

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	2894800032		
法人名	社会福祉法人関寿会		
事業所名	グループホームはちぶせの里せきのみや		
所在地	兵庫県養父市尾崎1319番地		
自己評価作成日	令和6年11月6日	評価結果市町村受理日	

※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	
----------	--

【評価】

評価機関名	NPO法人ニッポン・アクティブライフ・クラブナルク兵庫福祉調査センター		
所在地	尼崎市南武庫之荘2丁目27-19		
訪問調査日	令和7年1月17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)】

季節ごとに変わる四季折々の景色を見渡せるくつろぎのある空間があり、敷地には桜の木、畑、グランドゴルフ場やテラスでゆっくり日向ぼっこや喫茶が出来る環境があります。木造平屋であり、温かみや木の香りが漂い、自由に施設内を行き来でき入居者の方にとっては開放感がある建物だと思います。また食事毎食、入居者の方と一緒に手作りし、畑でとれた野菜も使い調理しています。それぞれが日常の中で出来る役割をもち、完璧にできなくても出来る事を続ける事で認知症の進行予防に繋がっていると思います。コロナ禍で中々外出が出来なかったり、制限はありますが年間行事、日々の隙間時間を上手く使い、散歩や活動、お菓子作り、色々な企画を考え入居者の方が少しでも楽しんで頂けるよう取り組んでいます。またコロナの状況から以前のような生活ができない面もありましたが昨年より面会、外出も制限はありますが、直接家族と会い、触れ合うことができるようになりました。

【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)】

開設後15年強を経過し地域にとってもなくてはならない福祉の中心的な施設である。隣には特養があり地域との交流も盛んで存在感もあり、管理者も職員の資質アップ含めて理念にあるノーマライゼーションの実施に向け日々支援にあたっている。施設の周りには緑豊かで畑・テラス等が広がり、色々なイベントも行い利用者も日々のびのびと自然とともに過ごしている。コロナ期間中は利用者・職員共に罹患者がなく医療面に関しても安心・安全な事業所で家族からも喜ばれている。現在はコロナ前の状態の支援が出来ている。

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)	○	1. ほぼ全ての利用者の iikinitoxutemo 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 評価	三者 評価	項 目	自己評価	第三者評価	
			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	「ノーマライゼーションの実現」「共に楽しみ共に喜び共に生きる施設づくり」「人に尽くし、人を愛し、人に愛される人財の育成」と理念にあげている。理念の意義も理解してもらうように研修や会議時、入職の際に職員へ説明している。	常に理念に立ち返り、実践につなげるように努めている。「ノーマライゼーション」は利用者の自立支援において、「共に楽しむ」は利用者と共に過ごす時において中心となるべきこととしている。	
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	畑作業のお手伝いに訪問してくれたり、野菜、花も家族や地域の方に頂いている。地域の行事、学校行事に積極的に参加したり、喫茶開催をしている。高齢者ボランティア、精神知的障害者の雇用等も積極的に行っている。	畑作業の手伝い・傾聴・生花クラブの講師等で地域住民の方々にボランティアとして協力して頂いている。地域住民の方へ事業所での喫茶(月1回)への参加をチラシを配布して呼びかけている。地域の秋祭りや認知症カフェに参加している。	
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	区長、民生委員、家族代表の方に施設運営推進会議のメンバーであり、その場で認知症の理解や支援について話をしている。又キャラバンメイト養成講座も講師として学校や施設内で講座を開いている。認知症カフェも定期的に開催している。		
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1回開催。意見を聞きサービス評価についても報告し質の向上に活かせる努力している。会議録は職員に回覧し改善点や意見も伝えるようにしている。参加できないメンバーへは議事録送付し意見を聞くようにしている。	利用者(各ユニットより1名)・家族代表2名、地域代表(区長・民生委員)、地域包括支援センター職員、管理者、運営支援担当者、ユニットリーダー2名の参加の下、2ヶ月に1回開催され、事業所の運営状況の報告と情報交換等をし、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	
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	事故報告(死亡・通院・入院に至るもの)については文書にて行政窓口即時報告している。苦情報告、入居に関する事などは運営会議を通じ、市地域包括支援センターに相談している。市、県からの感染症に関するメール等も適宜届いている。	運営状況、入居に関しては、運営推進会議に参加の市地域包括支援センター職員に報告、相談等をしている。市・県からのメールにて感染症の情報を得ている。	
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「介指特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	正しく理解する為に勉強会、研修、毎月の会議で実施し意識統一や改善を図っている。玄関施錠は防犯の為時間を決めて行うが後は開放している。防犯用センサーもあるが、入居者が出ない為に使用ではなく訪問の有無が分かるように使用はしている。	玄関施錠は防犯の為、夜のみ行っている。身体拘束については、勉強会、研修、会議等で話し合いがなされ、意識統一や改善を図っている。声かけやスピーチロックについて注意しあっている。	
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	職員共有の問題と捉え、互いの介護について見つめあい注意を払う体制作りを心がけている。又研修を行い事例等も参考に振り返りの機会を設け虐待が見過ごされないように防止に努めている。会議体でも自己チェックや啓発や確認もしている。	虐待防止について研修を行い 互いの介護を見つめ合い、注意を払う体制作りを心掛けている。会議においては、チェックリストによる自己チェックを行い、その結果をまとめ、日頃のケアの振り返りをおこなっている。	

