

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	2872201468		
法人名	社会福祉法人グランはりま		
事業所名	グループホームはなたば		
所在地	加古川市平岡町高畑1－1		
自己評価作成日	令和6年5月23日	評価結果市町村受理日	令和6年7月29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6月19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)】

地域福祉の拠点として地域交流・地域貢献を継続している。複合施設の利点を活かし、施設行事への参加・ボランティアや実習生の受け入れ・外出行事・社会資源の活用等を通して地域とのつながりを大切にしている。外出行事(初詣・お花見等)に力を入れている。日常生活の中で楽しみや役割が持てる機会を作り、家庭的で季節感を取り入れた環境の中で「自分らしい生活」が継続できるよう、個別支援に取り組んでいる。看護職員を常勤配置し、協力医療機関・訪問看護ステーションと連携を密にとり、医療的な支援を充実させている。

【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)】

高齢者・保育事業を展開する社会福祉法人が運営する、複合施設内にある事業所である。施設は開設20周年を迎え、地域福祉の拠点として地域交流・地域貢献に継続して取り組んでいる。研修・委員会・訓練・行事・施設内交流等、複合施設の利点を活かしている。事業所内でも、季節行事・食事イベント・散歩や季節の外出行事・日々のレクリエーション、家事参加等、日常生活の中で楽しみや役割を持ち、活動できるよう取り組んでいる。医療機関が運営母体であり、事業所内の看護師の配置・施設内の看護師との連携もあり、回診・外部受診・緊急時対応等、医療連携体制が整備されている。希望に応じて専門職者間の連携により看取り介護にも対応している。

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 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、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 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	
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	施設の理念・基本方針を作成し、理念の中に「地域との交流」として地域密着型サービスの意義を表明している。日々のケア実践の中や、ケアカンファレンスで利用者個々のケアについて話し合う際にパーソンセンタードケアの考えを基本とし、理念に立ち戻っている。	施設の理念・基本方針を共有し、理念の中に地域密着型サービスの意義を明示している。新入職者オリエンテーション時に説明し理解を深めるとともに、各ユニットの入り口に掲示し職員の共有を図っている。日々のケア実践やユニット会議のケアカンファレンスで利用者個々のケアについて検討する際は、パーソンセンタードケアの考えを基本として理念に立ち戻り理念の実践に取り組んでいる。		
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	地域の商店・薬局・訪問理美容等の利用、警察・消防等との連携、福祉避難所協定等、特別養護老人ホームやデイサービスの利用者との交流も行っている。夏祭りや行事に地域のボランティアの受け入れを積極的に行っている。	開設20周年を迎え、地域福祉の拠点として地域交流・地域貢献に取り組んでいる。コロナ禍でも、地域の社会資源の利用や警察・消防との連携、福祉避難所協定、地域からの相談対応等を継続している。地域包括支援センター主催の認知症カフェ開催に地域交流スペースを開放し、認知症サポーター養成講座へのキャラバンメイトとしての参加し、今後地域住民対象の介護技術出前講座開催も計画している。地域の店舗での買い物、定期的な舞踏ボランティアの受け入れ、行事の際の学生やボランティアの受け入れ、施設内の特別養護老人ホームやデイサービスの利用者との交流等、利用者が地域とのつながりが持てる機会づくりも徐々に再開している。		
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	地域の方へ介護技術の講習会を計画し、出前講座を積極的に開催している。地域包括支援センターが認知症カフェを支援している(2F地域交流室で定期開催中)相談があれば随時対応できる体制を設けている。認知症サポーター養成講座にキャラバンメイトとして参加し、地域とのつながりを密にしている。			

