

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27年11月3日	評価結果市町村受理日	平成27年12月14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.kaijokensaku.jp/28/index.php?action=kouhyou_detail_2015_022_kani=true&JigvosyoCd=2871900334-00
----------	---

【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	姫路市安田三丁目1番地 姫路市自治福祉会館 6階		
訪問調査日	平成27年11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)】

入居者の方々は高齢に伴い、介護度も全般的に上がってきている状態にはなっているが、個々に合わせた生活リハビリを調理の手伝いや脳リハビリや音楽療法や歩行訓練等を継続しながら楽しみや生きがいを持ってホームでの生活が維持できるように支援の取り組みをしている。家族会では、畑作業が出来る入居者が減った事がきっかけで、家族様が一致団結して運営され、面会も増えて絆も深まり、家族様と共に入居者を支える体制である。外出行事は気分転換になり大事な要素の一つになり、全般的に歩行力の低下もあるが最低月1回9名全員で出掛けるようにしている。高齢で疲れも出やすくなっているため近距離の買い物や外出に掛ける、それ以外にも個人に合わせた買い物や外出支援を随時行い、心身共に出来るリフレッシュ出来る体制をとっている。

【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)】

昨年、特養やデイサービスなどの高齢者総合ケア施設「ふたばの里」は10周年を迎えた。「グループホームふたば」はその4階建て建物の1階部分にある。開設時からの利用者も健在で、大正生まれが半数を占める。これまでの生活の支援が徐々に身体的支援が必要になり、個々の状態に合わせたケアに取り組んでいる。利用者、職員共に入れ替わりが少なく、互いに理解しあい馴染みの関係が築けている。難しくなった畑の作業は家族会(なごみの会)の支援を受けている。家族同士のつながりも強い。収穫した白菜など、旬の食材で毎日共に調理する。洗濯物は居室のテラスにそれぞれ天日干しする。それが継続してきているのは職員の絶妙な言葉がけに因るところが大きい。おだてたり、ライバル心をあおったり、お互い嫌なことがあっても笑い飛ばすスタンス。年齢を感じさせない生き生きとした表情が印象に残った。

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)	○ 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	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	事業所の理念を念頭におきながら楽しく安心と生きがいを持って暮らせるように、日々の生活支援を努力している。リビングに9名が集い、会話や歌や創作や個人の趣味等、入居者が楽しく生きがいを持って生活できるように提供している。	法人理念に沿った事業所の憲章(方針)を掲げている。 (1、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。2、ふれあいの場を地域に広げ、人と人のつながりの中で、安心と生きがいのある暮らしを楽しみます。)事業所内にも掲示し、日々のケアの中で実践していることが窺える。	
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	町内の花見の参加、清掃活動参加、散歩時に地域の人への挨拶、町内で畑を借りて野菜作り、施設周辺の散歩など通じて挨拶を交わす等して交流している。	法人が地域の自治会に加入し、職員が清掃活動への参加や公民館前にある公園での花見会に招待され利用者も参加している。 町内にある畑での野菜作りには利用者の参加が難しくなり、家族が参加して地域との交流の場にもなっている。 地域のボランティアの活用では、月1回のハーモニカ演奏や週1回の詩吟の指導などの交流がある。過去には中学校の「トライやるウイーク」を受入れていたが、今年度は依頼がなかった。	
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	施設周辺の近隣の散歩や地域行事の花見の参加や町内作業で挨拶や会話を通じて理解を得ている。二葉町内で借りている畑作業の野菜の収穫を認知症であっても、過去に自宅でされていた畑作業を思い出してもらい、可能な入居者と共に行っている事を地域の方にも理解を得ている。		
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	区長、評議員、家族代表者、和みの会の皆様、市の高齢介護課方に会議に参加して頂き半年間にわたる生活支援(施設内支援、外出支援、心身状況、介護度変化、入退所状況等)含めた報告をして皆さんから意見、提案、評価を頂いている。ただ年2回の開催になっている。	運営推進会議は小野市の指導により年2回の開催となっている。 構成員は区長、市職員、家族会会長・副会長、家族会員、事業所職員等が参加して、運営に関する報告や意見交換、外部評価の報告等が行われている。 利用者の参加や地域包括職員、地域の民生委員等の参加はない。	家族会(なごみの会)や行事に合わせて年2回の開催となっているが、可能な限り開催の回数が増やせるよう努めてほしい。 構成員や議題での工夫にも期待したい。 議事録は参加者への配布や行政への提出などでも重要となるので明確な記録が望まれる。
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	市が開催される事業所連絡会に参加し相談したり意見交換している。また運営推進会議では市職員から意見や提案をもらい協力している。	日常的には市の高齢介護課と都度連絡や相談をしている。 運営推進会議にも参加されているので制度改正時の説明や指導も受ける機会があり、事業所の運営に関する報告等での理解と協力関係構築に努めている。 市内の事業所連絡会議にも参加して意見交換や相談等もしている。 地域包括支援センターとは併設の居宅介護支援事業所や在宅介護支援センターを通じて都度相談等をしている。	
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	以前に身体拘束理解を深めるために、職員全体で勉強会を開催して、生活支援の中で身体拘束や不適切ケアになっていないか話あいをした。ただ認知症や精神疾患に伴い不穏状態が強く、帰宅願望や玄関から飛び出しがある場合、職員が1名体制の早朝や夜間帯においては、玄関を施錠した対応をしている。	今年度は身体拘束に関する勉強会は出来ていないが、倫理研修(身体拘束防止・虐待防止等)が予定されている。(法人内で6回程度開催されるので全員参加を予定している) 現在身体拘束の対象者や事例はない。玄関の施錠は日中は開放され夜間は施錠されている。(過去に夜間外出をして怪我をした事例がある。) 日々それぞれの個性を大切に自由で楽しく生きがいを持って暮らせるように、職員は身体拘束をしない支援に努めている。	

