

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	2871900334		
法人名	社会福祉法人 日の出福祉会		
事業所名	グループホームふたば		
所在地	兵庫県小野市二葉町80-123		
自己評価作成日	令和6年11月25日	評価結果市町村受理日	令和7年1月24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 <http://www.kaigokensaku.jp/28/>

【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6年12月11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)】

GHふたばのご利用者様は、一つの家族のように助け合い、笑顔と笑い声が見えるのがホームの魅力です。利用者様の生活は、認知症予防や生活意欲向上を目指して、食事前のお手伝いや季節ごとの作品作り・懐かしの歌、脳リハビリとなる塗り絵やゲームや健康体操など、色々な事に日々取り組んでいます。また、訪問ボランティアに來所して頂き、利用者様の楽しみに繋げています。外出支援では、気転換や健康増進も兼ねて、施設周辺の散歩や時季に応じた外出支援を行っています。そして、毎日、染予防対策を行い、午前、午後とバイタル測定、消毒を行い健康管理に努めており、現在まで利用者のコロナ感染者はでておりません。

【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)】

総合福祉施設に併設する、家庭的な雰囲気が感じられる1ユニットのグループホームである。施設合同の研修・会議・委員会・訓練・地域交流等の体制が整備されている。散歩・ボランティアの来訪・トライアルウィークや小学生の見学受け入れ・施設行事での地域交流等、利用者が地域とのつながりを継続できるよう取り組んでいる。外出行事も再開し、町内会の桜のお花見や、ばら・あじさい・コスモス・紅葉鑑賞、初詣等に出かけ、家族との外出も再開している。手作り調理・行事食・おやつ作り、日々のレクリエーション、家事参加、季節行事等、日々の生活の中で楽しみや役割を感じながら、心身の機能低下予防に取り組んでいる。

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 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 3. 家族の1/3くらい 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広がったり深まり、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、活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している (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 評価	第 三 者 評 価	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	日の出福祉会の理念を掲げ、グループホームふたばの事業所独自の理念は廊下に掲示し、利用者様が一つの家族のように安心して暮らせる支援（挨拶・会話・笑顔・協力関係）等が見られ、また、地域との繋がりを大切にしてい（地域行事の参加）など、日常生活支援の中で取り組み実践している。	法人の理念と共に、グループホーム独自の理念を作成し、「ふれあいの場を地域に広げ、人と人とのつながりの中で、安心と生きがいのある暮らしを楽しみます。」という地域密着型サービスの意義を明示している。廊下に掲示して職員の周知を図り、会議等で検討する際は理念に立ち戻り、理念の実践に取り組んでいる。人事考課の自己評価の中で、定期的に振り返る機会も設けている。	
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	令和5年の年10月頃より兵庫県週報でコロナ感染者が増加傾向だったので、外出や面会制限を行っていたが、12月より面会制限解除を行い、近隣地域の訪問ボランティアに入ってもらったり、近隣の友人来所の交流、また、七夕の時期には、二葉町内の笹を二葉町内の代表者が二葉の施設全体で使用して欲しいと多数の笹を届けて下さった。また、施設周辺を散歩時には、地域の方と必ず挨拶や会話の場面があり交流になっている。	町内会に加入し、散歩の際は地域の方と挨拶や言葉を交わし、七夕の時期には笹の提供を受ける等のつながりがある。詩吟・マジック・音楽・腹話術等のボランティアの来訪、トライアルウィーク・小学生の見学受け入れも行っている。施設としても、施設行事での地域交流・介護相談対応・福祉避難所協定等で地域交流・地域貢献を行っている。	
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	開設から20年経過し二葉町内にある老人福祉施設として、地域の理解は積みあがってきた。過去に二葉町内の清掃作業など、認知症があっても一緒に参加して地域の一員として活動出来る理解の場を設けたかったが今年度は参加出来なかった。今後はふたばの里全体で、家族や地域の方が参加出来るイベントを考えている。		