グループホームはなたば

自己 評価	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
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	利用者・家族・地域代表(民生委員)地域包括支援センター職員・加古川市職員・播磨町職員・施設職員を構成委員とする。会議では、利用者状況・感染対策・行事報告(ipadでの動画を視聴)・研修実施と予定等を報告し、情報交換・質疑応答を行う。なるべく年間行事・夏祭り等と合わせて開催している。	利用者・家族・地域代表(民生委員)・地域包括支援センター職員・加古川市職員・播磨町職員・施設職員を構成委員とし、2ヶ月に1回集合開催している。会議では、利用者状況、感染対策、研修の実施内容と予定等を報告し、写真や動画を使用して行事の様子を紹介している。構成委員と情報交換・質疑応答を行い、地域の情報等を把握している。議事録は、事業所玄関入り口に閲覧用ファイルを設置して公開している。	構成委員として、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。
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	運営推進会議を通して、市・地域包括支援センター・町との連携を行っている。災害時の福祉避難所協定としての連携もある。	運営推進会議参加を通して、市・町・地域包括支援センターと連携している。認知症カフェ・いきいき100歳体操等を通じて、地域包括支援センターと連携し、災害時の福祉避難所として市・町との連携もある。	
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	「身体拘束廃止指針」を整備し、身体拘束をしないケアを実施している。委員会の開催を3ヶ月に1回。管理者との「こころの面談」等を行い、職員のストレスや不安がケアに影響しないように取り組んでいる。	「身体拘束廃止指針」を整備し、身体拘束をしないケアを実践している。施設の「虐待防止・身体拘束禁止委員会」を3ヶ月に1回開催し、各部署の現状把握(事例検討)・身体拘束適正化や虐待防止のための研修・月間のテーマ設定等について検討している。委員会の内容は、議事録コピーの回覧により全職員に周知を図っている。年間研修計画に沿って「身体拘束・虐待防止」研修を年2回実施し、代表者が「研修報告書」を作成している。各研修はグループワークを活用して同じ内容で2回実施するとともに、参加できなかった職員には録画視聴により周知を図っている。玄関は施錠しているが、ユニット間の移動は自由にでき、外出希望があれば敷地内の花壇や畑周辺への散歩等での気分転換に対応し、閉塞感を感じないよう支援している。	

グループホームはなたば

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
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	虐待防止委員会と研修実施。ケアカンファレンスの中で不適切ケアにつながる対応がないかをお互い確認したり、日々のケアの中で気になる言葉かけや対応があれば注意喚起し、職員の意識向上を図っている。	高齢者虐待についても、上記と同様に委員会活動・研修を通じて未然防止に取り組んでいる。虐待事例について新聞報道があれば、記事を回覧し情報共有している。ケアカンファレンスや日々のケアの中で不適切ケアにつながる対応がないかを確認し、気になる対応等があれば注意喚起や助言を行い、職員の意識向上を図っている。理事長(管理者)が年1回以上「こころの面談」を行い、また、副施設長も随時相談対応し、職員のストレスや不安がケアに影響しないように取り組んでいる。	
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	成年後見制度を利用している利用者があり、事業所として制度利用を支援している。ケアカンファレンスで利用者支援について情報共有や検討を行う。	家族・専門職を後見人とする成年後見制度の利用事例があり、定期的な状況報告や金銭管理資料の提供・電話対応・介護計画の説明と同意等、制度利用を支援している。今後、制度利用の必要性や家族等からの相談があれば、理事長(管理者)が制度利用に向け支援を行う体制がある。	研修や資料回覧等により、職員が権利擁護に関する制度について、知識と理解を得る機会作りが望まれる。
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	入居希望があれば、パンフレット・料金表・写真等を用いて説明し、契約時には、契約書・重要事項説明書・個人情報同意書・ターミナルケアの指針等に沿って説明し文章で同意を得ている。	入居希望・相談があれば、時期に応じて見学対応し、パンフレット・紹介ファイル(写真集)等を基に、設備・サービス内容等を説明している。契約時には、契約書・重要事項説明書・指針・同意書等を基に説明し、文書で同意を得ている。特に個々のリスクについて理解が得られるよう詳細に説明している。契約内容の改定時は改定内容を明記した文書を作成し、面会時や郵送にて文書で同意を得ている。	

グループホームはなたば

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	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。家族の面会（予約制・場所等の配慮の上）や電話連絡等の際に利用者の近況を伝え、家族の意向・要望の把握に努め、計画に反映するようにしている。	利用者の意見・要望は日々の会話の中で把握に努め、把握した要望等は個別の「連絡ノート」で共有し、個別に対応している。予約制ではあるが家族との居室での面会を再開し、面会時や電話連絡時に利用者の近況を伝え、家族の意見・要望の把握に努めている。毎月、個別の写真・メッセージを添えた「はなたば便り」を郵送し、意見・要望が出やすい工夫している。把握した意見・要望は、当日のリーダーから上司に報告・検討し、個別の「連絡ノート」で共有し、計画や利用者支援に反映している。運営推進会議に利用者・家族が参加できるよう配慮し、外部者に意見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	運営や業務についての職員の意見・提案はリーダーが集約してリーダー会議で検討している。職員の個々の意見を聴く機会を設けている。意見・相談がしやすい環境づくりに努めている。	月1回「ユニット会議」を実施し、検討事項がある利用者のカンファレンス・業務についての検討等を行い、職員の意見・提案を利用者支援・業務改善・介護計画等に反映している。日々の検討事項については、都度「ケアカンファレンス」で検討し、検討結果や経過を個別の「連絡ノート」で共有している。定期的に理事長（管理者）が面談を行い、副施設長も随時面談し、職員の意見を個別に聴く機会を設けている。月1回「リーダー会議」「運営会議」を実施し、施設内の各部署から代表者が参加し、各部署の職員の意見等を共有している。	
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	管理者は、年に1回以上、職員に対し個別面談を行い、職員個々の意見を聴いている。運営会議・リーダー会議を通して職場環境・労働条件の整備に努めている。		