自己	三者	項 目	自己評価	第三者評価	
			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	施設内研修を行っている。加えて入居者の尊厳を保持すべくケアプランの「サービス内容」に反映しカンファレンス等で職員へ周知している。又成年後見制度のしくみについても学び入居者、家族にも制度についての相談等も受けている。	現在、成年後見制度を利用されている方はおられない。制度については、事業所内研修会で学んでいる。支援が必要な時は、管理者を中心に支援していくとしている。	
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	入居契約時に重要事項について説明している。家族、入居者の要望を聞いてケアプランにも繋げたり、いつでも相談できる信頼関係の形成に努めている。加算や看取り・重度化指針、自立支援、尊厳の保持についても説明している。又改定等の際は手紙で通知している。	入居時に、重要事項説明書にて説明している。緊急時、重度化した場合、看取り等についても説明している。サービスの柱となる尊厳の保持・自立支援等についても説明している。	
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	玄関に意見箱を設置し、カンファレンス時に家族や入居者に要望を確認、会議を実施している。又年1回満足度アンケートを家族へ郵送し意見を取りまとめて改善点や家族の意向等も職員へ伝えている。	介護計画作成の会議では、利用者参加の下行われ、要望等を聞いている。家族からの意見や要望は面会時や電話で聞いている。年1回、家族に対して「満足度アンケート」を行ってその結果を運営に反映させている。	
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	2か月に1回の全体会議を開催し職員の意見や提案を聞く機会を設けている他、月1回ユニット会議、各会議体でも事業計画の説明、評価も実施。法人でも年1回施設運営会議を実施し全職員参加している。個別面談も年2回実施している。	年1回法人による施設運営会議が開催され、全職員が参加している。全体会議やユニット会議で職員の意見や提案を聞いている。年2回の個別面談でも職員の意見を聞くようにしている。職員からは「人材育成」や「働きやすくするために協力し合うこと」等が意見として出されている。	
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	部門管理者と面談実施、年5日の有給取得、10年勤務者への表彰等もあり、時間外労働をしない業務改善を考え、個々の健康面、家庭、年齢等も随時相談を受け長く働ける環境作りを行っている。人事考課(個人目標)参考に個々の意見を聞き、都度相談体制を設けるようにしている。		
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	外部、内部での研修参加を推進している。参加できない職員にも共有できるように報告書回覧、現場職員にフィードバックできるように毎月の会議で伝えている。又自己学習の取組、OJTを基本として勉強会の実施を勧めている。		
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	他市グループホーム連絡会に参加し情報交換を実施。外部研修参加時に他施設と交流を行い考え方や意識の改善が図るようにしている。事業所間で年2回合同外出や企画、勉強会を実施し業務、ケアの質の向上へ繋がる様に実施していた。		

