

### 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	2891500080		
法人名	社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団		
事業所名	五色グループホーム		
所在地	洲本市五色町都志大日707		
自己評価作成日	平成31年1月15日(火)	評価結果市町村受理日	令和元年5月17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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ兵庫福祉調査センター		
所在地	尼崎市南武庫之荘2丁目27-19		
訪問調査日	平成31年2月22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)】

洲本市五色健康福祉総合センターの敷地内にあり、診療所や特別養護老人ホーム、運動センター等と隣接した敷地内に立地し、総合センターの機能を存分に活用できる利点があり、また医療機関への体制や緊急時の応援態勢は速やかにできる。五色グループホームでは、運営理念「明るく元気な笑顔を絶やさずに」に基づいて、希望の個別外出を中心とし、個々の利用者の方々が暮らしてきた地域とのつながりを大切にしている。利用者、家族、職員が「笑顔」の絶えないホームを目指している。定員が9名のグループホームであり、明るい陽射しと静かな環境の中、アットホームな雰囲気ですれぞれが役割を持って暮らしている。

【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)】

当施設は緑に囲まれた洲本市五色健康福祉総合センター内のグループホームであり、近隣には別法人の、五色診療所、2階には健康道場が位置し、同センター内の特別養護老人ホームやデイサービスとの交流の機会も多いグループホームである。理念は「明るく元気な笑顔を絶やさずに」に基づいて職員は日々ケアに当たっている。離職者も少なく落ち着いた支援が出来ている。利用者も要介護3以下の人々で明るく、大きな声の出ているホームで元気に過ごされている。

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)	○	2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの	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	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	運営理念を見えるところに提示し、常に意識づけをしている。職員会議では事業団職員倫理綱領を唱和し、その内容に基づいた支援を心がけている。	事業団の理念は玄関に、事業団職員の倫理綱領はスタッフルームに掲示している。職員会議では倫理綱領を唱和し、その理念を共有し日頃のケアに活かしている。理念は施設開設後変更はしていない。	
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人として日常的に交流している	買い物や初詣など個々の利用者が生活していた地域へ出かけ、出先で近所の方と話す機会もある。五色・サルビアホールやひろいしの里の行事に参加し、コミュニティカフェ「いっぶく」へ出かけて交流を図っている。ボーイスカウトとの交流や地域のサロンを施設内で実施し、交流を行った。	ホームの近隣に住宅が少ないという地理的な環境からか町内会には加入していない。しかし、ボーイスカウトのボランティアが来所し「歌・紙芝居、などをしてもらったり、逆にこちらから地区公民館での「コミュニティカフェ」や五色・サルビアホール等へ参加するなど地域との交流は適宜図っている	
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	トライやるウィークの受け入れ、施設内での地域のサロンの開催、ボーイスカウトとの交流を通して認知症高齢者と触れ合う機会を事業所として作っている。		
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	2か月に1回会議を実施し、利用者の家族や民生委員の方から意見・アドバイスをいただきサービスに反映している。その経過を職員会議で報告し、職員間で情報共有すると共に、センターでのサービス向上委員会でも課題を検討し、サービスの質の向上に努めている。	2か月に1回年6回開催している。メンバーは家族代表、行政、利用者。地域住民代表、ホーム職員である。結果は職員会議で報告し、ケアに活かすようにしている。議事録は内部用に作成するが一般に公表していない	会議で出た検討課題や検討内容などは今後のホーム運営の貴重な情報となるものです。関係者の間で情報を共有し、今後のホームの運営に活かしていくために、せめてご家族には会議録を配付することが好ましい。
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	運営推進会議に出席していただき実情を報告している。その他事故報告や介護保険制度について分からないことなど、担当者と連絡を取り合っている。	市とは運営会議での協議をはじめ、制度の変更や課題対応への助言伺い等で適宜連携を図っている。方法はメールが多い。市職員の研修でホームを使ったことはないが見学は多い。	
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	玄関と裏のドアに鍵を掛けていないため自由に出入りできるようにしている。職員は身体拘束についての研修に参加している。利用者の不安な様子がみられた場合は付き添うなどして抑制をしないことを職員が周知徹底している。	研修は年2回実施している。それ以外にも「身体拘束廃止委員会」を3か月に1回開催し身体拘束の実態把握や廃止に向けた検討をしている。ベッドに転落防止用の低い柵は設置している。利用者が一人で外に出ようとする場合は職員と一緒に付き添っている。家族から拘束の要望があった場合は拘束しない支援方法を伝えている。	
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	年2回、高齢者虐待防止に関するアンケートを実施した。アンケートの結果を職員間で周知し、振り返りを行っている。利用者の行動障害への抑制はしないことを会議で話し、虐待をしていないか確認をしている。センターでの「虐待防止」の研修に参加している。	虐待防止に係るアンケートを実施しその結果を基に職員間で話し合いを持った。虐待は意識の問題が一番大きいので意識付けが肝要と思っている。ストレスがたまらない様に意思疎通を図りながら目配りにも注意している。「虐待防止委員会」でも虐待をなくす取り組みを検討している。	