グループホームふたば

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	令和6年度において、2か月に1回グループホームふたば運営推進会議を開催出来た。町内代表、市役所担当者、家族様、利用者様が参加し2か月間のサービス状況を報告した。会議出席者から意見や現在の思い等聞くことが出来てサービス向上・運営に努めた。家族様の参加が少数だったので、事前に会議議事録報告書を送付し意見や要望を記入する欄の内容を参考にしてサービス向上に活かした。そして、利用者様の参加して頂いた事で要望は聞く事が出来た。	令和6年度より対面会議の開催を再開している。利用者・家族・市職員・元自治会長・ボランティアを構成委員とし、2か月に1回開催している。会議では利用者状況・職員状況・事故等について報告し、意見・情報交換を行い議事録に記録している。会議の出欠連絡票に意見・要望等記入欄を設け、出席できなくても意見・情報を収集できるよう工夫している。	知見者の参加が得られるよう取り組まれることが望まれる。議事録ファイルの設置等により、運営推進会議の内容を公開することが望まれる。
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に取り組んでいる	小野市高齢介護課に介護更新認定時に介護保険関係調整や事故報告の時や運営推進会議の開催日時の調整時や運営推進会議において市担当者出席者にケアサービスの状況を詳しく説明し助言等を頂き協力を仰いだ。医療被保険者証の期限に伴い、市役所の担当者と連携し顔認証マイナバーカード作成依頼調整した。現在は小野市高齢介護課主導のラインワークスで市内全体の福祉事業所と地域密着型サービス事業所と繋がり情報共有している。	運営推進会議への市職員の参加により、定期的な連携がある。マイナンバーカード作成等の質問や相談、各種報告があれば、市の担当課に訪問や電話で問い合わせ・報告を行い、適正な運営に取り組んでいる。市主導のラインワークスで情報交換、ZOOMでの会議参加等でも、市と連携している。	
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	毎年度に身体拘束等の適正化の指針を整備し2か月に1回身体拘束予防防委員会に担当職員が参加し、各部署において、身体拘束にあたる支援が行われていないか協議と報告している。会議内容の議事録は各職員が書面で確認し周知している。また、年間研修計画において年2回身体拘束について研修を全職員受講し理解を深め身体拘束のないサービスに努めている。職員が一人体制の時間帯は安全確保を含め各扉は施錠しているが、それ以外時間帯は利用者様が自由に動けるように鍵は開錠している。	「身体拘束適正化のための指針」を整備し、身体拘束を行わないケアを実践している。施設合同で、2ヶ月に1回「身体拘束・虐待防止予防委員会」を開催している。担当職員が参加し、各部署で身体拘束・不適切ケアにあたる事例がないかの協議を行っている。会議の内容は議事録の供覧で周知し、確認印で周知を確認している。身体拘束排除についての研修を、計画的に年2回実施している。6月はオンライン研修を行い、視聴後に研修報告書を提出している。8月は講義形式で実施し、研修内容を供覧で周知し、確認印で周知を確認している。玄関等の鍵は、日中は施錠していない。	

