

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4年2月14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 https://www.kaisokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&jigyosyoCd=2871900334-00&ServiceCd=320&Type=search

【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4年3月31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)】

GHふたばのご利用者様は、一つの家族のように助け合い、笑顔と笑い声が見えるのがホームの魅力です。認知症予防や楽しみのひとつで、職員と共に女性入居者中心に、毎月ごとに時季の大きな壁紙創作作りをしています。また、小さな畑で作った新鮮な野菜を取り入れて、利用者さんと共に調理し、美味しい食事を提供しています。また、気分転換や下肢強化を含めて、健康増進で施設周辺の散歩支援やリハビリ体操を行っています。ホームの玄関先には、四季に応じた花々を鉢に植えており、ホーム内は、廊下やリビングに写真や可愛い人形や創作品を飾り、明るく心地よい空間になっています。コロナ禍において、毎日・消毒・清掃・換気を行い、感染予防対策を実施しています。

【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)】

大きな複合福祉施設の一角に位置し、18年の歴史ある事業所である。利用者・職員が一つの家族のようにそれぞれ役割を持ち助け合って日々の生活が行われている。福利厚生が充実しており、利用者から親切に教わることや、職員の先輩が丁寧に教えられることの喜びが、職員の定着率の良さに繋がっている。利用者一人ひとりの力や趣味を活かし、毎日の充実した生活リハビリが行われている。毎月、利用者と職員で作られる芸術性の高い創作品は、みんなの楽しみと達成感であふれている。毎日午前・午後の換気と消毒が徹底され、感染症対策が実践されている。今まで自粛していた外出や地域交流などに力を注ぎたいとの意欲があり、今後の取り組みに更に期待が持てる。

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 (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、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 評価	第三 者評価	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	GHふたば独自の事業所理念を廊下に掲示している。毎月のスタッフ会議でケアプランをもとに、利用者様が互いに助け合い協力しながら生活出来るようにスタッフがサポートケアの実践が出来ている。理念の地域交流は、長期的なコロナ禍により外出制限があり出来なかった。	法人理念に基づいた、事業所独自の理念(憲章)が廊下に掲示されている。毎月のスタッフ会議で日々の実践が理念に繋がっているかを振り返っている。理念に掲げた「地域のひととのつながり」は、コロナ禍の影響で交流が出来ていない。		
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	地域との繋がりで、例年では町内会のお花見に参加や近隣の園児による催しの参加など、認知症高齢者の理解と同じ地域住民としての理解や交流を図る予定であったが全ての外部行事が中止となった。ただ、施設周辺の散歩を開始してからは、近隣住民と挨拶を交す事や犬の散歩をしている住民と会話をよくした。	町内会との交流や近隣保育園との交流などは、コロナ禍の影響で行事が中止となり機会がなかった。今後コロナ禍の動向で地域との繋がりが(行事、清掃活動など)に参加していきたいとかかった。自治会に加入しているので地域の情報は得られている。		
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	例年の町内会のお花見会の参加や清掃作業では、認知症であっても住民の協力と理解もあり信頼関係を10数年間積み上げてきた。今年度も長期のコロナ禍でそのような機会を設ける事が出来なかった。			
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	令和3年度において、運営推進会議はコロナの影響から、感染予防を考慮して、事業所での運営推進会議の開催は中止し2か月に1回運営推進会議報告書を各関係機関に送付し意見・要望を募った。令和3年12月に2年振りに運営推進会議を開催する事出来て、各関係機関やご家族様から思いを聞く事が出来た。	2か月に1回、地域代表、行政担当、家族代表などが参加される運営推進会議が開催されているが、令和3年度はコロナ禍の影響で、12月度に1回のみの開催となった。開催できなかった月には、事業所の取り組み(利用者近況報告、室内・室外レク、訪問サービス、職員研修、事故報告など)の報告書を送付して、意見や要望、提案などを募ったが、運営に反映できる意見はなかった。今後は書面会議として返信がもらえる工夫が望まれる。		
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	小野市高齢福祉課が主催で小野市地域密着型事業所関連会議として各事業所が集った際に、利用者状況や運営推進会議の取り組み仕方等報告し、市の担当者や他事業所と相談する機会があった。通常なら月1回連携がとれるが定期開催となった。	市担当者とは必要に応じて報告、連絡、相談をし、特に「新型コロナウイルス感染症対策」では密に取り組んだ。運営推進会議では事業所の実情やケアサービスの取り組みを報告して、協力関係を築くように取り組んでいる。令和3年度はコロナ禍の影響で書面での報告となった。小野市高齢福祉課が主催する小野市地域密着型事業所関連会議が定期的に開催され連携していたが、令和3年度はコロナ禍の影響で会議の開催はなかった。		
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。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その都度付き添い介助しています。日中においては、玄関、勝手口、各居室など鍵の施錠は一切しておらず、職員一人体制の時間帯は、徘徊者や帰宅願望者の安全確保の観点から施錠対応しています。	身体拘束等適正化については、3か月に1回身体拘束廃止委員会が開催されて、職員にも議事内容が周知されている。また、研修も年2回(eラーニング)行われている。現在は身体拘束の事例はないが、対応する場合の仕組み(様式など)はある。日中は、玄関、勝手口、各居室など施錠はされていない。玄関には赤外線センサーで音が鳴るように設置されており、その都度職員が付き添い介助して対応されている。		