自己 三者	項 目	自己評価	第三者評価		
		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	入所前、自宅へ訪問し生活の場を実際に確認する事からアセスメントを実施。法人独自のシートに記載し情報共有がPCで出来るようにしている。又職員にも出来る限り同行促し、家族や入居者との信頼、安心感に繋げるようにしている。		
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	自宅を訪問したり施設に来て頂き不安や困っている事、将来への思い等聞いている。また事業所の説明や認知症、精神疾患の方に対するケア等細かく都度状況に応じて説明をしている。		
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	相談時、出来る限り本人、家族の状況を把握し何を望むのか支援の方向性を話合っている。ケアプランにはこだわり、家族、本人にわかりやすくニーズを具体的に記載している。又状況に応じてどのサービス利用が必要かも助言している。		
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	出来る事は実施して頂き日常生活の中で役割をもって自尊心が増すように支援している。家事全般、畑作業時は入居者に聞きながら実施している。性格、生活歴から出来る事を伺い活動に繋げている。		
19		○本人と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	定期的な電話連絡、状態変化時に様子を伝えている。面会も一部制限があるが、直接面会ができる様になった。継続してオンライン面会も活用している。毎月写真付きお手紙で入居者担当職員からメッセージ記載し様子を伝えている。		
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	制限もあるが外出も出来る様になった。家族の面会制限もあるが直接会う事ができ少しでも関係性が途切れない様にオンライン面会や電話で様子を伝えている。ホームページ、インスタグラム、フェイスブックに活動の様子等も見れるように作成している。	面会は10時～17時、面会時間の時間制限はない。知人・友人の面会も可能になった。年1回、家族交流会が開かれている。自宅外出も可能となり、4名の方が自宅に帰られている。毎月1回、事業所の行事や利用者の様子を伝える「せきのみや便り」を家族へ送付している。	
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	職員が個々の思いや性格、関係性も見ながらお互いが支えあい協力し助け合える様間に入り、役割を持ち一緒に出来る環境作り、関わりが持てるように工夫している。		

自己	三者	項 目	自己評価	第三者評価	
			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	入院時病院SWと連絡をとり状態確認を行っている。退所後も家族やSWと相談援助も行っている。法人で連携をし重度化になった場合特養への入所も対応している。また可能な限り最期までお世話させて頂く事を目標とし本人の状態に応じ相談している。		
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	日頃本人の言葉を聞く事を大切にしCFも出来る限り本人含め要望や思いを確認している。意思疎通が困難でニーズが言語化できない方については生活状況やアセスメント、モニタリングし家族や職員と情報共有し思い、希望をかなえられるように心がけている。	日頃から、利用者との対話を大切にして、希望や意見を聞くように努め、思いや意向の把握に努めている。困難な場合は、家族や職員と情報共有し、生活状況やアセスメント、モニタリングを通し希望を把握することに努めている。	
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	在宅時の暮らし、生活歴等本人、家族、担当CMIにも聞きアセスメント実施、ADLだけに拘るのではなく生活状況、認知症の症状等に目を向け情報収集しこれまでの暮らしと対比しながらより良い暮らしが入所後も出来るように努めている。		
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	センター方式の記載、再アセスメントを実施、担当職員は1ヶ月にモニタリング記載を行いカンファレンスも本人の声を聴きニーズとしている。記録内容も精査したり、毎日ユニット内で送りする時間を持ち情報共有図っている。		
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	初回CFは家族、本人、看護師、職員とカンファレンス実施し、出来る限り行い意見や要望をプランに組入れている。又状態変化があれば家族に意向も確認しケアプランの修正等も適宜行っている。	入所時に本人・家族・管理者とカンファレンスをし要望等を確認し介護計画に反映させ、サインをもらっている。入退院後・体調変化時には直ちにカンファレンスにて修正している。モニタリングは毎月行っているが計画修正は短期3か月・長期6か月にて変更している。	
		○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	日々の様子を記録に残し変化時や重要な事は口頭で送り、メールで情報共有している。1日1回ユニット職員間で情報共有等の送りを10分程度で実施している。		
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	今は時間制限はあるが入居者の外出支援の対応は柔軟に対応している。亡き夫の法事、葬儀や病院受診は家族様に対応や一時的な外出もして頂いている。活動や行事、レクリエーションの場に生まれるニーズに対応している。		