グループホームはなたば

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
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	新人職員には1人指導者をつけ、指導マ ニュアルに沿って指導している。施設内研修 随時、無資格の職員には認知症介護基礎 研修が受講できるよう支援している。介護福 祉士が地域に出向いて介護技術講習会を 開くことで地域貢献だけではなく職員のスキ ルアップにつなげている。		
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	外部研修に参加し、同業者と交流する機会 を作っている。法人にある他の事業所職員 との懇親会を年に1回計画し交流を図る。		
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	入居時のみならず、随時本人・家族との相 談を受けるよう窓口を広げている。入居者と 話しをする時間をとり、関係づくりに努めて 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	入居者の生活の様子を適時家族に知らせ 不安に感じていること・要望を聴き取るよう にし信頼関係を築けるように努めている。		
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	在宅での相談窓口を設け、精神保健福祉士 や看護職・介護支援専門員など専門職が対 応している。		
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	食事の用意・洗濯など入居者と一緒に行う 事で暮らしを共にする。職員が「～を教えて 頂きたい」という促しを積極的に行い、入居 者の昔話や知恵を引き出し、入居者に生き がいを持たせて頂くとともに職員と入居者の間 で支え合う関係を築いている。		
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	面会は予約制とし、居室で行う。毎月本人 の写真と職員がメッセージを記入した「はな たばだより」を郵送している。		

グループホームはなたば

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
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	デイサービス・ショートを利用していた方が入居後も交流できるよう支援している。特養入居の夫と定期的に面会できる支援を行っている。家族からの手紙・写真を入居者の方に楽しんで頂けるよう支援している。	居室での家族・友人・知人等との面会を再開し、電話・手紙・写真・「はなたば便り」等、可能な方法で馴染みの人との関係継続を支援している。時期や場所を勘案しながら、自宅や馴染みの場所への家族との外出を支援している。事業所としては、花見や初詣等を通して馴染みの場所との関係継続を支援している。施設内の特別養護老人ホームやデイサービスの利用者との交流、行事等の際の地域の人との交流により、馴染みの関係が継続できる環境にある。	
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	食事を一緒にしたり、お茶を飲んだり、テーブルに座る位置を固定しない。また、職員と入居者というケアのみでなく、職員が入居者同士の「接着剤」になるような声かけ、見守りを行っている。		
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	退居されたご家族が他の家族・知人の介護相談に来られたり、施設内で行ういきいき百歳体操に参加されたり、関係を継続している。		
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	入居時に作成する「個人票」の「生活・職歴・趣味」欄の情報等をもとに、入居者個々の思いや暮らし方の希望に沿った支援ができるよう取り組んでいる。日々のコミュニケーションで把握した情報はケアカンファレンス等で共有し、介護計画や支援に反映できるよう取り組んでいる。言葉での把握が困難な場合は、行動や表情から汲み取ったり、家族からの情報を参考に把握するよう努めている。	利用者個々の思いや暮らし方の希望・意向は、入居前の介護支援専門員や家族からの情報を基に、入居時に作成する「個人票」の「生活・職歴・趣味」欄の情報等から把握している。入居後は、日々のコミュニケーションを通じて把握に努め、個別の「連絡ノート」・ケース記録・ケアカンファレンスで共有し、支援や介護計画に反映できるよう取り組んでいる。把握が困難な場合は、行動や表情から汲み取ったり、家族の意見・情報を参考に、本人の意向に沿った支援ができるよう取り組んでいる。	

