

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	平成28年12月25日	評価結果市町村受理日	平成29年2月13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)】

開設後、12年目を迎え地域との交流を行う事で一定の理解をいただいている。又、ご家族や友人知人の来訪者多数あり、利用者の方々も顔馴染みの方と触れ合うことで安心して暮らす事が出来ている。家族会では主に年間通じての野菜作り、利用者には新鮮な野菜を食べてもらいたいとの思いで家族が中心となって作業されている。利用者は日常生活において、それぞれの個性や生活習慣をお互いに認め合い尊重しながら自由に暮らしている。職員は楽しみや生きがいを持って暮らしていけるように室内では(歌、習字、手芸、ゲーム、総作品作り)を提供している。外出行事では、なるべく月1回利用者全員で夕食や買い物に出掛けて気分転換を図っている。

※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.kaiyokensaku.jp/28/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&JigyosyoCd=2871900334-00
----------	---

【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)】

高齢者総合ケア福祉施設(ふたばの里)の1階にある事業所は開設13目を迎える。地域の福祉拠点(特別養護老人ホーム・ショートステイ・グループホーム・デイサービスセンター・ホームヘルプサービス・在宅介護支援センター・介護相談センター・地域交流スペース・24時間医療連携等)として、信頼と安心な事業所の一つとして根付いている。家族の理解と支援でもボランティア活動(畑作り等)を通じて交流も活発である。職員は理念「それぞれの生活習慣や個性を大切にしながら、互いに助け合って、一つの家族のように暮らします。」を理解し、日々のケアで実践されている。利用者と職員が協働作業として取り組んでいる食事づくり等では、明るく楽しい元気なアットホームな生活場面がうかがえる。目標達成計画の進捗でも着実に取り組んでおられる。今後も高齢化や重度化、認知症状などの進展も想定されることから、10年を節目とした更なる取り組みやサービスの質の向上に期待したい。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 姫路市介護サービス第三者評価機構		
所在地	姫路市安田四丁目1番地 姫路市役所 北別館内		
訪問調査日	平成29年1月17日		

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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ます (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. 全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きと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、生き生きと働いている (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、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らさせている (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

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

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
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	事業所の理念は、ホーム内の廊下に掲示しており、日々の生活支援の中で管理者、各職員が理念を念頭におきながら地域行事に参加して理解してもらい、利用者の方が共同生活の中、一つの家族のように暮せるように支援している。利用者の方の意向を尊重しながら、安心と生きがいをもちながら暮らせるように意識して取り組んでいる。	法人の理念に沿った事業所の理念「それぞれの生活習慣や個性を大切に家族のように暮らす・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む」を廊下に掲示し、職員それぞれが常に意識した上で、できることを探し、具体的な実践につなげていることがうかがえる。	
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	4月には毎年恒例の町内会主催のお花見に参加させて頂き利用者も地域住民の一員として、温かく迎えて下さり交流がはかれた。町内会会長の畑を借りて野菜作りを行い、交流と理解を得ることが出来た。	4月には、自治会主催の花見に招待を受け、利用者と共に参加したり、また、詩吟やハーモニカのボランティアの方が定期的に来所し、地域の方との交流を図れている。年2回地域の溝掃除などの清掃活動に職員が参加し地域での役割を担っている。	
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	過去には、町内の草刈りに認知症であっても利用者も参加していた。その事については理解を得ていたが、高齢や心身の低下もあって、地域のお手伝いは出来ておらず貢献できなかった。		
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	昨年度は2回の運営推進会議の開催にとどまっていたが、今年度は3回の開催を予定している。区長、評議員、家族代表者、介護高齢課の市職員の方に出席して頂いた。(生活支援、外出支援、要介護度状況、心身状況等)含めた報告をし評価、意見を頂き、サービス向上につなげている。	運営推進会議は行政の指導で年2回の開催となっていたが、今年度は3回の開催を予定し、来年度は3か月に1回、年に4回の開催を検討している。運営推進会議には、自治会役員・地域出身の法人役員・家族の代表・市の介護高齢課職員が参加し、事業所の現状を伝えると共に、意見交換を行っている。今後、民生委員などへ声かけを行い、構成メンバーや協力者を増やしていく機会として努めてほしい。	
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	市が開催する事業所連絡会は年1回開催されているが、日ごろから連絡を密にとってサービス状況を伝えられていない。4か月に一回の運営推進会議の出席時にサービス内容や意見交換を促しているが、基本的に各事業所の独自のサービスやカラーを尊重して頂いている。	市の開催の事業者連絡会が1回と、市内のグループホーム主催の事業者連絡会が4回あり、運営状況の意見交換や困難事例の対応策・施設見学・合同レク見学を行い、交流研修会も継続して行っている。	

