

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	2024年3月2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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=2871900334-00&ServiceCd=320
----------	---

【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	2024年3月18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)】

グループホームふたばは、朝食と昼食は、ユニット調理を行い、家庭的な味を提供出来るようにしています。夕食は委託食品会社からの食事提供です。認知症予防や生活意欲向上や心身機能の維持に向けて季節ごとの創作品作りの取り組みや簡単な調理作業のお手伝い、認知症予防体操、室内レクリエーションを行っています。また、訪問ボランティアの受け入れや施設周辺の散歩、外出行事もあり、利用者様が楽しく充実した生活を送れるように生活支援しています。コロナ禍が始まってからは、感染予防対策を徹底し、利用者様の陽性者は一人も出ておりません。面会制限も段階的に緩和していき、ご家族様や友人知人の来所も対応しています。

【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)】

大型総合福祉施設の一角に位置する、歴史ある事業所であり、認知症高齢者の支援に、情熱をもって取り組まれています。旬の食材を取り入れた食事作りや、一人一人の趣味を生かした作品創りに事業所が力を注がれ、家庭的な雰囲気を提供されています。新型コロナウイルス感染症の長きに及ぶ影響の中でも、感染予防対策の徹底に努められ、利用者の感染者を一人も出すことなく、充実した生活支援が行われています。ボランティアの訪問を受け入れたり、外出行事にも積極的に取り入れるなど、なじみの関係継続とストレス軽減のための支援に取り組まれています。今後も、益々意欲的な活動に期待が持てる事業所です。

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) <input type="radio"/>	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) <input type="radio"/>
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) <input type="radio"/>	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) <input type="radio"/>
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) <input type="radio"/>	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) <input type="radio"/>
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) <input type="radio"/>	66	職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12) <input type="radio"/>
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) <input type="radio"/>	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 <input type="radio"/>
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) <input type="radio"/>	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 <input type="radio"/>
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) <input type="radio"/>		