自己	三者	項 目	自己評価	第三者評価	
			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	地域の子供神輿がホームに立ち寄ってくれたり、地藏盆の団子を持参してくれたり小学校、中学校より花や野菜を頂く事があります。地域の方のボランティアも今は訪問してくれている。		
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	かかりつけ医との連携を深め職員や看護職員の応援にて定期的に通院、薬診、往診あり。近隣の家族には受診の依頼も行って頂き関係性が途切れない、本人の状態もわかって貰うように対応もしてくれている。	入所時に本人・家族・管理者と相談しかかりつけ医を決めているが現在は全員事業所のかかりつけ医となっている。内科は月1回・歯科も月1回の訪問診療を受けている。看護師も月1回の訪問がありかかりつけ医と連絡を密にして安全・安心に努めている。他の科へは家族同行を基本としている。	
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	受診時には状態伝え情報共有を行い連携を取っている。オンコール、受診対応、処置、薬の管理等以外でも看取りに対する勉強会、感染症予防の取組、勉強会なども実施している。又日頃の介護ケアにも支援している。		
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。	入院時養父子独自の情報提供書によるシート記載し連携を図っている。入院後も状態確認をSWや家族と適宜行い法人内連携をとり可能な限り早期退院、受け入れ場所、体制を整えるようにしている。又救急対応時の延命治療について要望確認書にて入所時説明を行うようにしている。	入院時にはかかりつけ医とよく相談し、家族の了解を得て行っているが、病院には養父子独自の情報提供書によるシートに記載し連携を図っている。事業所よりのデーターをソーシャルワーカーに提供し、病院よりは連絡を密にし、早期退院へと結び付けている。	
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	指針を掲げ入居時に説明を行い、状態に応じて適宜家族とCFを行って要望を確認している。又職員へも都度情報共有を行い本人、家族の思いに出来る限り寄り添い実践している。施設での看取りの方も増えており対応もしている。重度化、看取りの指針の説明や看取りについての勉強会も年1回実施している。	重度化や看取りに関して入所時に指針書に基づき事業所として出来ること・出来ないことを説明し了解を得ている。現実には重度化になった時に、家族・かかりつけ医・管理者と今後の方針を確認し共有している。現在は特養や病院への転移が多い。本年度看取りの方はいないが看取りの要望があれば可能である。	
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	マニュアルは作成しており、年に2回勉強会やシュミレーションを行っている。対応時に不具合がなかったも都度振り返る機会を持つようにしている。器具の取り扱いや人形を使用した救急対応の研修も実施している。		
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	マニュアル、BCP計画も作成し研修会、消防避難訓練年2回、災害訓練年1回消防署の立会にて実施している。災害時の備品確認や調理方法も研修を行っている。地域防災マップも各ユニットへ掲示し自然災害時の対応にも意識持つように指導している。	災害訓練は年2回の自主訓練と消防署指導による訓練を年1回実施している。現在ハザードマップ上危険な点はないが隣の特養と協力し訓練を実施している。BCP計画による備蓄は一覧表にし、追加の蓄電器は3月までに購入の予定、訓練による近隣の方の参加はないが、特養と近隣の職員5人の協力で体制は出来ている。	

自己 三者	項 目	自己評価	第三者評価		
		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	入居者の尊厳、権利擁護については研修会を実施し会議体等を通じて常に啓発や話し合いを重ね不適切な言動があれば常に職員同士が注意しあうようにしている。プライバシーについては居室訪室時、入浴、排泄時には心理面に配慮し対応している。	利用者を人生の先輩と考え尊厳とプライドを損なわなように支援に当たっている。研修は介護技術勉強会や接遇等で行い、トイレへの声掛けやお風呂への誘導においてスピーチロック等職員間で何か問題があれば注意し合える体制が出来ている。個人情報などの書類は鍵のかかるロッカーに保管されている	
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	家事全般、外出、買い物、散歩など日常生活の中で入居者の思いや要望を聞くようにしている。重度の認知症の方においても可能な限り言葉を聞くように配慮し自己決定を尊重し優先するようにしている。		
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	生活歴に着目し自宅からの生活リズムや思いを大切に出来る限り個別の対応が出来るように心がけている。又入居者中心の暮らしであり業務中心型介護にならないように指導している。		
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	毎月要望を聞きながら理美容を利用している。又起床時、外出時、入浴時にも衣類を選んで頂きご自分で調整されたり好みの身だしなみを日常生活の中でも支援できるようにしている。		
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	嗜好調査年1回行い、行事、誕生日に要望を聞きながら季節の食材や収穫した野菜を使用している。月1回希望昼食日を決めてメニューを決めたり、年間食事企画、おやつ作り等適宜行うようにしている。調理も毎日役割をもって実施している。	食材は事業所にて購入、メニューは特養の管理栄養士が作成している。料理はすべて職員が作っている。利用者により刻み食等対応している。嗜好調査を年1回行いメニューに生かしている。畑にて作った野菜等が料理に生かされ検食も職員が行い反映させている。利用者はできる範囲で配膳などのお手伝いをしている。	
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	毎食後、摂取量、水分量も記録の残し平均水分摂取量の報告も行い状態に応じたケアを実施。栄養スクリーニングも年2回実施し、栄養状態、心身状態の把握に努めている。		
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	毎月1回歯科衛生士訪問あり口腔内の確認、ケアの助言あり、不具合あれば歯科受診の対応もしている。		