自己 第3	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	研修計画の中で虐待防止および身体拘束予防の研修を各職員が受けてレポート課題を提出し、支援する中で不適切ケアや虐待に当たる行為がないか確認を行っている。現場内で虐待に当たるような対応や不適切ケアがあった場合は指導を行っている。	「虐待の防止のための指針」を整備している。上記「身体拘束適正化」と同様に、委員会と研修を実施している。上位者が定期的・随時の面談、巡回中の相談対応等で職員とのコミュニケーションを図り、法人としてもストレスチェック・メンタルヘルス研修の実施、相談窓口の設置等、職員のストレスや不安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	年間計画研修の中で権利擁護を学ぶ機会がある。また、玄関入り口付近に職員や家族や利用者様がいつでも見れるように成年後見制度のパンフレットを設置しています。利用者様1名が成年後見制度を利用しており、必要物品やご本人希望の購入物が高額になりそうな場合はその都度成年後見人に電話確認した。	成年後見制度の利用事例があり、金銭管理書類の提供や必要時の連絡・報告等を行い、制度利用を支援している。成年後見制度等について利用者や家族から相談があれば、計画作成担当者が窓口となり、関係機関について情報提供している。	研修内容に取り入れる等、職員が権利擁護に関する制度について学ぶ機会を持つことが望まれる。。
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	令和6年度において、2名の入退去者があった。1名は入院中にご逝去で退所となり6月に1名女性新規入居者を受け入れる時は、家族様が施設入居に対して不安な状態だったので丁寧にご説明した。又、要介護4の利用者様は、グループホームの生活支援よりも特養でのサービスを専門的に受けたほうがご本人にも良いと考え、ご家族様と特養施設相談員も含めてご家族様に丁寧に説明し理解して頂きふたばの里特養10月末日に退所し、11月9日に1名女性新規入居者を受け入れる契約の時に不安な状態だったので、ご説明して納得を得てから契約を行った。	入居相談や見学希望があれば、パンフレットをもとにサービス内容や料金等説明している。入居時には、契約書・重要事項説明・指針・同意書とともに説明し、文書で同意を得ている。特に、料金・医療・重度化対応・退居要件等について詳細に説明し、理解・納得を図っている。契約内容の改訂時には、変更内容の文書を作成し、運営推進会議で説明し、書面にて同意を得ている。	

グループホームふたば

自己	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	運営やサービス状況の報告は、2か月に1回の運営推進会議の開催時に報告を行い、外部者である町内代表、市担当者、家族様、利用者様から意見要望を頂いた。また、毎月利用者様の暮らし方について近況報告文書を家族様に送付し確認して頂いた。玄関にはご意見箱を設置している。、運営推進会議の開催後は、会議議事録作成し意見要望が記入出来る書面を各委員と家族に送付対応して内容を確認した。	家族の来訪時や電話連絡時に近況を報告し、家族の意見・要望の聴き取りを行っている。毎月郵送する近況報告文書で利用者の暮らし方や様子を伝え、運営推進会議の出欠連絡表に意見・要望等記入欄を設け、玄関に意見箱を設置する等、意見・要望が表しやすいように努めている。利用者からの意見・要望は日々の会話の中から把握し、食事や外出等に取り入れられるよう取り組んでいる。運営推進会議に利用者・家族の参加があり、職員や外部者に意見等を表す機会を設けている。	
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	職員からの意見、提案については、必要に応じて職員からの申し出、管理者からの聴取により実施している。内容によっては、職員からの提案を即時反映し、可能な限り提案を反映出来るよう努めている。年に2回「自己申告シート」に職員の意見や提案を聞き取りしている。	ケアカンファレンスを月2回、スタッフ会議を月1回開催している。ケアカンファレンスの前に職員からの意見や提案を収集し、ケアカンファレンスには施設長・副施設長・計画作成担当者・介護職員の参加があり、職員の意見や提案を反映できるよう取り組んでいる。スタッフ会議は計画作成担当者・介護職員が参加し、ケアカンファレンスの内容を報告し共有している。年2回の人事考課面談や随時の面談、「自己申告シート」(年2回)等で、職員の意見等を個別に把握する機会を設けている。	ケアカンファレンスの議事録の整備が望まれる。
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	人事考課(年2回)の実施、随時の面談により、職場環境含めた状況把握及び、評価を実施している。モチベーションの維持・向上に繋がるよう、定期的な異動を含めた人事交流を行っている。		
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	定期での研修は毎月実施している。個々のケア能力に応じた内容での研修は実施できていないが、資格取得支援制度や、外部研修参加など、研修を受ける機会の確保や、支援制度の手厚さも当グループの強みでもあるので、今以上に積極的に制度の利用を促せるように周知していく必要がある。		