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	日の出福祉会の理念を掲げ、グループホームふたばの事業所独自の理念は廊下に掲示し、利用者様が一つの家族のように安心して暮らせる支援と地域との繋がりを大切にしていける事を目標に日常生活支援の中で取り組み実践している。	日の出福祉会の理念を掲げ、社内報などで確認が行われ、人事考課の中で理念に対する個人目標を立てて、評価が行われています。グループホームふたばの事業所独自の理念は廊下に掲示し、利用者と家族のように助け合いながら、地域との繋がりを大切にしていける支援に取り組まれています。	
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	コロナ禍による面会制限を緩和していき、隣町内から訪問詩吟ボランティアに入ってもらい、二葉町内会代表者からカラオケボランティアに入ってもらいたいと要望があり受け入れを行った。また、七夕の時期には、二葉町内の笹を二葉町内の代表者が二葉の施設全体で使用して欲しいと多数の笹を届けて下さった。地域の方と交流を図る機会が増えて楽しんでいる。また、施設周辺を散歩時には、地域の方と必ず挨拶や会話の場面があり交流になっている。	町内から詩吟ボランティアの受け入れや、ご家族の腹話術ボランティア、カラオケサークルなどの来訪が決まっています。4月には、地域の花見に参加できる予定で、7月の七夕には二葉町の笹の提供をいただいたり、地域との様々な交流が継続されています。また、散歩の際には地域の方と出会った際の会話もされているとうかがいました。	
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	開設から19年経過し二葉町内にある老人福祉施設として、地域の理解は積みあがってきた。コロナ禍だったので、二葉町内の清掃作業など、認知症があっても一緒に参加して地域の一員として活動出来る理解の場を設けたかったが今年度は参加出来なかった。今後は地域の方がいつでも立ち寄り、GHふたばで創作品等をプレゼント出来る機会を設けていきたい。		
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践、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5年度において、2か月に1回グループホームふたば運営推進会議を施設内で開催出来た。町内代表、市役所担当者、家族様が参加し2か月間のサービス状況を報告すると共に出席者から意見や評価を頂きサービス向上に努めた。家族様の参加が小人数だったので、会議の出欠有無案内や会議議事録報告書を事前に送付し意見や要望が記入しやすいように書面を整備した。	年6回定期的に運営推進会議が開催されています。二葉町の役員代表や小野市高齢介護課の担当職員、家族が参加されています。利用者の利用状況や活動内容、感染症対策や事故について報告されています。運営推進会議前に、議事案内や出欠の確認をする際に意見をいただけるように努められ、会議後には議事録報告書を欠席の家族に送付されています。いただいた意見はサービスに取り組み活かすようにされています。	
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	小野市高齢介護課に介護更新認定時に介護保険関係調整や事故報告の時や運営推進会議の開催日時の調整時や運営推進会議において市担当者出席者にケアサービスの状況を詳しく説明し助言等を頂き協力を仰いだ。コロナワクチン接種時は、小野市健康増進課の担当者と連携し調整した。現在は小野市高齢介護課主導のラインワークスで市内全体の福祉事業所と地域密着型サービス事業所と繋がりが情報共有している。	市の高齢福祉課とは、利用者の介護認定の更新時に介護制度相談や事故連絡や報告、運営推進会議の日程調整、参加依頼などが行われています。そして運営推進会議では、意見や助言をいただいています。市の高齢介護課主導で福祉事業所や地域密着型サービス事業所がラインワークス(zoom開催)などで情報共有されて、全体で繋がっています。	
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	毎年度に身体拘束等の適正化の指針を整備し3か月に1回身体拘束予防委員会に担当職員が参加し、各部署において、身体拘束にあたる支援が行われていないか協議と報告している。会議内容の議事録は各職員が書面で確認し周知している。また、年間研修計画において年2回身体拘束について研修を全職員受講し理解を深め身体拘束のないサービスに努めている。	身体拘束の適正化の指針を明確に打ち出され、3か月1回の身体拘束委員会開催で身体拘束に当たるような支援につながっていないかを協議され、年2回の研修(Web研修)を全員が受講されています。玄関の施錠が常態化にならないために、職員間で話し合われることが望まれます。	利用者が行きたいときに外へ出かけた時、安心できる空間をつくるためにも、玄関の施錠が、常態化しないように、職員の身体拘束をしない意識を再確認され、具体的な取り組みに期待します。

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
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	研修計画の中で6月に虐待防止および身体拘束予防の研修を各職員が受けてレポート課題を提出し、支援する中で不適切ケアや虐待に当たった行為がないかミーティング等で確認を行っている。現場内で虐待に当たるといった対応や言葉がけは見当たらなかった。	虐待防止についての委員会は身体拘束と同時開催されています。研修は年2回に実施されレポート課題を提出し、日々のケアの中で不適切なケアはないかと職員自身で振り返り、ミーティングで検討、意見交換が行われています。	
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	年間計画研修の中で権利擁護を学ぶ機会がある。また、玄関入り口付近に職員や家族や利用者様がいつでも見られるように成年後見制度のパンフレットを設置しています。利用者様1名が成年後見制度を利用しており、必要物品やご本人希望の購入物が高額になりそうな場合はその都度成年後見人に電話確認した。	成年後見制度は、1名利用されています。パンフレットは事業所に設置されていて、いつでも手に取って見られるようにされています。研修は実施されていませんが、各自でパンフレットの確認をされているとうかがいました。今後は、研修を実施する取り組みが望まれます。	
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	令和5年度において、2名の退去者があった。2名とも要介護5の状態になり、グループホームの生活支援よりも特養でのサービスを専門的に受けたほうがご本人にも良いと考え、ご家族様と特養施設相談員も含めてご家族様に丁寧に説明し理解して頂きふたばの里特養に2名転居となった。	新規申し込み時は、事業所内の見学を受けておられます。契約では、家族の希望の確認、以前の事業所からの情報、利用者から困っていること、不安要素などを聞き取ることを重点的に行っておられます。そして理解と納得を得てから同意・署名をしていただいています。看取りについての事前確認書、緊急時の対応についての意思確認書を説明し署名をしてもらっています。	
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	運営やサービス状況の報告は、2か月に1回の運営推進会議の開催時に報告を行い、外部者である町内代表、市担当者、家族様から意見要望評価を頂いた。また、毎月利用者様の暮らし方について近況報告文書を家族様に送付し確認して頂いた。また、運営推進会議の開催後は、議事録作成と意見要望が記入出来る書面を各委員と家族に送付対応して内容を確認した。	運営推進会議の議事録報告書を送る際に、返信用の封書を同封し意見を聞く機会をもたれています。今年度は、家族交流会を実施したいと検討されています。今後は、気軽に家族の意見を聞けるような工夫や機会をつくるなどの取り組みが望まれます。	利用者家族からの意見や要望などを気軽に聞ける仕組みづくりが求められます。満足度調査や利用者アンケート、また運営推進会議なども利用されて運営に関しても意見を聞ける取り組みが期待されます。
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。年に2回「自己申告シート」に職員の意見や提案を聞き取りしている。	法人全体で行われる『自己申告シート』により、年2回職員の意見を聞いています。日ごろの申し送りミーティングなどで、職員から、食事について料金の見直しについての意見があり、食料品や食材料費の見直しを行った事例をうかがえました。ケアの統一についての提案や、環境面での意見などがあり、運営に反映されています。	
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を行っている。		
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	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。令和6年度においては、委員会活動など隣接する特養等の事業所と共同で行い育成を図る。		