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
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「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	各職員には、基本的に身体拘束してはならない事、研修会や普段のマニュアルに目を通してもらうことで、理解は出来ている。利用者が強い不穏状態となり、どうしても玄関から出ようとしてしまう場合のみ、家族の了解のもと、事故防止の為に一時的に玄関施錠を行ったことはあった。	身体拘束防止マニュアルを設置し、職員が日頃から目を通し理解を深め、法人の身体拘束についての勉強会に代表の職員が参加し、研修資料で申し送りを行っている。玄関にはセンサーなどなく、常に見守りを行い、外にテーブルや椅子・鉢植えなどを置き、職員と一緒に外へ出て気分転換を行うようにしている。職員が一人で十分な見守りができない時は、家族の要望もあり玄関の施錠を行い、事故を防止している。	
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注意を払い、防止に努めている	書式として虐待防止マニュアルは普段から目を通してもらい、各職員の理解は得ている。利用者や職員が共にストレスを溜めこまないように、利用者や支援する側の壁を取り、柔軟な言葉掛けををして楽しくお互いが過ごせる環境作りを努力している。虐待にあたるような支援はない。	虐待防止マニュアルを設置し、職員が日頃から目を通し理解している。日頃から管理者、リーダーと職員が何かあれば相談しやすい環境を作るようにしており、職員同士で旅行に行くなどの計画も検討し、ストレスが溜まらないようにしている。健康診断の際に、ストレスチェックを行っている。	
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	権利擁護や成年後見制度の研修の機会があった。各職員には各パンフレットや書式に目を通してもらい理解を促した。管理者や他部署との連携で権利擁護や成年後見制度の対応や調整は可能である。	権利擁護や成年後見制度のパンフレットなどを用意し、職員に理解を深めるようにしている。また、同建物内にある在宅介護支援センターとも連携を図り、必要に応じて活用できる体制を整えている。	
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	入居契約前から関係機関より情報収集し、ご家族や利用者のご要望、相談、不安や疑問等について話し合いを行い、十分に説明し理解と納得を得てから契約している。家族や利用者が入居にすることに不安を生じた事があり、無理強いせずに十分に納得を得てから入居を行ったことがあった。	契約時に、管理者やリーダーが丁寧に説明し、不安や疑問にその都度答えている。また、本人や家族が不安が強い場合には、面接や電話でも繰り返し対応し、安心して頂けるまで時間をかけ、納得して入居できるようにしている。また、重度化・終末期になった場合の対応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	運営推進会議には、代表のご家族のみの参加となっていたが、他のご家族も参加するようになりサービスに対する思いや意見を伺うことが出来た。区長や市の方々にも伝える良い機会となり、運営に反映出来た。	運営推進会議にはご家族の半数が参加し、意見や要望を聞く機会となっている。今年の秋までは、地域の役員の方の畑を借り家族会で世話をしていたが、家族会の会長が降りられ他の方もそこまでは出来にくいとの意見があったため返還し、玄関横の畑のみにした。	利用者の高齢化・利用者の入れ替わり・家族会の会長の交代時期であり、家族会の運営のあり方や家族が要望意見を伝えやすいような工夫を今後検討して欲しい。