自己 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
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	市の主導による、市内地域密着事業所連絡会や、交流する機会の構築はなされているが、昨今の新型コロナウイルスの影響もあり、開催出来ていない。オンラインなどでの開催なども今後検討し、交流の機会の場を設けるよう努めていく。		
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	令和6年6月に新規入居者様は帰宅願望や施設生活に納得が出来ずに不安な言葉や徘徊行為が多々見られるので、その都度、お声掛けして、少しでも安心して生活が送れるように対応し現在は穏やかに生活が継続出来ている。		
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	令和6年度において2名の新規入居者の受け入れがあった。見学時から入居にあたって不安に思う事をお聞きしたり要望など聞き丁寧に説明し納得を得た。認知面や排泄面に不安を感じていたのできちんと説明して介助支援が可能である事を納得し同意を得た。新規入居者の御家族様は、入居後に帰宅願望や迷惑がかかっているかなど不安に感じたので面会時や電話での問い合わせがあった時には、生活状況や帰宅願望状況など報告しホームでの対応を説明すると安心された。		
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	新規入居者の女性利用者は、入所時の混乱からあらゆる場所へ放尿が見られたので、トイレ誘導を行いながら、家族様と相談してポータブルトイレを用意して頂いた。また、帰宅願望から不穏や混乱状態になっている時に面会し対応して下さった。		
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	自立支援の場を目標に心身や認知症状の維持を目指して、介護せざるを得ない場合は支援や介助を行い、声掛けや見守り程度で出来る事があれば出来る限り残存機能の維持向上の為に食事準備のお手伝いや清掃や手伝ってもらいたい事など、利用者と共に職員も同じ目線で一緒に行動し関係性を保っている。		

グループホームふたば

自己 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
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	利用者様ご本人とご家族様のグループホームで過ごすうえでの両方の希望を尊重して支援を行うようにする。また面会などを通じて会える機会を設けられるように支援する。		
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	面会の機会があれば家族以外の知人の方であっても場所をセッティングしたり、以前デイサービスに通われていた利用者様を時々交流参加したりなど、関係が途切れないよう支援に努めている。友人や知人も電話連絡があり、直接ご本人に変わって電話でのやり取りもあり喜ばれていた。また、友人や知人に年賀状を記入して出している。	家族や友人・知人との居室での面会を再開し、施設内行事への参加、施設内の他事業との交流、電話や年賀状の支援等、馴染みの人との関係継続を支援している。今年のクリスマス会には、5年ぶりに家族の招待を企画している。家族との外出も再開し、一時帰宅・墓参り・外食等、家族と馴染みの場所に出かけられるよう支援している。	
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	利用者様同士の関係性を職員間で情報共有し、気の合う利用者様同士で席が隣り合うように座ってもらったり、反対にトラブルなどの要因で険悪になる前に職員が仲介して問題解決に努められるようにしている。なるべく日中は部屋で孤立しないようにリビングに促し、会話やテレビ鑑賞や創作品作り、歌を唄うゲームを行う等、皆さんがなるべく集合して楽しく生活出来る環境を提供している。		
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	グループホームふたばの契約も終了してからも、1名の女性利用者様がふたばの里の特養に転居してから食事を全く食べて頂けない事があったが、ご本人に会いに行き、お声かけかえしたり、スタッフやご家族様にもグループホーム入居時の食事介助状況など説明し、現在は特養職員の食事介助でも毎日全量摂取できるようになった。		
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	4ヶ月ごとに利用者のケアプランを各職員が担当を持って、普段の状況や家族からの情報収集に取り組んで作成し、各職員で情報共有しながら料理・洗濯・掃除・趣味・外出・買い物等を実行して取り組んでいる。	入居時の「出会いシート」の「生活歴」「職歴」「趣味」「その他」欄の情報から、思いや暮らし方の希望・意向の把握に努めている。入居後に把握した情報は、「課題分析シート」に追記することとしている。把握した情報は、施設サービス計画や支援に反映できるよう取り組んでいる。把握が困難な場合は、入居前の情報や家族からの聞き取り、入居後は表情や声かけ時の反応・動作等、日頃の関わりの中から把握に努めている。	「課題分析シート」に情報把握の時期を記入して追記する等、経過や継続性が把握しやすい工夫が望まれる。