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	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。市内の地域密着事業の運営推進会議に参加し情報共有を図っている。		
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5年度において2名の新規入居者の受け入れがあった。見学時から入居にあたって不安に思う事をお聞きしたり要望など聞き丁寧に説明し納得を得た。金銭管理や散髪や外出や家族面会について不安に思っていたのできちんと説明して同意を得た。入居初期時は、認知症で忘れていたのでその都度説明すると納得し不穏状態は見られなかった。		
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	2名の新規入居者の御家族様は、入居後に帰宅願望や迷惑がかかっていないかなど不安に感じたので面会時や電話での問い合わせがあった時には、生活状況や帰宅願望状況など報告しホームでの対応を説明すると安心された。1名の女性新規入居者はGHふたばに入居出来て居心地もよずっと住みますと家族様に伝えられていた。もう一人の男性新規入居者は初期は不安な気持ちを訴えがあったが2週間位で落ち着いた。		
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	新規入居者の男性の方は、自宅では杖は使用していなかったが、立ち上がり時と歩行開始時が前傾姿勢で身体のみならず見られたので家族様と相談して、まず、杖歩行の提案をして見守り杖促し支援した。夜間はさらに歩行状態が悪いので、家族様と本人と相談して歩行器を使用した。		
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	自立支援の場を目標に心身や認知症状の維持を目指して、介護せざるを得ない場合は支援や介助を行い、声掛けや見守り程度で出来る事があれば出来る限り残存機能の維持向上の為に食事作りのお手伝いや清掃や創作品作りや様々な事を利用者の目線に合わせて職員と一緒に行動し関係性を保っている。		
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	コロナ禍による面会制限を緩和し、お部屋での30分限定の面会対応にしてからは、家族の来所が見られた。家族様来所時には、感謝の言葉を添えて来所によって、ご本人が喜んでいる事や安心して暮らしを継続出来ている事も必ずお伝えしている。		
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	元々住んでおられた友人の方の来所は数回あり、お部屋で面会対応をとった。また、友人や知人も電話連絡があり、直接ご本人に変わって電話でのやり取りもあり喜ばれていた。また、友人や知人にお手紙や年賀状を記入された方は職員が預かり郵送する機会もあった。ご友人が亡くなった連絡があった時、現金書留で香典対応もした。	家族だけでなく友人の方の来訪があり、居室での面会対応されたり、手紙やはがきの郵送手伝いや知人のご香料を現金書留で送られるなどの支援をうかがえました。冠婚葬祭に参加される利用者もおられ、馴染みの人との関係性が途切れてしまわないように配慮がなされています。	

