

<認知症対応型共同生活介護用>

<小規模多機能型居宅介護用>

評価結果報告書

地域密着型サービスの外部評価項目構成

	項目数
I. 理念に基づく運営	10
1. 理念の共有	1
2. 地域との支えあい	1
3. 理念を実践するための制度の理解と活用	4
4. 理念を実践するための体制	3
5. 人材の育成と支援	1
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	1
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応	0
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援	1
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	5
1. 一人ひとりの把握	1
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し	1
3. 多機能性を活かした柔軟な支援	0
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働	3
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	7
1. その人らしい暮らしの支援	5
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり	2
合計	23

事業所番号	1495500645
法人名	ミモザ株式会社
事業所名	ミモザ宮前
訪問調査日	令和8年3月16日
評価確定日	令和8年4月15日
評価機関名	株式会社 R-CORPORATION

○項目番号について

外部評価は23項目です。

「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。

「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。

○記入方法

[取り組みの事実]

ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入しています。

[次ステップに向けて期待したい内容]

次ステップに向けて期待したい内容について、具体的な改善課題や取り組みが期待される内容を記入しています。

○用語の説明

家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。

家族 = 家族に限定しています。

運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。

職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。

チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

令和7年度

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1495500645	事業の開始年月日	令和2年10月1日	
		指定年月日	同上	
法人名	ミモザ株式会社			
事業所名	ミモザ宮前			
所在地	〒216-0044 神奈川県川崎市宮前区西野川3-4-1			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
		宿泊定員	名	
		定員計	18名	
		ユニット数	2ユニット	
自己評価作成日	令和8年3月6日	評価結果 市町村受理日	令和8年4月17日	

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先 <https://mimoza-care.com/facility/group-home/post-1484/>

【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)】

ご入居者様がその方らしく生活できるよう、出来るところはご自身で、できないところはご支援させて頂き、寄り添う介護を目指し、終の棲家として最後までお世話をします。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 R-CORPORATION		
所在地	〒231-0023 横浜市中区山下町74-1 大和地所ビル9F		
訪問調査日	令和8年3月16日	評価機関 評価決定日	令和8年4月15日

【外部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)】

●ミモザ宮前は、ミモザ株式会社の経営です。同法人は「高齢者の幸せな暮らしに貢献する。」を経営理念に掲げ、施設系サービス(有料老人ホーム、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅、シニア住宅)、在宅系サービス(小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、デイサービス、認知症対応型デイサービス、訪問介護、ショートステイ、居宅介護支援)を首都圏を中心に展開しています。立地は東急田園都市線「鷺沼駅」もしくは「梶が谷駅」からバスで、野川台バス停から徒歩5分の閑静な閑静な住宅街の中にあります。建物は3階建てになっており、1階が小規模多機能施設、2~3階がグループホームになっています。

●現在は、認知症状が進行している方や、要介護度の高い利用者が多く入居していることから、個々の認知症状や身体状況に応じた支援を提供できるよう、ケアの課題や問題点を管理者と正職員が主となって話合っています。管理者と正職員で話合った内容をミーティングでも提起し、多角的な視点からの意見を求めながら、個々に応じたケアの提供に努めています。

●法人の職員教育や研修体制については、入社段階で自分のキャリアプランが立てられるようになっており、自分の将来像に合わせた働き方やキャリアアップができる体制があります。法人内には「ミモザ総合研修所」と称した教育システムがあり、実践形式で学べる実技のスキルアップ研修、計画作成に特化した研修、認知症ケアの基礎研修、管理者候補研修、キャリア研修等があり、自己研鑽できるようになっています。事業所では入職時のOJTや年間計画に基づいた研修を毎月行っています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 10
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	11
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 ~ 35	12 ~ 16
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	17 ~ 23
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	ミモザ宮前グループホーム
ユニット名	2階