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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
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	利用者のなかに、日常生活自立支援事業を利用している方がいて、職員全員が学びの機会としている。権利擁護の研修に参加し、他の職員に伝達研修を行っている。	利用者の中に日常生活自立支援事業を利用している人がいる。外部研修に職員が参加し、後日職場で皆に伝達研修を行い職員の理解を深めるようにしている。その他適宜司法書士にも相談するようしており、家族からの問い合わせには対応できるようにしている。	
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	入居時は、管理者より「重要事項説明書」の説明を念入りに行い、同意のもと入居いただいている。医療が必要になった場合などの説明もしている。	入居時に重要事項説明書等を中心に説明し理解をえているほか、重要事項説明書は職員にも説明している。改定時には利用者・家族にその根拠等を示し十分に説明し、納得を得ている。重度化や看取りに関してもホームの対応範囲について丁寧に説明している。	
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	運営推進会議をはじめ、苦情受付窓口などを設置し、事業所には意見箱を設置している。利用サービスについてのアンケートを実施し、アンケート結果や要望の回答については事業所内に掲示した。アンケートの結果を職員会議等で話し合うなど、周知し、支援内容を見直す機会とした。面会時にコミュニケーションを図り、意見や要望を伺うようにしている。	入居時にご本人や家族の要望・意向の確認を行っている。また、運営会議に家族代表に入って頂いており意見をお聴きしている。家族会議はないが年1回家族との懇談会がある。その他意見箱を設置したり来所時の意見交換などで家族の意向を把握するように努めている。ホーム以外の市などに対しても意見が言えることはお知らせしている。	
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	月1回の職員会議やあったかサポートの評価の際、職員にフィードバックを行い、管理者と意見交換し、疑問点や検討内容について話し合う機会を設けている。また、その内容を運営に反映している。また、年3回職員と管理監督職が面談を行っている。	月1回職員会議で各々の担当に関する連絡や問題点の検討を行うことにより、サービスの質の向上や職員の福利厚生について意見交換している。その他、年2回の「あったかサポート推進委員会」で管理者との話し合いの場もある。職員提案で、部屋の日当りを良くしたり環境改善(靴を履き替える)などが実現した。	
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	「人事考課制度」により自己評価および自己の課題を整理し、管理監督職との面談を行っている。契約職Ⅱの職員については上司との面談および、給与規定に従い、資格取得を奨励している。		
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	五色・サルビアホールで行われている研修会に毎回1名以上参加し、学んだことを他の職員に伝達するように取り組んでいる。また、外部研修にも参加している。		
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	グループホームひろいしの里との交流や情報交換、五色・サルビアホール内での研修や行事の参加等を通じてサービスの質の向上に努めている。淡路島内のグループホーム連絡会に参加して情報の交換を行っている。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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>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	利用者に関わる際には、不安なこと、要望などがないかを日常の会話を傾聴し、職員間で情報の共有を図っている。また、利用者同士の会話も傾聴するよう心がけている。		
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	入居した翌日には様子を家族に電話で連絡をしている。面会時に意見や要望などについて会話の中から伺うようにしている。個人個人の生活歴の聞き取りを行い、ご家族の思いをくみ取るようにしている。		
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	面接の資料を基にアセスメントシートを作成し、入居していただけるかの判断を行っている。入居が困難な場合は、他のサービスを説明している。		
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	人生の先輩として調理や家事などの知恵を職員が教わり、手順は職員が伝えるなど協同作業を中心としている。		
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	本人の意向に応じられるよう、家族と職員が相談しながら、満足感が得られるようにしている。こまめに本人の気持ちを家族に電話、毎月のお便りに記載している。		
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	コミュニティカフェ「いっぶく」への参加やひろいしの里やサルビアホールに出向き、顔なじみの人との交流を図っている。また、出身地の神社への初詣や墓参りへの外出を実施している。	ご本人の人間関係については普段の本人・家族との会話の中で把握しており、買物、お墓参り、花見など機会を捉えて馴染みの場所へお連れしている。また、七夕など他施設の行事に参加したり、施設に地域の人を招き交流している。	
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	気の合う利用者同士を見極め、食事の席や外出などのメンバーに配慮して良好な関係を保っている。また、文化祭の作品作り、手作り昼食・手作りおやつを全員で協力して行う事で、コミュニケーションが図れるように取り組んでいる。		
