

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	2892300050		
法人名	社会福祉法人 寿光会		
事業所名	グループホームりんどうの里		
所在地	兵庫県三木市志染町四合谷字伊賀ノ垣341番地		
自己評価作成日	平成26年6月30日	評価結果市町村受理日	2014年 8月 28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.hyogo-kai.go.com/
----------	---

【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 福祉市民ネット・川西
所在地	兵庫県川西市中央町8-8-104
訪問調査日	平成26年7月3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)】

利用者を地域で暮らす生活者と捉え、地域の人々との交流や外出の機会を積極的に行っている。地域のボランティアの方にレクリエーション(健康体操・尺八演奏・オカリナ演奏・指編み教室等)で来ていただいたり、併設の特別養護老人ホームの利用者、近隣の老人会、保育園、幼稚園、小学校の子供たちや地域の人々の交流行事等(芋掘り・運動会・芸術観賞会・クリスマス会など)を積極的に実施している。中でも、市立の美術館にも足を伸ばし、地域の文化・芸術に触れる機会も設けている。又、回想法として正月・節分・お盆・地域の春祭り・お彼岸・餅つき等を行い、帰宅願望が強く出た際も外出に寄り添い、認知症の進行が緩やかになるよう暮らしていただいている。医療面においては、併設の特養看護師との24時間オンコール体制と協力医療機関との連携による健康管理を行っている。

【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)】

開設して3年が経過し、職員の意識向上も図られつつある。帰宅願望の強い利用者も鍵をかけて閉じ込めるのではなく、外出に寄り添う。携帯電話の使い方がわからなくなり、トラブルが発生しても取り上げることなく、根気よく支援するなど、利用者の要望を優先するケアに努めている。また、入院期間が長くなると認知症が進むことを職員が理解し、早期退院に努め、受入体制を整えている。便秘気味な人に安易に薬を投与して改善を図るのではなく、野菜ジュース、ミックスジュース等を手作りして飲んでもらうなど、ひと手間かけ、医療に頼り過ぎないことを心がけている。同一敷地内に特別養護老人ホームが併設されており、看護師との24時間オンコール体制など、協力が得られることにより、利用者、家族、職員共に安心感がある。

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	者三	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	毎月ユニットごとに目標を決め、朝礼時には法人理念を唱和し、理念及び目標の実現を目指している。	法人理念を事業所理念としている。具体的に説明する機会はほとんどなく、振り返りやケアと照らし合わせてみることも個々に行っている現状である。毎月ユニット毎に決めている目標は具体的に、職員の目指す方向として身近なものである。	法人理念を実現するための事業所独自の理念を、職員皆で考え、具体的でわかりやすいものを作成されることを期待する。
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員として日常的に交流している	近隣の幼稚園・小学校、地域の行事に参加し、法人内の行事にも参加していただいている。また、市立の美術館や公園にも足を伸ばしている。	事業所が民家と少し離れた所に位置しており、散歩中に農作業をしている人と挨拶を交わす程度である。自治会への加入もない。近隣の幼稚園、小学校とは運動会、音楽発表会に招待されたり、事業所の畑で幼稚園児と利用者がジャガイモ堀を楽しむなど親しく交流している。	地域住民にグループホームに関心を持ってもらえるよう、介護教室を開いたり、認知症サポーター養成講座に協力するなどの取り組みをしてみてもどうか。
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	少しずつ家族の方には理解してもらえてきている。認知症の混乱の中にいる入居者の帰宅願望に付き添い、地域の方々に認識してもらい理解してもらえるよう取り組んでいる。		
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	会議に参加している指導監督職は内容を把握しているが、議事録を全職員が熟読できていないため、グループホーム会議で補完説明してサービス向上に繋げている。	利用者、家族、民生委員、三木市中央地域包括支援センター職員、キャラバンメイト、精神科医等が出席している。離苑者の対応について、特養の宿直者にもグループホームの利用者の情報共有をすべきとの意見が出され、連携体制を取るきっかけとなった。意見をサービスにつなげている。	
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	入居状況の報告や、事故報告書を市の介護保険課に提出し、運営推進会議には中央地域包括支援センターの職員に参加していただき、日常生活の様子を報告したり実際を見学していただいている。	三木市高年福祉課主催の「三木市高齢者ケア研究会」に参加するようになり、交流のきっかけとなった。グループホーム合同会議を開催し、市担当者に出席してもらうなどして、協力関係を築く取り組みを積極的に行っている。地域包括とは情報交換や研修等、良い協力関係にある。	
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「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	原則、在宅生活と同じように必要最小限の玄関の施錠を行っている。入居者の要望や周辺症状に合わせ、外出に付き添うようにしている。今年度からは法人の『抑制廃止・マナー向上委員会』にも参画している。	法人が毎月開催する「抑制廃止・マナー向上委員会」に参加して学んでいる。日々のケアにおいては管理者が言葉かけ等について、注意を促している。ユニット職員1名体制時、玄関の施錠をするが、勝手口を開錠し、閉じ込め状態にはしていない。	
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	毎月法人内で行われている『抑制廃止・マナー向上委員会』に参加し、意識を向上させている。また外部研修参加も検討しており、さらなる質の向上を目指している。	特に研修は行っていないが、職員同士で話し合っている。夜勤時に虐待につながりそうな行為があった場合、管理者が注意を促し、対応についてのアドバイスをしている。職員間で食事会をするなどして、職員のストレスを発散し軽減を図っている。	

