

### 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	令和2年2月1日	評価結果市町村受理日	令和2年3月24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	<a href="http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/287/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&amp;IgyosyoCd=2871900334-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search">http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/287/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&amp;IgyosyoCd=2871900334-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search</a>
----------	---

【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 はりま総合福祉評価センター		
所在地	姫路市安田三丁目1番地 姫路市総合福祉会館内		
訪問調査日	令和2年2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)】

開設後、15年目を迎え地域との交流を深めてきたことで市町や地域から大きく理解を頂いてきている。GHふたばの事業所理念のとおり、それぞれの個性を大切や生活習慣をお互いに認め合い、助け合いながら、安心した暮らしを提供している事と地域密着型サービスとして地域交流の充実も図っています。日々の生活においては、リビングで9名が揃い、入居者同士が家族のように助け合いながら明るく笑顔で暮らしています。また、利用者が中心となって、職員がサポートしながら、四季を通じての創作品作りしたものをホーム内に飾り明るく心地よい空間になっています。ホームの玄関前には、季節の花々が鉢に植えており外観を良くしています。行事では、利用者の要望を聞きながら、誕生日会として外食会や、四季に応じた花々の見学に出掛けたり、また個別に買い物付き添い対応もしており心身共に気分転換と充実を図っている。

【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)】

開設16年目を迎える事業所は、高齢者総合ケア福祉施設(ふたばの里)の1階部分に1ユニットで運営されている。高齢者総合ケア福祉施設内には「特別養護老人ホーム・ショートステイ・デイサービス・在宅介護支援センター」などがあり、事業所間の連携や交流、研修などでも強みとなっている。また、福祉拠点としても地域や行政等の関係性、信頼性でも連携が増している。地域交流でも町内会主催のお花見会に恒例化して参加できている。運営面では事業所理念も定着し、アットホームで利用者も職員も元気で明るく笑顔の見える事業所である。食事作りでも利用者も参加しやすい高さ調整した調理台などに工夫がされている。目標達成計画の取り組みでも着実に成果が見られる。季節感や生活感にも配慮された取り組みが随所に見られる。開設15年が経過して全館改修に取り組みされているが、今後は利用者の高齢化や重度化などを踏まえ、さらなるサービスの質の向上に向けた取り組みに期待したい。

