

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	2871500514		
法人名	社会福祉法人 淡鳳会		
事業所名	認知症高齢者グループホームフローラ		
所在地	兵庫県洲本市鮎屋字久シ原636番地		
自己評価作成日	令和7年3月13日	評価結果市町村受理日	令7年5月23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7年3月25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)】

事業所の理念「人を思いやる笑顔」を教訓にして職員同士日々声を掛け合って利用者様の支援を行っております。利用者様1人1人の思いを見出して、楽しいこと嬉しかったことを語っていただき笑顔がたえないグループホーム生活になれますよう頑張っております。

まだまだ新型コロナウイルス感染症が見られるため、家族様を招いての行事は行っていません。外出行事に関しても、利用者様と職員だけの小人数で桜見学などで制限されていますが、できる範囲内で、利用者様の安全を考慮しながら楽しく穏やかに過ごせますようにと、職員で話し合い実行しております。

【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)】

静かな環境に立地し、共用空間のホールは広く、大きな窓からの採光で明るく眺望が良く、ゆったりと寛げる清潔感のある環境である。利用者と一緒に制作した季節の作品を飾り、季節に因んだ月の行事を行い、季節の花を鑑賞するドライブ外出を行う等、季節感が感じられるよう支援している。月に2回行事に因んだ献立や利用者の希望を取り入れた献立で手作りの食事を企画し、食事が楽しめる機会作りを行っている。母体である医療機関との往診・入院時の連携、看護師による往診対応等により、医療連携体制を整備している。職員の定着が良く、利用者との馴染みの関係を構築し個別支援につなげている。毎月個別の「フローラ便り」を発行し、家族との面会や外出を再開し、家族との関係継続の支援にも努めている。

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)	<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	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)	<input type="radio"/> 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)	<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	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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 <input type="radio"/> 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)	<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	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)	<input type="radio"/> 1. 大いに増えている <input type="radio"/> 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)	<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	66 職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/> 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
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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 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)	<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	<input type="radio"/> 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)	<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		

自己評価および第三者評価結果

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	グループホーム玄関ホールに、事業所理念法人理念を提示して出勤時に唱和し会議時に意見交換を行うようにしている。	法人の理念・基本方針に地域密着型サービスの意義を明示している。事業所理念「人を思いやる笑顔を」と法人の理念・基本方針を施設の玄関ホールと各ユニットに掲示し、毎朝の申し送り時に唱和して共有を図っている。ケア会議の中で検討する際は理念に立ち戻り、理念の実践に向け取り組んでいる。	
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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	新型コロナウイルス感染症のため、音楽療法ボランティアの受け入れができません。老人会が無くなった為、百歳体操も無くなりました。地域で行われる行事への参加は今のところありません。	コロナ禍以降の感染状況や老人会の活動中止により、地域交流が困難な状況である。運営推進会議への参加や地域についての情報提供等、町内会長の協力がある。職員は地域住民と挨拶や言葉を交わす等、可能な方法で地域とのつながりを継続できるよう努めている。	感染状況等を勘案しながら、域交流・地域貢献の再開に取り組まれることが望まれる。
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	2か月に1回の運営推進会議に出席して頂いている地域の方達とお話をして、地域の情報、ご意見、工事があった場合の交通情報をいただいています。		
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	2か月に1回の運営推進会議に出席して頂いている地域の方達とお話をして、地域の情報、ご意見、工事があった場合の交通情報をいただいています。	利用者・家族代表・地域代表(地域住民・町内会会長)・地域包括支援センター職員・知見者(病院事務長・相談員)・グループホーム管理者・職員を構成委員とし、2ヶ月に1回開催している。令和6年度は、12月までは集合開催し、2月は書面開催している。会議では、利用者状況・職員状況・サービス状況等を報告し、参加者との意見交換、地域からの情報提供を得ている。書面開催の際は、議事録を構成委員に郵送している。議事録ファイルを玄関ホールの事務所前に設置して公開している。	