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
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	日常生活の中で利用者様の関係性を見ながら、気の合う方が近くなるように、リビングでは椅子の配置を考えています。なるべく日中は部屋で孤立しないようにリビングに促し、会話やテレビ鑑賞や創作作品作り、歌を唄うゲームを行う等、皆さんがなるべく集合して楽しく生活出来る環境を提供している。		
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	2名の利用者様がふたばの里の特養に移ってから、施設内来所時にご家族様と会う機会があり、特養での生活状況をお聞きする場面もあった。特養入居者2名のユニットに会いに行き生活状況や困ってる事がないかお話しする事もあった。		
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	各職員が利用者担当制を行い、課題分析表とアセスメントを記入し、ご本人の望む暮らしや意向の把握を行い、全職員が情報共有して実践に繋げている。出来る限りご本人の希望や楽しみ繋がる事や出来そうな事はケアプランにあげて毎日のモニタリングで評価している。	4月と8月12月にアセスメントを実施され、利用者ひとり一人の意向把握や意見をうかがっています。職員全体で利用者ひとり一人の意向や課題などを共有し、日々のサービスや、介護計画につなげるようにされています。	
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	ご本人や家族様から趣味や生活習慣を必ず聞いている。また、情報提供書の内容から過去からの現在の状況に変化がないか確認している。1名の新規入居者の男性は、会話よりもテレビ鑑賞が唯一の趣味で自由にリビングやお部屋で見てもらっている。もう一人の新規女性入居者は、とにかくお喋りがしたいとの事だったので自由に利用者様や職員となるべく会話する時間を持つようになっている。		
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	各入居者において、生活スタイルは様々で、介護度や認知度の違いもあるが、基本はご本人が希望する過ごし方を尊重している。ただ、日中にベッドで入眠しすぎて昼夜逆転しまう可能性がある方にはお声かけはしている。また、外出支援や散歩の頻度が減った分、運動量が減っているので室内での体操や廊下往復の歩行運動は促し心身機能の維持は促している。		
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	各職員が利用者者担当制を受け持ち、4か月に1回は、変化が見られないか課題分析表とアセスメント記入を実施しています。また、ケアにおいて毎日のモニタリングを行い評価しています。また、毎月のスタッフ会議や毎日の申し送りの中で各職員から意見を聞いたり、ご家族様にも来所時や電話連絡時に現状報告し意見要望を取り入れて、ケアプラン更新時に主治医とご本人を含めてサービス担当者会議を行い介護計画書を作成し現場で統一支援しています。	利用者担当制にされており、サービス内容の確認を毎日のモニタリングとして行い、半年に1回、総括として短期目標のモニタリングが行われ、課題分析と評価が行われています。スタッフ会議や毎日の申し送りの中で各職員から意見を聞いたり、家族に現状報告し意見要望を取り入れ、主治医と利用者を含めてサービス担当者会議を行い介護計画書の作成がなされています。	
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	各利用者様の生活支援記録は24時間通じて個別記録している。ケアの実践については、毎日のモニタリング評価をしている。ケアの中で新たに出来た事を様子観察し継続的に出来るか、又、短期目標で掲げた内容が無理そうであれば職員間で情報共有し介護計画書の見直しをしている。		