自己	第3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	虐待防止や不適切ケアについて年間研修計画時に研修を受講し、適切なサービスが来ている。現職員も数年同じ部署で働く事で利用者様に理解も大きく認知症状で不穏状況があってもきちんと対応出来ている。また職員相談室が設けられており疑問や不安な事があれば相談出来る体制がありストレス軽減の場がある。	3か月に1回身体拘束廃止委員会と併せて虐待防止委員会が開催されている。年間研修計画で虐待防止や不適切ケアについての研修が年2回(eーラーニング)行われている。職員のストレス対策として、年1回ストレスチェックが行われ、年2回施設長との面談もあり、日常的にも相談の機会がある。また、法人内に職員相談室が設けられており、正社員には社内ポータルサイトで疑問や不安な事があれば相談出来るしくみも整備されている。	
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	成年後見制度を活用している利用者が1名おられます。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。又他利用者様1名の家族様が成年後見制度を活用したいとの要望があり、成年後見制度を利用できる関係機関と連絡し相談は行った。	現在、成年後見制度を活用している利用者が1名おられる。また、利用者・家族から成年後見制度の活用についての相談があり、関係者に繋げた事例もある。家族や職員がいつでも閲覧できるように成年後見制度や権利擁護に関するパンフレットなどが施設の表玄関に設置されている。成年後見制度について自己啓発は奨励されているが、説明や研修の機会を設けてほしい。	
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を開始出来るように進めてきました。契約時に契約書や重要事項説明書で契約の締結や解約終了時の取り決めなど、詳しく説明して同意を頂いている。令和3年度において1名契約と解約の説明と手続きを行った。	令和3年度は1名の新規入居者があり、契約書や重要事項説明書を詳しく説明して同意を得ている。契約前には事業所内の生活の様子や設備などの見学も可能な範囲で行われている。入居後の重度化や終末期の在り方についても、事業所の方針や出来ること出来ないことなどを説明し家族に同意を得ている。また、「緊急時の対応について」の意思確認もされている。今後は、定期的な見直し(更新)も望まれる。	
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	運営推進会議において、ご家族様から意見・ご要望を頂き、町の代表者や市職員にご理解頂き、今後の運営につなげている。過去にご家族様より特別送迎の詳しい詳細を表して欲しいと要望があったので明記した。また、家族会で家族が協力する場合は段取りを指示して欲しいという要望があった。	運営推進会議や面会時に意見や要望をうかがうようにしていたが、令和3年度はコロナ禍の影響で運営推進会議は報告書の送付となり、意見・要望を聞くようにしているが、運営に反映できる意見はなかった。面会の機会も自粛で余儀なくなり、電話や毎月の「お便り」で意見交換されている。また、家族会の交流機会もなかった。	担当者が毎月利用者の近況報告を「お便り」として送付されているが、生活の様子が分かる写真などは添付されていない。「お便り」をビジュアル化(見える化)したり、双方向性のあるツールとなる取り組みに期待したい。
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	職員からの意見、提案については、必要に応じて職員からの申し出、管理者からの聴取により実施している。内容によっては、職員からの提案を即時反映し、可能な限り提案を反映出来るよう努めている。	職員からの意見、要望、提案などは、日々の申し送り時や毎月のスタッフ会議で聞く機会を設けている。年2回の施設長面談や人事考課(年2回)の実施時にも聞く機会がある。日常業務での改善や実現可能な内容は即時運営に反映できるようにされている。	
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	人事考課(年2回)の実施、随時の面談により、職場環境を含めた状況把握及び、評価を実施している。モチベーションの維持・向上に繋がるよう、定期的な異動を含めた人事交流も今後の課題となっている。		
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	定期での研修は毎月実施している。個々のケア能力に応じた内容での研修は実施できていないが、資格取得支援制度や、外部研修参加など、研修を受ける機会の確保や、支援制度の手厚さも当グループの強みでもあるので、今以上に積極的に制度の利用を促せるように周知していく必要がある。		