認知症高齢者グループホームフローラ

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
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	2ヶ月に1回開催します。会議の構成員に利用者様、ご家族様、地域住民2名地域包括支援センターの方に参加して頂き授業所からの報告をし、会議録は事務所前に設置し見て頂けるようにしています。	運営推進会議に、地域包括支援センターから参加があり連携している。日常生活自立支援事業を通して、社会福祉協議会との定期的な連携がある。報告・質問・相談等があれば、市の介護福祉課に電話や訪問をで報告や問い合わせを行い、適正な運営につなげている。福祉的支援を要する利用者について、市の保護課と協働して支援している。	
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	ケース、ケア会議、研修会の中で定期的に勉強会を実施しています。やむおえない場合は定められた手続きをし、記録を行い解除に向けて話し合いをしています。	「身体拘束等の適正化の指針」を整備している。「身体拘束適正化委員会」を、3ヶ月に1回以上実施し、適正化に向けた検討を行っている。事例がある時は、毎月身体拘束適正化委員会を実施し、解除に向けた検討を行っている。委員会の議事録は閲覧により周知を図り、閲覧印により周知を確認している。年間研修計画に入れ、年2回「身体拘束・高齢者虐待」についての研修を実施し、研修資料を配布し説明している。参加できなかった職員には研修資料を配布し、周知を図っている。外出の希望があれば、敷地内の散歩等で戸外に出て、閉塞感を感じないよう支援している。	委員会と研修の位置づけ、委員会の検討内容が明確になる議事録の工夫が望まれる。
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	年2回、チェックリストを実施し、自己の振り返りを行い、会議時に勉強会を行っています。	「高齢者虐待防止指針」の整備、「高齢者虐待防止委員会」の定期的な実施、「身体拘束・高齢者虐待」についての研修(年2回)の実施により、虐待防止に取り組んでいる。年2回チェックリストによる振り返りの機会を設け、不適切ケアの防止に向け意識付けを行っている。ストレスチェック、ケースケア会議での検討、個別の相談対応等により、職員のストレスや不安がケアに影響しないように施設として取り組んでいる。	委員会と研修の位置づけ、委員会の検討内容が明確になる議事録の工夫が望まれる。

認知症高齢者グループホームフローラ

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
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	職員全員が理解しやすいような資料を作成しており、それをもとに勉強会を行っています。	日常生活自立支援事業・成年後見制度の利用事例があり、介護支援専門員が中心となり、社会福祉協議会・後見人と協働し制度利用を支援している。権利擁護に関する制度について、上記と同様の方法で研修を実施し、職員が学ぶ機会を設けている。制度利用の必要性があれば、事業所から家族に情報提供し、また、家族からの相談にも対応している。	
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	契約時、利用者様ご家族様に説明し納得の上で署名、捺印して頂いている。入院期間の部屋代は説明も説明及び書面にて明記しています。改定等あった場合には書面にて説明し、同意書を頂いています。	入居相談・入居希望があれば見学対応し、パンフレットや料金表等を用いて説明している。感染状況に応じて、写真の資料を用いて環境や設備の説明を行っている。契約時には、契約書・重要事項説明書・各種同意書や指針等の内容を説明し、文書で同意を得ている。リスク説明等、特に共通理解を要する内容については別紙で説明し同意を得ている。契約内容を改定する場合は、改定内容を文書で通知している。	
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	利用者様とコミュニケーションを取り、話しやすい環境作りをしています。家族様面会時や電話にて、要望、意見を伺っています。それらの内容は申し送りにて職員皆に伝えています。運営推進会議では、利用者様家族様代表に出席して頂いております。	家族の玄関フロアでの面会を再開し、面会や電話連絡の際に、利用者の近況を報告し、家族の意見・要望を聴き取っている。利用者個別の「フローラ便り」に、写真を掲載して生活の様子等を記載して毎月郵送し、意見・要望が出やすいように努めている。利用者の意見・要望は、日々の会話の中で把握に努めている。把握した利用者・家族の意見・要望等は「申し送りノート」で共有し、主に個別に対応している。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。	