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 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 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 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	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
<b>I. 理念に基づく運営</b>						
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	GHふたばとしての事業所理念を廊下に掲示している。理念にある個性や生活習慣に合わせて家族のように暮らして行くこと地域との繋がりの部分で、各利用者の生活習慣を尊重しながら、自由に過ごして頂き、認知症があっても共同生活の中で、家族のように助け合って暮らしており、女性入居者は男性入居者の食器や片付けや整理を行い、コミュニケーションを通じて、お互いの生活空間が大事に過ごせるようにしており、入居者様が自立した生活を送れるように、職員は見守り・介護支援のサポートを実践している。	事業所は前回の外部評価の受審で、目標達成計画に「理念を基にした業務の実践の定期的な評価」を目標としたが、定期的な評価は未達成である。しかし、日常の介護は職員一人ひとりが理念を基にした業務を実践している。また、同時に地域との連携も理念の中での課題として認識しておられ、実践の定期的な評価とともに、地域と事業所の連携もあらためて取り組む予定としている。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	ふたば町内会主催によるお花見会に4月に9名参加する事が出来ました。ふたば町内の地域住民で小さいお子様からお年寄りまで、幅広い年齢層の方が多数参加しており、認知症高齢者の理解と受け入れが温かく、同じ地域住民として、お花見やお弁当やビンゴゲームなど一体になって楽しんで頂けました。また、日々の散歩では、地域の人々と挨拶や会話を行う場面もあり交流している。	自治会主催の花見では、自治会が車いす利用者のためにテーブル席を用意し、弁当も提供してもらえます。事業所からはビール等の飲み物を提供するなど、地域との相互交流が毎年継続的に行われている。しかし、利用者の重度化等に伴い、地域の清掃活動等には参加ができなくなってきており、今後は地域のデイサービス利用者等との交流を検討している。	
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	10年以上町内会花見に参加させて頂く事で、認知症の方であっても継続して行事に参加が継続出来てきた事が、認知症の理解と支援の実践の積み上げにつながっている。町内会清掃行事の草抜きは、昨年まで継続して参加出来ていたのですが、入居者の心身の体力低下、高齢化も進み町の代表者と相談の中控える形となった。		
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	運営推進会議は自治会役員、家族の代表者、市の介護高齢福祉課職員、町のボランティア代表、訪問看護代表者に参加して頂きました。利用者の年齢別、介護度別、入退所状況、職員研修報告、生活状況、特変状況、室内レク、外出状況・加算関係・事故ヒヤリ報告してきた。運営推進会議に家族代表の参加者が増えた事で率直な意見や感想を聞く事でサービス向上に活かす機会となりました。又、各参加者の方から評価、意見、要望を聞きサービス向上に努めた。	会議は家族が参加しやすい日曜日等に開催し、毎回5～6人の出席がある。また、小野市の担当課の職員も休日ながら毎回出席があり、ボランティア、訪問看護から代表者の出席がある。ただ、地域からは自治会の役職経験者の出席はあるが、地域の実情把握の要である民生委員の参加がないため、働きかけを検討していきたいということをかえした。	
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	小野市の高齢介護課主催の小野市地域密着型関連施設会議を毎月1回開催し参加させて頂きました。各事業所の利用者状況や運営状況等報告し市と他事業所と連携、相談し協議の場から協力関係が強くなりました。昨年秋には、市と他事業所全体で小野市の産業フェスタを2日間開催し各地域密着型サービスの案内・就職フェア・相談会・介護アンケートも200名を超える記入があり、地域への発信と理解に繋がった。	市と事業所の連携として、本年度の小野市では、グループホームの運営推進会議への出席を明言し、担当課の職員が休日ながら毎回参加し、事業所の運営や状況を見てもらっている。これにより、介護事業所との情報共有や行政からの助言を直接受けられる体制づくりを通して協力関係の構築が確立しつつある。	
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「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	身体拘束廃止の取り組みの指針を整備し身体拘束廃止の研修を各職員受講し、同事業所内で3か月に1回身体拘束廃止委員会会議に職員が参加し、他職員にも伝達し理解出来ている。現在は身体拘束にあたる支援はありません。居室からのベランダの鍵、勝手口、玄関も昨年1年間は一切施錠はしていません。徘徊者が玄関から出ていく際は、赤外線センサーで音が鳴るように設置したので、その都度付き添い介助しています。	身体拘束廃止委員会を中心に年2回の研修を全職員に対して実施し、身体拘束をしないケアを実践している。玄関の施錠については、日中は鍵をかけず対応しており、安全確保のために赤外線センサーを設置することにより、行動の制限をせず、利用者が外に出ようとされた場合は付き添いを行うなどの対応を行っている。	