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
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	市の主導による、市内地域密着事業所連絡会や、交流する機会の構築はなされているが、昨今の新型コロナウイルスの影響もあり、開催出来ていない。オンラインなどでの開催なども今後検討し、交流の機会の場を設けるよう努めている。		
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	令和3年2月に1名の女性入居者があった際に、入居前の面談や聞き取りにおいて、ご本人からは「何もせずのんびりと過ごしたい」という要望や施設入居に対して不安がないか確認した際は全く不安なくお世話になりたいという事があった。		
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	令和3年2月に契約から入所に至るときに、ご家族様から、ご本人が不安になる事や好きな事や嫌な事、生活歴などをお聞きした。また、緊急時の連絡先や生活必要物品などの対応は、ご家族様の誰に連絡すべきかな確認し何度も連絡をとっていき中、関係作りが出来た。		
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	新規入居契約前に生活支援で、ご本人や家族が行いたい希望シートを記入します。初期段階でアセスメントを行い、身体状況・精神状況・生活支援で出来る事、出来ない事、好きな事、嫌いな事などを把握し、また、過去の生活歴から趣味などの生活習慣があれば、すぐに出来るよう環境を整えています。		
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	職員は利用者と関わる中で、自立支援の場で出来ない所をサポートする形をとっている。食事作り等の食材のカット作業や食事前の準備や清掃なども利用者様をお願いする形で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	3名の入居者が携帯電話を所有しており、ご家族様と連絡して近況を伝えあったり、欲しい購入物を依頼していたり、また、不安な事も相談している。ご家族様との繋がりが安心に繋がるので、自由に外出や外泊は勧めているが、現在はコロナ禍で中止しているので電話や玄関先で短時間の面会対応し関係を継続している。		
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	地域の知人・友人との関係が途切れないようにしている。入居者の方が友人や知人にお手紙を送ったり、年賀状を送ったり、また、GHふたばに直接友人・知人から電話があり関係が途切れることなく保っている方が数名おられる。また、毎月1か月の生活の様子について、ご家族様に近況報告している。	コロナ禍の影響で、馴染みの人や場との関係継続の支援が困難となっている。家族や地域の知人・友人などとの面会は、コロナ禍の動向で制限される時期はあるが、窓越し面会やオンライン面会なども取り入れている。手紙や年賀状を送られたり、電話での交流など関係が途切れないように支援に努められている。また、毎月担当者が利用者・家族に近況報告(生活の様子など)を送付されている。	