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
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	特に大きなニーズはなかったが、時々、帰宅願望が見られる利用者様が不穏状態になった時に、職員からの説明や対応は当然だが、周りの利用者様がお話して柔軟な対応とりおさまった事も多々あった。		
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	利用者様家族が、腹話術ボランティアとして来所して下さる事や近隣地域から詩吟ボランティア来訪や町内会から是非カラオケボランティアに入らせて欲しいと要望があった。この地域資源が利用者様が安心して楽しく暮らせる支援につながった。		
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	育が丘クリニックの西山医師を主治医として迎え、緊急時対応もできるような体制をとっている。月2回の往診によって利用者様の健康管理を行っている。体調変化があった場合には早急にご家族様に連絡をいれ、病院同行など協力を仰げるようにしている。口腔ケアについてもふれあい歯科に月1回の定期検診を依頼しており、必要に応じて治療も行ってもらえるようにしている。	入居時にかかりつけ医の受審継続の意向を聞きながら、訪問医療について説明され、全員協力医の訪問医療に変更されています。整形、眼科、皮膚科など専門科の受診については、通常は職員が通院支援が行われていますが、大きな病院受診の際は、家族の付き添いをお願いしています。歯科の月1回の訪問や訪問看護の週に1回の健康相談なども行い、適切な医療体制が整っています。	
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	毎週木曜日にのぞみ訪問看護ステーションに訪問診療を行ってもらい、利用者様の体調変化における相談を受けてもらえるような体制を作っている。訪問看護とは24時間連携しており、訪問時以外の利用者様の体調変化についても相談できるようにしている。訪問看護受診時には利用者様の状況を伝え看護師による処置を受けたり、主治医の相談のうえ病院受診を行ったりする。		
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5年度は入院された利用者様はおられなかったが、過去にも多数の利用者様の入退院があり、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密に病院関係者と連携を行っている。	かかりつけ医から、直接病院と連絡をとられて入院となることもあります。その後連絡をとられて、個人情報や生活の様子など書面でまとめ情報提供をされています。退院時カンファレンスは、以前は参加されていましたが、この1年は入退院はなかったかがありました。病院の地域医療連携室との連絡は適宜行っておられます。	
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	要介護5の98歳女性で、終日ベッド対応の方について、月を追うごとに身体状況が低下が見られるので、2週間に一度の主治医往診に終末期やターミナル状況になっていないか確認相談している。また、ご家族様は2週間に1度必ず来所があるので心身状況、食事、排泄、拘縮状況など近況説明している。重度化時や急変時について連絡方法については、職員から家族様、主治医、訪問看護師への連絡していく流れは各関係機関と話し合いは出来ている。	法人で使用されている「看取りの指針」を活用され、利用者家族の希望をうかがい、協力医と話し合わせ、条件がそろえば、事業所での看取り支援が行われています。看取り研修や、看取り後の振り返りなども行われています。事業所での看取りに対する方針を明確にされるとともに、「看取りの指針」に関しては、事業所の実情に合った、利用者家族にもわかりやすい内容への見直しが望まれます。	
29	○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	利用者様の容態急変や事故発生などの緊急時には、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)等に連絡や連携を要請し、早期対応できるようにしている。緊急時マニュアルは職員全員が確認できるよう固定電話機の上に貼り出してあり、緊急時に消防隊や救急隊に渡す情報提供書もすぐに渡せる場所に保管している。また職員全員を対象に、緊急時対応や事故防止の知識の研修を受けている。		

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
35 29	(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	小野市が定める年2回の避難訓練として、令和5年2月に夜間想定火災避難訓練を初めて行い、3月には日中想定避難訓練を行った。職員全員は避難経路や避難の方法を理解している。業務継続計画(BCP計画)は現在作成中であり、令和6年4月までには用意できるよう準備に取り掛かっている。地震発生時の想定訓練は行っておらず、災害時における町内との文書での地域協力は交わっていない。	業務継続計画(BCP計画)はほぼ完成しており、日中、夜間想定火災避難訓練が年2回行われています。緊急連絡網の訓練や地震発生に対する訓練などは今後の取り組み課題です。災害時における地域との協力体制については、口頭で依頼はなされています。備蓄品は施設全体で3日分程度であり、福祉避難所指定場所としては、まだ十分ではないため、今後検討したいとの意向がうかがえました。	
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	人生の先輩として尊敬の念をもって接しています。その人らしい生活が出来るよう職員間で話し合い一人一人にあった支援を行っています。居室に入る前には必ずノックし声掛けしてから入室しています。プライバシー配慮の為、排泄介助や入浴介助を行う際には、大きな声で声掛けせず耳元で周りに聞こえないよう行っています。	4月の研修で、個人情報について利用者や家族のプライバシー保護について質問形式での研修を受講されています。接遇研修も同時に受講し、職員で共有されて日々の支援に活かされています。言葉遣いは丁寧語を基本とし、入浴介助などの同性介助においては希望により対応されています。	
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	ご利用者様の食べたいものや外出希望先を伺い出来る限り実行するようにしている。面会などの要望は時間を調整して対応をしている。日々の生活の中でやりたいことなどを聞きだし支援に繋げている。会話が難しいご利用者様は表情や仕草で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	ひとりひとり生活スタイルが違う為、編み物が好きな方だったり散歩したい方などいろんな方が居られるのでやりたい事を制限せず楽しく生活して頂けるよう支援しています。夜間帯があまり眠れない方は遅めに起床されて朝食は皆さまと時間をずらして食べて頂いています。		
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	毎日の起床時は身だしなみを整えている。ご自身で出来ない方は職員の介助にて整容を行っています。女性のご利用者様が多くネックレスをつけられたり腕輪やヘアピンをしておしゃれを楽しまれています。男性の方は毎日髭剃りをしています。外出の際は職員と一緒に服を選んでおしゃれを楽しめるよう支援しています。		
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	毎日の献立を考えて、おいしい食事を提供し食べることが楽しみとなるように支援しています。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もらっている。身体的不自由な方の食器の片付け、洗い物は女性入居者や職員が協力しながら行っている。	朝食と昼食は、前日のメニューを確認しながら、ストックされている材料で献立を考えて作られています。夕食は同法人内の委託食品会社で作られたものを提供されています。できる方には盛り付けや配膳を手伝ってもらい、後片付けは利用者全員でされています。おやつ作りや、焼き肉など、利用者の食べたいものを作って食べることもなされており、食事を楽しむ支援に努められています。	
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た食事を提供しているが、好き嫌いがあるご利用者もおりその方には、別メニューを用意して提供している。食事摂取量が少ない利用者には、別途栄養補助飲料も提供している。水分摂取量に関しては1日目標1000cc以上としており、摂取量が少ない利用者には細めに声掛けをして水分補給を促している。		