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	定期的に管理者と職員全体会議開催までに、現状を確認。意見を調整し、ある程度内容についてまとめておく。管理者が職員全体会議に参加した際は、職員から意見や提案があれば、都度対応出来るようにしている。	日頃から、スタッフ会議で職員からの意見を聞く機会を設けている。その意見を月に一度の責任者会議で管理者が提案等を行い、運営に反映している。今年度は、職員からの意見により外出用の車の買い替えを行い、利用者が外出をしやすようにした。	
12		○就業環境の整備 代表者や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	年2回法人独自の考課表を作成し、自らの評価・上司の評価・管理者の評価と共に個人面接の機会を経て、賞与に反映させている。		
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	法人内で資格取得・介護技術の向上の研修を実施すると共に、地域ブロックや県主催の研修、民間の研修にも参加できる仕組みを持ち、働きながら新しい介護を学ぶ機会を設けている。		
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	小野市内グループホーム4事業所で連絡会を4カ月に1回開催し、情報交換、勉強会をおこなっている。今年度からは、職員交換研修という形で各事業所の見学や勉強会を実施した。同業者の生活支援の違いが参考や刺激となり、自施設でのサービス向上に繋げることが出来た。		
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	入居時に利用者本人やご家族から生活歴や要望や困り事等を伺い、安心して生活を送って頂くために、配慮や努力を行っている。特に集団生活への不安や帰宅願望については様子観察を行った。		
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	まずはご家族の意見や要望を十分に伺いながら、迅速に対応している。入所初期の段階に利用者の不安や不穏が見られる場合は、定期的な来所や電話で会話して頂くなど、ご家族の支援や協力もあり、落ち着くことが出来た利用者もおられた。		
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	生活状況を把握しながら、それ利用者の楽しみに繋げたり、生活リハビリになるような事もあれば、家族から情報を頂き、理解を得ながらサービス提供を行っている。		

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
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	共同生活の場で、利用者が出来ないことをサポートし、普段の何気ない会話と一緒に作業をする際も、利用者の目線に合わせた支援を行っている。		
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	ご家族の面会や電話連絡を行うことで、利用者も安心した暮らしが行えている。携帯電話で直接やりとりされる方や、お手紙をもらって安心される方もおられ、ご家族との絆を大切にしている所もある。家族会の時には、大勢のご家族が集まれる事も多く、共に利用者を支えて行く事が出来、利用者の安心に繋げることが出来た。		
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	入居前までに利用していた美容院や時計店など、馴染み深い店舗等を利用している。いつ友人や知人が来られても、喜んで面会して頂けるなど、訪問しやすい環境にしている。	本人が長年通われていた自宅近くの美容院に家族の送迎で行かれたり、地域のスーパーに職員と一緒に行き買い物を楽しむなどしている。また、定期的に地域のボランティアの方が来られ、馴染みの関係が作れている。	
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	基本的には日中は利用者がリビングに集まり、自由に会話したり出来る環境にしている。食器洗いが出来ない利用者の分を、元気な利用者が食器洗いを行っている。		
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	他施設へ入居になった方や、退去後亡くなられたご家族が立ち寄って下さる事もあった。退去後の相談があれば、今後の生活に活かすことが出来る様に、今までの習慣や好みなどこれまでのケアをお伝え出来る様に準備を行っている。今年度はそのような相談の来所はなかった。		
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	利用者の生活状況の変化をみながら、その都度、希望や意向の確認をして、その人に応じた支援に取り組んでいる。サービス担当者会議において、各職員から利用者の希望や考えを引き出してサービスに繋げている。	日々の生活の様子を日記として記録し、共有すると共に利用者の意向や意見を聞き取り、スタッフ会議で検討し共有している。新しい入居者について皆で気づいたことを箇条書きで書き出し、意向を把握し支援の方法を検討している。	
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	入居時には利用者本人、ご家族から生活歴(これまでのサービスの様子、これからの希望)等、直接離しを伺いながら、その方らしい暮らしが出来るようにサービスを考えている。		