自己 評価	第三者 評価	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	リビングで過ごす席の配置は、気の合う方同士や重度な認知症であっても同じテーブルでも理解して頂ける利用者など組み合わせで関係作りを様子みている。利用者様がリビングに集まりやすいように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唱う、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を提供している。身体的に不自由な方や目が不自由な方や男性利用者が食器洗いが出来ない為、代わりに元気な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	医療型病院への転院による契約終了者や同施設のデイサービス移行になった利用者様の家族様とは現在も繋がっており、グループホームに再入所状態になれば受け入れる形をとっています。		
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	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、4か月ごとにアセスメントと課題分析しケアプランに繋げている。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。	一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握を利用者担当職員が行ないケア記録に残している。また、毎月のモニタリングや4か月ごとのアセスメントと課題分析などに繋げている。利用者の状態で困難な場合は、職員間で情報共有したり、家族に確認して基本情報の更新も行っている。把握された思いや意向は、具体的に介護計画に反映された事例もうかがえた。	
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、趣味や編み物や折り紙、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、午前中の検温と午後からのバイタル測定で身体に異変がないか確認している。また、会話の中で不穏な言動や行動が見られないか確認している。一人一人の生活スタイルが違うが、基本は自由に快適に過ごせるように見守り支援している。又、残存機能の維持するために、利用者が出来る事(洗濯干し、調理作業の手伝い)は生活リハビリと考え、声掛け支援している。		
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、アセスメントと課題分析は4か月1回記入してもらい、それをもとに、ケアプランにおいて、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毎月1回の評価をおこないました。	日々の記録は24時間を通じてケア記録されている。利用者担当職員が毎月1回モニタリングを行い、4か月に1回のアセスメントや課題分析が行われて、介護計画の見直しが実施されている。基本は6か月でサービス担当者会議で見直しされているが、利用者の状態(入退院など)により随時更新される場合もある。現状に即した介護計画の作成のために、利用者の思いや意向の把握やスタッフ会議での情報共有、家族や関係者の意見などを反映できるように努められている。反映の具体的事例もうかがえた。	
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 評価	第 三	項 目	自己評価 実践状況	外部評価	
				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	各利用者がその時々新たなニーズ問題が発生した場合は、もちろん解決に向けて対応している。物盗られ妄想や金銭管理で納得いかない利用者が1名おられ、職員が対応出来ない部分は、ご家族様が来所してお話して下さる機会が何度もあった。家族様と相談して既存のサービスだけにとらわれず解決に向けて柔軟に取り組んだ。		
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	地域ボランティアによる詩吟やハーモニカの慰問があり楽しましたが、コロナ感染が始まってから2年間、訪問ボランティアは現在も訪問中止中。		
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。また、1名の利用者様はかかりつけの眼科を受診しています。2名の利用者は腰痛等で北野整形外科が主治となっています。	契約時の説明の中で、かかりつけ医を継続したり、事業所の協力医療機関を主治医として選択できることを伝えているが、往診を希望されることから利用者の全員が協力医を選択されている。内科の往診は月2回あり、歯科の往診も月1回ある。他科や専門医の受診は基本家族支援となっており、必要な情報提供もされている。訪問看護師が週1回来られて利用者の健康管理が行われており、24時間医療連携ができる体制となっている。	
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回訪問診療してもらい、利用者様の体調管理や相談を受けている。体調変化があった時には、24時間連携しているので対応できます。訪問看護時は利用者様状況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。	令和3年になってからは、入院者はなかった。過去には多数の方が入退院があり、入院中は病院に定期的に訪問し、看護師さんや医療相談員と回復や進捗状況を確認した。入院が長期化することで、認知症の進行や身体的な低下も見られるので、なるべく早く退院してホームでの生活に戻れるように密に病院関係者と連携した。	令和3年度は入院実績はない。通常入院される場合は医療機関に看護サマリーや介護情報などを提供されている。入院中は定期的に訪問し、看護師や地域医療連携室と情報共有して早期退院できるように努められている。コロナ禍の影響で、入院中の訪問や面会は自粛されているので電話での対応をされている。退院時は病院のカンファレンスがある時は家族とともに参加し、介護サマリーにより受け入れ体制に努められている。	
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。	契約時に重度化や終末期の在り方について事業所の方針や出来る、出来ないことなどを説明し「看取りについての事前確認書」や「緊急時の対応についての意思確認書」など、家族に同意を得ている。令和3年度は看取りの実績はないが、終末期ケアについては、「看取りターミナルに関する指針」に沿って、早い段階から家族の要望や意向を確認して、主治医、家族、職員、看護師と連携しチームで支援されている。	
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	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。事故や急変の対応は、年間計画の研修を受けているので実践に繋がります。		