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	共に生活をした利用者が退居した場合、家族の許可を得て入居先に訪問し、交流している。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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>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	事業団の取り組みとして「夢を叶えるプロジェクト」を実施し、やりたいことを聞き取り、実現に向けて家族の協力も得ながら取り組んでいる。また年1回利用者へ希望アンケートを行い、本人の思いを職員間で共有している。	日々の関わりの中で本人の意向を把握しているが、特に事業団が取り組んでいる「夢を叶えるプロジェクト」は入居者の希望を引き出すのに効果をあげている。また、本人からアンケートをとり職員で共有する一方ご家族にも結果を送付している。	
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	面会時や担当者会議などで家族に生活歴について尋ねている。「趣味」「こだわり」などはフェイスシートを作成し、ケアプランに反映している。		
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	日々の状態を記録に残し、状態の変化がわかるようにしている。毎朝の申し送りで当日の勤務者に申し送っている。毎月の職員会議で利用者の変化について話し合う機会を設けている。		
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	利用者と家族に意見・要望を聞いたうえでスタッフの意見も反映しながらケアプランを作成している。状態に変化がみられたときはモニタリングをしてプランを変更している。	入所時に本人・家族・ドクターよりの情報を集めて職員とケア会議をし介護計画を立案している。モニタリングは毎月し、体調に何か変化があれば即修正している。家族に説明し、サインを得ている。	
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	日々の業務日誌に状態・変化を記録している。また、介護計画のモニタリングに反映し、見直しが必要かどうかを検討している。		
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	デイサービスや特養、グループホームひろいの里へ出掛け、ボランティアとの交流や行事に積極的に参加している。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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
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	地域の図書館や美容院の利用、スーパーマーケット・衣料品店等への買い物、公園散歩等の希望に応じている。		
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、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	協力医療機関は近くの診療所で緊急時はすぐに受診できる体制である。入居前のかかりつけ医を希望される方は聞き入れている。身体状況によって往診が必要な場合は家族からの同意を得ている。	かかりつけ医は入所時に本人・家族・ホーム間にてよく相談し決めている。現在従来のかかりつけ医が9名であり、内科系は月一回の受診、歯科は要望により受診している。受診には看護師が同行し、状況把握に努めている。	
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	日々の体調の変化や緊急時など看護師と相談し、情報を共有している。必要時は迅速に受診が行われるよう連携を図っている。また、夜間の緊急時には看護師に連絡し、相談する体制ができている。		
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。	受診時に、個々の利用者についてこまめに状態報告し、かかりつけ医と連携している。入院時に渡せるように看護サマリーを作成している。入院した場合は面会や定期的に病院の医療連携質と連絡をとり、退院に向けての話し合いを行っている。	入院時にはホームより本人の情報を提供している。入院中は面会に何度も足を運び状況を確認している。病院とは医療連携室とよく連絡を取り早期退院へと努めている。	
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	入居時家族に急変時の対応や重度化対応指針について説明し、同意を得ている。また、状態に応じて医師・看護師・家族との連携を密にしている。ターミナルケアについてのマニュアルを作成している。	入所時に本人・家族に対して「重度化した場合に於ける対応の指針」に基づき、ホームとして出来る事、出来ない事を十分説明し同意を得ている。実際重度化した場合に再度家族・ドクター・看護師とホーム間にて話し合い方針を統一しより良い方針に努めている。	
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	救命救急研修など、五色・サルビアホールの研修に参加している。緊急時の対応に備えてAEDの使用方法について五色グループホームで研修を実施した。		
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	年2回健康道場と合同で防火・避難訓練を実施し、避難経路や避難方法について確認している。訓練内容は火災に加え、土砂災害や地震想定も行い利用者も参加し訓練を実施している。	年2回4階の健康道場と防火・避難訓練を実施している。訓練は火災・土砂災害・地震・想定で廻りに住民がいないため、グループの協力が是非必要である。その為グループの防災・防火対策部会が有り共同にて年2回訓練を実施している。又地域の消防団との協力にも努めている。	