認知症高齢者グループホームフローラ

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
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	職員個別に、意見等がある場合は直接管理者とコミュニケーションがとれる環境にあり、代表者との協議を行い、反映させている。	ケースケア会議を月に1回開催し、利用者支援やケア、業務等について、職員の意見・提案を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共有を図っている。日々のケアや業務の中で検討事項があれば、朝の申し送りや業務の中で随時検討し、申し送りファイルで共有している。管理者が随時面談を行い、個別に意見・提案を聴く機会も設けている。	
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	就業規則、給与規定等の見直しを行い、継続した就労意欲の向上に努めている。		
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	認知症関係の研修等を受講し基礎知識の向上に努めている。		
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	感染症等の影響を鑑みる。同業他社との相互訪問の活動は行えていません。		
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	入居前の生活の状況、既往歴、入居後の要望などを聞かせていただける時間を作って、良い関係作りに努めています。		

認知症高齢者グループホームフローラ

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
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	問い合わせ時や、施設見学及び面談時 家族様のお話の状況を伺いながら耳を傾け、関係づくりに努めています。		
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	他の事業所関係者様と連携をとり 利用者様及び家族の環境等考慮しながら適切なサービスを提供できるように努める。		
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	利用者様とのコミュニケーションを大切に し、心身状況を鑑みながら、簡単な作業を職員と一緒にを行うように努めている。		
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	月1回のフローラ便りの送付や、電話連絡にて情報共有を図りながら努めています。		
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	入居前に関わっていた病院、歯科への通院を継続する場合は、家族様の協力のもと行って頂いています。 散髪、美容院	家族との玄関フロアでの面会を再開し、家族の了承の下で知人との面会も可能となり、馴染みの人との関係継続を支援している。家族との受診や理美容での外出を通して、馴染みの場所に出かける機会を設けている。事業所からのドライブ外出で、馴染みの場所に出かける機会もある。	
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	利用者様同士でお話したり、歌をうたったりと自由な時間を過ごして頂き、職員は楽しく過ごせるよう支援している。		
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	治療が必要な方が翠鳳第一病院入院されてケースが多くあります。家族様に会うことが多いため、入居されていた利用者様の身体状況を伺いお大事にして下さいと労っています。		

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
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	利用者様の心身の状況や希望を傾聴し利用者様の負担にならないようなライフスタイルになるよう努めている。	入居時の利用者個々の思いや暮らし方の希望・意向について、「基本情報」の「生活歴」「1日の生活」「趣味・特技」欄から把握する書式があるが、あまり活用できていない状況である。入居後、日々の会話で把握した内容は、主に口頭で共有している。把握が困難な場合は、聴き取り方を工夫したり、家族から情報を得る等により、意向に沿った支援ができるよう努めている。	「基本情報」の「生活歴」「1日の生活」「趣味・特技」欄の活用、入居後の会話で把握した新しい情報の追記と共有により、利用者個々の人物像の把握、個別支援につなげることが望まれる。
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、家族様の了解を得て日常生活及び心身の情報を頂けるよう努めている。	/	/
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	利用者様の日常生活の様子は、医療従事者、介護士で共有し最新の情報を申し送りせるように努めている。		
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	利用者様の表情や言動を観察しながら家族様にも希望等聞きながら、モニタリングを行い本人様にとって最適な介護計画を作成するよう努めている。		

認知症高齢者グループホームフローラ

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
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	介護日誌、個人チェック表などは、タブレット内に記録されている。職員全員が、必要な時に確認でき介護計画の見直しについて話合することができる。		
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	病院受診、買い物、散髪については家族様の事情を考慮してサービスを提供でき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	新型コロナウイルスの影響により、イベントの参加はしていません。落ち着いたら、参加させていただきます。		
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	契約時、協力病院の内容、健康診断往診の説明を行い、納得して頂いている。	協力医療機関から月2回の内科往診、年2回の健康診断、また、希望に応じて歯科往診を受けられる体制がある。契約時に協力医療機関について説明し、利用者・家族の意向に沿った受診支援を行っている。他科については外部受診となり、家族の通院介助を基本とし、事業所から電話・FAX・紹介状等で情報提供している。往診・通院の内容は、「個人カルテ」に記録し、共有事項は申し送りファイルで情報共有している。週2回看護師の勤務があり、往診対応し医療連携を行っている。	
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2回正看護師が勤務している。不在時は、協力病院に連絡し指示をもらっている。		

