

### 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	2894000534		
法人名	社会福祉法人ネバーランド福祉会		
事業所名	グループホームネバーランド		
所在地	姫路市船津町5271-20		
自己評価作成日	令和7年10月16日	評価結果市町村受理日	令和7年11月25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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/28/">http://www.kaigokensaku.jp/28/</a>
----------	---

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 H.R.コーポレーション		
所在地	兵庫県西宮市甲陽園本庄町6-25-224		
訪問調査日	令和7年11月7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)】

・「外に出られなくても外の世界を味わえる」そんな喜びを持っていただけるように、テイクアウトイベントを定期的実施している。  
 ・誕生日のお祝いとして、ご本人のご希望や体調に応じて、外出や外食に出かけることもある。  
 (担当職員が毎回企画を考えている)

#### 【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)】

複合施設内のグループホームであり、研修・委員会・避難訓練・重度化対応のバックアップ等の体制が整備されている。地域行事への参加、移動スーパーでの買い物、ボランティア受け入れ、地域の畑での収穫等、利用者が地域と交流する機会を設け、毎月の認知症カフェの開催や参加等施設・事業所として地域貢献にも取り組んでいる。ケースカンファレンスに利用者が参加して直接意向等を伝え、利用者の意向に沿った個別支援につなげている。行事食・郷土料理・テイクアウトイベント・おやつレクリエーション、日々のレクリエーション・家事参加・季節行事・誕生日の個別外出等、利用者が日常生活の中で楽しみながら機能の維持向上ができるよう取り組んでいる。

### 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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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

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
<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	法人の理念を基に事業計画を策定し、それに沿って事業を運営している。また、職員は理念を常に確認できるよう携帯しており、玄関にも事業所の理念を掲示して、理念に則った支援ができるよう意識を高めている。	法人の理念・基本方針(10項目)を作成し、基本方針に地域密着型サービスの意義を明記している。玄関に掲示し、理念カードを携帯し、職員に周知を図っている。毎年、法人理念に基づいて事業計画を策定し、管理者・介護支援専門員が実践状況の振り返り・評価を行い理念の実践に向け取り組んでいる。	職員も、理念・基本方針の実践状況を振り返る機会を設ける等、実践につなげる取り組みが望まれる。
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	とんどや近隣神社での夏祭り、屋台の練り合わせ等、地域との交流行事に参加している。	自治会に加入し、協力関係を築いている。地域への散歩やドライブ、とんど・夏祭り・屋台の練り合わせ等の地域行事への参加、移動スーパーでの買い物、ハンドマッサージのボランティア受け入れ(月2回)、地域の畑での収穫等、利用者が地域と交流する機会を設けている。管理者が定期的に認知症患者家族会・各種認知症カフェに参加し、介護相談に対応する等、地域貢献に取り組んでいる。	
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	管理者は認知症患者家族会(麦の芽会)、オレンジカフェ(はり姫)、にじいろカフェ(高岡病院)などに定期的に参加し、参加者の困りごとや悩みを丁寧にお聞きしている。また、法人が船津公民館や福崎図書館で開催している認知症カフェや出張カフェにも参加し、地域住民の声を積極的に収集している。		

グループホームネバーランド

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
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	今年度も継続して対面での運営推進会議を実施しており、担当の地域包括支援センター、民生委員、自治会長より随時情報提供を受け参考にしている。	地域代表(民生委員・自治会長)、地域包括支援センター職員、施設長、管理者を構成委員とし、2カ月に1回集合開催している。会議では、資料や写真をもとに、利用者状況・行事・研修等について報告し、参加者と意見・情報交換等を行い議事録を作成している。議事録ファイルを玄関に設置し、公開している。	利用者・家族・知見者を構成委員とし、状況を勘案しながら参加を検討されることが望まれる。
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	今年度も継続して対面での運営推進会議を実施しており、担当の地域包括センターの職員が参加し、現状の報告を行い、意見や現状を聞かせていただいている。	運営推進会議や法人が主催する認知症カフェに地域包括支援センターから参加があり、また、地域包括支援センターが主催する研修に事業所から参加する等、連携している。報告や相談・質問等があれば、適宜、市の担当窓口にお問い合わせを行い、適正な運営につなげている。	
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	法人内には身体拘束廃止委員会が設置されており、各部署から必ず職員がメンバーとして参加している。会議での内容は随時他の職員に共有されている。また、年に2回の研修を実施し、身体拘束を行わないケアの推進に努めている。	「身体拘束適正化のための指針」を整備し、身体拘束をしないケアを実践している。法人内で「ゆとり委員会(身体拘束)」を基本的には月に1回実施し、年間スローガン標語の設定・研修内容の検討や報告等を行っている。議事録を事業所内で回覧し、回覧印により職員の周知を確認している。施設内研修で「身体拘束研修」を、毎年、年に2回実施している。令和7年度は、1回目は8月に資料研修を実施し、実施後は研修記録(理解度テスト)を提出し、2回目は11月に予定している。ユニットドアの開閉は電子ロック操作が必要であるが、希望があれば職員が散歩に同行し、閉塞感を感じないよう支援している。	委員会では、身体拘束や行動制限につながる事例の現状確認、対応方法の検討等、適正化に向けた検討も行うことが望まれる。