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
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	虐待防止や不適切ケアについて研修を受講しています。また日頃の支援の中で、虐待や不適切ケアにあたる部分がないか話あいの機会を作り、適切なサービスが行えるように努めてきた。業務時において、不適切なケア・声かけを発見した場合は指導もした。また健康診断時にストレスチェックを行い、必要時はDRと相談や施設長面談時に相談の場が設けられておりストレス軽減の機会もある。	身体拘束廃止委員会を中心に、身体拘束の廃止、虐待の防止に向けた研修が法人内で実施され、事業所職員も受講しており、権利擁護についても合わせて学んでいる。また、業務が虐待につながらないように、年2回の施設長の面談があり、同時に本年度にできた法人内の相談部門が支援できる体制として整備された。	
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	成年後見制度を活用している利用者が1名おられます。権利擁護や成年後見制度の研修があったので、職員伝達研修で理解する機会がありました。また、独自で成年後見制度が学べるように玄関先にパンフレットも設置しています。	年度中の研修は実施されてないが、利用者1名が現在成年後見制度を利用している。職員は、利用者の必要な制度として理解し、利用につながる知識を備えている。事業所では玄関に権利擁護の概要が記載されたパンフレットを置いて、いつでも制度の利用につなげられるようにしている。	
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	介護報酬や消費増税に伴う費用の改定等、各利用者様、ご家族に説明し同意の文書を頂いています。また、契約前の面接時より、利用者様やご家族様からの不安や疑問点がないか確認しなるべく意向に沿える形でサービスが開始出来るように進めてきました。昨年3人がご逝去されたので、新規入居者3名契約の時に詳しくお尋ねしてサービスに繋がっています。	入所については、重要事項説明書により事前に説明し、契約は入所が決まった時点で締結している。また、契約締結時には、重度化や終末期の際の事前確認書の同意を得ている。また、今後は状態急変時等の救急搬送時等の対応時に対応できる意思確認書の内容の見直しを検討している。	
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	家族会運営推進会議では、家族代表が多数参加しており、この時に意見や要望を聞ける機会となっており、町の代表者、ボランティア代表者、市高齢介護課が参加しており外部者への報告理解の場となっている。その場で話にくい内容に関しては、GH玄関に意見箱を設置して投稿してもらえるようにしている。また第三者評価の家族様のアンケートをもとにサービス運営向上に努めている。	運営推進会議には毎回5～6名の家族の出席があり、事業所からの情報提供はできている。ただし、会議の議事録の提供はできていない。また、家族会を年3回のクリスマス会、秋の紅葉弁当会、バーベキュー時の行事の時に開催している。家族からの運営等にかかる意見等は現時点ではなく、要望として利用者が「できることはできるだけ自分でさせてほしい」等の思いが聞けている。	
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	年2回の人事考課の際に、各職員から希望者については面接を実施しており、その際に各事業所内における現状の課題や問題点があれば聞き取り、必要に応じて事業運営に反映させている。また、施設内での役職者会議にて同様の件があれば共有する体制となっている。	職員の雇用形態で、希望により法人内の移動でも場所的な転勤がなく、職員の要望が反映されている。また、業務的には、身体拘束をしないケアの取り組みから、玄関の施錠をしないことを実践しているが、これに伴い職員からの要望として、赤外線センサーの設置について提案があり、サービスに反映した事例がうかがえた。	
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	前項の項目と重複するが、面談及び人事考課にて職員の評価を実施している。人事考課により、賞与査定額の増額や昇進昇格にも寄与しており、各個人のキャリアアップの支援として各種資格取得制度や研修制度等充実しており、適材適所への人事異動も本人の意向と事業運営に応じて実施している。		
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践と力量を把握し、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	法人内部に研修室を設け、PC、スマホによる研修も実施している。OJTを通じて一人ひとりの能力に応じた育成を実施しており、入職後3年間は正職員に限るがフォローアップ研修と呼ばれる集合研修を法人本部にて実施しており、研修+他施設職員との交流も図り情報交換の場を設けている。その他資格取得支援制度や、若手のうちから管理職養成研修を受講できる等、個々の将来のキャリアアップの選択肢の提供も実施している。		

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
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	小野市地域密着型関連事業所会議と同法人内の日の出福祉会地域密着型関連事業所全体会議が月1回開催しているので会議に出席し、他事業所の運営状況、利用者状況、職員状況、課題等、各管理者と相談して交流してサービスの改善や向上に取り組んだ。		
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>				
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	昨年の下半期に3名の新規入居者の対応がありました。2名の男性入居者は下肢が不安定で、ホームで生活するにあたり、転倒しないか不安な様子があったので、杖や歩行器を準備してもらい、ホームでは、職員さんが、きちんと見守りや介助支援を行う事が出来る事を伝えたと安心された。		
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	昨年の下半期に3名の新規入居者の対応がありました。そのうち1名の家族様が本人の下肢が不安定で転倒の危険性を不安に思っていたので、ホームでの介護支援方法を説明すると納得された。また、もう一人の家族様は、入所後の帰宅願望の訴えに対する不安をお持ちだったので、入所後の支援方法や家族の協力体制を明確にすると納得された。		
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	初期対応で大事にしている事は、習慣や食べ物や飲み物の好み等を聞いて支援に繋げている。訪問マッサージを個別にサービス利用を受けていた方もおられ、家族様はマッサージ師さんとコミュニケーションを通じて気分向上につながるの喜んで利用していた。		
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	職員は利用者に関わる中で、自立支援の場で出来ない所をサポートする形をとっており、介護よりも共に助け合って共同生活できる支援を目指している。、普段の何気ない会話と一緒に作業をする際も、利用者と同じ目線に合わせた支援を行っている。		
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	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、定期的にご自宅に宿泊される入居者もおられご家族との絆を大切にしている。家族会行事の時には、大勢のご家族が集う事が多く、共に利用者を支えて行く事が出来て、利用者の安心に繋がることが出来た。		
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	定期的に自宅に数日間外泊されている方は、奥さんや地域の知人・友人との関係が途切れないようにしている。また、他入居者は元々住んでいた、地域のお祭り(初詣・恵比寿さん・陣屋祭り)に参加し、友人と交流した。また、友人に年賀状やお手紙を送ったり、ホームに友人が遊びに来る機会もあった。	事業所では馴染みの関係の継続支援として、入所前に親しんでいた商店街や神社に出かけたりしている。しかし、事業所生活による旧知の関係性の低下もあるため、同じ施設内のデイサービス利用の知人や友人を訪ねたり、また新しい出会う人との関係が継続できるように支援している。	