V アウトカム項目	
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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者の
	2, 利用者の2/3くらいの
	3. 利用者の1/3くらいの
	4. ほとんど掴んでいない
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)	<input type="radio"/> 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
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)	<input type="radio"/> 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
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)	<input type="radio"/> 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
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
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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
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、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	<input type="radio"/> 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

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ます。 (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
	<input type="radio"/> 3. 家族の1/3くらいと
	4. ほとんどできていない
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：9, 10, 19)	1, ほぼ毎日のように
	2, 数日に1回程度ある
	3. たまに
	<input type="radio"/> 4. ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、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
	<input type="radio"/> 3. あまり増えていない
	4. 全くいない
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
	<input type="radio"/> 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
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。	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 家族等の2/3くらいが
	3. 家族等の1/3くらいが
	4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	理念の共有及びその実現に関する意思疎通は行っているが、実践に関してはまだまだ足りていないと感じている。	法人の経営理念、事業所理念、職員理念を事務所に掲示し、職員に周知します。また、年度ごとに作成している目標(ミッション)は管理者が中心となって作成しており、年度末のミーティングで達成出来たか否かを振り返り、次年度の目標へつなげています。理念や目標は入職時のオリエンテーションで伝えています。		今後の継続
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	地域との繋がりは依然として希薄なままで事業所全体の大きな課題となっている。今後地域自治会に加入し、地域の一員としての交流を図ってきたい。	自治会への加入や地域行事等への参加は出来ていませんが、併設している小規模多機能に音楽ボランティアの方が訪問された時には、数名の方をお連れして、一緒に楽しんでいただくようにしています。事業所の敷地内に設置されている掲示板に事業所の情報を掲示するなどの取組みは行っていますが、立地的にも車移動が主となっているため、苦慮しています。		地域包括支援センターから情報を入手するなど、接点を模索されることを期待致します
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	相談窓口は設置しており、問い合わせには対応出来る状態だが、地域の中でのGHとしての認知が進んでおらず、貢献には至っていないのが現状。			
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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1回の開催により、地域包括の担当者様と情報のやり取りを頂いている。また、最近1年で他社GHとの合同の運営推進会議を行う事が有り、より多くの情報を得ることが出来るようになった。今後の運営・サービスの向上に役立てていきたい。	運営推進会議を2か月に1回、奇数月に周辺にある3～4事業所と合同で開催しています。他グループホームと合同開催ということもあり、利用者の個人情報等には特に注意を払っています。また、他事業所との情報共有や課題検討の場としても有効的に活用しています。他の事業所管理者、民生委員、地域包括センター職員からの意見やアドバイスは、サービスの向上につなげるためにも、全職員に共有しています。		今後の継続