グループホームふたば

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	利用者様の部屋には自宅から持って来られた家具を利用してもらい、また以前の暮らしを知るべく前施設や家族から情報を提供してもらい、それを元に新たな生活に慣れ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	各入居者において、生活スタイルは様々で、介護度や認知度の違いもあるが、基本はご本人が希望する過ごし方を尊重している。心身状況を踏まえて、体操や散歩など行い、どこまで可能か身体状況の確認はしている。		
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	各職員が利用者者担当制を受け持ち、4か月に1回は、変化が見られないか課題分析表とアセスメント記入を実施しています。また、ケアにおいて毎日のモニタリングを行い評価しています。また、毎月2回のケアカンファレンスを行い課題やケア方法を明確にしている。毎日の申し送りの中で各職員から意見を聞いたり、ご家族様にも来所時や電話連絡時に現状報告し意見要望を取り入れて、ケアプラン更新時に主治医とご本人を含めてサービス担当者会議を行い介護計画書を作成し現場で統一支援しています。	入居前サービスからの情報・「出会いシート」「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ている。毎月2回ケアカンファレンスを行い、各利用者の状況を確認し、必要時は随時、定期的には6ヶ月毎に施設サービス計画を見直している。見直しの際は、「モニタリング総括表」で評価を行っている。アセスメント・課題分析は4か月に1回実施している。必要時、主治医も参加してサービス担当者会議を開催し検討している。サービスの実施状況は、「ケアカルテ」と「モニタリング結果」に記録している。「モニタリング結果」は、居宅サービス計画の各サービス内容の実施の有無を記録する書式で、主に介護支援専門員が記録している。	PDCAサイクルにもとづき、再アセスメント・担当者会議は、居宅サービス計画の見直し前の時期に行うことが望まれる。 ・「モニタリング結果」を活用し、職員が居宅サービス計画の内容の理解を深め、計画に基づいた実施と記録が行える仕組みづくりが望まれる。
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	各利用者様の生活支援記録は24時間通じて個別記録している。ケアの実践については、毎日のモニタリング評価をしている。ケアの中で新たに出来た事を様子観察し継続的に出来るか、又、短期目標で掲げた内容が無理そうであれば職員間で情報共有し介護計画書の見直しをしている。		
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、その時々にも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	時々、帰宅願望が見られる利用者様が不穏状態になった時に、職員からの説明や対応は当然だが、周りの利用者様がお話して柔軟な対応とりおさまった事もあった。		