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
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	基本的には利用者がリビングに集まる習慣が定着しており、自由に男女入居者が会話が出来る環境を提供している。利用者同士で協力しながら、一つの創作品を作ったり、職員による昔懐かしい歌を唄う、歌の会の日もあり、皆さんが孤立しないように楽しめる環境にしている。男性利用者が食器洗いが出来ない為、女性利用者が食器洗いやリビングの清掃や環境を整えたりして支え合っている。		
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	GHふたばから入院を経て、ふたばの特養入居になってから、療養型医療施設に転院することになったご家族様が来所されて、これまでの経過や今後の相談や支援について助言する事があった。		
<b>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</b>					
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	職員で利用者の担当制をもち、利用者さんの望む暮らしや希望、意向をお聞きして、アセスメントと課題分析し、各職員で情報共有しながら、現場で実行して取り組んでいる。(調理作業・洗濯干し・清掃・趣味・外出等)。本人の確認が難しい場合は、ご家族様に確認した要望、提案をお聞きして把握する。	家庭的な雰囲気や日常の何気ないかわりや会話から職員はその人の思いを把握し記録している。その記録を基に各担当者は、その人のできることとできないことを踏まえて、スタッフ会議に提案し計画へつなげている。下肢筋力の低下で花見に参加が難しい利用者には、筋力強化を目標とした計画により、達成時には喜びが共有できるように具体的な思いを実現に向けてチームで取り組んでいる。	
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	情報提供書をもとに生活歴や今後の暮らし方についてサービスを考えていくが、入居時には利用者本人、ご家族から、これから希望する暮らし方も考慮しながら、その方らしい暮らしが出来るようにサービスを提供できるようにしている。(のんびりと過ごしたい方、趣味の編み物や折り紙、テレビ鑑賞、掃除好き、買い物等)		
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。月に1回のアセスメントと4か月毎に課題分析を行い、ケアプランを立て、スタッフの意見や家族の要望を反映した支援に取り組んでいる。主治医や訪問看護師と相談し残存機能の維持するために、利用者が出出来る事は生活リハビリと考え、声掛けや介護支援を行っている。		
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	各職員が利用者担当をもち、アセスメントは月1回、課題分析は4か月1回記入してもらい、それをもとに、ケアプランにおとして、現場でサービスの実行をしています。スタッフ会議や家族の要望も取り入れて支援に取り組んでいます。またモニタリングについては6か月に1回の確認と評価をおこないました。また新たに、地域密着サービスらしさが感じられる内容(町内会行事参加や散歩時の地域住民交流)のケアプランを作成し利用者、ご家族様から同意を頂いています。	介護計画の作成は職員リーダーを中心に7人の職員が9名の利用者の担当として割り振りし、担当者が他の職員と共有しつつアセスメントと課題分析を行い、毎月のモニタリングと6か月毎に計画の評価と更新についてはリーダーが担っている。更新時はサービス担当者会議を開催し、医師もしくは訪問看護師も参加している。しかし、家族については随時の意向確認と署名の対応となっている。	
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24時間を通じて記録している。介護計画書にあるサービスが適切に提供されているか、日々の申し送りやスタッフ会議、モニタリング、再アセスメントで実践評価し再確認して実践している。各職員が統一した介護支援が出来ているか日々確認しています。		