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
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逃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	以前に高齢者虐待、身体拘束の研修に参加した職員がスタッフ全体会議の中で虐待行為にあたる内容を職員全体で勉強会で周知した。日々の生活の中でストレスをためないように職員も入居者のへだたりなく家族のように言いたい事をお互い話し合い、普通の暮らしを提供している。利用者、職員ともに虐待にあたるような支援は全くみられない。	今年度は虐待防止に関する勉強会は出来ていないが、倫理研修(身体拘束防止・虐待防止等)が予定されている。(法人内で6回程度開催されるので全員参加を予定している) 法人理念に沿った事業所の憲章(方針)の中で、「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。」を日々のケアでは利用者との対話や職員間の対話を重点に、互いにストレスをためないように努めている。 夜間勤務では利用者も安定しており、併設事業所と連携もできるので安心感がある。	
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	権利擁護の簡単な研修は受けたが、職員会議での勉強会はしていない。管理者や他部署の職員と連携で権利擁護の体制は調整できる。	管理者やリーダーは権利擁護に関する研修を受けている。 権利擁護に関するパンフレットなどは玄関に備えている。 現在成年後見制度の利用者はいないが、家族等の相談等があれば併設の在宅介護支援センターと連携して対応をする体制はある。	
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	契約書や重要事項で契約の締結、解約について説明を促し、改定があった時点で新たに書式を作成して同意の署名を頂いている。入居契約前から関係機関から情報収集し、家族様のご要望、相談、不安や疑問点について聞き、十分に説明してから理解と納得を得てから契約している。	契約は計画作成担当とリーダーが対応している。利用者の自宅を訪問して家族の要望、相談、不安や疑問点について聞き、十分に説明してから理解と納得を得てから契約している。 制度改定時等では家族会(なごみの会)の際や家族の訪問時に面接して、新たな書式で説明をし同意を得ている。入居後の重度化や終末期の対応方針についても、事業所のできる事やできない事などを説明し同意書を得ている。	
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	運営推進会議や家族会の開催時、家族の面会時もサービス状況を説明して意見、要望を聞き、管理者、職員と連携して迅速な対応を努力している。	週1回、事業所の畑仕事に家族が参加されている際、意見・要望を聞いている。 運営推進会議には家族代表に参加してもらっている。 利用者に関する個別の要望等はあるが事業所の運営に反映できた事例はない。今後利用者や家族が意見・要望が述べやすい方法(アンケート等)にも取り組んでほしい。	
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	施設長(管理者)と近々の生活支援の問題や課題や職員の意見等、さまざまな状況を報告相談し意見交換の場を持ってから、後日、スタッフ全体会議を開催し職員で話しあいの場で展開している。	法人内の責任者会議(リーダー会議)や職員会議(担当者会議)での職員の意見・提案等は、管理者が運営に反映している。(浴室内の設備改善の事例がある。) 日々の職員からの意見や提案も実行できることはリーダーが取り組んでいる。	
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	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	法人内では資格取得・介護技術の向上の研修を実施すると共に地域のブロックや県主催の研修や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者と事業所連絡会を4月に1回集まり、運営状況、情報交換、勉強会をおこなっている。同業者の生活支援の違いが参考になり困難事例を相談し意見頂くとサービス向上につながった。各事業所で行っている年間研修計画や事故、ヒヤリの報告書の書式を確認しあったり、施設内、外の行事の報告で良かった内容や危険を伴う介助等の話し合いが出来て支援の参考に生かされた。		