グループホームネバーランド

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
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	法人内には虐待防止委員会が設置されており、各部署から必ず職員がメンバーとして参加している。会議の内容は随時職員に共有されており、虐待の防止に努めている。	「高齢者虐待防止に関する指針」を整備している。「ゆとり委員会(虐待防止)」を基本的には月に1回実施し、「虐待の芽チェックリスト」(6月)・「チェックシート」(9月)を用いて各職員が振り返る機会を設け、委員会で分析・検討を行い、不適切ケアの防止に向け取り組んでいる。議事録を事業所内で回覧し、回覧印により職員の周知を確認している。施設内研修で「高齢者虐待防止研修」を、毎年、年に2回実施している。令和7年度は、1回目は8月に動画研修を実施し、実施後は研修記録(理解度テスト)を提出し、2回目は11月に予定している。管理者は、業務負担に偏りが無いよう配慮し、また、定期的には年2回、随時にも面談の機会を設け、法人としてストレスチェックを実施し、職員のストレスがケアに影響しないよう取り組んでいる。	
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	現在成年後見制度を利用されている方はおられず、活用には至っていない。権利擁護についてのパンフレットを事業所内で閲覧出来るようにしており、相談があった際に情報提供が出来るように努めている。	権利擁護に関する制度について、グループホーム会議の中で、資料の読み合せ研修を行っている。権利擁護に関する制度についてのパンフレットを玄関に設置し、職員や家族がいつでも閲覧できるようにしている。現在までに、制度利用の利用事例はない。今後、家族等から相談があれば、管理者や介護支援専門員が情報提供し、地域包括支援センター等と連携し支援することとしている。	
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	入所や退所の際には、管理者がご本人やご家族と丁寧に話し合いを行い、不安や疑問点をお伺いしながら、十分にご理解・ご納得いただけるよう配慮している。	入居相談や入居希望があれば、見学対応して環境を説明し、パンフレットをもとに料金・サービス内容等について説明している。契約時は、契約書・重要事項説明書・指針・同意書等に沿って説明し、文書で同意を得ている。事故対応・入院時対応等については、理解と納得が得られるよう特に詳細に説明している。契約内容の改定時は書面を作成し、通知したり、同意書で同意を得る等、内容に応じて対応している。	

グループホームネバーランド

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
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	感染症の流行状況に応じて、個室での対面面会や玄関越しでの面会を実施している。それ以外の場合は、電話・SMS・LINEなどの手段を用いてご家族等からのご意見やご要望を伺い、業務連絡会を通じて施設運営に反映できるよう努めている。	面会時や電話連絡時に、また、SNS・LINE等を活用して利用者の近況を報告し、家族の意見や要望等の把握に努めている。把握した家族の意見・要望等は、朝礼・昼礼・申し送りノート等で共有し、個別に対応している。日常の会話の中で把握した利用者の意見等も、上記と同様に共有し、個別に対応している。また、施設サービス計画更新時には、ケースカンファレンスに利用者が参加して直接意見・要望等を聞き取る機会を設け、計画や支援に反映できるよう取り組んでいる。	
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	定期的な会議やフロアでの朝礼・昼礼の際等、意見交換の機会を設けています。これらの意見を運営方針や業務改善に反映させることで、職員が働きやすく、利用者にとっても質の高いサービス提供を目指している。	毎日の朝礼・昼礼、基本的には月1回の「グループホーム会議」を、ユニット合同で実施している。会議では、利用者のケースカンファレンスを行い、また、行事・業務等についても検討し、職員の意見・提案を、施設サービス計画の見直し・利用者支援・業務等に反映できるよう取り組んでいる。参加できなかった職員は議事録を閲覧し、サインで周知を確認している。日々の検討事項は、各ユニットで随時検討し、業務については「申し送りノート」、ケアについてはタブレット内に記録し共有している。法人内の各種委員会に事業所から参加し、職員の意見を運営等に反映している。定期的には年2回、随時にも管理者が個人面談を行い、職員の意見を個別に聴く機会を設けている。	
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	キャリアパスの整備を進め、各種資格取得の支援や研修の実施を通じて、職員のスキル向上を促進できるよう取り組んでいる。		