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
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	各入居者によって、心身状況の違いによって生活スタイルが違います。自立支援の援助や重度化した方等、生活支援の中で日々の状況に応じて柔軟な支援を心掛けています。		
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	町内会主催の花見行事には、全員参加されています。地域ボランティアによる詩吟やハーモニカや紙芝居の慰問があり楽しめました。またふたば町内にあるケーキ屋さんで、必ず、お誕生日ケーキを購入してお誕生日会で提供しています。		
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	主治医である育が丘クリニックの西山医師と24時間連携し、緊急時でも対応できる体制です。月2回の往診を中心に利用者様の健康管理に努めている。体調に変化が生じた時には、早期にご家族様に報告し、協力を仰げる体制にしている。ふれあい歯科による月1回の往診で口腔ケアと必要に応じて治療も受けている。	入居契約時に在宅時の主治医の継続か事業所の協力医療機関に変更か意思確認を行い、現在は利用者全員が協力医療機関の医師を主治医としている。また週1回木曜日訪問看護ステーションの訪問もあり、健康管理が行われている。内科以外の受診は家族の対応だが、家族が情報提供書を持参し、受診後は薬の変更等の詳細を聞き取っている。	
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	のぞみ訪問看護ステーションに週1回訪問してもらい、利用者様の体調管理を受けている。体調変化があった時には、情報を伝え看護師による処置を受けたり、主治医に相談のうえ受診する体制を整えている。		
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。	2名の入院者があったので、医療機関と随時連携を図る機会があった。入院先には、日常生活における状態を口頭説明と情報提供書を提出しました。入院中も定期的に病院訪問し、看護師さんに経過状況をお聞きして、病院という環境変化と高齢や認知症の進行も考慮して早期に退院が出来るように努めた。	事業所の開設からの経験で、現在は入退院時は支障なく対応ができています。入院時の書類による病院への情報提供、退院時の病院からの情報提供書により、お互い連携が取れ、入院期間中では電話や面会により随時の状態確認を行うことにより事業所へのスムーズな帰宅となっている。	
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、事業所の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	入居時に重度化や終末期の在り方についての事業所の方針を説明し家族に同意書を得ている。また、各家族に終末期ケアについて事前確認書を提出して頂き、ご家族様の要望や意向に沿って、主治医、家族、職員、看護師と連携しチームで支援しています。	入居契約時に重度化や終末期に向けての事業所の指針を説明し、同意を得ている。今年度は3名の利用者が亡くなりましたが、お一人だけ事業所で逝去されるも看取り対応にはならなかったが、利用者、職員全員で尊厳を大切に、終末期ケアが行われた。事業所ではターミナルケアの研修も実施しているが、今回の経験は事業所にとっても貴重な糧となったことがうかがえた。	事業所は利用者の入居契約時に重度化や終末期の際の事前確認書の同意を得ているが、救急搬送時等の対応については、さらに更新もできる意思確認書を作成することを期待したい。
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	特変や緊急時の事故発生時は、急変、緊急時マニュアルに沿って救急車の要請、各関係者(主治医、訪問看護、家族、職員、施設長)等連携をとって早期対応しています。誤嚥時のタッピングや嘔吐時における対応を職員で模擬訓練しています。		

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
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	日中・夜間想定火災による避難訓練(初期消火、通報訓練、避難誘導訓練)は、ふたばの里全体で年2回実施している。避難においては、職員全体で協力して行う形となっており、地域代表者や住民の援助体制は作っていない。地震、水害の避難訓練は行っていない。	事業所所在地はハザードマップの被災想定区域の対象地ではないが、年2回の避難訓練は実施している。しかし、災害時の職員連絡網等については、現在も伝言リレー方式のみであり、実際の災害時の活用は不確かである。また、訓練が日中と夜間以外の対応も行政からは指摘された事があり、現在は防犯面で不審者対策とその他の想定される訓練の対応に取り組んでいる。	事業所は特養、デイサービス等の複合事業施設内に所在するため、災害時等の対策については施設全体の対応とし、連絡方法や停電時の対応等を含めて改めて体制の整備をする事を期待したい。	
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	倫理研修や接遇研修で学んだことを念頭におき、人格を尊重し対応を心掛けている。排泄介助や入浴介助を行う際には、プライバシーを確保し、そっと声掛けしながら目立たないように支援しています。	事業所は常に笑い声の絶えない温かい家庭的雰囲気があり、利用者、職員に活気がある。職員は利用者に対して見守り等の介護で生活全体を支援しているが、時に言葉遣い等が馴れ合い的になる時もあるも、高齢者接遇のルールや人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応を実践している。		
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	利用者様が日々の生活の中で、食べたい食事や外出希望先や創作したいものやゲームや歌等、日々の生活の中で、何がしたいのか(思い)を日常会話で聞き出し支援に繋げている。また、意思表示の難しい利用者は、しぐさ、表情を読み取り、その日の状態に合わせた対応を行っている。			
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	利用者個人の時間を大切にしている。創作物作りや編み物、散歩やリハビリの歩行訓練等、その日に行いたい事を自由に組み込んで頂いている。日中も少しでもベッドで休まない疲れしてしまう方は自由に休んでもらいそれぞれのADLに合わせた支援を心掛けている。			
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	毎日の起床時には、身だしなみを整えている。また、アクセサリーなど好きな物も身につけて頂いています。外出時には、好きな衣服を選んでもらい、帽子を着用し、時にはお化粧品お洒落をして楽しんでもらいます。			
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	それぞれの好みに合わせ、日々の献立を考えて、おいしく食事が提供できるようにしています。生活リハビリとして、それぞれの残存能力を活かして、調理の手伝いや盛り付け、配膳などの作業に女性利用者が中心に取り組んでいます。男性利用者の食器の片付け、洗い物は女性入居者が家族のように協力して行っている。	食事は夕食のみ併設の特別養護老人ホーム厨房で準備され、朝食と昼食は事業所の厨房で調理をしている。献立は夕食のメニューを考慮して職員が作り、食材は外部の業者に手配している。利用者も調理の手伝いや片付けなど出来ることを職員と一緒に取り組んでいる。調理台をリビング側に設け、利用者が作業(調理・盛り付けなど)しやすい高さなど工夫がされている。食事が楽しみなものになるよう、月1回程度のおやつ作りや誕生会、季節食などにも取り組んでいる。職員も同じ食事を介助や会話をしながら楽しんでいる。		
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	栄養バランスを考えて食事を提供しているが、好みもあり残している方には声掛けて、出来るだけ食べて頂くようにしている。食事摂取量が少ない方には栄養補助飲料を提供している。水分摂取に関しては、1日目標1000cc以上として、1日8回に分けて飲料して頂いている。摂取飲料が少ない方には、随時声掛けを促している。			