自己 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	利用者様家族主催で、腹話術ボランティアとして来所して下さる事や近隣地域から詩吟・マジックボランティア・カラオケサークルボランティアの来訪があり。この地域資源が利用者様が安心して楽しく暮らせる支援につながった。		
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	育が丘クリニックの西山医師を主治医とし、緊急時でも対応できるよう体制をとっている。普段においては月2回の往診を中心に、利用者様の健康管理に努めている。体調に変化が生じた際には早期にご家族様に報告し、協力を仰げる体制にしている。口腔ケアについてはふれあい歯科に月1回の定期健診をしてもらっており、必要に応じて治療も受けている。	入居時に利用者・家族の意向を確認し、意向に沿った受診を支援している。協力医療機関から内科医の月2回の往診があり、体調変化時等いつでも対応できるよう24時間連携体制を整備している。歯科医と歯科衛生士の月1回の定期健診と口腔ケア、必要時の診察が受けられる体制もある。他科については外部受診とし、家族同行を基本としている。訪問看護ステーションからの週1回の訪問、24時間連携体制も整備している。往診・訪問看護・外部受診については、ケアカルテに記録し情報共有している。	
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	のぞみ訪問看護ステーションに週1回訪問診療を行ってもらい、利用者の体調変化についての相談を受けてもらっている。24時間連携しており、利用者に体調変化があった場合は対応できるよう体制を整えている。訪問看護時は利用者様状況を伝え看護師による処置を受けたり、主治医に相談のうえ受診したりする。		
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。	令和6年度は入院者はなかった。入院中は病院に定期的に訪問し、看護師さんや医療相談員と回復や進捗状況を確認した。入院が長期化することで、認知症の進行や身体的な低下も見られるので、なるべく早く退院してホームでの生活に戻れるように密に病院関係者と連携を行っている。	令和6年度は入院事例はなかった。入院時には事業所から「情報提供書」で情報提供し、入院中は主に地域連携室と情報交換し、早期退院に向け連携を図っている。退院前カンファレンスがあれば参加し、電話での情報交換も行っている。退院時には看護サマリーの提供を受け、退院後の支援を検討している。入院中の状況や退院に向けた経過等は、ケアカルテへ記録し職員全員に情報共有している。退院後に変化があれば、施設サービス計画の見直しを行っている。	

グループホームふたば

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
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	要介護5の99歳女性で、月を追うごとに身体状況が低下が見られていたため、2週間に一度の主治医往診に終末期やターミナル状況になっていないか確認した。また、ご家族様は2週間に1度必ず来所があったので心身状況、食事、排泄、拘縮状況など近況説明していたが、令和6年5月に誤嚥性肺炎による入院先で逝去された。重度化時や急変時について連絡方法については、職員から家族様、主治医、訪問看護師への連絡していく流れは各関係機関と話し合いは出来ていた。	契約時に、「重要事項説明書」「重度化した場合における（看取り）指針」「重度化対応・終末期対応についての同意書」等をもとに説明し、同意を得ている。「緊急事対応についての同意書」は毎年更新している。終末期対応の事例はない。重度化を迎えた段階で主治医と情報を共有し、家族と話し合いの場を持ち、事業所で出来ること・出来ないことを再度説明し、家族の意向に沿った支援を行うこととしている。「看取りケアの基本とACP」「看取りケアの流れ」のオンライン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	利用者の容態急変や緊急時の事故発生時は、緊急時マニュアルに沿って救急車の要請、各関係者（主治医、訪問看護、家族、職員、施設長）等に連絡や連携をとって早期対応を行っている。事故や急変の対応は年間計画の研修で9月に緊急時対応の理解、2月に事故防止の知識の研修を受けて実践に繋げていく。		
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	小野市が定める年2回の避難訓練として、令和6年10月3日に夜間想定火災消防訓練は実施し、利用者様と職員の参加をした。年度内に後1回訓練予定。BCP計画は完成しており、2カ月に1回防災災害委員会があります。令和6年度3月に地域住民参加の防災訓練予定。	年2回施設合同で夜間と昼間想定の避難訓練を、通報・初期消火・避難訓練の総合訓練で、利用者参加で実施している。訓練についてはスタッフ会議で報告し、参加できなかった職員にも周知を図っている。また、スタッフ会議の議事録は閲覧し、押印で周知を確認している。防災災害BCP委員会を中心に、地域と連携し、非常用機器（貯水タンク、発電機）の確認、シミュレーション訓練（試食会等）を実施している。備蓄リストを作成し、栄養管理士が管理している。「非常災害BCPの理解」「非常災害時の対応」についてオンライン研修を実施している。	