自己	三者	項 目	自己評価	第三者評価	
			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	排泄表記入し個々の排泄パターンや状態に応じたケアを実施。パットの使用状況を知り出来る限り失禁に繋がらないよう声かけ、誘導を行っている。陰部洗浄、おしりふき、清拭で生活保持できるように対応もしている。	個々の排泄パターン表より時間少し前に周りに注意しそれとなくトイレへと誘導している。利用者は昼。夜間共布パンツ+パット・リハビリパンツ+パットで個別に応じた対応をしている。夜間は安眠第一で見守りは3時間ごと排泄支援も個々に時間を決めている。	
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	バナナ、ヨーグルト、牛乳、冷たい水等摂取してもらったり、運動を取り入れ予防に取り組んでいる。又状況によっては医師に相談し便秘薬を処方して頂くなどしている。		
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ず、個々にそった支援をしている	週2～4回を目安に本人の体調や希望に応じて入浴や清拭の支援をしている。拒否の強い方へは職員を変えたり無理強いせず時間や日にちを変更するなど柔軟に対応している。浴室の用具等も必要な物品を新調予定。	入浴は週2～4回を体調に合わせて柔軟に対応している。季節により柚子湯・菖蒲湯があり入浴剤は体調により使用していない。入浴拒否の方は日時・人を変え強制はしていない。入浴の同性介助の要望は現在2名のかた。体調により清拭・シャワー浴・足浴があり、リラックスして会話もされ、支援に生かされている。	
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	一人ひとりの生活習慣を大切に、日中、夜間共に休息したり安眠できる環境や温度等にも気を付けている。		
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	薬の理解や把握は既往歴を知り情報共有している。誤薬にならないように日付、名前の確認、手渡す時に読み上げ薬セット時には複数の職員で確認している。変化ある際は看護職員やかかりつけ医へ報告している。		
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	力量に応じて生活の中で役割をもって頂く事が出来るよう対応している。又誕生日や行事、日々が退屈せず活動の場で役割や楽しみをもつ時間が作れるように支援しています。		
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	その日の状況や天候も見ながら適宜散歩などを行っている。外出も再開しており、飲食も出来る様になった。ドライブ外出、初詣、紅葉外出等実施している。	コロナが解除され現在は制約は全て解除されている。外出も事業所周辺の散歩や、庭にての外気にあたり季節感を味わったり外食・遠出(初詣・桜見物・梅林)も実施している。車イスの方が半数に及び全員とはいかないができるだけ人数を分けて対応している。	

自己 三者	項 目	自己評価	第三者評価	
		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
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	金銭をもっていない不安になる方や今までの自分の役割も含め、ご本人が理解でき管理できる方は金銭も持っている。又入居者の要望時は買い物に出かけ支払いも出来る方はその都度見守り行っている。		
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	携帯電話保持している方は操作方法や電話を見て職員介入しながら対応している。家人からの電話もご本人と話ができるよう対応したりオンラインの面会も活用している。又手紙も家族に出される方もいる。		
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	ユニットの大きな窓から外の景色をみて四季を感じる事が出来る。共用の室内は清潔を心がけており美化、5S3定の取組に力を入れている。入居者が自由に使える物も見え化してわかるように工夫もしている。季節に応じて壁画や飾りも変え、写真や案内も掲示している。	リビング兼食堂は広く・明るく・清潔で整理・整頓・清潔・騒・定位・希品・定量を基本として力を入れている。周りの壁にはイベントの写真・利用者と職員の共同作業の飾り物が展示され季節感を醸し出している。	
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	個々が思い思いに過ごせるようにお互いに距離をもって過ごせる場所となるようにテーブルの位置、席を配慮したりソファの位置を変え環境的配慮を行っている。入居者同士のトラブルに対しては職員が精神面のフォローを行うようにしている。		
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	使い慣れた家具や装飾品、思い出の物等自由に持ち込んで頂いている。個々の入居者担当職員を持ち一緒に掃除や整理整頓、リネン交換等行い環境を整えるようにしている。季節の衣替えも職員と一緒にやっている。	居室は事業所より空調・障子が、利用者よりは家庭にて使い慣れたテレビ・イス・飾り物・家族の写真・等が持ち込まれ過ごしやすい環境となっている。また職員と一緒に清掃や整理整頓・衣替え等を楽しばれている。	
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	木造でよいが季節に置いて湿気等で扉が重くなったり不具合はあるが怪我に繋がる事はないように環境確認はしている。感染症予防の為に空気清浄機も設置。家庭的な雰囲気壊さず混乱を防ぐ為声かけの工夫や表札設置もしている。		