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、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			
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	極力排泄コントロールは利用者自身で行ってもらい、必要に応じて紙パンツやパッド類の使用やトイレの声掛けと誘導を行っている。排尿と排便は記録に残し、利用者の排泄周期を把握できるようにしている。介助が必要なご利用者様にはその人に合ったパットを使用し排泄周期を確認しながらトイレ誘導し不快感を減らせるよう支援しています。	布パンツ使用が4名、リハビリパンツ4名、おむつ使用が1名おられ、声掛けして定期誘導される方もおられますが、なるべく排せつのコントロールを利用者自身でできるように取り組まれています。パットの大きさや排泄パターンを把握できるまで初めに時間をかけて工夫され、不快感を減らせるように排泄の自立に向けた支援がなされています。	
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	排便の記録を図表化し、排便周期を把握するとともに利用者の健康管理にも繋げている。バランスのとれた食事を提供し特に食物繊維は多く食べて頂けるよう取り組んでいます。便秘予防の一環として、乳酸菌飲料のヤクルトは毎日摂取して頂いている。腸を動かす為にも廊下を歩行訓練したりテレビ体操を行って身体を動かしています。		
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	週2～3回程度、午後から入浴して頂けるように設定している。一人が入浴希望の方が居られますが、安全の観点から見守りと声掛けは行うようにしている。長湯がお好きな方もおりゆっくりと入浴を楽しんで頂いています。清拭対応の利用者も1人おられ、そちらも他の利用者同様に週2～3回行えるようにしている。	週に2・3回、午後からの入浴支援に取り組まれています。同性介助を希望される方、また介助なしで一人での入浴を希望される利用者もおられ、個々に沿った支援に努められ、声掛けなどの対応がとられています。入浴できない方にはドライシャンプーと全身清拭で対応され、ゆず湯などの季節湯も楽しまれています。	
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	朝はカーテンを開けて日光を浴びてメリハリある生活を促しています。日中はぬり絵や体操等活動的に過ごして頂き夜間良眠できるよう支援しています。夜間があまり眠れず朝方から休まれる方がおり朝は少し時間をずらして対応しています。寝たきりの方が1名おり褥瘡にならないよう体位交換を行い除圧に努めています。		
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	チェック表を使用して服薬確認をしっかり徹底しています。服薬介助はご本人様の名前を口に出して言い薬を確認して封を切って渡して誤薬無いよう努めています。利用者1人が点眼薬を1日数回必要とされるため、職員が介助しています。服薬が変更になった際は、薬剤情報書を職員間で共有して周知している。また翌日の薬をセットする時は職員のダブルチェックで確認を行うようにしている。		
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	料理が好きな方は簡単な野菜カットや錦糸卵を焼いて頂いたりしています。他にもご利用者様が協力して盛り付けやお盆並べ、テーブル拭き等役割分担して行って頂いています。歌が好きなご利用者が多いため昭和の懐かしい歌と一緒に唄っています。それぞれが楽しく生活できるよう広告でゴミ箱づくり、折り紙で折り鶴、毛糸で編み物、色塗りなどを留意しています。また、季節に応じて大きな壁絵を職員と利用者が共作として製作しています。		