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
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	毎日の暮らしの中で、様子観察しながら心身に変化がないか常時確認している。残存機能低下も含めて、利用者が出来る事は生活リハビリと考え、声掛けや支援を行っている。不穏状態になった場合は、全職員で見守り対応を強化する。		
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	月1回の会議の中で現況を確認しあいながら、課題があれば解決策を考案し介護計画作成とモニタリング実施している。ご家族面会時や電話連絡時には近況をお伝えし、意見、要望があればプラン変更を行っている。	毎月職員が持ち回りで利用者を担当し、近況報告書を作成している。それにより、利用者やご家族、医療関係者の意見を聞き、月一度のスタッフ会議で現況の確認と課題の検討を行っている。3ヶ月に一度はケアプランの見直しを行い、モニタリングも実施している。	
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	日々の記録は個別に24時間を通して綴っており、実施した内容の記録に基づいて、申し送り、話し合いし実践、結果へとつなげている。実践内容がケアプランに反映しているか確認している。		
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	一日のタイムスケジュール利用者の生活を合わせるのではなく、生活の場として自由に暮らして頂き、徘徊や不穏の状態が増大している時は、声掛け、付添い等の見守り体制で柔軟に対応している。		
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	地域の花見の参加では、高齢もあり居場所や待遇も考慮して下さる。地域の理容店を利用し地域資源を把握されている利用者もいる。地域のボランティアによる詩吟やハーモニカの歌など取り入れながら楽しみのある生活を提供している。		
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、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	主治医は往診体制をとっており、緊急時も24時間対応出来る体制である。また、利用者、ご家族の承諾を得た形で、皮膚科、内科、外科、整形外科等、その時々状況に合わせて受診を速やかに行っている。歯科は訪問診察を全員受けている。通院については、職員が同行し状況や状態を医師に伝え、結果は日誌に記録し職員には連絡ノート等で回覧し確認サインする。ご家族には、その都度連絡を行った。	入居の際に、協力医の説明を行い、協力医が24時間対応でき、2週間に一度の往診・医療相談にもって下さるので、本人ご家族は納得された上、かかりつけ医の変更をされている。専門科は職員同行で受診を行い、その都度ご家族に報告相談を行っている。訪問歯科で全員が月に一度の口腔ケアを行っている。	

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
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	利用者の状態や症状を看護師に伝えて相談し医療機関を受診する。普段の状態の変化を見逃さない様に職員間の申し送りを徹底している。		
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。	入院時には主治医から紹介状を準備して頂き、職員同行にて医療機関受診を行う。入院中の環境変化により、利用者本人への負担が少しでも軽減出来るように適切な情報提供を行い、連携に努めた。認知症の為、奇声、徘徊、転倒のリスクのある利用者については、詳細を伝えて対応をお願いした。入院中も病院、ご家族と連携を行い、状態把握に努める。退院前にはカンファレンスに参加し、再入居時の調整につとめている。併せてケアプランの見直しも行う。	往診をして下さる協力医に入院施設があり、今年は5人の入院、3人の退院があった。利用者が入院した際には毎日のように訪問し、看護師より状態確認をするなど連携を密にしている。退院前にはカンファレンスに参加し、状態に応じた支援の方法を検討、ケアプランの見直しを行い安心して退院できるようにしている。	
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	入居時に心身の重度化及び終末期に関して、契約時に説明を行いご家族には同意を得ている。重度化、終末期になった時は、今後の方針をその都度ご家族に説明し、その都度状態の変化に対応し、ご本人や家族の意向に少しでも添えるように話し合いを行っている。また、ご家族、医師、職員で随時カンファレンスも行ってた。緊急時や重度化や終末期に向けた細かな内容の書式を現在作成中でご家族に周知はできている。	契約時に、重度化した場合の内容について説明している。重度化・終末期になった場合、状態が変化するたびにご家族に相談し、意思を確認しながら意向に沿えるようにしている。重度化や終末期に向けた書式(看取り方針・看取りについての事前確認書・終末期ケアについての同意書・ケアにおける確認書)を準備し、今後家族に説明を行っていく予定である。	
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	特変や事故発生としては緊急連絡ノート等で、すぐに救急車対応の連絡を行うと共に、ご家族職員への速やかな対応が出来る様に取り組んでいる。		
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	火災等の避難訓練は、ふたばの里全体で年2回、夜間想定非難訓練を実施しているが、地震や水害の避難訓練の実施はしていない。地域との協力体制は連携済み。	3月・11月に複合高齢者施設ふたばの里全体で、夜間想定非難訓練(初期消火訓練・通報訓練・避難誘導訓練)を行っている。毎回、職員一人が参加している。自治会の区長を通して地域の協力を依頼している。	グループホームの中で、シェイクアウト訓練や日中想定非難訓練やシュミレーションを行うなど、火災や地震などの災害時に慌てないよう、日頃からできることを検討してほしい。
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	人生の先輩である方々なので、言葉遣いに気をつけながら声かけを行っている。職員と利用者ではなく、一つの家族のように接する為、気さくな言葉かけにも柔軟に対応している。	事業所の憲章にあるように、互いに助け合っ一つの家族のように暮らすを実践しており、職員と利用者の距離が近く信頼関係が強い。家族のような親し気な話し言葉になっているが、個性を大切に人格の尊重を行っている。居室・トイレ・浴室でのプライバシーの確保に気をつけ、排泄の声かけの際には他の方に気づかれないよう工夫している。	