グループホームはなたば

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	ご家族からの聴き取りや入居者との日頃の会話の中から生活歴を把握し、日々の役割等、ケアに活かしている。		
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	個々の日課を把握し、それに合わせた支援を心がけている。心身の状態の把握も行い、その日の状態に応じたケアを行っている。また、職員同士で連絡ノートを活用し、状態の変化の把握に努めている。日々の観察を大切にし、変化があればその都度話し合う。医師との連携も密に行っている。		
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	「個人票」「アセスメントシート」等の情報をもとに多職種でケアカンファレンスを行い、初回の介護計画を作成している。ケアカンファレンスは職員全員参加を基本とし、副施設長が毎回参加し、介護計画の周知を図っている。実施状況は、電子カルテ内に記録している。計画を見直す際は、ケアカンファレンスを開催し検討、モニタリングと評価を実施している。	入居時の家族とのカンファレンス・入居前の情報をもとに「個人票」「アセスメントシート」を作成し、多職種でカンファレンスを行い、初回の介護計画を作成している。介護計画の周知を図り、実施状況は電子カルテ内のケース記録に記録している。定期的には短期目標の期間(3カ月)に合わせてカンファレンスを実施し、ニーズ毎の達成度の把握と評価をカンファレンスの議事録に記録して。同時期に「アセスメントシート」による再アセスメントを行い、変更があれば赤字で追記している。必要時は随時、定期的には長期目標の期間(6カ月)に合わせて、同様の手順で介護計画の見直しを行っている。	電子カルテの「種別」欄の活用等により、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。主治医・看護師等関係者の意見も、「照会」「事前聴き取り」としてカンファレンス議事録に記録してはどうか。
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	日常の様子を具体的に個別に記録し、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。利用者の状況の変化・気づきがあれば、すぐに職員間で話し合いを行い、モニタリングに活かしている。		
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	特養に理学療法士を配置している。リハビリのニーズに応じて看護職員が理学療法士と相談ができる体制がある。		

グループホームはなたば

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
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	警察・消防・商店・近隣の薬局など地域に理解と協力が得られるよう働きかけを行っている。		
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、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	契約時に医療連携体制について説明している。系列の医療機関から主治医の回診があり、常勤の看護職員を配置し、健康管理・状態確認を行っている。訪問看護師とも24時間連絡が取れる体制がある。必要時には、主治医の指示のもとで職員が通院介助を行う。	契約時に事業所の医療連携体制について説明している。系列医療機関の医師による月2回の回診があり、常勤の看護師を配置し、健康管理・状態確認を行っている。訪問看護師とも24時間対応が可能で、緊急時等には、併設施設の看護師も対応可能な体制がある。必要時には、歯科・心療内科・皮膚科等についても、往診が受けられる体制がある。緊急時等には、回診医の指示のもとで、個々の状況に応じて職員や家族が同行し外部受診している。回診時の受診については、「医師の指示簿」と電子カルテのケース記録、往診・外部受診等については電子カルテのケース記録で共有している。	
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	24時間体制で訪問看護師と連絡が取れるようにしている。日頃から、利用者の状態について相談や指導を受けている。主治医からの指導を受け、適切な対応に努めている。		
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。	入院時は「看護サマリー」「介護サマリー」を作成し、退院時、病院と情報交換を行う。早期退院に対応できる体制を整備している。退院時の状況をアセスメントし、ケアカンファレンスを開催。計画の見直しを行っている。	入院時は「看護サマリー」「介護サマリー」を作成し、情報提供している。入院中は、基本的には電話で家族や病院関係者と情報交換し、早期退院に向け支援している。入院中の経過は、「連絡ノート」・「ケース記録」で共有している。退院時に「看護サマリー」の提供を受け、アセスメントの実施とケアカンファレンスを開催し、退院後の支援に向け介護計画の見直しを行っている。	

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
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	契約時に「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン・看取りに関する指針」をもとに、説明し同意を得ている。入居時から本人・家族の意向を確認しながら本人の変化に伴い、医師・看護・介護・厨房等密な連携を行っている。	契約時に、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン・看取りに関する指針」をもとに、事業所の方針を説明し家族の同意を得ている。看取り介護の希望があれば、重度化を迎えた早い段階で、家族を交えてカンファレンスを実施し、「ターミナル時の支援の方向性について」で意向確認を行っている。主治医の指示等を取り入れて看取りに向けた介護計画を作成し、主治医・看護師・訪問看護師・家族等と連携し、チームで家族の意向に沿った看取りを支援している。毎年、「ACP(アドバンス・ケア・プランニング)」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	急変時の対応等を新入社員研修・施設内研修等で行っている。AED・吸引・フィジカルアセスメント等具体的な訓練を行っている。		
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	BCPを作成し、年に2回消防訓練や災害時対応研修を実施している。出来るだけたくさんの職員が参加できるよう同じテーマで2回開催している。福祉避難所としての協定も結んでいる。	年2回、施設合同で火災時訓練や地震等自然災害時の火災時対応訓練を実施している。令和5年度は、全員参加できるよう各訓練を同じ内容で2回、9月には夜間想定、火災時の避難誘導・消火等訓練を、2月には昼間想定、地震発生時の火災対応訓練を実施している。訓練には、可能な利用者也参加し避難場所の確認等を行っている。実施後には反省点・課題等を記載した「研修報告書」を作成し、訓練に参加できなかった職員には録画の視聴により訓練内容を共有している。地域の消防団との協力体制が築かれ、福祉避難所として市・町と協定を結んでいる。BCP(事業継続計画)の備蓄リストに沿って施設合同で共同備蓄し、食料は管理栄養士、医療に関する備品は看護師等、備蓄内容に応じて担当者が管理している。	