グループホームネバーランド

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
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	法人内においては、スキルアップ委員会が中心となり、年間研修計画を立案している。外部研修へは定期的に参加している。		
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	グループホーム連絡会にて、各事業所と状況等について情報交換を行っている。		
<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	法人内のサービスを利用している方については、入居前からの状況を詳しくお伺いし、信頼関係を築くことに努めている。また、職員から日々の生活状況を聞き取り、入居がスムーズに行えるよう支援している。その他の方に対しては、面接時に希望や不安点を丁寧に聞き取り、信頼関係の構築を大切にし、できる限り利用者の意向に沿った支援が行えるよう配慮している。		
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	申し込みの段階から、ご家族の不安や希望を丁寧に伺いしている。その後も定期的に連絡を取り、ご様子を確認している。契約時には入居者様の生活状況や環境について詳しく聞き取りを行い、早期に新しい生活に馴染んでいただけるよう環境整備に努めている。また、入居後は生活の様子を随時LINEで報告し、ご家族が安心できるよう心がけている。		
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	入居前にご本人やご家族から困りごとや不安な点を丁寧に伺いし、居宅などからの情報も含めて、入居後の支援方法を検討している。また、その方の状況に応じて、ショートステイや小規模多機能型居宅介護など、同法人内のサービス利用に関する情報提供も行っている。		

グループホームネバーランド

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	可能な限り利用者様にもカンファレンスにご参加いただき、その方の希望や望まれる生活についてお聞きしている。ご自身で意見を表明することが難しい方については、生活歴や身体状況を踏まえ、職員間で情報を共有しながら意見交換を行い、可能な範囲で継続的な支援を行っている。		
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	感染症等の流行状況に応じて、一部面会を制限させていただいている。(状況に応じて対面での面会、扉越しでの面会を切り替えている)日々の生活の様子については、多くのご家族にLINEに登録していただき、随時写真や動画を送信している。		
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	ご家族と定期的に外出されたり、以前生活していた家に戻ったりと、できる限り利用者をご家族の要望に添えるように努めている。	家族、(家族の了承を得て)友人・知人と、感染状況に応じて個室や玄関での面会に対応し、馴染みの人との関係継続を支援している。電話や手紙の取り次ぎ、年賀状作り等も支援している。家族との外出により、馴染みの場所に出かけられる機会作りも支援している。	
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	日頃から利用者同士の関係性を把握し、それを考慮して配席を決めている。利用者同士が自然に交流できる環境を作り、関わりを深められるよう支援している。必要に応じて配席の見直しもを行い、快適な居住環境の維持に努めている。		

グループホームネバーランド

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	法人内に特養、デイサービス、ショートステイ、小規模多機能ホーム、居宅介護支援事業所があり、サービスが終了しても、引き続き法人内で支援を行える環境があることを、申し込み時及び、状態変化時にお伝えしている。(法人内他事業所からグループホーム、グループホームから特養へ異動される方も多い)		
<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	日々の生活の中でのコミュニケーションを重視しており、利用者一人ひとりの声に耳を傾けるよう努めている。特に、意思表示が難しい方に対しては、言葉だけでなく表情やしぐさ、日々の記録、面会時の様子など多角的な情報をもとに、その方の気持ちや状態を理解しようと努力している。こうした細やかな観察と情報共有を通じて、利用者のニーズや変化に気づき、より適切な支援ができるよう取り組んでいる。	初回面接時の聴き取りや入居前サービスからの情報等により、利用者個々の希望や意向を把握し、「フェイスシート」の[生活歴][1日の過ごし方][家族の希望][出身地][職業][性格]欄に記録している。日々のコミュニケーションや施設サービス計画更新前の個別の聴き取りで、[やりたいこと][すぎなこと][昔の仕事][家人の意向]等を把握し、タブレットに記録し、「申し送りノート」や定期カンファレンスで共有し、計画作成や個別のレクリエーションに反映している。意思の疎通が困難な場合は、表情やしぐさから汲み取り、また家族との面会の様子、レクリエーションの様子等から思いや意向の把握に努めている。	
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	入所前には、ご家族やご本人、担当のケアマネジャーから丁寧に聞き取りを行い、これまでの生活歴や習慣、好みなどをできるだけ詳しく把握している。これにより、利用者が可能な限り以前と同じような安心できる生活環境を整えられるよう努めている。また、得られた情報は職員間で適宜共有し、一貫したケアが提供できるよう体制を整えている。		