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	必要な事務処理上の連絡が主となっており、綿密な話し合い等は行っておらず協力関係は整っていないのが現状。	川崎市や地域包括から研修等の案内が届いた際には、職員にも情報提供を行い、希望する職員が参加できるよう便宜を図っています。不明点等があれば川崎市健康福祉局長寿社会部に連絡し、助言や相談に乗っていただいています。また、生活保護受給者の受入れを行っている関係で、宮前区の保護課(福祉事務所)の担当者とも必要に応じて随時連絡を取合いながら対応しています。		今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	2ヶ月に1回の研修を行い、身体拘束廃止を目指す取り組みを行っている。	身体拘束等の適正化のためのマニュアル、指針を整備し、マニュアルと指針に基づき、身体拘束をしないケアに努めています。2ヶ月に1回開催している身体拘束等の適正化のための委員会では、現場で散見される事例を用いての検討や、事業所における身体拘束の有無について話し合いを行っています。今年度の身体拘束等の適正化のための研修は8月と2月に実施され、研修受講後は本社に報告書を提出しています。	今後の継続
7	6	○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	身体拘束と並んで防止徹底に努められるよう研修と日々の介護手順を確認するよう職員全体に発信している。	虐待についても身体拘束と同様に、マニュアルと指針を整備し、入職時にも身体拘束・虐待を行わない旨を周知徹底しています。虐待防止委員会も2ヶ月に1回開催している身体拘束等の適正化のための委員会と併せて開催しており、現場で散見される事例を用いての検討や、事業所における虐待の有無について話し合いを行っています。今年度は、虐待防止のための研修は身体拘束と同月の8月と2月に実施され、研修受講後は本社に報告書を提出しています。	今後の継続
8		○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	管理者・施設長及び一部の職員は制度について理解をしているが、全体での周知は行き届いていない。		
9		○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	管理者が実際に時間を掛け、ご家族、ご利用予定者へ質疑応答を経てご理解・ご納得を頂き締結出来ている。		
10	7	○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並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	運営推進会議、運営懇談会等の機会を設けてはいるが参加率が芳しくなく、必要なお意見の吸い上げが出来ていないように感じる。面会が頻回にあるご家族からはご意見・ご要望を頂くことが有るが、件数自体は少ないように感じる。	重要事項説明書第9条に「苦情相談窓口並びに苦情処理の体制及び手続」を明記しており、契約時に説明しています。家族からの意見や要望を聴取するツールとして、意見箱の設置、面会時、電話等で何うようにしていますが、外部評価受審時の家族アンケートも貴重な機会として捉え、結果は全職員にも共有しています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	8	○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	月に一回ユニットミーティングを行っており、ご利用者カンファレンス・運営協議を行っている。また2か月に1回全体ミーティングを行い、施設運営に関する意見交換を行う機会を設けている。	日頃、職員から上がった意見や提案は月1回のユニットミーティングの議題に上げ、意見交換を経て業務やケアの改善につなげています。会議に参加出来ない職員は引き継ぎノートを活用して意見や提案を聴取し、ミーティングの結果は申し送りノートに転記して、共有しています。2ヶ月に1回の全体ミーティングには本社の事業部長、グループホーム管理者、小規模多機能管理者で運営に関する事項等について話われています。	今後の継続
12	9	○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	各種の手当、労働環境の改善に動いているが労働者側との乖離が大きいように思える。	職員が仕事に対してやりがい、向上心を持てるように研修制度、資格取得支援制度、お祝い金制度、表彰制度、子育て・介護支援、各種手当やクラブ活動なども法人内にあり、職員が働きやすい就業環境の体制や支援も充実しています。シフトは管理者が作成しており、有給休暇や希望休も極力希望通りに取得できるよう、ライフワークバランスの向上に努めています。	今後の継続
13	10	○職員を育てる取組み 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	研修制度が用意されており、一部参加必須の研修があるが現場との兼ね合いもあり実際に参加には至らない事が多く見られる。	法人では入社段階で自分のキャリアプランが立てられるようになっており、自分の将来像に合わせた働き方やキャリアアップができる体制があります。法人内には「ミモザ総合研修所」と称した教育システムがあり、実践形式で学べる実技のスキルアップ研修、計画作成に特化した研修、認知症ケアの基礎研修、管理者候補研修、キャリア研修等があり、自己研鑽できるようになっています。事業所では入職時のOJTや年間計画に基づいた研修を毎月行っています。	今後の継続