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
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	訪問歯科のDr.と歯科衛生士により、月一回の口腔ケアと口腔マッサージをして頂いています。その際に、虫歯や歯の状態が悪かった方のみ治療をしていくようにしています。普段は、起床時と就寝前のブラッシングとうがいをして頂いています。月一回の口腔ケアの際には、実際に歯科衛生士の方より、口腔指導をして頂いています。		
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	自立した排泄継続者は2名。尿意があり、トイレに行かれて確認が必要な方は5名です。2名は定時にトイレ誘導、オムツ交換を行う。利用者様一人一人の排泄状態に合わせて、パットやオムツの大きさなどを工夫しています。また、なるべくプライバシーに配慮して排泄をして頂く。	排泄チェック表で一人ひとりの排泄のパターンや習慣を把握してトイレでの排泄支援に努めている。自立されている人、おむつの利用者も数名おられるが、多くはリハビリパンツやパット併用者である。ポータブルトイレの利用者はいない。プライバシーの配慮では、トイレ誘導時の声かけや見守り時に気ばりをしている。共用トイレは3か所あり車椅子対応ができ、1か所には男性用の小便器も備えている。	
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	毎日排便のチェックを行い、主治医と相談の元、下剤を服用していますが、なるべく日常生活の中で排便を促すために、水分の確保・乳酸菌飲料・食物繊維の入った食事を摂取して頂くようにしています。		
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	午後から入浴して頂き、二日に一回のペースで入浴介助をしています。一人での入浴を希望されている方もいらっしゃるため、希望に沿って一人で入浴して頂いていますが、何度も声掛けをして入浴して頂いていません。入浴介助時は1対1でコミュニケーションを図りながら、安全・快適に入浴して頂いています。	入浴の基本は週3回、午後からであるが、利用者の希望や体調で柔軟に対応している。入浴支援は見守りをする人、一人介助、二人介助の必要な人もいるが、個浴で対応できている。入浴拒否の人には工夫をして入浴してもらおう。入浴を楽しめるように季節湯も行っている。入浴中は普段聞けない話もされるので希望や意向の把握ができる機会となっている。プライバシーでは同姓介助を基本としているが、利用者の意向を尊重している。	
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	日中にホールで傾眠状態が見られるご利用者様には、午前中に1回午後後に1回ベッドでの臥床時間を設けています。また、夜間時のオムツ交換の際に覚醒されるせいで、日中に傾眠が見られる方が多いため、オムツ交換も素早く丁寧に行い、なるべく安眠して頂けるような工夫が必要である。		
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防止のために、記録用紙にチェックを行う。介助時は、自分で服薬できるご利用者様もいますが、なるべく職員が介助して服薬して頂く。片手で服用されるご利用者様が多いため必ず両手でして頂いています。		
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	個々の趣味を活かせるように材料を用意し、編み物や色紙で折り鶴、広告でゴミ箱作りや創作品等、一人一人が楽しんで出来る環境を整えている。また、四季や季節表示に合わせて、大きな壁紙創作を行いました。また室内で懐かしい歌を唄ったり、遊びレクリエーションもしながら楽しく暮らせるように支援している。		