自己 評価	第三者 評価	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今後の課題である。地震や水害など災害時に近隣住民の避難場所のスペースは提供出来る。施設全体の緊急時連絡体制や防犯対策としてカメラの設置は出来ている。	年2回消防訓練(昼夜想定)が施設合同で行われている。ハザードマップでは、洪水や土砂災害が想定されていないので「避難確保計画」は策定されていない。災害時の備蓄などは施設全体で準備されている。また、施設が地域の福祉避難所に指定されているので、地域との協力体制の構築や避難所開設訓練などを通じて、現在策定中の「BCP(業務継続計画)」に繋げてほしい。(令和6年度より義務化となる。)	地域の災害リスクとして「地震」を想定されているが、事前対策やシェイクアウト訓練などの取り組みには至っていない。揺れ対策をシミュレーションして、日常的な行事として取り組んでほしい。
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	eーラーニング倫理研修や接遇研修で学んでいます。認知症度や男女問わず人格を尊重し対応を心掛けている。人生の先輩として尊敬の念を持って接しています。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。また、各居室に入る際はノックしてから訪室している。	利用者がその人らしく尊厳ある生活ができるように、プライバシーにも配慮した支援をされている。居室の出入りやトイレ誘導時の声かけ、入浴時の同性介助などに努められている。マナーや接遇についての研修も年2回(eーラーニングによる倫理研修や接遇研修など)が行われている。毎月のスタッフ会議でも不適切ケアについて話し合われている。	
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	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様は、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	利用者様個人の時間を大切にしている。趣味や創作作品作りや編み物や散歩やリハビリの廊下での歩行運動等、その日に行いたい事を自由に取り組んで頂いている。日中も少しでもベッドで休まない疲れ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ます。夜間の不眠者や起床が苦手な方は、朝食を皆さん揃って食べずに時間をずらして対応している。		
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	毎日の起床時には、身だしなみを整えている。また、ネックレスや指輪、腕輪、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、時にはお化粧しお洒落をして楽しんでもらいます。また、爪のネイルも利用者様どうして楽しまれている時もある。		
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	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。介護度5で身体的不自由な方1名と目の不自由な方1名と男性利用者1名の食器の片付け、洗い物は女性入居者や職員が協力しながら行っている。	夕食は併設する施設の厨房で作られたものを配膳しているが、朝食と昼食はある食材で夜の献立と重ならないように考えながら利用者と一緒に調理している。一人ひとりに合った役割を決めて、切ったり、盛り付けたり、片付けなど毎日していただいている。時には利用者の希望でお寿司をテイクアウトしたり、季節の鍋物を作ったり、畑で収穫した野菜を使ったり、食事を楽しむ支援に取り組まれている。	
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	小さな菜園で採れた新鮮なお野菜を加え、栄養バランスを考えた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して、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 申告	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
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	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。ご自身で口腔ケアが難しい方は、うがいや義歯のポリドント洗浄を介助しています。毎月初めに口腔ケア計画書を作成しており、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	自立排泄者は5名。そのうち2名は尿とりパット使用中です。4名は定時にトイレ誘導、オムツ交換を行い排泄パターンを記録をとり排泄の失敗や失禁予防している。利用者様に合わせて、パットやオムツの大きさなどを工夫しています。介護5で歩行不可能な方もトイレの便座に移乗介助し、トイレで排泄が継続出来るように支援している。	布パンツ使用の方も多く、夜間オムツを使用される利用者も昼間は2名対応にて、トイレでの排泄に努めている。ポータブルトイレは使用せず、利用者一人ひとりの排泄パターンに合わせて、声かけを行いトイレ誘導を促しながら排泄の失敗をしないように配慮している。	
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	毎日排便のチェックを行い、主治医や看護師と相談し、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、十分な水分の確保を提供し、乳酸菌飲料のヤクルトは毎日提供し、発酵食品となる納豆は定期的に提供し、なるべく野菜サラダを昼食時につけて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、週2～3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する方が3名いらっしゃるため、希望に沿って一人で入浴して頂いていますが、入浴途中に声掛け見守りは行っています。入浴介助時は1対1でコミュニケーションを図りやすい場でリラックスして楽しく入浴してもらっています。	午後からの入浴にしており、3日に1回程度入れるように心がけている。介助なしで一人での入浴を希望される方や、同性介助を望まれる方があり、個々の希望に沿った入浴支援に努めている。入浴時間をコミュニケーションとして会話を楽しんだり、ゆずを入れて季節湯を楽しむなど意向に応じてくつろいで入浴できるように努めている。	
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	眠剤服用者は1名おられますが、服用後も寝つきが悪い時は、時間など説明し入眠を促します。その他、昼夜逆転者が1名おり、なるべく日中に好きな編み物やテレビ等促し、夜間の安眠に繋げています。また、夜間不眠者1名は、朝方から寝る習慣があり、96歳と高齢なので、朝に寝る時間を作って起床時間はずらして対応しています。		
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ありますが、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。利用者様1名が点眼薬1日数回必要な方がおられ、職員管理のもと、点眼実施時間時に対応している。服薬が変更になった際は、薬剤情報書を皆さんで確認して対応している。		
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	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物作り、塗り絵等、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、トランプやゲームもしながら楽しく暮らせるように支援している。役割では、食事前のテーブル拭きや箸配り、お膳配り、盛り付け等担当分けして行っている。		