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つくり、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組みをしている	同業他社と交流する機会の創出は特に行われていない。各事業所に委ねられている。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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	ご入居初期を始め定期的に困り事が無いかをご本人に尋ねている。解消可能なものは積極的に解決を図る。難しいものはご家族のご協力を頂き、解消に向け努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	ご要望・ご意見をはじめ疑問点は早期に解消するべく、いつでも連絡を頂けるよう配慮を行っている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	ご入居に際しての一番のニーズを聞き出し、それに応えられる体制が整っているか、そのサービスを提供出来るか真摯にお伝えし安心してお任せいただけるよう努めている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	出来る限りの自立支援に則った介護の提供に努めており、ご利用者が生活の中で何かしらの役割または生きがいとなる物事を持って頂けるよう支援を行っている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	ご利用者の状態を定期的にご連絡し、面会に来て頂いた際などに職員が行うのは難しい事(外泊・遠出など)を依頼し、ご家族との時間を過ごして頂けるようご協力を賜っている。		
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	旧友との繋がりに関してはご家族に一任している。面会に関しては制限はつけていない。	家族等の面会については、手指消毒と検温は継続してお願いしていますが、フロアや居室で面会できるようにしています。外出や外食も可能とし、家族が来られた際に、散歩、外出(外食)、外泊されている方もいます。年賀状や手紙、電話の遣り取りを希望される方には、職員が葉書の準備や電話の取り次ぎ支援を行い、馴染みの関係を継続できるよう支援しています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	一人一人の人格を尊重し、相性の善し悪しを考慮した関わり合いが持てるよう支援・配慮を行っている。		
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	ご利用終了後もご相談頂ければバックアップ出来る体制を整えている。		
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。	ご本人の主訴を第一に、意思表示が難しい場合はご家族の意向を反映した介護を実現できるよう努めている。	入居前面談で自宅、施設、病院に出向き、本人、家族、介護支援専門員、病院関係者から生活歴、既往歴、趣味嗜好品、暮らし方の希望を聴き取りながらアセスメントシートを作成しています。アセスメントで得た情報は職員に共有し、参考にしながら支援を行っています。会話の中で得られた情報や気づきは、申し送りノート、記録媒体に転記して共有しています。	今後の継続
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	ご本人の生活リズムに沿いながらサービスの提供が行えるよう努めている。		
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	日々の申し送りをはじめ、特変があった場合は記録媒体へ心身状況の書き留めを行って職員が連携して対応出来るように努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ご家族のヒアリングが現状ではあまり行っていない。その為、ご本人の主訴と職員の意見を交えたケアプランとなっている。 今後はご家族のニーズも取り入れたケアプランの作成を目指したい。	初回の介護計画は、入居時のアセスメントで得られている情報を基に作成しています。概ね半年を目安に支援を行い、入居後の利用者の心身の様子を見ながら必要に応じて赤字で追記しています。ケアカンファンスで追記した情報、職員の気づき、心身の状態についてアセスメントを行い、現状に即した介護計画の作成につなげています。	今後の継続
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	紙媒体の記録表とiPadを使用したアナログとデジタルの記録媒体を活用し、職員間の情報共有の手段を取っている。		
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	ご利用者並びにご家族を取り巻く環境の変化によるニーズの変化に出来る限り対応できるよう努めていく。		
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	施設全体で地域との交流が乏しい為、地域資源の把握は今後の課題となっている。		
30	14	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、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	ご利用者各位の心身状況を往診前にお伝えし、往診医が当日スムーズに対応出来るよう体制を整えている。	入居時に協力医療機関の説明を行い、メリットとデメリットを伝えたくて主治医を切り替えていただいています。全員が協力医療機関の「メディックスクリニック溝の口」から月2回の往診を受けており、訪問看護師による健康管理も週1回行われています。精神科、皮膚科の対応も「メディックスクリニック溝の口」で対応可能であり、必要な方は同クリニックで受診しています。主治医とは24時間オンコール体制を整えており、夜間や急変時にも、迅速な対応が可能な体制を取っています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	往診医同様、担当看護師へ情報の共有を図り、適切な処置を受けられるよう努めている。		
