

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	2873400713		
法人名	社会福祉法人 正寿会		
事業所名	グループホームひまわり荘 福崎の家		
所在地	兵庫県神崎郡福崎町西田原字前田1693-1		
自己評価作成日	平成27年10月20日	評価結果市町村受理日	平成28年1月6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_2014_022_kani=true&JigvovsCd=2873400713-00
----------	---

【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)】

すべてを介助するのではなく自ら考え選び行動できるような声掛け・準備をし出来る限り、一歩引いた介護を心がけています。
家事など全般に利用者と共にするようにしています。毎月初めには、その月に行きたい所・食べたいもの・したいことなどを話し合い、季節行事などを計画します。
毎日の食事前(昼・夕)の体操や脳トレ・歌などで生活リハビリに取り組んでいます。
施設内も季節を感じてもらえる花や創作物などを飾っています。

【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)】

幹線道路の奥に、田畑に囲まれ、また近隣には役場、学校、商業施設があり、利便性の良い環境に所在する。社会福祉法人を母体とする事業所であり、敷地内には通所介護事業所が併設され、学童保育施設も隣接されている。法人理念、及び事業所独自の年間目標も職員間で共有し、実践につなげている。利用者から要望をお聞きする「寄せ」が月1回設けられており、そこからは様々な要望が抽出され、日々の支援に反映する仕組みが確認できた。家族の面会も多く、ごく自然に訪ねて来られ、ゆっくりと時間を共有されており、随時に職員と情報交換が行われている。

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	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
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	理念ではないが「地域との交流」や「利用者個人の生活リズムを大切に自主性の尊重をはかる」を年間目標として実践につなげています。管理者も介護職として勤務し、常に職員と話し合いをし、実践するよう努力しています。	法人の掲げる理念について、年度初めに振り返る他、地域密着型サービスとして事業所独自の年間目標を掲げ、毎日のミーティングで、日々の実践が、目標に沿ったものであったかを、職員間で確認しあっている。		
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、事業所自体が地域の一人として日常的に交流している	年1回、事業所で祭りを行っており、地域の方も参加の呼びかけをしたり、近くの小学校の運動会や地域の秋祭へ参加をしています。 図書館・買出しに定期的に行き、時折、行事にも参加しています。	事業所で行う夏祭りへの参加の呼びかけを通して、地域との繋がりを図っている。また、日常的に図書館や買い物に行くことで、顔なじみの関係が出来るよう努めている。 今年は、トライやるウィークで併設のデイサービスに来所した中学生との交流も行った。		
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	地域の方のボランティア受け入れ時や面会・外出などの際、グループホームのあり方や考え方を話して理解協力を得ています。			
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	地域の方や町担当者にグループホームについて理解してもらった。	年3回の開催を予定していたが、本年は1回の実施となった。家族、民生委員、地域包括支援センター職員が参加し、運営状況、昨年の第三者評価の結果についての報告、具体的な介護の提供状況等について意見交換を行った。民生委員からは、災害時における住民の施設利用についての提案等もあった。	運営推進会議を定期的に行うことで、地域とつながるきっかけとしたり、会議で出された意見や提案をサービスの向上に繋げる機会とすることが望まれる。	
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取り組んでいる	運営推進会議に参加されたり、地域包括との連絡をとったりしている。	今年は、市担当者からの提案で、一月に1回、介護相談員を受け入れている。 ケースの相談やグループホーム連絡会、研修会などで市の担当者や地域包括支援センターの職員と随時連絡を取り、協力関係を築いている。		