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
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	昨年度は研修を受ける機会があったが、現在は1ユニット内に成年後見制度の利用者があり、後見人と連携を取っているが、他方のユニットは接点なく職員の異動もあって、理解が薄れている。	成年後見制度を利用している人があり、職員は概要を理解している。相談があれば管理者に連絡し、専門機関につないでいる。資料は特養に設置している。日常生活自立支援事業については理解に至っていない。	日常生活自立支援事業について、運営推進会議等を利用して、民生委員、家族等も含めて勉強会を実施されてはどうか。
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	契約書・重要事項説明書について説明し、同意いただいた上で契約締結し、入居となる。	医療面において、特養の看護師と24時間オンコールの体制があること、重度化した場合、特養と連携して支援できることなどを説明している。理解、納得を得て契約している。改定等の際は書面を配布し、説明会を開催して説明している。	
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	面会時に利用者の現状を報告し、家族の要望や意見を聞き、コミュニケーションを取っている。他にもケアプラン作成時には面談や電話連絡を行い、本人と家族の意向を反映させている。	それぞれ個別のケアについての意見、要望はあるが運営に関する意見はあまり聞かれない。職員の異動が多いのではないかとこの意見があり、法人に伝えている。	家族アンケートを実施してみられてはどうか。
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	今年度よりユニット毎の会議をグループホーム全体の会議に改めて開催しており、サービス検討会議とともに職員の意見の反映の場としている。	グループホーム全体会議で聞いている。個別に直接管理者に言うこともある。誕生日のケーキを購入するのではなく手作りにしたり、家族も参加の花火会をするなど、ケアに関する提案が多く出され、実行している。	
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	職員に分かりやすい就業規則等の整備を行っており、職員研修(新人と希望者対象)でも説明し、質問に答えている。		
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	法人内外の研修参加の機会や資料配布を行っている。他にも介護保険認定調査更新の面接の立会等も行い、視野を拡げている。		
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	今年度より三木市高齢者ケア研究会に参加、他事業所との交流が進んでいくと思われる。		

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
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	本人が周囲との関係性を構築できるよう仲介したり、職員を頼れるようコミュニケーションを取るよう努めている。		
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	心配事や希望はないか、尋ねるようにしている。相談された時にはアドバイスをを行い、不安を取り除いている。		
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	入居前の情報と入居後の情報を把握し、適切な援助ができるように努めている。また必要に応じて病院受診も提案している。		
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	今まで本人が培ってきた経験を活かして家事を分担し、お互いを認め合える関係を築いている。		
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	家族と一緒に外出・外泊して頂いたり、定期的な病院受診や買い物等により今までと違った新たな家族間の絆を作ってもらっている。		
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	家族に本人の言動(思い)を伝えて、昔暮らしていた実家や土地に連れて行ってもらったり、知人が来られた際には再度来訪してもらえるよう働きかけている。	入居前に住んでいた家の近所の人が何人かまともって訪ねてくれたり、昔の趣味の仲間が来てくれたりする。家族が遠方の実家に連れて行ったり、麺類が好きな人を外食に連れて行くなどしている。来訪者がいつでも訪れやすい雰囲気作りを心がけ、馴染みの関係継続支援に努めている。	
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	話がし易いよう入居者との間に入り、コミュニケーションを取る支援をしており、食事時など席についていない方がいると、お互い心配して居室を訪ねられる姿も見受けられる。		