32		○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、また、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。又は、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。	入退院時は即時に関係者への情報提供を行い、また定期的に対象者の病状を聞き取りし退院後受け入れの体制を整えられるよう努めている。		
33	15	○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、終末期に係ったと判断された場合に事業所・協力医療者・ご家族と今後の方針、最後の迎え方について協議する体制を整えている。	入居契約時に「重度化や終末期ケアの指針」について説明し、同意書を取交わしています。重度化した場合には再度、家族の意向を確認する機会を設け、主治医、事業所、家族間で今後の方針や終末期の意向を協議しています。事業所での看取りを希望された場合には、主治医、事業所とも看取りの同意書を取り交わし、終末期ケアに臨んでいます。今年度は5月に看取りに関する職員研修も実施しており、3名の方を看取っています。	今後の継続
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	有事の際の対応をマニュアル化し全職員がそれに沿って行えるよう周知している。今後の課題としては定期的にシュミレーションを行う機会を創出する。		
35	16	○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	災害発生時の対応に関してはマニュアル化がされているものの、職員各自への周知が行き渡っていないのが現状。	年2回の災害訓練を実施しており、昼夜の火災や地震を想定した避難行動の確認を行っています。訓練では、職員一人ひとりが災害時の役割を理解し迅速に対応できることを目標とし、通報、避難誘導訓練を併設している小規模多機能とも合同で行っています。備蓄品については、3日分の水・食料・衛生用品などのを用意しています。災害発生時に、入居者の安全と生活の継続を確保できるよう、今後も職員へ周知徹底し、どの職員でも対応できる体制を整えることを目標としています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	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	17	○一人ひとりの人格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	声掛け一つでもご利用者の虐待に繋がる為、尊厳を傷付けず相手に配慮したお声掛けを行うよう職員一同に徹底するよう働きかけている。	今年度は4月に倫理及び法令遵守に関する研修、10月にはプライバシー保護の取組に関わる研修、11月に接遇に関する研修を実施しており、受講後には本社へ報告書を提出しています。入浴や排泄介助を行う際には、プライバシーと羞恥心にも配慮した対応を心がけています。入職時には個人情報取扱いに関する誓約書を取交わしています。	今後の継続	
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	ご利用者に行動を強いることはせず、選択肢の中で自己決定が出来るようにお声掛け、働きかけに努めている。	/		/
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し、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	職員の業務ルーティーンに沿った介護を提供するのではなく、日々のご利用者の体調・心理を反映させたその人一人一人の介護を実践できるよう努めている。			
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	洋服など、ご本人が気に入ったものを着用して頂けるようお声掛けと支援に努めている。			
40	18	○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	現在提供する食事は湯銭形態の為、調理のお手伝いは行っていない。 食事レクの際はご利用者の実行可能な範囲での調理のお手伝いを行って頂く。	業者から調理された食事(冷凍・冷蔵)が届きますが、味噌汁とご飯は職員が調理しています。一人ひとりの嚥下に応じて、刻み、ムースの形状の物を提供し、完食していただけるよう支援しています。調理に関わる手伝いはお願いしていませんが、食後の下膳、食器拭き等は手伝っていただくようにしています。	今後の継続	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	記録媒体にて一日の食事・水分摂取量の統計を取っている。また排泄表の確認も行い、排尿量から水分摂取の目安に活用している。		
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に、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、口腔ケアのお声掛けと義歯(使用している方は)の洗浄を行っている。自力でのケアが難しい方には適宜介入し支援を行っている。		