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
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	外出支援の一環として近所のお寺へ紅葉を観に行ったり、川沿いの桜を観に行ったりなど利用者様とドライブへ出かける事でストレス緩和に繋げる取り組みを行った。車いすの利用者様も参加してもらい、なるべく多くの機会を設けた。コロナ禍以前はご家族様と外食や地域ボランティアの方と一緒に外出支援も行っていた。	新型コロナウイルス感染症の影響で、以前に行われていた外食や買い物、地域との交流などもできなくなっている中でも、人との密着を避けながら行える外出支援に取り組まれています。利用者の希望により、紅葉や、コスモス、河津桜など四季を通じて、花見ドライブに出かけられています。今後も感染症対策に気を配りながら外出行事を増やし、利用者のストレスの軽減を図りたいとかがえました。	
50	29	○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	通帳などの金銭管理については基本的にご家族様対応にて行っている。飲食物や趣味創作活動等で別途欲しがられる物があれば、購入前にご家族様相談を行い、面談時に持ってきていただくか職員が立て替えにて購入し対応している。		
51		○電話や手紙の支援 施設の電話を利用し、利用者様とご家族様や友人と対話ができるようにしている。手紙のやり取りが必要な場合には、はがきや年賀状を購入し、やりとりができるよう支援を行っている。			
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	共用スペースでは空調などの利用により快適に過ごせるよう調整を行っている。掃除を日に1~2回行き清潔保持に努めるとともに、玄関に干支の置物や、共用スペースの机の真ん中にその季節の花を置くなどして季節感を感じてもらえるよう取り組みを行っている。	オープンキッチンと団らんのスペースである食堂は、大きな窓に面しており、テレビを見たりソファで休んだりされています。季節ごとに制作された芸術的な壁紙が掲げてあり、テーブルには季節の花が飾られていました。以前に入居されていた利用者の作品などが展示されており、20年の生活の歴史が感じられます。環境整備が整い、玄関の扉を開けると、ぬくもりのある居心地の良い生活空間が広がっています。	
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	利用者様の席の場所以外にも、テレビ前や廊下にソファを設置しある程度自由に座ることができるようにしている。自席の場所もなるべく気の合う利用者様同士が隣り合うように座ってもらい、コミュニケーション機会を増やせるよう取り組んでいる。		
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	ベッド以外の家具は自宅にある使い慣れた物を持ち込みしていただき、なるべく利用者様本人がそれまで暮らしていた環境に近づけるようにしている。居室へのテレビの持ち込みも許可しているので、食後などに自室でゆっくりと過ごされる利用者様も多い。居室の換気も1日1回必ず行うようにしている。	居室には、ベッドと洗面台が備え付けてあり、あとはそれぞれご自宅が使われていたものを自由に持ち込まれています。タンス、テレビ、家族の写真や趣味の編み物道具、観葉植物、また仏像やお位牌なども持ち込まれており、お香やお水などが供えてありました。ベランダへは自由に入出りができ、タオルなどを干したりされていました。換気にも気を配られ、利用者の個性にあった居室空間が整っていました。	
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	洗い場やテーブルを低めに設置し、利用者様が日常生活や手伝いをされる場面において支障の無いような設計がなされている。また廊下などの利用者様の動線上に移動の妨げとなるような物や、角張りや落下などによって怪我をする恐れがある物などが無いようにし、安全に移動できるように取り組んでいる。		