泄リズムを把握しています。	排泄パターンを職員が把握し、布パンツで過ごしている利用者は多くいる。夜間、ポータブルトイレを利用している利用者は複数名おり、清潔保持を支援している。良眠を重視し、無理なトイレ誘導は行っていないが、パッド利用の利用者については適宜交換をおこない、清潔保持とともに、皮膚状態の観察を行っている。		
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	食材は出来るだけ様々な種類の物を使い、水分量も考慮しながら提供しています。水分量(約1ℓ前後)。定期的な排泄の声掛けや誘導を行い、排便習慣を目指します。便秘がちな方は便秘薬を使用し穏やかな排便があるよう支援しています。			
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	週2~3回の入浴を目標にして、利用者の希望には柔軟に対応している。利用者が代わる度に湯を足しながら綺麗な湯にしている。(入浴剤も使用)重度な方にはリフト付きシャワーキャリーにて安全を図り入浴しています。	日中、平均3名は入浴している。状況により、入浴者数の増減はあるが柔軟に対応している。機械浴が複数配置され、重度化した場合にも対応可能である。感染症保菌者がいた際には入浴の順番を考慮し、湯の入れ替えや消毒を行っている。季節感あるゆず湯や入浴剤の使用で入浴が楽しめるよう心がけている。		

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
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	昼食後は自室での休息を促し、ゆっくりとしたプライベートな時間を過ごして頂いています。下肢の浮腫を軽減する為、ベッド上で足を休めて頂く為でもあります。足専用の加圧式マッサージ器を使用して頂いています。浮腫のある方には、シーツ下にクッション等を敷き予防に努めています。		
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	職員は利用者の既往歴や現病を把握し、薬を理解した上で服薬介助を行っています。内服変更や追加は、業務日誌に記載し確認します。勉強会では、利用者の病状と服薬の種類、効果と副作用について実施し、知識の向上に努めています。服薬事故を防ぐため、ダブルチェック表を活用しています。		
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	洗濯物を干す、洗濯物をたたむ、食器・お盆を拭く等何か手伝いを提供することで役割が果たせたという実感を感じていただいています。(時には取り合いにもなります)。余暇はレクリエーション活動(物づくり・体操・回想法・歌・習字等)		
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	ドライブの外出は定期的に行えました。秋に紅葉を観に市外へドライブがてら出掛けました。個人的に外出される方はおられます	事業所から20～30分圏内で「道の駅」や「桜の名所」「紅葉の名所」などが数か所あるので、気候など条件が揃えば、手作りのお弁当を持参するなどしてドライブを楽しんでいる。家族とともに毎週、外出する利用者もある。	
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	コロナ禍でお金を使ってという外出も支援も可能になりませんでした。お金を財布に所持している方もおられます。		
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	県外に住む家族は定期的に通話があり、話されています。携帯電話で自由に使用されている方もいます。定期的に手紙が届く方もいます。	入口表札は花が描かれ、行事で使ったおかめの面やうちわなどが飾られている。ゆったりした個室は採光よく圧迫感がない。自室で電子ピアノを弾く利用者もいる。好きなコーヒーを自由に飲めるよう電気ポットを持ち込んでいる利用者もある。重厚な木製家具や簡易チェスト等々の持ち込みや、自作のPATCHワーク作品なども飾られ個性ある個室となっている。	

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
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	着物地で作られた装飾品が飾られたり、2階の玄関ホールには何種類かの植木が置かれ、毎日、植木や花を見るのが楽しみにされています。利用者手づくりの季節の壁飾り等も掲示されています。	各玄関ホールやリビングには、季節感を取り入れた飾りつけがされている。各階に立派な五月の鎧人形が飾られている。窓際には観葉植物やとりどりの植物が元気に育っている。回廊式になっている廊下は利用者の歩行がしやすいように配慮されている。そこ、ここに季節感ある飾りつけがされ季節を「目で感じる」ことができるように工夫されている。	
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	玄関ホールに置いてあるソファーに座り余暇を楽しむ方がいたり、フロアでマッサージをしてゆったり過ごしたり、昼の休憩時間をフロアで職員と一緒に過ごす方等、様々です。1F・2Fの北側通路にソファを置き、そこでゆったりされる方おいます。		
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	居室の場所は、利用者全員が自分の居室の場所を把握していて、「戻る」「帰る」「寝る」等居室を指さし、移動される。居室は個々に個性豊かである。	入口表札は花が描かれ、行事で使ったおかめの面やうちわなどが飾られている。ゆったりした個室は採光よく圧迫感がない。自室で電子ピアノを弾く利用者もいる。好きなコーヒーを自由に飲めるよう電気ポットを持ち込んでいる利用者もある。重厚な木製家具や簡易チェスト等々の持ち込みや、自作のパッチワーク作品なども飾られ個性ある個室となっている。	
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	建物はバリアフリー構造で、トイレ・浴室・通路には手すりが設置されており、自立への支援を行っています。床は衝撃を吸収する素材で作られており、転倒時の衝撃を緩和できる工夫をしています。居室内には防災用ジョイントマットを敷き転倒予防にも努めています。洗面台まわりには、打撲予防のため緩和材も取り付けたりしています。		

(様式2)

事業所名:グループホームすまいる

目標達成計画

作成日: 令和7年4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	4	運営推進会議で施設内の様子を報告はできているが、利用者家族へは会議の報告ができていない。	利用者家族へ運営推進会議の議事録を送付する。	毎月の請求書送付の際に議事録を同封する。	2か月
2	26	定期的なカンファレンスを行っているが、ケアチェックについては職員が把握しているので、利用者担当者にケアチェックを行ってもらう方が良いのではないか。	ケアチェックは利用者担当者が行う。	4月より実行している。	6か月
3	35	災害訓練を年に数回実施しているが、消防署立ち合いでの訓練が実施されていない。	消防署立ち合いでの訓練を実施する。	5月に消防署立ち合いでの訓練を実施する。 (火災、土砂災害、心肺蘇生等)	6か月
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月の運営推進会議で報告いたします)
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()