43	19	○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向けた支援を行っている	定時でのお声掛けにより自力での排泄が行えるよう習慣作りを行っている。	全員の排泄状況を把握するため、全員分の排泄記録をつけています。職員の介入が必要な方は、排泄記録を参考にして定時で声かけしたり、タイミングを見計らった声かけでトイレ誘導を行い、トイレでの排泄につなげています。自立されている方はご自身のタイミングでトイレに行かれています。夜間は定時巡回時に様子を見て声かけしてトイレにお連れする方、オムツ使用している方がおり、個々に応じた対応を行っています。	今後の継続
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	日中の体操やレクリエーションによって運動不足の解消を図っている。また医療と連携し、適切な薬の力も借りて便秘の予防に繋がっている。		
45	20	○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、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴表を用意しているが、その日のご利用者の体調・要望を加味して行っている。	週2回、午前中の中入浴を基本とし、月曜～土曜日の間で入浴日を設定して入浴支援を行っています。入浴前にバイタルチェックを行うとともに、希望を確認しながら本人の意思を尊重して対応しています。また、車椅子のままでも入浴可能なリフトキャリーを設置しており、身体的制約がある方も安心して入浴を楽しめる環境を整えています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	ご利用者一人一人の生活ペースを尊重し、どなたでも好きなタイミングで休息頂けるように配慮している。		
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	現状はご利用者各位の服用薬の種類・効能・副作用について周知が出来ていない。		
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	趣味が有る方はそれが行えるよう、また継続していただけるよう支援を行っている。それ以外の方も行事レク等の参加を積極的に促し、日々を出来るだけ楽しんで頂けるよう支援している。		
49	21	○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。また、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	外出の要望がある方は日中帯にて施設付近の散歩を行っている。また定期的に数名ずつに分かれてドライブを行ってご利用者の気分転換を図っている。	入居者の希望に応じた外出支援を行っており、桜やアジサイの見学など季節を感じられる外出の機会を設けています。また、選挙の時期に投票へ行きたいと希望される方には、投票にお連れして社会参加を継続できるようにも支援しています。外出時には小規模多機能型居宅介護事業所の車両を借りて、買い物やドライブを楽しめるよう支援しており、日常生活の充実や気分転換につなげています。	今後の継続
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	ご利用者間のトラブルに発展しないよう注意を払いつつ、ご自身とご家族の責任のもと所有の判断を委ねている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
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	ご利用者またはご家族が面会に行けず、電話でのやり取りを希望された際は支援している。 またご利用者をご家族と連絡を取る事を望まれた際は、事前にご家族に確認の上行っている。			
52	22	○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	施設内は四季を感じれるよう装飾を施すよう努めている。 生活空間は一定の快適と思われる温度を保っている。	フロアはモダン調を基調とした造りになっており、共用部や居室にもカーペットが敷かれています。壁には季節の装飾が行われ、四季を感じていただけるような空間づくりを心がけています。アルコール消毒や定期的な換気も継続して実施され、衛生面にも配慮しながら、入居者が安心して快適に過ごせる環境づくりに努めています。		今後の継続
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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	フロア内では誰もが自由にくつろげるようにソファを設置している。			
54	23	○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	ご本人の趣味の物、お気に入りの物などを制限なく装飾いただけるよう配慮している。	全居室にはエアコン、クローゼット、介護用ベッド、チェストが完備され、入居時には使い慣れた家具や調度品等を持ち込んでいただくように声かけしています。個々の生活歴や嗜好に合わせた居室づくりがされており、思い思いに寛いで過ごせる空間になっています。さらに、各居室にベランダが設けられており、外気や自然を感じられる空間となっています。		今後の継続
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」や「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	ご利用者各位の身体状況を加味しそれぞれが共同して生活が行えるよう、必要に応じた介護用具を導入したり動線の確保をして安全に配慮している。			