自己 評価	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支援している	日常的な外出支援は日々の施設周辺の散歩に出掛けている。コロナが落ち着いた時期は、アジサイ見学や紅葉は金剛寺にコスモス見学は小野市や三木市をドライブしながら見学した。コロナ禍でなければ、ご家族様や地域の友人と一緒に自由に外出出来るようになっていきます。	コロナ禍のため、外出などは自粛されている。穏やかな気候になってきたので、今は、周辺の散歩や、畑の様子を見るなど戸外での活動が行われている。また、新型コロナウイルス感染症の状況を見ながら、紫陽花、紅葉、コスモスなどの花見に、ドライブとして出かけられている。今後も、新型コロナウイルス感染症対策をしながら密を避けて外出支援をしていきたいとの意向がうかがえた。	
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	利用者様は基本的に現金所有は認めていない状態なので、日用品や衣服、飲食料など希望したものは、ご家族様が購入したり、購入して欲しいものをメモ書きで渡される利用者様もおられるので、家族様に購入の許可を頂いてから購入してお渡ししている。1名のご利用者様のご自身で通帳管理や金銭管理が出来ない事を不満に思っているため相談があった場合は家族に説明の協力を得ている。		
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	友人・知人・家族と直接連絡したい希望があれば、会社の固定電話を使用して頂いています。また、3名の利用者様は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。2名女性利用者様は随時、知人や友人にお手紙を書いて送っています。		
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	共用スペースのリビングは日当たりがよく明るく気持ちよい空間になっています。リビングで過ごすテーブル席の配置も利用者様の相性や認知度も考えて配置しています。リビングには温度計・湿度計・加湿器を設置しています。リビングの空調管理も利用者様に体感をお聞きして調整しています。玄関にはお花や創作品を飾り、廊下には、綺麗な写真や記念アルバム、可愛い人形があり、リビングには毎月大きな壁画創作を飾り明るい雰囲気を提供しています。	日当たりがよく、明るい居間の大きな掃き出し窓から、庭の大きな木の桜が満開になっているのが見える。玄関には季節の花や、ベンチ、観葉植物が廊下のいたるところに飾られている。壁には利用者の作られた手芸品や季節の創作品が埋まっている。環境整備が行き届いており、加湿付き空気清浄機が置かれ、午前午後からの換気と消毒が施されている。温湿度計によって管理され、感染防止に努められ安全で落ち着いた居る共用空間が提供されている。	
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	リビングや廊下にソファを2つ設置し自由に気の合う利用者様どうしで会話を楽しまれたり、一人でソファで編み物を楽しんだり、テレビ鑑賞や新聞を読むなどし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・ラジオ・仏壇・冷蔵庫を置いて頂き、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回は各居室の清掃・消毒・換気を行っています。	今まで自宅で使われていた整理ダンスやテレビなどが置かれ、お位牌や仏像を持ってこられている利用者もおられる。壁にはカレンダーや家族の写真、利用者の創作品が飾られている。鉢植えの花や、趣味の毛糸や編針がベッドに置かれ、一人ひとりの以前の生活継続に配慮した環境づくりに努められている。	
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	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。リビングのテーブル等は、シルバーカー使用者1名や車椅子使用2名の方が移動しやすいスペースを考慮して配置している。		