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「介指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	夜間以外は、玄関の鍵をあけて対応している。 やむを得ずベッド柵を行う場合、家族と相談の上行い、その都度、書面での報告、職員へ会議等で再検討をしております。	法人全体で行われる委員会活動の中で、研修や事例検討を行い、その内容を事業所の職員に伝達することで、職員への周知を図っている。 この一年で対象者はいなかったが、安全確保のためにやむを得ず身体拘束を行うときの手順は定められている。日々の職員同士の声かけで身体拘束をしないケアが実現できるよう努めている。	
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	入浴時やトイレ介助時等で必ず全身チェックを行い、早期発見に努めています。 委員会や勉強会の実施により常に気を付けている。	上記の委員会で、同様の研修を行っている。 職員のストレスが虐待を招かないよう、職員同士で忌憚ない意見が言い合えるような関係作りに努めている。	
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	必要と思われる時には役場や地域包括センターの方より説明を受けたり相談をします。また、職員会議等で勉強会を設けています。	現在も過去も成年後見制度及び日常生活自立支援事業の対象となる利用者はいない。 法人全体で行う研修の内容に成年後見制度等を組み込んでもらえるよう要望中である。	
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	契約時に重要事項説明書を中心に十分説明を行い、後日わからないことや疑問に思うことがあれば、気軽に声をかけてくださいと伝えています。	契約時には、できることだけでなく、「できないこと」についても十分説明を行っている。 面会や外出時のルール、重度化への対応についての質問が多い。不安や疑問点が解消されるよう説明を尽くしている。	
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	利用者の意見は日々の会話からくみとったり、月1回の寄合で意見を出していただいています。家族と面会時、必ず話をするよう心がけています。	意見や要望を表す機会として月1回、利用者の「寄合」が行われている。その場で出された意見を基に、外出先や食事内容を決めることが多い。 事業所内のホワイトボードに出された意見を書いて共有し、実行できるよう意識化している。また、家族からは、面会時に積極的に意見を聴取するだけでなく、年末に行う忘年会の際に、意見や要望を聞くことも多い。	
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見解や提案を聞く機会を設け、反映させている	日々のミーティングで職員の見解や思いに耳を傾け、事業所内でできることは反映させている。	日々のミーティング及び、二か月に1回行う会議の中で、職員の見解や提案、アイデア等を共有している。 事業所内でできることは反映させ、事業所内で解決できないことは、管理者から法人代表者に伝達している。	

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
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回評価を行っている。資格取得・研修参加を奨励している。		
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	月1回実施されている職員会議で施設内研修を行っている。		
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	町内の同業者との会議に参加している。		
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	入所時に聞き取り調査を行い、困っていること・希望すること・入所に至るまでの経過・生活歴などを聞いています。特に初期は会話を多く持ち本音を聞けるよう努めています。		
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	入所時に不安や困っていることを聞き、入所後も利用者の状態報告を行い、意見交換をし、対応に役立てています。		
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	入所してしばらくの間は状態の不安定な方が多いため、面会の回数を増やしてほしいと家族の方にお申し支援方法を考えたり、必要に応じ関係機関と相談し対応しています。		
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	調理方法や行事ごとについて教えていただいています。家事を中心に利用者のやる気を引き出すようにしています。		

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	
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	家族と日頃から面会に来られた際、利用者のことについて話したりコミュニケーションを多くとっています。施設で対応が難しい場合など家族の方にお願ひしたり、又その逆もあります。			
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	今まで自宅でされていたように、馴染みの方が来られたり出かけられたりしていただいています。散髪を家族協力のもの馴染みの所へ行かれたりしています。	入所時のアセスメントで、馴染みの関係を把握している。馴染みの関係継続のための積極的な支援は行っていないが、家族の協力で以前住んでいた家を訪問したり、友人が事業所へ遊びに来ることもある。		
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	孤立しないよう職員は心がけています。会話が自然とできる様、2～3人で作業などをしたりし、工夫しています。			
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	利用中と変わらず、挨拶したり会話をしています。知っていることを伝えたりと働きかけています。			
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	月1回利用者の意見や希望を聞く場「寄合」を行っており、その際、希望などを聞いています。日頃の何気ない会話から把握することもあります。実現困難な場合は検討したり、家族に相談したりしています。	月1回行う「寄合」で、利用者の、行きたい場所、食べたいもの、やりたいこと、等を聞いている。寄合の場で意見が出にくい利用者や意向が把握しにくい利用者は、寄合前に紙に書き出す等の工夫をし、個別に希望を聞いている。日頃の会話から希望や意向を把握し、ミーティングを通じて職員間で共有することも多い。		
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・面会時の家族への聞き取りをしています。本人からも聞き取っています。			
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	日々の記録や過ごし方を記録し、引き継ぎ時話し合い、職員全員が情報を共有しています。日々の変化(体調・精神面など)も話し合い、処遇につなげています。			