グループホームネバーランド

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
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	ケースカンファレンスの際には、職員からの意見を取りまとめ、利用者が望む生活や適切なケアの方法について話し合いを行っている。また、日常生活の中では、それぞれの利用者が可能なことや望んでいる暮らしについて把握するよう努めている。		
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	ケースカンファレンス実施時に、利用者の希望や想いを伺い、ケアに反映できるように努めている。カンファレンスに参加出来ない職員には、事前に質問用紙を配布し、気づいた点を記入してもらっている。家族からは面会時や来所された際に、都度意向を伺っている。	入居前サービスからの情報・「フェイスシート」等をもとに初回の施設サービス計画を作成し、家族に説明して検討し、サービス担当者会議録に記録している。3カ月後に「モニタリング総括」でモニタリング・評価を行い、6カ月後に施設サービス計画の見直しを行っている。見直しの際は、「アセスメントシート」で再アセスメントを行い、カンファレンスに利用者が参加して意向を聴き取り、その後職員間で検討している。見直した施設サービス計画を家族に説明して検討し、サービス担当者会議録に記録している。サービスの実施状況は、「タイトル」を付けてタブレット内に記録している。	長期目標・短期目標の設定、モニタリング評価・再アセスメント・サービス担当者会議が実施されているが、目標設定期間・実施時期の調整が望まれる。施設サービス計画ファイルをユニットに設置する等、職員が計画内容を理解し、計画に基づいた実施が明確になる記録の工夫が望まれる。
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	日々の利用者の様子はタブレット端末に記録しており、業務開始前には各職員がその内容を確認している。また、気づいたことや改善が必要な点については申し送りノートを活用して情報を共有し、朝礼や昼礼の場を通じて職員全体に周知しながら、ケアの質の向上に取り組んでいる。		
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	ご家族をはじめ、訪問看護師・訪問歯科医・薬剤師・主治医・施設職員との連携を大切に、必要に応じてその都度柔軟な対応が取れるよう心がけている。		

グループホームネバーランド

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	年始のとんどや近隣神社での夏祭り、祭りの屋台の練り合わせ等、地域との交流行事に参加している。	/	
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	多くの入居者が法人の嘱託医へ変更されており、月2回の往診にて、健康管理と内服の処方をしていただいている。また、体調不良時等には電話にて相談を行い、必要時にはご家族に受診していただいている。また本人、ご家族の意向で以前からのかかりつけ医を希望され、定期受診に行く入居者もおられる。	契約時に、法人の嘱託医(内科)の往診を月2回、希望に応じて歯科の訪問診療を月2回受診できる体制があることを説明し、「サービス提供確認票」で利用者・家族の希望するかかりつけ医を確認している。今までのかかりつけ医への外部受診を継続する場合は、家族の同行を基本としている。受診・往診結果は、タブレットの「往診」「外部受診・特記」に記録している。週2回訪問看護による健康観察があり、結果を「訪問看護記録」に記録している。		
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	医療連携体制加算の算定を行っている。週2回の定期訪問及び、24時間の連絡体制を実施している。また、夜間を含み、緊急時の訪問も可能となっている。(週2回の定期訪問時には、訪問看護記録表に管理者が気になる点や最近の状態等の記入し、情報共有に努め、かかりつけ医に繋げることもある)	/	
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。	入居者が入院された際には、速やかに医療機関と連絡を行い、入居者の情報の提供や共有を行っている。また病院内の地域連携室にも連絡を行い、退院後カンファレンスを行うようお願いし、退院後に安心して施設生活を送れるようにに努めている。	入院時には、事業所から「情報提供書」で医療機関に情報提供している。入院中は、地域医療連携室や家族から状況について報告を受け、連携して早期退院に向け支援している。退院前には、地域医療連携室からの電話連絡、病院訪問、開催されれば退院前カンファレンスへの参加等で、退院時には「看護サマリー」で情報提供を受けている。把握した入院中や退院前の状況については、「申し送りノート」に記録し、職員間で共有している。		