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	接遇マナーのマニュアルを供覧し、目の届くところに保管している。利用者のプライバシーに関することは大きな声で話さず、居室で話をするなど配慮している。また、法人であったかサポートと呼ばれるチェック表を用いて、職員が利用者本位のサービスが実践できているか、自己評価を行なっている。	接遇によるマニュアルにて研修し、利用者を人生の先輩と考え、尊厳とプライドを損なわないように、声かけ等に特に注意しケアに当たっている。何か問題があれば職員間にて注意し合える関係が出来ている。「利用者への声かけについて」アンケートをとりまとめ職員へフィードバックしている。個人情報関係の書類はカギのかかるロッカーに保管している。	
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	日頃の会話のなかで希望を傾聴している。「～ませんか」と言葉かけを行い、自己決定できるように話を進めている。		
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し、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	利用者や家族の意向を尊重し、無理強いせず、その方のペースに合わせた生活をしている。日課はなく、職員がその時々に合わせて対応をしている。		
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	衣類を買いに出かける、好みの服を選んで着る、化粧をするなど、その方に合ったおしゃれをしている。職員は衣替えを行い、季節に応じた衣類の準備を行っている。		
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	食事の食材と副食は五色・サルビアホールへ取りに行き、ご飯炊き・汁物作り等の簡単な調理はホームで行っている。準備や後片付けは利用者と職員と一緒にやっている。食事前にはメニューの説明を行い、食が進まない人への言葉掛けも行っている。行事として利用者の希望した手作りおやつと手作り昼食を月1回行っている。	食材とメニューは本部のサルビアホールに取りにいき入居者が盛りつけ等をし全員にて協力している。食事は職員が献立を説明し「いただきます」の声と共に食している。職員は食事は別ですが一緒に食事を進めている。外食も回転寿司や近場のレストラン等へ出かけている。又月1回手作り昼食と手作りおやつデーも行っている。	
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	基本的なメニューは栄養士が作成し、カロリー管理を行っている。食べやすいように食事形態はその方に合っているかどうかを見極めながら提供している。指導が必要な場合は医師と連携し看護師が健康管理を行っている。食事・水分・排便チェック、毎月の体重測定は全利用者を対象として行っている。		
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	毎食、口腔ケアの言葉かけをし、介助が必要な利用者は職員が一部介助をしている。また、義歯装着者は毎日ポリドントを実施している。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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
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	24時間のおむつ使用者なし。一人一人の排泄パターンを把握し、特にパットを使用している利用者に対しては、1～2時間毎にトイレに行くよう言葉かけをして誘導している。夜間、居室にトイレのない方は、自分で排泄出来るようにポータブルトイレを設置している。	排泄チェック表より個々のパターンを把握し時間少し前にそれとなく自立に向けてトイレへと誘導している。現在自立者は4名、昼・夜布パンツと紙パンツで過ごしている。現在トイレ付き居室は4部屋その他はポータブルトイレを設置し自立した排泄が出来る様にしている。	
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	便秘の方は少ないが、生活のなかで運動量・水分量を増やしたり、腹部マッサージ(摩る・温める)をして自然排便を促している。		
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	入浴は利用者の希望に添って実施できる体制とし、個別入浴で週2回は入浴できるようにしている。また、入浴台などの福祉用具を使い、利用者の状態に応じて支援している。湯の温度や脱衣場と浴室内の温度調節に留意している。	入浴は週2回、体調により回数には柔軟に対応している。シャワー浴・清拭も有り季節により袖子湯・菖蒲湯も有り季節を感じ、リラックスして入浴して頂いている。拒否者には人・時間・日時を変えて対応している。水虫対策として入浴時のフロアーマットを個々に変える様にしたい。	
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	日中の活動を充実させることにより、夜間の安眠につなげている。日中も本人のペースで居室や食堂のソファで過ごしたり、食後は炬燵で横になって休めるように配慮している。		
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	個々の薬は薬局で個別包装にしている。朝夕と日にち毎に看護師がケースに分けている。ケースに分けた薬は職員が服薬前日に確認している。服薬マニュアルを作成し、服薬援助には細心の注意を払い、飲み込みまで確認している。服薬説明書と飲んでいる薬をファイリングし、周知できる場所に保管している。		
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	生活歴やアンケートから本人の趣味や日課を継続できる環境をつくっている。散歩、買い物、レクリエーションなど積極的にしている。また、好きな食事の聞き取りを行い、手作りを行っている。		
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	個別の希望に合わせた外出、家族・知人からの情報による外出を行っている。また、急な要望の外出についても、即時に対応できる態勢を整えている。天候の良い日は屋外を散歩して自然とふれあう機会をつくっており、外出データは毎月集計している。	利用者の体調天候に合わせて、日常は近くのサルビアホールや買い物、図書館等へ出かけ、遠出は花見・ウエルネス公園や家族の協力で墓参り・食事等に出かけ、外気浴・季節感を感じている。外出は月ごとに外出データを集計し、意識と機会を増す様に支援に努めている。	