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
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	一人一人の生活の過ごし方に尊重しながら、簡単なお手伝いや調理作業、趣味、買い物など利用者本人からの希望や要望に都度対応し、声かけを行いながら自己決定して頂けた。認知症状が重度で意思表現しにくい方については、職員が気にかけて、表情や様子を見ながら支援している。お茶の希望や洗濯物希望を頻繁に言われる方についても、その都度対応してきた。		
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	各利用者が自分のペースに合わせて過ごせるように支援している。部屋で過ごしたい方やリビングで過ごしたい方、趣味をしたい方等、本人の希望にそって支援している。週間行事等は、心身機能向上にむけて積極的に参加を促している。		
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	起床時にみだしなみを整え、朝の整容や入浴の際、衣類交換時には、季節感やその人らしさが出るような似合う服を用意したり、利用者本人に選択して頂いている。外出時にはお化粧される場合は、支援を行っている。		
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	昼食前の簡単な調理作業については生活リハビリととらえて、残存機能低下予防の為に出来るだけ職員と一緒に取り組んでいる。食事の準備や簡単な手伝いは3名のみ。食事の片付けは5名行うことが出来る。	食事が楽しみなものになるよう、利用者と職員と一緒に調理や準備、片付けをしている。朝食・昼食は、食材を週1回外部業者より調達し、献立は利用者の希望も取り入れて職員が都度決めている。事業所前にある畑で収穫された野菜等も献立に取り入れて、利用者も季節感を味わっている。当日は収穫された大根を調理し、豚汁が献立に取り入れられていた。夕食は併設特養の厨房から配食されている。月1回程度おやつ作りも行き、食材の買い出しで利用者も同行されることもある。職員も利用者と同じ食事をし、アットホームな雰囲気がうかがえた。	
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	朝食、昼食はホームで手作り、夕食は併設施設厨房で作られたものを提供。水分摂取は食事時以外に10時おやつ時、昼食後のコーヒーや15時のおやつ時、夕食後の団欒時の計7回飲料し1日水分摂取量1000cc以上を目標にしている。また、主治医より栄養補助剤が必要な利用者2名には、通常の水分摂取以外にも栄養補助飲料を提供している。		
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に、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	起床時と寝る前の2回に口腔ケア(うがい、歯磨き)は行っている。4名が義歯なので、義歯の取り忘れ、付け忘れ、義歯洗浄剤が出来ているかなど確認している。義歯がない方は、口腔内清掃メンバーや舌下ブラシで口腔ケアしている。		

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
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	個々の排泄パターンを把握し、不安が生じる前や不穏行動が起こる前に、トイレ誘導の実施を心掛けている。退院後間のない方1名は、紙テープ止めオムツ使用。紙パンツ使用者3名、失禁用布パンツ対応者2名でトイレまでの歩行の安定、排泄に対しての本人への意識確認等、出来る限りの情報を把握し、声掛けもプライドを傷つけない様に細心の注意をはらっている。	おむつの使用は、退院後間のない方が紙テープ止めオムツ使用されていたが、紙パンツにパット対応者が多い。布パンツで自立されている方も2名おられる。夜間のポータブルトイレ使用者はいない。排泄表により、利用者ごとの習慣やパターンを把握し、トイレでの排泄や自立の支援に取り組んでいる。個々の排泄パターン等、は介護計画の見直し時や往診時の主治医の指導で随時見直しをしている。プライバシーの配慮では言葉がけなどに注意している。	
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	毎日の排便チェック表の確認を行い、下剤等の服薬は最小限におさめられるように、毎回の往診時に主治医に相談を行っている。自然排便を促すため水分補給量も記録に残し、食事作りについても繊維質摂取等を心掛けている。		
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	午後から3人ずつ3日に1回のペースで入浴介助支援を行っている。羞恥心や恐怖心がおこらないように、希望に沿った形で、時間に囚われずゆっくりと個人のペースに合わせた個浴での入浴対応を行っている。どうしても個浴での入浴が出来ない方は、特殊浴槽使用で入浴介助を行っている。	入浴は個浴で、週3回午後からの支援であるが、利用者の状態により併設特養の特殊浴も利用している。入浴を拒否される人には、入浴日を変えたり、清拭で対応することもある。入浴を楽しんでもらう季節湯(柚子・菖蒲湯など)も取り入れているが、バスクリン等は皮膚疾患に配慮して取り入れていない。冬の時期は浴室内の温度管理に配慮している。プライバシーの配慮では同性介助を基本としている。	
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	毎日の夜間の睡眠状態の申し送りを怠らず、一人一人の状態に合わせた、日中の生活リズムを保持できるように活動状況を観察し、ストレスの軽減を図ることで夜間の安眠につなげている。		
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	服薬の飲み忘れや誤薬を防ぐため、確認と記録は必ず行い、利用者の日々の経過や状態の変化については、月2回の主治医の往診時に報告している。一人一人の服薬内容の理解も職員間で共通している。		
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	利用者それぞれの生活歴や趣味、嗜好に合わせ、料理、手芸、習字、歌、塗り絵等を実施している。達成感が得られたり、気分転換につながる楽しみを提供している。		