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
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	契約終了後も本人・家族の必要に応じ、他事業所利用に繋げる家族に対する支援を行った。		
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	本人の意向を尊重するように努めているが、困難な時には家族に生活歴を尋ね、ケアの検討をするようにしている。	新聞、チラシを一緒に見ながら会話をして昔の話聞き出したり、お風呂でおしゃべりを楽しみながら聞いている。困難な場合は、家族に生活・生育歴等を聞き把握するが、本人の思いかどうかの検討もしている。	
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	入居前の面接での聞き取り、入居後も本人・家族から情報を収集し、把握に努めている。		
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	一人ひとりの一日の状況(ケア記録)をPC入力し、職員間での情報交換により、現状の把握に努めている。		
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	ご本人・ご家族からの意見や、日々の記録を基にモニタリングを行い、計画作成担当者・担当職員・その他職員が話し合いを行い、介護計画を作成している。	半年に1回見直している。計画の実施状況を「ケアプラン実施表」で毎日チェックし、利用者や家族の意見を聞き取りはしているが定期的な評価の記録がない。計画は利用者一人ひとりのリスクを予測し、リスク回避出来るよう、全職員で統一した計画を作成している。	モニタリングの会議録や利用者、家族等から聞き取った意見の記録など、計画作成に至るまでの記録を充実させていきたい。
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	PC入力やチェック表に記入し、変化があればカンファレンスを行っている。		
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	本人が必要とする物品やサービスについての本人・家族との相談や、受診・入退院時の送迎や付き添いなど、都度発生するニーズに対して家族の協力も得ながら柔軟な対応を心掛けている。		

自己	者三	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
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	地域の近隣の医療機関・公園・お店等を利用したり散歩を行い外気に触れながら明るく楽しく生活していただけるよう支援している。		
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	法人の協力医療機関にかかっていたのが基本(連携し易い)であることを家族に説明しているが、希望や必要があれば自由に受診してもらった上で連携を取っている。	契約時に、協力医療機関である往診医について説明し、納得のうえ受診してもらっている。これまでのかかりつけ医継続を希望の場合は、利用者、家族の意向を優先している。緊急時も含め、日常的に安心できる連携体制を確保し、家族の安心につなげている。歯科往診の利用もできる。	
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	併設の特養と医療連携を図り看護職と、PC(ケア記録)で情報共有をし、適切な受診につなげている。		
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。	協力病院と提携、年々繋がりが強くなってきており、病院の地域連携室と情報交換して早期退院を実現している。	医療機関と協力医との連携が、徐々に深まり、速やかな連携が図られている。利用者個々の認知症状を踏まえ、治療のための情報の共有、早期退院に向けた柔軟な対応が可能となっている。そのためのリハビリ体制についても、事業所と医療機関の柔軟な協力体制が確保されている。	
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	家族と主治医、管理者と話しあう機会を設け、グループホームで出来ることの説明と家族の意向を聞きとっているが、看取りは未実施である。	入居契約時に、事業所の方針を説明し、その時点での利用者、家族の意向を聞いている。入院等の状態変化の際には主治医を交え、家族の意向や今後の治療方針等について話し合い、家族の思いを汲み取り不安をなくすことを重視している。現在、グループホームにおける看取りを希望している人がおり、今後、取り組む予定である。	
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	急変時の事故対応マニュアルがあり、内外の研修参加を促している。		
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	定期的に年に6回消防・避難訓練を実施している。地域との協力体制は未整備である。	総合訓練、DVD視聴、機器の取り扱い等併せて、法人合同による年6回の訓練を実施している。夜間想定も含み、利用者も一緒に参加し、日頃から危機意識を持つよう心がけている。法人としての福祉避難所の指定は受けているが、地域との連携体制は今後の課題である。	運営推進会議を通じた、継続的な地域への協力体制への働きかけを望みたい。