認知症高齢者グループホームフローラ

自己 者 第三	項目	自己評価 実践状況	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
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。	近くに協力病院がある。医師、看護師との連携を密にし、入院時利用者の情報を共有し相談をしている。コロナ感染者が出て、グループホームでの療養が困難な場合、入院の措置をもらえる関係作りを行っている。	近隣に協力医療機関があり、基本的には協力医療機関に入院している。往診等で日頃から情報共有・連携がとれており、入院時には「基本情報」で情報提供している。入院中は、地域連携室を訪問して情報交換し、可能な場合は面会にも行き、早期退院に向け連携している。退院前は、面会訪問して本人の状況を確認し、地域連携室と情報交換を行い、退院後の支援について検討している。入院中や退院前の状況は、申し送りファイルで職員間で情報共有している。退院時には看護サマリーの提供を受け、退院後に「施設サービス計画」の見直しを検討している。	
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、事業所ですることが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	グループホームでの医療体制は、入居時の契約の段階で文章で説明しています。家族様も理解している。入院になった場合は、医療関係者の見解に重点を置いて取り組んでいる。	契約時に「重度化した場合の対応に係る指針」に沿って、事業所では終末期対応・看取り介護を行わない方針があることを説明し、家族の同意を得ている。立位保持・食事摂取等の状況により、重度化を迎えた段階で、主治医が家族に状況説明を行い、今後の支援方針を話し合っている。家族に法人内の特別養護老人ホームを含め、入所や入院先について情報提供し、家族の意向に沿って、利用者の現状に適したサービスへの移行に向けた支援を行っている。経過は、介護支援専門員が「支援経過記録」に記録している。	
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	マニュアルを作成し、勉強会を行い緊急時対応できるように研修をしている。		

認知症高齢者グループホームフローラ

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
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	マニュアルを作成し避難訓練を年2回行っています。また運営推進会議には地域の方の協力をお願いできるような協力体制がとれるよう努めている。	年2回、施設合同で、昼間・夜間想定 of 災害対応訓練を実施している。令和6年度は、11月に夜間想定 of 避難訓練を行い、令和7年3月に昼間想定 of 火災対応の総合訓練を消防署立会いで実施している。訓練実施後に消防署が総括を行い、職員に回覧し周知共有している。3月には、BCP(事業継続計画)研修も実施している。地域の協力が得にくい立地であるが、地域の一時避難の場所としての活用等について検討している。備蓄リストをもとに、施設共同で備蓄を行い、施設長が管理している。	
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	グループホームでは、個室対応しており、プライバシーの配慮に努めています。利用者様の人格を尊重し。常々、声掛けや対応には十分慎重に対応しています。	年間研修計画に沿って、「接遇」「身体拘束・虐待防止」研修を行い、人格尊重、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。年2回チェックリストによる振り返りの機会を設け、不適切言葉かけや対応についての意識付けを定期的に行っている。気になる事例があれば、職員間で注意喚起・助言している。	
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	利用者様が自分の気持ちを表現し易いように、職員は、子、孫など身内になったような雰囲気をも出し自己決定できるように努める。		
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	利用者様の人格を尊重して自身の思いや希望に添えるような支援を心掛けて努めている。		
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	自分の持っている洋服を自身でコーディネートして笑顔で過ごせる様支援する。		

認知症高齢者グループホームフローラ

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	入れ歯や口腔内を清潔にすると食べ物を美味しく頂くことができる。一人ひとりの好物を把握する。残存能力を発揮できるように片付け出来る様支援する。	炊飯と汁物調理は各フロアで行い、委託業者から届く食事を湯煎調理して提供している。利用者個々の状態に応じた食事形態への対応は、各フロアで行っている。月に2回、行事に因んだ献立や利用者の希望を取り入れた献立で食事を企画し、手作りで調理して提供している。茶碗・箸・湯呑は利用者各自の物を使い、家庭的な雰囲気を取り入れている。感染予防対策とし、食事の準備や調理への利用者の参加は休止しているが、下膳やテーブル拭きに参加できるように支援している。		
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	食事チェック表を確認しながら食事量水分量、食事形態等利用者様の身体状況を観察しながら支援している。			
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	毎食後、必ず口腔ケアを行うよう支援している。口腔を清潔の必要性の話をして自ら行って頂けるよう努めている。			
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	排泄チェック表記録、確認して見守り介助にてトイレ介助を行っている。	「個人ケアチェック表」の「排泄表」で、利用者個々の排泄状況や排泄パターンを把握し、昼間は基本的にはトイレでの排泄を支援している。夜間は安眠・安全に配慮し、トイレ・ポータブルトイレ使用、排泄用品の交換等、個々に応じた支援を行っている。検討事項があればケースケア会議で検討し、利用者の現状に即した介助方法や排泄用品の使用につなげている。2月に「排泄ケア研修」を実施し、プライバシーや羞恥心への配慮等について学ぶ機会を設けている。トイレのドアの外側にカーテンを設置し、環境面での配慮も行っている。		