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
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	買い物や散髪、リハビリ受診など個別の支援にも努めており、懐かしい場所や思いを寄せる所についての会話は聞き漏らさないようにしており、それを外出支援につなげるように努めている。月に1～2回は利用者全員揃っての外出、外食も行っており、季節を楽しまれる事でストレス発散や五感の刺激を得られる支援を行っている。	日常的な外出支援では、天候の良い日は事業所周辺の散歩や畑の様子見、玄関前の園芸の水やり、ベンチでくつろぎ楽しんでいる。月1回程度の外出行事もあり、お花見や外食、買い物を楽しんでもらう。高齢化や重度化も進行しており、全員揃っての外出からグループ、個別対応での支援になりつつある。個別の支援では馴染みの場所や希望に添えるよう努めている。家族支援の外出では日帰りで帰宅したり、外食、法事、墓参り等をされる人もいる。	
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	基本的には、利用者全員の金銭管理はホームで行っている。利用者全体的に、以前よりも認知症状が強くなっており、自己金銭管理を行うと、トラブルになる可能性が高い。外出しお買い物をを行った際には、職員と一緒に支払いを行い、家族に報告している。利用者もご家族も、ホームでの金銭管理に対し理解がある。		
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	利用者からの希望があれば、自由に固定電話で通話出来る様に配慮しており、携帯電話を所持している方もおられ、必要時にご家族へ電話しておられる。手紙を定期的に送って来られるご家族もあり、それが安心につながっている。		
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	玄関先にはくつろげるように木製のデッキと椅子を用意し、廊下やリビングには風景写真や思い出写真や貼り絵、創作品を飾ったり、季節の花々をリビングに飾ったりしている。音や不快な刺激になるものは利用者の様子を見てすぐに改善している。	居心地のよい共用空間づくりでは、玄関、廊下やリビングには風景写真や思い出写真や貼り絵、創作品を飾ったり、季節の花々を飾ったり、生活感や季節感が工夫されている。リビングや廊下にソファやイスを設置し、玄関先にもベンチや長椅子を設置しており、利用者が好きな時に好きな場所で、一人や気の合った者同士が楽しめるように配慮されている。対面式リビングでは利用者が調理や食事の準備に参加しやすいように、車椅子での高さでシンクや調理台等を工夫されている。	
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	定期的リビングの席替えを行い、気分転換を図ったり、気のあう利用者同士が隣合わせになる環境も作っている。リビングや廊下にソファを設置し、玄関先にもベンチや長椅子を設置しており、利用者が好きな時に好きな場所で楽しめるように配慮している。気の合う利用者同士が、お部屋を訪問し合い、お話をされている。		

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	自宅で使用されていた使い慣れた私物を持ち込んで頂き、お部屋に設置している。居室のレイアウトについて、利用者ご本人の希望に沿って行っており、居心地よく暮らせるように配慮している。	居室での設えでは、ベッド・洗面台・冷暖房機・収納庫・防災カーテンが設置されている。本人が使い慣れた家具、テレビや好みのも、仏壇を持ち込んでいる人もいる。本人が居心地よく過ごせるようなレイアウト等の工夫もされている。居室の掃出し窓からはベランダに出られ、洗濯の干し場にもなっていて生活感がうかがえる。防災面でもベランダは非常口としても通路幅が広めに配慮されている。	
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	リビングの椅子は、クッション等で利用者の座りやすい高さに調整したり、炊飯器や本棚等についても、利用者の使いやすい高さに合わせて設置している。利用者になるべく動きやすい環境づくりを心がけている。		