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	
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	「高齢者の尊厳保持と虐待防止」「身体拘束虐待防止・権利擁護」「認知症ケア」等をテーマにし、定期的に研修を行っている。	「個人情報保護」「高齢者虐待防止」「身体拘束虐待防止」「認知症ケア」等の研修を実施し、利用者の人格尊重、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。ケアカンファレンスで利用者個々のケアについて検討する時には、配慮事項を共有している。日々のコミュニケーションやケアの中でのプライバシーへの配慮については、適宜副施設長が注意喚起し意識向上に努めている。「はなたば便り」・ホームページ等での写真や映像使用時は、個人が特定できないよう工夫している。		
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	本人の気持ちや思いが伝わるよう、日頃から思いを汲み取れるよう働きかけている。言葉での表現が難しい方は、行動や表情から読み取れるよう心がけている。			
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	基本的な1日の流れはあるが、日常的に入居者の希望・要望を十分把握し、1人ひとりの体調やその日の様子に配慮しながら入居者1人ひとりのリズムに合わせた細やかな対応をしている。			
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	入居者と共にその日の服を選んだり、スカーフ、腕時計など入居前に使用していた小物を取り入れる。また、お化粧品などを楽しめるよう、その人に合った身だしなみを支援している。			

グループホームはなたば

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
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	管理栄養士の献立で調理した食事をユニットで盛り付けを行う。お重でのおせち・行事食・お誕生日ケーキ(手作り)・回転寿司(外部から来所)季節感を大切にしている。食事形態は、ミキサー・キザミ・極キザミ等対応している。	各ユニットで炊飯・汁物調理・盛り付けを行い、施設厨房で調理した食事を提供している。キザミ・ミキサー・極キザミ等利用者個々の食事形態に、厨房とユニットが連携して対応している。季節の行事食として「寄せ鍋」、イベント食として「父の日バイキング」「手作りピザ」等の機会を設け、季節やイベントに合わせて食事の変化を楽しむ機会を設けている。可能な利用者がテーブル拭き・下膳・イベント食づくり等に参加できるよう支援している。誕生日会には、厨房で手作りしたホールケーキで祝っている。	
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	水分・食事摂取量を記録し、少量しか摂取出来ない方は、好きな食べ物・飲み物を考慮し提供している。また、個別の体重の変化・食事・水分量を記録し、医師との連携も取っている。		
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	毎食後の歯磨きの見守り・夜間の義歯洗浄など1人ひとりに合った口腔ケアを実施している。また、歯科受診時、相談・指導を受けている。		
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	電子カルテの排泄記録で入居者個々の排泄状況や排泄パターンを把握し、日中はできる限りトイレでの排泄など自立に向けた支援を行っている。夜間は安眠にも配慮し、個々に合ったおむつを使用している。個々の介助方法やおむつの種類等について検討し、職員間で情報の共有を行っている。	利用者個々の排泄状況・排泄パターンを電子カルテの排泄記録で把握している。基本的には、日中はトイレでの排泄、排泄の自立に向けた支援を行っている。夜間は安眠にも配慮し、個々に応じた排泄用品を使用し支援している。日々の検討事項があれば、当日のケアカンファレンスで検討し、「ケアカンファレンス記録」・個別の「連絡ノート」で共有している。ドアの開閉・声かけ等プライバシーへの配慮を職員に周知している。	