グループホームネバーランド

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
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	医療連携体制加算の算定を行っている。それに伴い、全ての入居者のご家族へ『看取りに関する指針』『重度化対応に関する指針』を説明し、ご家族が望んでいること、事業所として出来ることを確認している。また、ご家族の希望により、併設している特養への紹介や介護医療院等の施設を入居者の状態に合わせ説明を行っている。	契約時に、「重度化対応に関する指針」「看取りに関する指針」に沿って、事業所で出来ること・出来ないことを具体的に説明し、「急変時及び終末期についての意向確認書」で利用者・家族の意向を確認している。介護度3の段階で家族に状況を説明し、意向を確認し、希望があれば併設施設の紹介や移行の支援を行っている。看取りの希望があれば支援を行う体制はあるが、現在まで看取りの事例はない。年間研修計画に入れて、「看取り研修」を実施している。	
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	事故発生及び、急変時に関するマニュアルを作成しており、全職員を対象とした心肺蘇生研修を年に1～2回行うことにより、全職員が急変や事故発生に対応できるように努めている。	/	
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回の避難訓練を実施し消防署への連絡、消火、入居者の避難経路の確認及び避難誘導等を体験している。様々な気づきや改善点があり、次の訓練につながっている。地域の方々も参加していただくように働きかけを行っている。	令和7年度は10月に日中想定 of 通報・消火・避難訓練等の総合訓練を、小規模多機能ホームと合同で実施し、3月に夜間想定 of 避難訓練を計画している。「通報・消火・避難訓練等の総合訓練計画書」に沿って、当日出勤の職員・利用者・訪問看護師が参加して避難誘導訓練を実施している。実施後に「総合訓練報告書」に反省等を記録し、参加できなかった職員には口頭伝達により周知している。福祉避難所として登録し、運営推進会議の中で自治会長と災害時の地域との連携体制を築いている。6月に法人全体でのBCP机上研修(災害)と消防訓練を実施し、12月に災害時対応(BCP)研修を予定している。法人の厨房で備蓄を保管管理している。	参加できなかった職員には「総合訓練計画書」「総合訓練報告書」の供覧等により周知共有を図ると共に、周知を明確にする工夫が望まれる。

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	
<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	介護職員には入居者の立場や思いを考えながら丁寧な言葉遣いで声かけや係わりを持つように常日頃から指導や研修を行っている。また、日常生活を営む場として居室に入る際は個人に声かけを行い名前をきちんと呼び、個人を尊重した支援に努めている。	「法人理念・法令遵守」「プライバシー保護」「認知症ケア」等の研修で、人格尊重や誇りやプライバシーへの配慮について学ぶ機会を設けている。法人の「ゆとりの委員会」を通して身体拘束廃止や虐待防止に、「愛+(プラス)委員会」を通してプライバシー・個人情報保護や接遇について意識向上に取り組んでいる。排泄・入浴介助や訪室時等、日々の支援場面でのプライバシーへの配慮について周知徹底を図っている。		
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	本人の思いや希望を尊重し、定期的にケースカンファレンスを実施し、入居者にも参加していただき、本人に意向を伺ったりやりたいことを伺っている。物事を決める時も必ず入居者に先に意思確認をしてから決定するように努めている。			
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、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	入居者の状態を日々確認し、朝、昼、晩の申し送りで情報を共有している。入居者自身の生活のペースを大切に、居室で休みたい方、塗り絵等レクリエーションをしたい方、体を動かしたい方、その都度希望に沿って介護職員が対応している。			
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	起床時にモーニングケアを実施している。また、訪問理容を利用して身だしなみにも気を配っている。衣服に関しては入居者の希望をご家族に伝え、好みの衣類を持参していただくように努めている。			