自己	者	第	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
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	入居時に本人や家族から生活歴や要望や困りごと等聞いてから、安心した生活を送るために最大限の聞き入れと対応の努力はしている。今年3月に入居された1名については、入所したばかりで帰宅願望や家族の事が不安で不穏状態になり、繰り返し同じ言葉を言われたり、玄関外に向かわれる行動があった場合は、その都度、説明しながら安心してもらった。		
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、家族の意向を踏まえううえで、初期段階における面会や電話連絡時にはサービス状況をしっかりと説明しており、相談や要望があれば迅速に対応している。3月入所の入居者1名の夫が施設での生活が継続出来るか大変心配していたので、施設での生活対応		
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	日々の生活状況を要観察しながら、その人にとって必要な支援や関わり、問題点も含めて柔軟な対応をこころ掛けている。家族に確認しながら経過をみて以前までの暮らしと新たな施設生活での違いを見つけながら、今にあった支援方法を生み出す。		
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	生活の場の中で入居者と職員が我慢せずに言いたい事をお互いに言いあえる関係づくりは出来ており、支援者でもあるが、1つの家族である意識も高めている。		
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	ご家族の面会や電話連絡等で家族とのつながりもとっている。又、家族会には家族参加が多数あり共に利用者を支えていくことで安心に繋がっている。9名の家族様が必ず月1回以上は来所されており安心と絆は継続できている。また一つ利用者の家族の子供さん達は遠方もあって手紙のやりとりされている。		
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	入居前まで利用していた美容院や時計店、歯科受診も昔から利用してきた馴染みの所を利用している。いつでも友人や知人が来られても、喜んで面会して頂き、気軽に訪問しやすい環境にしている。	馴染みの人との交流では友達等が面会に来られるが、高齢化で少なくなりつつある。馴染みの場所では入居前まで利用していた小野市内の和菓子屋、美容院や時計店、歯科受診も関係継続できるように支援している。ボランティアで行事等で定期的に来られる人とも馴染みになり新たな交流が増えつつある。	
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	基本的には日中はリビングに9名が集まって頂ける環境づくりはしているが、部屋で過ごしたい方やそれぞれの生活ペースに合わせた支援になっている。外出時は9名が支えあうような形でしっかりとまとめている。		
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	現在も退去されたり、亡くなられた家族からの電話連絡や立ち寄ることもありこれまでの状況、経過等をお伝えしながら相談や支援の関係は継続している。		

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
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	入所前までの生活歴を参考にその人がしてきた暮らしを活かせるように希望や意向を聞きながらその人に応じた支援に取り組んでいる。新しい取組については、良い支援と思われる事は勧めてみるが本人の意思を尊重している。	一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向は、入居時のフェイスシートや出会いシートで把握している。 入居後の思いや意向の把握は日々のケアの中で職員の気づき等を個人日記に記録して、担当者会議でも共有しあって介護計画への反映もさせている。	高齢化や認知症状の進行などで、本人の希望や意向の把握が難しくなりつつある。個人日記に記録させている情報をより分かりやすく情報共有できる書式や再アセスメントするための方法(センター方式の活用等)にも取り組みに期待したい。
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	入所時には、本人、家族から(生活歴、サービス利用の様子、これからの希望)等、直接聞きながらその人らしい暮らしが出来るようにサービスを考えている。例えば草履作りや刺し子や編み物、創作等。		
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、その人が出来る事は生活リハビリと考えやってみている。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、必要の関係者と話し合い、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回の会議の中や随時話し合いを行い、現況の問題点や課題を確認しながら、課題があれば解決策を考案しながら介護計画とモニタリングしている。家族面会や電話連絡時に近況をお伝えし、意見、要望があればプラン変更もしている。	毎月の担当者会議で利用者ごとの状態や問題点について話し合っている。基本的には3ヶ月1回のモニタリングと評価をし介護計画の見直しを行っている。家族の意見や主治医の意見も往診時に確認したものを反映し、現状に即した介護計画に努めている。	
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に入居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もらい、徘徊者や不穏者のニーズが拡大している時も声掛け、付添い、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。前区長からお借りしている畑を利用しながら、畑作業を通じて心身機能の役割につながっている。地域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し、納得が得られたか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	本人、家族の承諾を得た形で9名全員が2週間に1度主治医の往診で継続的な医療を受けられる体制。医療面や普段の生活においても相談、指導をもらっている。緊急時に対応出来るように24時間体制である。協力歯科として森岡歯科の受診や往診もしている。	内科は家族の同意を得て利用者全員が協力医を主治医にされている。2週間に1回の往診もあり継続的な受診を受けられている。医師からの受診の情報もあり、介護計画にも反映している。緊急時の対応もできる24時間体制も構築している。 個別の診療では、皮膚科・眼科・歯科・精神科等があり、基本的には家族受診となっているが職員が同行し受診支援することもある。	