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
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	6ヶ月～1年間隔で介護計画書を作成。家族からの意向・意見・希望等を聞き、医療面では主治医と相談し計画を立てます。 月1回はモニタリングをし、記録に残しています。	利用者や家族等の意見や希望を聞きながら、基本的に半年に1回のペースで介護計画を立てている。 月1回のモニタリングを行い、顕著な変化が生じた場合は、その都度介護計画の見直しを行っている。	
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	利用者の状態を随時記録し、ケアプランに反映させています。		
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	入院などで空室があれば入所までになじめるよう、ショートステイを利用してもらっています。		
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	敬老会、クリスマス会、音楽クラブの会などでは地域のボランティアの方に協力していただいています。		
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	利用者・家族の希望により、入所前からのかかりつけ医を入所後もかかりつけ医としている方もおられます。事業所の協力医は2週間に1回の往診もしている。緊急時は携帯電話に連絡し指示をもらえる。	入所前からのかかりつけ医への継続受診が事業所の協力医への変更かは、利用者と家族の希望により選択できる。 家族の付き添いで受診することが多いため、かかりつけ医との情報の共有は口頭もしくは書面で行っている。 協力医である内科以外でも往診に繋がった事例がある。	
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	協力医療機関の看護職に相談し、健康管理や医療活用の支援をしています。 同事業所内のデイサービスの看護師にも相談ができる。		
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。	協力医療機関の看護職に相談する。医療機関と連携をとっています。 入院中には面会にも行き、状態など把握に努め、退院後の対応など情報を共有したりしています。	本年は入院対象者がいなかったが、入院があった場合は、面会時に、医療機関の看護師等と情報交換を行っている。 退院時には退院後の生活についての注意点などの情報共有に努めている。	

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
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	入所時に「終末期看取り等についての事前確認書」で利用者・家族の希望・意向を確認、状態変化時には、希望・意向を再度確認します。 同法人の他施設や入院など意向を再確認後、職員・協力医と話し合い、ケア方針の意見をまとめ介護をしています。	入所時に、利用者や家族の希望・意向を聞き、事業所のできることで、できないこと、他施設への入所等も含め、文書により確認を行っている。また、状態や状況が変化した場合も繰り返し確認を行っている。 近年、利用者の平均介護度が上がってきており、事業所として重度化や終末期に向けた支援方法や体制の確立に取り組んでいる状況である。	
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	マニュアルに基づき勉強会で再確認をするようにしています。		
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	通報訓練、昼・夜間想定避難訓練、地震避難訓練を行っています。地域の人々への協力を得られるような働きかけは行っていません。 消防署の協力を得て火災訓練の実施やアドバイスをいただいたりしています。	併設のデイサービスと合同で、昼夜共に想定した火災及び地震の避難訓練を行っている。 事業所から地域への協力依頼は行っていないが、運営推進委員会の場で民生委員より、地元住民の避難場所としての利用について提案があった。備蓄については、法人本部での対応となっている。	
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	命令的な声かけはせず、利用者の誇りを傷つけないよう努めています。 傾聴するよう努力しています。	法人全体で行われる委員会活動の中の研修内容を、事業所の職員に伝達することで、プライバシーの確保や人格の尊重について周知を図っている。 親しみの表現が失礼になることのないよう、職員間で注意しあえる環境づくりに努めている。	
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	常に利用者主体を心掛けて支援し、その方にあった働きかけをしています。「本人が決める」を続けられるよう些細なことでも「どちらがいいですか?」「今やりたいことは?」などと尋ねるようにしています。		
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	その人の生活習慣や嗜好を職員それぞれが把握し共有し実現するようにしています。ゆっくり過ごしたい人、見たいTV、趣味や勉強(脳トレ)、運動など見極めるよう努力しています。		