グループホームネバーランド

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	食事の好みの確認や日頃の食事の様子、会話等から嗜好を知り希望に沿うように努めている。また盛り付けも目で楽しめるように職員が丁寧に行っている。季節のイベントごとに特別なメニューが企画され、季節を感じていただけるように努めている。テイクアウトの弁当を取り入れ、店の料理の味を楽しんでいただけるように努めている。	事業所内のキッチンで、炊飯と委託業者から届けられた食事の温め・盛り付けを行い提供している。利用者個々の状況や病態等に応じた食事形態(きざみ・ミキサー食等)にも対応している。献立には、おついたちメニュー・行事食・ご当地メニュー等の工夫があり、地域の畑で収穫した野菜を活用する、定期的に「お楽しみテイクアウト」やおやつレクリエーションを実施する等、食事を楽しむ多様な機会づくりに取り組んでいる。誕生日には、お祝いイベントとして個別の外出・外食支援も行っている。可能な利用者は、お盆拭き・テーブル拭き、おやつレクリエーションに参加できるよう支援している。	
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	毎日の食事、水分の摂取量は記録し確認している。月1回の体重測定も実施している。体重の増加が確認できれば米飯の増減やおやつを増減を検討、実施している。食事形態も時間経過とともにケースカンファレンスで再検討を行い、安全に食事が行えるように努めている。食事介助が必要な入居者には職員が食事介助を行っている。		
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	月2回の歯科往診を受けており、その指示に従い、毎食後、口腔ケアの声かけ、セッティング、見守りを行う。自身で歯磨きが困難な利用者は職員がブラッシングをしケアを行い、口腔内の清潔の保持、義歯、虫歯等の不具合の改善に努めている。義歯の入居者は夜間預かり義歯洗浄剤で洗浄している。		

グループホームネバーランド

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
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	尿意や便意がうまく伝えられない方や曖昧な方は排泄チェック表等で排尿パターンの把握に努め、適切なタイミングでトイレへ誘導できるように心がけている。失敗時も職員は入居者の羞恥心や自尊心に十分に配慮し丁寧な声かけを行っている。失敗回数を軽減することで入居者の自信につながるよう努めている。	「排泄チェック表」とタブレットにより利用者個々の排泄状況・排泄パターンを把握し、日中・夜間ともにトイレでの排泄・排泄の自立が継続できるよう、声かけや誘導支援を行っている。支援方法や排泄用品等について検討事項があれば、随時、管理者・介護支援専門員・職員で検討し、変更内容を「申し送りノート」で共有し、現状に即した支援につなげている。排泄誘導時の声かけや排泄時の対応等については、ゆとり委員会や不適切ケアの研修の中で周知し、利用者のプライバシーや羞恥心に配慮している。	
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	1日1ℓ以上の水分摂取を実践している。また、体操や歩行等の運動を行う時間を日中に設けている。また、排泄の記録を確認し必要であればかかりつけ医や週2回の訪問看護に相談を行い下剤の処方や浣腸をいただいている。	/	
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回を基本として希望やタイミングに合わせて、入浴ができるように配慮している。入浴を拒否された場合は時間を置いて再度お誘いしたり、それでも拒否された場合は別の日に変更したり、足浴や清拭を行っている。決して無理強いせず入浴に嫌悪感を抱かないように心がけている。	「入浴実施表」とタブレットにより、利用者個々の入浴状況を把握・確認し、利用者の体調・希望・タイミングを見ながら週2回入浴ができるよう支援している。一般浴槽の個浴で、可能な限り浴槽での入浴を基本とし、利用者の身体状況に応じてシャワー浴でも対応している。1階の小規模多機能事業所の機械浴を使用できる設備もある。同性介助の希望があれば同性で対応する、入浴拒否がある場合は日時の変更や足浴・清拭で対応する等、個別の配慮を行っている。また、菖蒲湯・ゆず湯の機会を設け、入浴をより楽しめるよう支援している。	
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	本人のペースに合わせた入眠時間を心がけている。早くに休まれる方テレビを楽しまれる方や日々変化があるがその日の本人の様子に合わせた支援を行っている。日中はレクリエーションや手作業を行い出来るだけ起きていただいている。昼寝や居室での休息は入居者の意向に沿って行っている。	/	