自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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
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	現在自己管理している利用者がある。管理に関しては入居時に家族と相談している。買い物の際は職員が見守りながら入居者が代金を支払うようにしている。		
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	希望があればいつでも手紙や電話をしている。また、伝言を頼まれたときは家族へ連絡している。		
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	共用の空間には所々にソファを置き、日当たりが良く、外の景色も見られるよう配置している。冬は炬燵を設置している。テーブルには季節の花を生けたり、玄関前には花を栽培するなど生活観のある演出を心がけている。また、正月飾りや五月人形を飾るなど、季節感を取り入れる工夫を行っている。	リビング兼食堂は広く・明るく・清潔で窓越しに近くの山々が見渡せ自然一杯の場となっている。一角には畳の間が有り、利用者がリラックス出来る場となっている。玄関には色とりどりの花が咲いたプランタンが置かれ季節感を醸し出している。又室内の壁にはイベントの写真や利用者の習字・イベントの表彰状が飾られ思い出のコーナーになっている。	
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	ソファのレイアウトを工夫し、一人で過ごせる場所を確保している。畳で横になる方やソファで寛ぐ方、冬は炬燵を設置するなど、利用者ごとに落ち着く場所が出来ている。		
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	居室に写真を飾ったり、好きな物を置いたりして、居心地の良い空間づくりに努めている。希望により冷蔵庫やテレビを置いて馴染みの空間作りを行っている。居室のレイアウトも自分で移動しやすいように、また、プライバシーが確保できるように配慮して家具等を設置している。また、入居前から使用していたゲーム機や携帯電話を使用出来るように配慮している。	居室はホームの設置したベット・ナースコール・タンス・空調以外は家庭にて使い慣れたテレビ・冷蔵庫・仏壇・ゲーム器・家族の写真等が持ち込まれ居心地よく過ごせる落ち着いた空間になっている。	
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	トイレには張り紙をしてわかりやすくしている。物の場所を変えて混乱させないように定位置(目につきやすい場所)に戻すことを徹底している。使用物には名前を書いて自身が選べるようにしている。居室ドアには自分の部屋と分かるように、目印となる写真等を貼っている。		

自己 三者	項目	自己評価	第三者評価	
		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



