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
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	生活の場であることを意識し、声のトーンや居室への出入りの際のノック、入浴・排泄介助時の羞恥心への配慮を行う対応を心掛けている。	共同生活といえども、一人ひとりの個々の生活を主体とした関わりを重視している。利用者に対して大声で呼びかけたり、それとわかる声かけには気をつけ、側に座って声をかけ、意思確認をするように努めている。入浴や排泄時の羞恥心は、誰もが当然あるべきこととして配慮している。	
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	ゆっくりと会話できる雰囲気を作り、新聞やチラシ、テレビや雑誌を話題作りに使用して希望や思いを引き出し、実現できるよう取り組んでいる。		
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	行事・レクリエーション等、参加への声掛けをしているが、本人の希望・ペースを優先している。		
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	各居室に自由に化粧品の持ちこみは可能で、一人ひとりが身だしなみを整えられる様に配慮している。		
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	月に数回ある手作り料理以外にも、お菓子作りやケーキ作りにも参加してもらっており、食事の後片付けをライフワークにしている方もいる。	法人一括の業務委託となっているが、手作り料理の日は、利用者と共にメニューから、調理、後片付け等、一連の作業を協力して行っている。自分の役割として率先して携わり、やりがいとなっている人もいる。手作りおやつのお楽しみもできるだけ設け、一緒に楽しめる場を提供している。	
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	定期的な体重測定や毎食時の食事量チェックを行っている。又、テーブルにお茶を準備して自由に飲んでいただけるようにしている。		
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	主に夕食後、口腔ケアを行っているが、自立した方の状態把握が出来ていない。必要に応じ協力歯科医師の往診を受けている。		

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
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	排泄のリズム・パターンを把握することにより、パットの大きさを必要に応じて最小限にしている。その人に会った声掛けで拒否なくトイレで排泄できる回数も増えている。	自分からトイレに行けない人には、声かけのタイミングをみながら誘導したり、利用者の表情から察知するなど、できるだけ失敗を減らすように努めている。夜間は、利用者の習慣や意向を優先し、ポータブルトイレの利用や、職員が定時に誘導する場合もある。	
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	水分補給・バナナジュース・体操・散歩などで、自然な排便があるように心掛けている。それでも便秘の場合は併設特養の看護職員に相談し、下剤等で解消するように対応している。		
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ず、個々にそった支援をしている	1人ずつ入浴していただき、自分のペースで楽しんでもらえるよう支援している。毎日入りたい方には対応できていない。	概ね週に2~3回の入浴を目安とし、夏場は随時シャワー浴も行っている。一人ひとり個々に湯を入れ替え、好みの湯温を提供するなど、利用者のペースに沿った支援をしている。時には季節風呂を楽しんだり、職員とおしゃべりに、話しがはずむこともある。	
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	個々それぞれのタイミングで就寝・昼寝をされているので、それに合わせた支援をしている。日中の行事後などで疲労の見える方には臥床を促している。		
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	服薬内容変更時には、観察・記録し、変化がないかケース記録により情報共有している。また、服薬管理表で一人ひとりの服薬状況を把握できるようにしている。		
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	家事全般について、各々が出来ることを分担して行うことで意欲を持ってもらい、歌ったり外気浴をして気分転換をもらうなど、都度本人の思いを察知し支援している。		
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	希望に沿って外気浴・散歩を行っている。公用車で買物や公園にも出かけている。家族も本人と外食や温泉に行ったりされている。	玄関前の花壇や併設の畑の花の手入れや水やり、散歩が日課となっている。利用者からの要望により日常品の買物や鮎を買ってきて食べたり、近隣の公園にドライブがてら外出することもある。移動パン屋さんでパンを買うのを楽しみにしている人もいる。家族と外出、外食する機会もあり、協力を得ている。	

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
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	基本的には金銭の所持はしてもらっていない。買物希望があれば、立て替えて後日個人請求させていただいている。		
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、ご家族や知人と連絡が出来るようにしているが、現在自らやり取りを希望される方がいない。中には自身で携帯電話を所持、使用されている方もいる。		
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	ホールを中心に花を飾ったり季節に応じた飾り付け(手作り作品)を行っている。また、畳みを設置し足を伸ばして昔ながらに過ごせるよう試みている。	食卓テーブルを中心に、テレビコーナーやソファなど、おのおのに過ごせるスペースがある。さりげなく季節の花や、利用者合作の手作り作品が飾られ、利用者自身も楽しみにしている。感染症予防のための空調管理には注意し、快適な空間となるよう心がけている。	
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	食卓テーブルとは別に、テレビ前の空間にソファを設置し、思い思いに過ごせるような空間にしている。		
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	家族との写真や、使い慣れた思い出の家具などを置き、自立度が高い方には現有能力に応じた家具を配置するよう家族と相談し、安心していただけるよう工夫している。	馴染みの家具や身の回りの品に囲まれた環境が、利用者にとって落ち着け、安心できることを、理解、納得してもらうよう家族に働きかけている。気に入った写真や趣味の作品等を、身近に置いてもらっている。	
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	建物全体がバリアフリー設計であり、各所に手摺が設置されている。夜間は歩行のふらつきに備えて家具の位置を変え、安全に配慮している。		