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
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	汚れ、食べこぼしなどは気づいたときにそと声かけをし支援しています。好みを把握するために一緒に買い物に行ったりしています。毎日の服も一緒に選ぶことも時折しています。		
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	献立は法人内特養の栄養士が計画。月1回の寄合で出た希望メニューを取り入れたり、その日その時に食べたいものに変更することもあります。時折、買出しに行き、食べたいものを購入したり、下ごしらえ・盛り付け・配膳など、それぞれがやる気になったこと・やりたいことを協力し合い準備をすすめています。	月1回で開催される「寄合」の中で利用者から出された要望をメニューに反映している。 当日の急な要望にも食材と相談しながら可能な限り対応している。 食材の買い出しに出ることもあり、皮むき等の下ごしらえは利用者とともに日常的に行っている。 家族や地域の住民から野菜等の差し入れもあり、調理して提供している。 職員と一緒にテーブルに並んで時間を共有しており、咀嚼・嚥下のタイミングを見ながらの声かけをしている。 天気の良い日は気分転換を兼ねて敷地内のテラスにて食事を摂ることもある。	
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	献立は法人内特養の栄養士が計画。水分は常に摂れるようホール内にポットを置き、自由に飲めるようになっていきます。 10時・15時・食事時・入浴後・外出後は必ず湯のみ1杯飲んでいただいています。 体重測定は月初めに行っています。		
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	毎食後うがい・歯みがきの声かけをし見守りや一部介助を行っています。		
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	その方に合った時間に声をかけトイレ誘導をし、パット内で出てしまわないよう、トイレの声掛けのタイミングを考え、対応しています。	誘導時は、個人の意思を尊重した無理の無い範囲での声かけを行っている。個別の排泄チェック表にてパターンを把握し、自然なサイクルでの排泄支援を心掛けている。ポータブルトイレからトイレ利用へと移行できた事例が確認できた。	
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	食べ物や水分量に気をつけて対応しています。例えば、冷たい牛乳やヨーグルト・食物繊維の多い食材など。便秘解消体操などとしています。		

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
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	希望に応じていつでも入浴できるよう配慮している。毎日入浴も希望に応じてできるようにしています。月に2～3度は温泉の湯でゆっくり入浴して頂いています。	浴室は個浴式で、週に3回の入浴を基本としながらも、都度にご利用者の意向を伺っている。要望によっては夜間帯も含めて随時の入浴が可能であり、火・木・土曜日の午後は、併設のデイサービスにある天然温泉が利用できる。石鹸やシャンプーの持ち込みも可能である。	
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	生活習慣にそれぞれ合わせて対応しています。昼食後は昼寝をしてもらい休憩をとってもらいます。夜には気持ち良く眠れる環境を作っています。(室温・布団など)		
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	医師の指示通り服薬。処方箋を見て、副作用の確認を行う。薬が変更になった場合は引き継ぎして状態変化ないか気をつける。		
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	月1回利用者の要望・意見を話し合える場をもち、実践している。日々の会話からも引き出すようにしている。		
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	食材の買い出しや衣服など希望があれば、随時対応。初詣・花見・季節を感じるドライブなどしています。	誕生日等には家族と共に外出される方もおられ、併設のデイサービスの行事への参加や、敷地内にあるプランターへ野菜の収穫に向かっている。町の広報誌や地元の職員などから地域行事の情報は得ているが、今年度は参加できていない。地域の図書館や、食材の買い出しへは少人数単位で行っている。	月1回の利用者の「寄合」では個人の要望が抽出される仕組みが出来ているが、利用者の身体状況や人手不足などの要因のため、外出の範囲や人数も限られてきている。それらの個別援助に向けて、「運営推進会議」などを活用し、発信することで、家族や地域のボランティア等と協同し、継続されることを期待したい。
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	施設側で預かっています。施設内で売店をしたり、買出しの時に出し、お金を使うようにしています。		
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	希望あるたび、対応しています。		

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
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	季節の花を職員が持ってきて利用者に生けてもらい季節感を味ってもらっています。 季節感を味わってもらうためエアコンを入れるタイミングを工夫しています。	廊下には飾り棚が多く、所々に日常の写真や手芸などの作品や花が飾られており、日常の余暇活動の様子が覗える。また、食堂の横には和室もあり、柔らかい採光や木の質感と相まって落ち着いた雰囲気が感じられる。 トイレの看板や、掲示物の位置や文字も見やすく配慮されている。	
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	ホール以外に北側の窓際にテーブルを設置したり、職員が見えない場所を確保しています。ソファーやテーブルでそれぞれよく話をしたりして思い思いに過ごされています。		
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	家族に今まで使っていたものをできるだけ持ってきていただくよう伝えています。居室内の物の配置は利用者と相談して決めています。居室内に家族との写真を貼っています。	従来からの家具や家族の写真などが持ち込まれるなど、要望に沿った部屋作りを本人・家族・職員で協同している。趣味の物や作品も多く飾られており、個性が感じられた。 居室玄関には職員の手作りの表札が立てられている。	
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	トイレは手すりをつけたり居室内で干せる物干しを使用したり、出来る限り自分で出来るよう配慮しています。		