自己 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	各利用者の人格を尊重した対応を心掛け、人生の先輩として尊敬の念を持って接する。居室に入る際や、入浴介助や排せつ介助時は性別や認知を問わずプライバシーに配慮し、目立ちにくく介護をする。	「介護従事者の接遇」「プライバシー保護・個人情報保護の取扱いの理解」「高齢者虐待」「身体拘束排除」「認知症ケア」等のオンライン研修を実施し、人格尊重と誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応について学ぶ機会を設けている。上位者の巡回中に気になる言葉かけ等があれば、注意喚起・助言している。特に、排泄・入浴の場面では、プライバシーに配慮した対応を行うよう周知している。	
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	外を散歩したい、テレビで好きな番組を観たいなど利用者様の希望に可能な限り沿った支援を行うためにも、ニーズを把握すべく普段の会話や過去の情報を参考に支援を組み立てる。		
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	ひとりひとり生活スタイルが違う為、編み物が好きな方だったり散歩したい方などいろんな方が居られるのでやりたい事を制限せず楽しく生活して頂けるよう支援している。利用者ごとの生活スタイルに合わせて起きる時間をずらし、その分朝食提供時間を遅らせたり、昼寝の時間や散歩の時間を取り入れるなどして思い思いの時間を過ごしてもらうようにしている。		
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	起床時には整容してもらい、身体が不自由な方は職員の介助にて整容を行い、四季に沿った衣服を着用する。外出時には帽子やカバンなどを身に付けてもらい、利用者が思ったおしゃれができるよう支援を行う。		

自己	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	それぞれの好みに合わせ、日々の献立を考えて、おいしい食事が提供できるようにする。生活リハビリとして、それぞれの残存能力を活かして、調理の手伝いや配膳などの作業に利用者中心で取り組んでもらう。	朝食と昼食は、職員が食材を調達し、献立を立て手づくり調理を行っている。夕食は、炊飯はユニットで行い、委託業者から届けられた食事を盛り付けて提供している。事業所・委託業者が連携して季節の献立・行事食・イベント食を提供し、事業所内でもおやつレクリエーションや誕生会を楽しむ機会を設けている。利用者の意向や残存能力に応じて、調理・配膳・下膳・洗い物等に参加できるように支援し、役割づくりや生活リハビリに活かしている。家族との外食も再開している。	
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	3食は栄養バランスを考えた食事を提供しているが、好き嫌いの問題もあるため、場合によっては別メニューを用意して提供している。水分摂取量に関しては目標1000cc以上としている。		
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	1回の歯科医と歯科衛生士の定期健診と口腔ケアを行い、虫歯などはその都度診察してもらっている。毎月口腔ケア計画書を作成しており、月1回の口腔ケアの際には実際に歯科衛生士の方より口腔指導をしてもらっている。		
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	排泄表を使用して排泄パターンを把握してパットの量やパットの種類などその人に合わせて使用しています。認知症でトイレの場所がわからない方もおり、こまめに声掛けしトイレで排泄できるよう支援行っています。	全体的に排泄の自立度が高く、「排泄チェック表」をもとにニーズに合わせた声かけ・誘導や介助を行い、日中・夜間ともトイレでの排泄を基本として支援している。トイレの扉は赤色にし、場所間違いを防止し自立に向けた支援を行っている。排泄用品や排泄介助の方法に検討事項が生じた際は、ケアカンファレンスで検討してスタッフ会議で共有し、主治医や看護師と連携しながら現状に即した支援につなげている。	
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	排便チェックを毎日行い、日常生活の中で排便を促すために水分補給を促し乳酸菌飲料を毎日提供しています。食事面でも気を付けており野菜や食物繊維の入った食事を摂取していただくようにしています。		