目 標 達 成 計 画

事業所 ミモザ宮前グループホーム

作成日 令和8年3月16日

〔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	地域への認知と貢献	当施設を認知して頂き、地域の一員として共に根ざしていけるようにする。	地域自治会への加入、イベントへの参加を行っていく。	5年
2	10	ご家族からのご要望を運営に反映する	ご家族からのご要望を正確に把握し、ご家族から信頼を頂ける施設にする。	懇談会の開催など、ご家族と接する機会を増やす。	1年
3	35	有事の際の対応への周知。シュミレーション。	有事の際に全職員が適切な対応を取れるようにする	マニュアルの熟読と実際に災害があった想定でのシュミレーションを定期的に行う。	1年

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。

事業所名	ミモザ宮前グループホーム
ユニット名	3階

V アウトカム項目			
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くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
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
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
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
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
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
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

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ます。 (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
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：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまに
			4. ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、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
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
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
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. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	共有を行っている途中		
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	交流を行うよう取組中		
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	相談できるよう体制を整えている		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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	運営推進会議を定期的開催し、意見聞きレク等に生かしている		
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	介護サービス相談員が訪問しており、協力関係を築くよう取り組んでいる		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	研修を実施		
7	6	○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	研修を実施		
8		○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	必要時説明を行い、後見人をつけている		
9		○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	契約時に行っている		
10	7	○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並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	ご家族様からのご意見を頂戴したときには反映できるように努力している		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	8	○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	月に一度ミーティングを行い意見を反映できるよう努力している		
12	9	○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	結果は厳しいが一定の整備に努めている		
13	10	○職員を育てる取組み 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	研修はあるが説明等が不十分であることがある		
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つくり、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組みをしている	現場任せに感じることがある		
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 サービスの利用を開始する段階で、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	アセスメントをとり務めている		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	アセスメント時に聞くようにしている		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	ご家族様にご意見をお聞きしている		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	一方的なサービスにならないよう配慮を行っている		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	一方的なサービスにならないよう配慮を行っている		
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	これまでの生活リズムが継続できるようお話をしている		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	集団生活ができるようお声掛けをしている		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	ご家族様よりご要望あれば行えるよう環境を整えている		
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。	ご希望をお聞きし最大限行えるよう取り組んでいる		
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	利用者様の生活リズムに合わせるよう取り組んでいる		
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	利用者様の生活リズムに合わせるよう取り組んでいる		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ご家族様やスタッフミーティングから情報を集め実施できるようにしている		
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	毎日申し送りを欠かさずに行っている		
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	臨機応変に対応置出来るよう取り組んでいる		
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	地域との交流が多くない		
30	14	○かかりつけ医の受診診断 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	電話連絡を行い情報共有を密に行っている		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	訪問看護師と情報共有し適切な看護が提供できるように取り組んでいる		
32		○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、また、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。又は、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。	情報がスムーズにできるよう退院時指示書をもろうよう心掛けている		
33	15	○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	早いタイミングで主治医に相談し、主治医からもご家族様に説明を行ってもらっている		
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	緊急時のマニュアルを作成し回覧している		
35	16	○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	災害時のマニュアルは作成されている		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	17	○一人ひとりの人格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	声掛けに気を付けるように配慮している		
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	可能な限りご希望に沿うようにしている		
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し、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	可能な限りご希望に沿うようにしている		
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	可能な限りご希望に沿うようにしている		
40	18	○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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	片付けをお願いし手伝ってもらっている		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	記録をするようにし見返している		
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に、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	毎食後口腔ケアを行い必要に応じて介助している		
43	19	○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向けた支援を行っている	排泄記録を確認し定期的にお声掛けを行っている		
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	水分量を確認するなど予防に取り組んでいる		
45	20	○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、個々に応じた入浴の支援をしている	状況に合わせて柔軟に対応している		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	夜間眠りが浅い場合は日中に昼寝をするなど対応している		
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	変化については情報共有し主治医に相談するがすべての薬の把握は難しい		
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	ご利用者様の様子に合わせて気分転換のお声掛けを行っている		
49	21	○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。また、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	散歩等行うよう努めている		
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	ご家族様の理解のもと金銭を所持している利用差様もいらっしゃる		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ご希望に合わせて電話対応できるようにしている		
52	22	○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	プライバシーに配慮しており季節感が出る飾りつけをしている		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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	くつろげるよう配慮している		
54	23	○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	使い慣れた道具を持ち込んでいただいている		
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」や「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	転倒しないよう環境整備をし張り紙等を用いて自立できるよう工夫している		

目 標 達 成 計 画

事業所 ミモザ宮前グループホーム

作成日 令和8年3月16日

〔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組み内容	目標達成に要する期間
1	2	地域との関係が弱い	地域の活動に参加する	地域で行われるイベントに参加する	3年
2	29	地域資源を活用しきれていない	地域資源にどのようなものがあるか把握する	地域の情報を集める	1年
3	47	薬の理解が追いついていない	どんな薬を服用しているか理解する	ミーティング等で共有する	1年

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。