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	週に2回訪問看護師に来て頂き、普段の健康管理や病変や心身状況の変化を伝えて確認し相談しながら必要時においては受診の検討の指示も頂いている。		
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。	一人の利用者様が12月から2ヶ月程度の長期入院があり、入院中には安心してできるように家族様にも密に連携をとり治療の経過報告している。入院中はお見舞い、様子観察、病院関係者と相談しながら早期回復、スムーズな退院に向け連携をとっていた。	入院時には主治医より医療情報が提供される。看護師からも生活情報も提供している。入院中はお見舞いや経過情報を得て家族とも相談しながら退院時の対応に努めている。退院時は院内カンファレンスに参加して、退院後のケアについても看護師がフォローして対応している。 今年度は1名の利用者が入院されたが、医療機関で終末期の対応がされた。	
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化、終末期になるまでに利用者、家族、主治医と相談しながら今後の方向性を明確にし利用者、家族が望む形を前提にチームで支援に取り組んでいる。これまで病変による重度化にならないように主治医の指示のもと入院なのか住み慣れたホームでの経過治療等本人や家族と連携して対応した。	契約時に、「重度化対応・終末期対応についての同意書」に署名してもらっている。 詳細な同意内容については、利用者の状態に応じ都度家族や主治医、看護師などで相談して、円滑な看取り対応ができるような体制となっている。	契約時の同意書は、事業所のできる事、できない事など方針について説明し同意を取っている。 今後日々のケアの中での緊急時医療対応に関する「緊急時意思確認書」や詳細な「重度化・終末期対応に関する同意書」の作成が望まれる。
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	日頃より、利用者の異変に気をつけながら観察しており、応急手当の処置は主治医に電話連絡して指示を仰ぐ。急変時の病院受診や家族へ連絡体制等、職員全員が周知している。		
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	火災等の避難訓練はふたばの里全体で年2回、日中、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。	火災等の避難訓練は法人内合同で年2回、日中、夜間想定で実施している。毎回火元では事業所の厨房なども設定される。建物が一体となっているので単独の訓練が難しいが、非常時の連携体制は構築されている。 今後地震を想定した「シェイクアウト訓練(「ドロップ(姿勢を低く)・カバー(体頭を守る)・ホールドオン(揺れが収まるまでじっとしている)」等も取り組んでほしい。	
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	人生の先輩である入居者の方々なので、言葉遣いには気をつけながら声かけするが、職員と利用者ではなく一つの家族のように接する為、気さくな言葉かけも柔軟に対応している。	事業所の憲章(方針)が掲げている、「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」を日々のケアの中で実践するために、言葉使いについても家庭の延長線上での話し言葉になっている。その分個性を大切にした対応に努めている。 プライバシーへの配慮では居室への出入り時の声掛けや排泄時の声掛けなどは注意している。入浴時の同性介助を基本にしているが、状態に応じた支援が必要な場合は都同意をえて男女職員が対応する。	
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	一人一人の生活の過ごし方は尊重しながら、希望や要望も訴えられます。散歩や調理作業、趣味、買い物についても声かけしながら自己決定してもらい無理強いはしていない。		