グループホームふたば

自己	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
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	1週間に2回のペースで午後から入浴して頂いています。一人で入浴を希望されている方もいらっしゃるためご本人様の希望に沿って入浴して頂き入浴途中に見守り声掛けは行うようにしています。入浴拒否者は職員を交替し声掛けしたり曜日を変更したりして楽しく入浴ができるよう支援しています。	一般浴槽での個浴で、手すり等が設置され安全に配慮されている。現在は、全利用者が浴槽での入浴が可能な状況である。「入浴実施表」で入浴状況を把握し、体調や意向を確認しながら週2回の入浴ができるように調整している。入浴拒否のある利用者には、日時や職員の変更、声かけの工夫を行い、同性介助の希望があれば同性で対応し、週2回の入浴を実施している。ゆず湯等、季節感を楽しめる工夫も行っている。	
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	日中は散歩などをして日光に当たり気持ちよく休めるよう支援しています。睡眠時間が短い方もおられますがその人の生活習慣の為に眠たい時には休んでいただいています。		
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	服薬の飲み忘れや誤薬防止のため服薬チェックを行っている。必ず職員がご利用者様の顔と名前を確認してから服薬介助を行っています。服薬が変更になった際は薬剤情報書を職員で確認し対応している。		
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	食事前にテーブル拭きやお膳配り、盛り付けなど担当を分けて行っている。甘いものが皆さん好きのため誕生日の方がおられる月にはお祝いしてケーキを食べるようにし楽しんで過ごせるよう支援しています。		
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	施設周りにも季節を感じられる花があり散歩を行っている。天気の良い日は車に乗って桜や紫陽花やコスモスや紅葉など見にドライブにも出かけています。コロナも落ち着き家族様と昼食を食べに出掛けられる方も増えております。	気候の良い時期には施設周辺の散歩を日課としている。外出行事も再開し、年間行事計画に沿って町内会の桜のお花見や、ばら・あじさい・コスモス・紅葉鑑賞、初詣等に出かけている。家族との外出も再開している。	
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	基本的に現金所持は認めていないため、日用品や衣類、飲食類など希望したものはご家族様が購入したりご家族様から許可があれば職員が購入してお渡ししています。		

グループホームふたば

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	希望があれば固定電話を使用して頂いています。認知症の為ご本人様は管理が難しくご家族様から預かっている携帯電話があり連絡あればご本人様に渡してお話して頂いています。	
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	リビングにはご利用者様全員がテレビが見えるように配置しています。温度計と湿度計を設置し部屋の温度調節を行っています。季節に合わせて壁画を変えたり花を飾ったりして季節感を出し明るい雰囲気を提供しています。	共有空間に大きな窓が何面もあり光が入り明るく、日々の掃除・温湿度管理等により快適に過ごせる環境である。テーブル席やテーブルセット、ソファ等が設置され、思い思いにくつろげる環境が整備され、壁面には毎月利用者と一緒に制作された季節感のある壁画や飾りが飾られている。アイランドキッチンが設置され、利用者と一緒に調理・後片付け・洗濯物たたみ等を行い、家庭的な雰囲気・生活感を取り入れている。日中は、塗り絵や折り紙、体操や歌、懐かしい番組のビデオを流す等、共有空間で楽しく過ごしなが、心身の機能低下が予防できるよう取り組んでいる。春に向けて、玄関前のプランターに季節の花を植える予定である。
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	リビングと廊下にそれぞれソファを設置し一人で編み物をされたり気の合う方と話ができる空間作りを提供しています。	
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	居室内には使い慣れた家具や寝具・テレビ・仏壇を置いて頂き、自宅で過ごしていた時と同じように過ごして頂いています。一人一人の好みや性格を尊重して配置は替えず生活して頂いています。	各居室に、ベッド・洗面台・収納棚が設置されている。たんす・椅子・テレビ・寝具・家族の写真・仏壇・位牌等、使い慣れたものや馴染みのある大切なものが持参されている。家具の配置は、利用者の状態に合わせ、動線を確保し安全に自立した生活が出来るように工夫している。表札にはレクリエーションで作成された飾りを設置し、ドアには一人一人模様の違うのれんを掛け、居室の間違いないように工夫している。居室担当職員が、衣替え・物品の補充・環境整備等を支援している。

グループホームふたば

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
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	生活リハビリのために調理や盛り付けをしやすいようにカウンターテーブルを設けています。廊下にはできるだけ物を置かず歩行訓練がスムーズに行えるようにしています。		