基本情報

事業所番号	2894800032
法人名	社会福祉法人関寿会
事業所名	グループホームはちぶせの里せきのみや
所在地	兵庫県養父市尾崎1319番地 電話097-667-3110

【情報提供票より】平成 6年 11月 6日事業所記入

(1)組織概要

開設年月日	平成21年 8月 1日
ユニット数	2 利用定員数計 18 人
職員数	19 人 常勤13名、非常勤 6名、常勤換算15.6名

(2)建物概要

建物構造	木造平屋造り 1階部分
------	----------------

(3)利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

家賃(平均月額)	60,000 円	その他の経費(月額)	円
敷 金			
保証金の有無 (入居一時金含む)	50,000円	有りの場合 償却の有無	無し
食材料費	朝食	円	昼食 円
	夕食	円	おやつ 円
	または1日当たり950円		

(4)利用者の概要(11月6日現在)

利用者人数	18 名	男性 2 名	女性 16 名
要介護1	5 名	要介護2	10 名
要介護3	1 名	要介護4	2 名
要介護5	名	要支援2	0 名
年齢	平均 88 歳	最低 76 歳	最高 103 歳

(5)協力医療機関

協力医療機関名	公立八鹿病院・福井診療所・関宮歯科診療所
---------	----------------------

(様式2(1))

事業所名 グループホームはちぶせの里やぶ

目標達成計画

作成日: 令和7年2月3日

目標達成計画は、自己評価及び第三者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	20	ご家族様との面会が以前と同様に戻ってきており、出会える機会も増え、信頼関係を再構築していく	ご家族様との関係性の再構築	施設から入居者個々に応じたお手紙の発信の継続。 日頃の様子などしっかりと報告する。定期的にご家族様に連絡をする。 感染状況を見ながら、一緒にご家族様、入居者の方と外出できる機会を作っていく。	1年間
2	35	災害・火災訓練など地域の方も一緒に訓練ができる機会を作る。	・福祉避難所との連携の確認、継続 ・火災だけではなく災害も地域の消防団や地区の方と一体的な訓練を実施する	・災害時、防災時など地区の訓練や避難場所などの再確認を行い、当事業所がどのように対応すればいいのかも連携を図る。 ・マニュアルの再確認	1年間
3	49	入居者の楽しみや活動性の向上に少しづつできるようにする。	・地域への行事参加 ・外出企画の作成 ・ボランティアの方々の活動再開	・地域への行事へ積極的に参加 ・外出支援の回数を増やしていく ・以前活動しておられたボランティアの方々への声かけし活動の再開	1年間
4					

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2(2))

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】		
実施段階		取 り 組 ん だ 内 容 (↓ 該当するものすべてに○印)
1	サービス評価の事前準備	☐ 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
		☐ ②利用者へサービス評価について説明した
		☐ 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
		☐ 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
		☐ ⑤その他()
2	自己評価の実施	☐ ①自己評価を職員全員が実施した
		☐ 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
		☐ 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
		☐ 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
		☐ ⑤その他()
3	外部評価(訪問調査当日)	☐ 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
		☐ 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
		☐ 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
		☐ ④その他()
4	評価結果(自己評価、外部評価)の公開	☐ 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
		☐ 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
		☐ 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
		☐ 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(7月に予定)
		☐ ⑤その他()
5	サービス評価の活用	☐ 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
		☐ 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)
		☐ ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)
		☐ 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)
		☐ ⑤その他()