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
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	施設周りの散歩をしたり、職員の人数が多く天気の良い時は、車を使用して、外出へ行ったりもします。外食の際には、ご利用者が食べたいものを聞きながら、提案し、なるべく希望に沿って外食しています。外食や外泊やお盆の帰省やお墓参り等は、家族に協力して頂きました。	日常的な外出支援では、気候や天気のよい日には散歩される人もいますが、難しい利用者は玄関前のベンチでプランターの花の鑑賞や日向ぼっこで外気に触れてもらう。外出行事の計画はないが、年数回は季節のお花見や遠足もグループで行っている。ふたば町内会主催によるお花見会(4月)には、全員が参加できるようにしている。今後は個別に希望にそった外食や買い物支援も予定している。利用者の思いや意向を伝えて、家族の支援での外出も行っている。(一時帰宅や外泊、墓参り、外食、馴染みの場所など)	
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	金銭面の管理については、紛失の恐れ・支払方法が分からない等見られるため、職員が管理しています。一部の方は、ご自分で管理されている方も見られます。また、外出時どうしても欲しいものがあれば職員が付き添いの元買い物をして頂いています。		
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	希望があったり、家族様より本人様とお話したいと言われる方は、固定電話を使用して頂いています。また、ご自身の携帯電話を利用して、ご家族様と連絡を取っておられる方もいらっしゃる。		
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	共用スペースは、その時のニーズに合わせてテーブルの配置をかえたり、テレビの音量が大きすぎて居室で過ごされるご利用者様も見られるため、テレビの音量にも気を付けています。ご利用者様が毎日居心地が良いと感じて頂けるように温度に気を付けています。季節が分かるように、季節に合った植物や壁画を飾ったりしています。	玄関を一歩入ると利用者や職員の明るい話し声が聞こえて、アットホームな雰囲気が感じられる。椅子とテーブルが置かれ利用者ごとのアルバムが見られる。廊下の壁面には記念の写真が掲示されて利用者の元気な姿が見られる。干支のネズミの絵に利用者の顔写真が張られて、各居室の表札となっている。習字や季節の創作品も随所に飾られている。噴霧器や空気清浄機なども置かれて、温湿度管理にも配慮がみられる。リビングには大型テレビやソファも置かれているが、廊下の壁面にはソファが置かれて一人で過ごしたり、気の合う人との居場所づくりが行われている。	
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	リビングや廊下にソファを設置し自由に気の合う利用者どうして会話を楽しまれたり、新聞を読まれたり、外の景色を見て過ごされています。		
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	居室内には、使い慣れた家具や寝具・テレビを置いて頂き、ご自宅で過ごしていた時と同じように過ごして頂いています。ご利用者様一人一人の好みや性格を尊重して無理に片づけをしたり配置等を替えず、生活して頂いています。ただ、1日1回は居室の換気をして頂くようにしています。	各居室には、ベッド・冷暖房機・洗面台・収納庫・カーテン・ナースコールなどが備え付けられている。本人が居心地よく過ごせるように、今までの生活で使い慣れた家具や寝具、テレビ、仏壇などが持ち込まれ、家族の写真やお好みのカレンダー、時計、趣味の小物、手づくり品なども飾られ、その人らしい部屋作りがされているが、総じてシンプルで清潔感がある。掃き出し窓も広く明るく、ベランダにも出られ、洗濯物を干すなど生活感がある。居室内の清掃や換気は職員が行っているが、利用者が自ら清掃や整理整頓をされる人もいますので、本人の意向に沿った支援が行われている。	

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
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	利用者様同士がお話ししやすいように椅子の設置をしていますが、福祉用具利用のご利用者様が増えてきて、全員で楽しくお話できる状態ではない。生活リハビリのために、調理や盛り付けをして頂くために、炊飯器台も使用しやすい高さにして、調理台も設けています。杖歩行の方は、杖を差し込めるように筒をベッドと椅子に設置しています。		