グループホームネバーランド

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
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	誤薬防止のため服薬くんというアプリを利用し、職員、薬包紙、利用者のQRコードを専用のスマートフォンで読み取ることで誤薬が起こらないように努めている。薬情報はいつでも閲覧できるようにして更新があれば情報共有できるようにしている。症状に変化が見られた時はかかりつけ医や訪問看護師に報告して適切な対応が行えるようにしている。		
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	生活歴、趣味については初回面接時ケースカンファレンス時に伺い把握するように努めている。生活されている中で発見したことはご家族にも協力を得ながら継続できるように支援している。床の掃き掃除や洗濯たたみ等出来ることを利用者で分担し役割を持ちメリハリのある生活が送れるように支援を行っている。また塗り絵や手作業等のレクリエーションを介護職員主導で積極的に行っている。		
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	季節ごとにドライブや入居者の誕生日月に喫茶店等の飲食店で外食等を実施している。近隣の屋外散歩や移動スーパーが特別養護老人ホーム本館で行われているのでそこまでの買い物の移動の支援を行っている。	日常的に敷地内や近隣公園への散歩、併設施設での移動スーパーへの買い物等に出かけられるよう支援している。気候の良い時期には、屋外喫茶、公園でのお花見、季節の花鑑賞、季節ごとのドライブ、地域の畑での菜園活動等、戸外で活動できる機会づくりに取り組んでいる。とんど・近隣神社での夏祭り・屋台の練り合わせ等、地域の行事にも参加している。誕生日のイベントとして、個別に外出や外食等ができるよう支援している。また、利用者・家族の希望に応じて、家族と外出・外食ができるよう支援している。	
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	金銭管理が難しい方が多いため、事務所にて現金を管理している。買い物等に出かける場合は金銭面等ご家族に相談している。		

グループホームネバーランド

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
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	入居者は携帯電話はお持ちでないので職員がご家族に連絡した際に希望があれば電話で話をさせていただいている。手紙のやり取りは切手や投函を協力している。	/	
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	共有空間に職員と一緒に作成した季節ごとの製作物や塗り絵、行事や外出等の写真を貼り、目で季節を感じ楽しんでいただける工夫を行っている。室温管理や共有空間の明るさについても介護職員が気を配り、常時調整を行っている。	1フロアに2ユニットあり、ユニット間を自由に行き来することができ、広い生活空間は安全な動線を確保し、室温管理や調光にも配慮している。テーブル席・一人席・ソファ席・テレビ等を配置し、利用者が好みの場所で思い思いにゆったり過ごせるよう工夫している。利用者共同制作した季節の壁画作品や塗り絵・外出写真等が飾られ、季節感が感じられるよう工夫している。ユニット間の中央にキッチンがあり、お盆・テーブル拭き、洗濯物たたみ、掃き掃除等の家事に参加し、生活感が感じられるよう支援している。日課として1日2～3回体操を行い、広い廊下での歩行・生活リハビリ・敷地内の散歩等、機能維持・向上に取り組んでいる。新年会・ひな祭り・花火大会(法人主催)・スイカ割り・敬老会・ハロウィン等の季節行事やおやつレクリエーションを企画し、共用空間で楽しめる機会づくりに取り組んでいる。		
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	共有空間にソファを置き、入居者同士が会話を楽しめるように配慮している。日中は食事席、居室等本人の希望される場所でお過ごしいただいている。また、入居者同士の関係性も把握し食事席も定期的に変更し、入居者間の交流を多く持たせ孤立しないように努めている。	/	

グループホームネバーランド

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
54	(24)		<p>○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</p>	<p>居室には自身で塗った塗り絵やご家族の写真を飾ったり、テレビや愛着のある物を持参していただき、居室で一人で過ごしても居心地の良い空間になるように努めている。</p>	<p>各居室にクローゼット・ベッド・洗面台等が設置されている。寝具・筆筒・衣装ケース・椅子・テレビ等使い慣れた物や、写真・仏壇等なじみの物や趣味の物が持ち込まれ、壁面には塗り絵や折り紙等の自作の作品が飾られ、心地良く過ごせるよう支援している。利用者の状態に応じてベッドや家具を配置し、安全な動線に配慮している。扉の小窓に柄模様シートを貼付しプライバシーにも配慮している。各ユニットに1室ずつ陰圧室を設け、感染対策に備えている。居室担当職員が衣替えや物品管理を行い、家族と連絡を取りながら環境整備を支援している。</p>	
55			<p>○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</p>	<p>共有空間・居室やトイレがわかり易いように表示し手すりを設置している。トイレに座位が不安定な利用者でも安全に座って排泄ができるように跳ね上げ式レストテーブルを設置している。居室内も利用者の身体状況に合わせた家具やベッドの配置を行い、転倒リスクの軽減に努め、安全で自立した生活が送れるように工夫している。</p>		