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
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玄関先でくつろぎたい方、趣味をしたい方等、本人の希望にそって支援している。週刊行事等は心身機能向上にむけて、積極的に参加は促している。		
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、選んでもらったりする。外出時にはお化粧もたまにしている。		
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	屋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。食事の準備は4名ができています。片づけの際に食器をおぼんごとキッチンまで持ってくるのが危ない方が増え洗い場まで持っていく介助をしているが食器洗浄は出来ている。	屋食は毎日利用者と共に調理している。献立は、その日にある食材によってその都度決める。畑の収穫品を取り入れ、誕生日にはリクエストにも応じて考えている。管理栄養士の職員が偏りがいないか確認している。包丁使いも手慣れた様子で調理し、職員と料理の出来を談笑しながらの和やかな食事風景が見られた。	
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、昼食は手作り、夕食は特養の厨房からくるものを提供。水分摂取は食事時以外に起床時や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1500ccを目指して記録している。		
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	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。8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。		
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	トイレ誘導、見守り対応者は5名で、排泄パターンを把握しながらトイレ誘導している。紙パンツ使用者は3名。失禁が見られる方も本人の希望や羞恥心を配慮しながら失禁用布パンツ対応。トイレでの排泄を継続できるように支援している。	おむつの使用は、退院後間もない方1名。ご本人の歩いてトイレに行こう、という気持ちを言葉がけでうまく引き出し、早期におむつ使用が減らせるよう尽力している。自立の方もタイミングを見計らった声掛けで、失敗がないよう支援している。トイレはリビングに3か所。内、1つは男性小便器を備えている。	
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	排便状況を記録表に残し、周期チェックしている。乳酸菌飲料を提供したり、冷水や牛乳、ヨーグルト等使用しながら自然排便を心がけている。散歩や体操、腹部マッサージもする。		
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	現在は午後からの入浴を3日に1回のペースで入ってもらっているが、希望があれば時間にとらわれずに支援している。拒否があった場合は翌日に回すなど対応。入浴時間にとらわれず、ゆっくりくつろいでおられる。	概ね3日に1回、午後からの入浴を支援している。希望があれば柔軟に対応する。浴室は家庭的な個浴で落ち着ける。1日3人のペースなので、職員との会話も楽しみながらゆっくり入浴してもらえよう心掛けている。ゆず湯やしょうぶ湯など季節湯を取り入れ、先月には新たな浴槽の手すりを設置するなど、安全面にも配慮している。	

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
46	○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	日中は充実した生活習慣を心がけながら、夜間安眠できるようにしているが、日中においても様子観察しながら無理の出ないようにお部屋のベッドで休まれるように促す場合もある。不眠者については主治医より眠剤の処方されている。		
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	スタッフ全員が配薬に携わっており、処方箋や情報提供書を確認しながら理解に努めている。飲み忘れ防止の為に服薬確認終了チェックサインしている。日々、変化がないか様子観察とバイタルチェックは毎日している。		
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	各利用者の生活歴や趣味や嗜好に合わせて草履作り、編み物、料理、習字、手芸、創作品、歌、など楽しみや喜びを持って暮らせるように支援している。		
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	買い物や外食は希望に合わせて都度対応している。近場や遠方の外出支援は最低月1回は全員そろって出かけておりリフレッシュしている。	朝には事業所の回りを散歩される方がおられる。希望に応じて個別の買い物への支援をしている。 月1回は全員で外出する日を設け、紅葉など季節を感じられる場所へ出かけている。回転ずしやうどん屋など、外食も楽しんでいる。	
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	小額の金額については、お金を持つことで安心される利用者についてののみ家族の了承のもと持参される。ホームで管理している利用者については外出、お買い物時に一緒に支払いし家族にも報告している。利用者もホーム管理に理解がある。		
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できるようにしており、携帯電話を持っておられる方もおられ必要時に電話しておられる。手紙も自由にやりとりがあり、返事を書くのを楽しみにしておられる方もいる。		
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	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。	こじんまりとしたリビングは、ウッドデッキに繋がる掃き出し窓で明るい。ソファ等、座れるスペースが数か所あり、思い思いの自分の場所で寛げる。キッチンからリビングが見わたせ、対面のリビング側にもシンクがあり作業がしやすい。 みんなで作成したちぎり絵や、習字、刺し子、家族による写真などの作品が飾られていた。	
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	定期的に席替えを行い、気分転換をはかったり、気のあう者同士が隣合わせになる環境を作っている。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、それぞれが好きなきに楽しめるようにしている。気の合う者同士がお部屋に訪問しあってお話もされている。		

自己 番号	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、馴染みのある使い慣れたものを持ってきてもらいお部屋に設置している。部屋のレイアウトもご本人の希望に沿って居心地よく暮らせるようにしている。	居室は洗面台とベッドが備わっている。カーテン(不燃素材のもの)、布団、タンスなど好みの物の持ち込みで、個性ある居室になっている。カーペットや畳マットも利用し、マッサージチェアを持ち込むなど、居心地よく整えられていた。	
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	リビングにおける各利用者の椅子はクッション等で座る高さを調整したり、炊飯器や本棚等、利用者の高さに合わせて設置し利用者がなるべく動きやすい環境づくりを心がけている。	/	