認知症高齢者グループホームフローラ

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
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	水分補給を定期的に行い、チェックを行う。1日2回のラジオ体操、歩行運動に参加し適度な運動をするよう支援する。		
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回入浴を行う。利用者様の体調を観察しながら、曜日変更及び清拭を行うこともある。	「入浴予定表」で週2回の入浴を予定しているが、当日の体調や気分に応じて柔軟に対応している。一般浴槽の個浴で対応しているが、身体状況や希望に応じてシャワー浴と足浴でも対応している。実施状況は、「入浴予定表」に記録している。同性介助の希望に対応し、入浴拒否があれば個別の対応を工夫している。一人ずつ湯を入れ替え、個々のペースでゆっくり入浴を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	1日のタイムスケジュールを基本にして安眠、休息の支援を行っているが、本人様の心身の状況を考慮して気持ちよく眠れるよう支援している。		
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	個人ファイルに薬の説明書を綴じる。別に薬ファイルを作成し内容を詳しく記入し職員間の申し送りは必須である。変更があった場合は、ホワイトボードに記入すると定めている。		
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	利用者様同士ホールで話をしたり歌をうたったり、好きなテレビ番組等楽しむ際は利用者様が安心、安全に過ごせるよう見守り支援を行っている。		

認知症高齢者グループホームフローラ

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
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	利用者様の体調を考慮する。支援するスタッフの人数体制をしっかり整え計画を立てる。天候を見ながら利用者様が喜ぶ景色の場所を選定できる様努める。	利用者の希望や天候に沿って、施設の敷地内や近隣に散歩に出かけたり、桜・しだれ梅・藤・紅葉等を楽しむドライブ外出を行う等、外出の機会づくりに努めている。	
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	事務所で小遣いを預かってます。主に散髪代、日用品の細々した物を購入しています。		
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	携帯、スマートフォンを自ら持って家族様に連絡されています。機器は、自己管理としてもらっています。施設の電話で、家族様に連絡してと依頼される利用者様もいます。		
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	ホールの椅子やソファは、日当たりの良い場所に位置しています。若い頃の話をしたり、世間話で盛り上がり笑顔が多く見られます。	共用空間のホールは広く、大きな窓からの採光で明るく眺望が良い。テーブル席・ソファ・椅子を配置し、ゆったりと寛げる、清潔感のある環境である。利用者と一緒に作った季節の飾りを壁に飾り付け、鉢植えを置き、季節に因んだ月の行事を行う等、季節感が感じられるよう支援している。キッチンスペースがあり、洗濯物たたみ・下膳・テーブル拭き・ゴミ捨て等に参加できるよう支援し、生活感を取り入れている。	
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	ソファに座って、洗濯物をキッチンとたたんでくれます。鉢植えが好きな方は、水やりしたり、草を引いて楽しんでいる。		

認知症高齢者グループホームフローラ

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
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	利用者様、家族様の意見を尊重し安全で気持ち良く過ごせるお部屋づくりを推奨、支援している。	居室は広く採光で明るく、ベッド・クローゼット・キャビネット等が設置されている。テレビ・寝具・三段ボックス・家族の写真等が持ち込まれている。利用者・家族の意向を尊重しながら、安全な移動を考慮して家具が配置できるよう支援している。居室の前にネームプレートと写真を大きく分かりやすく掲示して部屋間違いを防止できるよう工夫している。	
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	利用者様一人ひとりの個性を大事にして、怪我等なく安心安全な環境でグループホームの生活をエンジョイできるよう努めます。		