グループホームはなたば

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
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	食物繊維の入っている食品を食べて頂き、水分を良く摂ってもらう工夫をしている。また、散歩もできるだけ参加してもらうよう声かけをおこなっている。お茶ゼリーにはちみつをかける。可能な限りトイレに座るように介助している。夜間、腸の動きを活発にするために体位変換が必要な方は行っている。		
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回以上、午前・午後の時間帯での入浴体制とし、個々の体調や希望に応じて入居者のペースでゆっくり入浴が楽しめるよう柔軟に対応している。状況に応じて、2人介助・シャワー浴・清拭・手浴・足浴等に対応し、安全に清潔保持が出来るよう支援している。	午前・午後の時間帯で「概ねの入浴予定」を作成し、週2回以上入浴できるよう計画している。当日の気分・体調や希望に応じて柔軟に対応し、「入浴表」で入浴状況を確認している。一般浴槽での個浴を基本としているが、利用者の身体状況に応じて、2人介助・リクライニング式シャワーチェア、シャワーチェア等を利用してのシャワー浴等に対応している。また、併設施設の機械浴を使用できる設備もある。浴槽の湯を一人ずつ入れ替え、歌・会話、好みのシャンプーやボディソープの使用等を楽しみながら、自身のペースでゆっくり入浴でき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人ひとりの睡眠状況を知り、夜の睡眠が少ない場合は、昼間に軽く昼寝を促したり、身体を動かすことで夜間にぐっすり眠ってもらうよう支援している。		
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	看護職員が管理を行い、薬剤情報を個人記録ファイルにし、確実に服薬できるよう1日分を袋に入れている。		
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	花の水やり、食事の手伝い・洗濯たたみなど個人に合った役割を支援している。いきいき百歳体操を日々の日課としている。		

グループホームはなたば

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
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	クリニックへの定期受診介助で外出している。敷地内の散歩、年間を通して、初詣・花見等外出時は、写真を撮って家族へ郵送している。	敷地内の散歩、朝顔やチューリップの鑑賞、玄関前の花壇や畑での園芸活動、受診外出等、日常的に戸外に出かける機会作りに努めている。外出行事として、初詣や、梅・桜・アジサイ・コスモス鑑賞等、季節の外出が楽しめるよう工夫し、家族との外出支援も再開している。	
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	お金を持たないことで不安を感じたりしないよう、紛失の問題なども考慮し、家族の方とも相談しながら、無理に預かったりせず、本人の力に応じて所持して頂き、職員間で見守り支援している。		
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	入居者・家族・友人との手紙のやり取り、電話などはプライバシーに考慮しながらいつでも行えるように支援している。		
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	廊下を通過して2つのユニットを自由に行き来でき、テーブル席・ソファ等を適所に設置し、広い生活空間で思い思いに過ごせるよう配慮している。オゾン発生器を設置し、衛生的で快適な環境整備を行っている。季節の花や装飾品で、季節感を取り入れている。	ユニット間を自由に行き来でき、テーブル席・ソファ等を適所に設置し、広い生活空間で思い思いにくつろげる環境である。各ユニットは清掃・整頓が行き届き清潔感があり、オゾン発生器を設置し、衛生的で快適な環境整備を行っている。紫陽花等の生花や七夕の笹飾り等の制作品で、季節感が感じられる。各ユニットにキッチンがあり、利用者がテーブル拭き・下膳や、洗濯たたみ等の家事参加を支援し、生活感を採り入れている。日課として、いきいき体操、また、好みに応じて、将棋・カラオケ等レクリエーション活動や制作活動を支援し、役割づくりと生活リハビリにつなげている。	
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	居間から離れた場所に2人がけのソファとテーブルを置き、一人で過ごしたり、気の合った入居者同士が思い思いに過ごせるようにしている。窓際・入口・憩いの場などにソファを置いている。		

グループホームはなたば

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
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	各居室に洗面台・ベッド・引き出し・戸棚等が設置されている。テレビ・椅子等の使い慣れた家具や、家族の写真等の大切な物が持ち込まれ、自宅と同様に居心地よく過ごせる環境づくりが行われている。危険な物（ガラスやキャスターの付いた家具等）は避けている。入居者の状況や動線を考慮して家具等を配置する。	居室も広く、洗面台・ベッド・戸棚等が設置されている。テレビ・ラジオ・引き出し・置時計・家族の写真等使い慣れたものや、入居時に家事が準備した物が持ち込まれ、その人らしい居室づくりを支援している。利用者個々の現状や、動線を考慮して福祉用具の配置を検討する等、個別の配慮で安全確保に努めている。	
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	車椅子の方が使用できる高さの物干しや洗面台があり、トイレ・浴室等手すりを設置し、本人のできることが安全にできるよう見守りながら支援している。		