

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1870300314
法人名	社会福祉法人 わかたけ共済部
事業所名	ラポールわかたけ
所在地	福井県越前市瓜生町33-15-1
自己評価作成日	令和 元 年 11 月 29 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	http://www.kaigokensaku.jp/18/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 福井県社会福祉協議会
所在地	福井県福井市光陽2丁目3番22号
訪問調査日	令和 元 年 12 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)】

当事業所は運営母体のわかたけ共済部の「和」の精神を基に聖徳太子を奉り、利用者や職員間の「和」を大切に、寄り添い二人三脚の関係を築いています。毎月、利用者主体のラポール委員会を開き、利用者本人がやってみたい事・出来そうな事・得意な事・頑張りたい事をなど目標を持って楽しんで取り組める様、月のホーム活動(クッキングDay、歌・踊りの会、クラブ活動等々)を職員と一緒に決め取り組むなどその人らしさを大切にした自立支援に努めています。年2回地域交流会、毎月ラポカフェ、地域のサロンに参加しミュージック・ケアを通じて認知症予防・認知症に対する意識環境改善等の啓発活動など地域に向けた取り組みを行っています。今後は、認知症ケアのノウハウや相談にて地域に還元できるよう相談窓口としての機能を活かしていきたいです。

【外部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)】

利用者本人がやってみたい事・出来そうな事・得意な事・頑張りたい事などを目標を持って楽しんで取り組むために、利用者、職員、家族が三人四脚の関係を築きあげ、日常生活を楽しく過ごしている。特に食事では、日頃から利用者が買い物、調理、盛り付け、配膳、会食、後始末まで職員と一緒に笑顔で行っている。運営推進会議では、市職員、区長や民生委員、利用者・職員・家族との意見交換を活かし、更なる取り組みを考える場となっている。また、外部評価調査結果を踏まえた「目標達成計画」を運営推進会議に報告した上で実践している。管理者は認知症への理解が源であると考え、パート職員も認知症介護実践者研修の受講を計画的に進めている。同一敷地内の事業所環境が大きく変化する中で、支援の質を維持向上させると共に、地域の頼れる福祉拠点になるべく着実に努力している。

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、生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		

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	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	【この場所(町)で穏やかに共に生き「私の人生よかった」の笑顔を尽くします】を理念に掲げ共有し、それに即した認知症ケアの実践に努めている。又職員は、就業前に理念と法人の行動指針を個々で唱和している。	【この場所(町)で穏やかに共に生き「私の人生よかった」の笑顔を尽くします】の理念を基に、利用者の出来ること、出来そうなことを見つけ出し、自尊心を維持する支援を行っている。職員個々が目標を設定し、達成度の評価も行い、質の向上に努めている。	
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員として日常的に交流している	町内の高齢者と年2回地域交流会にて交流している。10月、町内の避難訓練(地震想定)に参加。11月地域合同避難訓練実施。反省会でハザードマップを見ながら町内の地形、避難所、協力体制の在り方など具体的に話し合っている。	同敷地にあった昭和54年設立の特別養護老人ホームが11月に移転廃止され、当事業所が地域との交流の担い手となった。管理者はそれを認識し、地域との連携強化に努めている。	
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	地域の「いきいきふれあいつどい」に職員参加。認知症予防啓発活動の一環としてミュージック・ケアを展開。又町内の高齢者との交流会で認知症予防を目的に地域の健康クラブの方々と協働し開催。又相談支援(認知症ケアのノウハウ)に努めている。ラボカフェ1回オープン。楽しみ事の支援や交流の場としている。		
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	年6回開催。H30年度より介護相談員の方からご意見を頂いている。委員会報告。5月家族向けアンケート結果報告。7月認知症について。9月、協力体制にあった併設特養移転後の「地域との関わり方」について話し合った。11月消防署交え災害の基礎知識・ハザードマップの見方・活用、避難方法を学び共通理解図った。	運営推進会議の議題を計画的に取り上げ、利用者や家族も参加して積極的に意見交換している。その意見を活かした取り組みを実践し、運営推進会議で評価し見直すサイクルができています。	
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	運営推進会議の中で、困難事例に対して、又不適切ケアに繋がらないよう虐待防止の観点から、虐待防止・身体拘束廃止委員会での検討内容や具体的な対応策、再検討と改善策など現場の実情を踏まえた課題に対する取り組みについて伝え、戸惑いやケア展開の難しさなど話し合い意見や指導頂いている。	市担当者は運営推進会議に出席する中で、事業所から示された議題について参加者の一員として積極的に意見を交わしている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「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	身体拘束廃止に関する指針を整備。虐待防止・身体拘束廃止委員会を毎月開催し、日々のケアで身体的拘束や虐待・不適切ケアに繋がるような事案について検討し、職員会議で周知。又運営推進会議にて報告。身体拘束についての苑内外の研修参加や勉強会を通じ理解の強化を図っている。事例→委員会⇄職員会議⇄委員会⇄運営推進会議	センター方式(焦点・情報シート)を活用し職員で話し合い、利用者の状況変化、不適切な要因等を見出している。その要因の気付きにより職員の姿勢が変化している。また、職員が自分の気持ちをカードに書き込み、カンファレンスでそれを基に対応について整理し、ケアの向上に努めている。	

自己	外部	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		○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されることがないように注意を払い、防止に努めている	苑内外の研修に参加。虐待防止の徹底に努めている。個々の職員は、日々のケアの振り返りを行い不適切ケアの気づきを委員会にあげ検討し職員会議にて検討内容を話し合い周知。自己点検シート活用。気づきアンケートを実施・集計し現状把握。虐待防止の為に改善計画作成・取り組み・評価し運営推進会議で報告。		
8		○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	H30年度後見制度に関する研修(基礎・実践編)参加。在宅生活の中での権利擁護の必要性や課題、又制度を正しく理解する事で初めて制度活用の支援が出来る事など職員会議等で周知。今後も研修での学ぶ機会を多く持ち支援に活かしたい。令和元年に「本人情報シート」記入依頼あり記入している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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、本人や家族の不安や疑問点を尋ねながら契約書・重要事項説明書等を読み上げ説明し理解・納得を図っている。解約時、契約に基づくと共にその決定過程を明確にし、利用者や家族に分かりやすく説明し理解・納得を図っている。		
10	(6)	○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	面会時や運営推進会議、家族参加行事の際、本人や家族の意見や要望等を聞き、又介護相談員を介して得られた利用者の意見も運営に反映。毎月、利用者の近況報告文を送付。家族向けアンケート実施・集計し運営推進会議で報告。又家族交流会交やラポール委員会での意見等も反映している。	利用者の出来ること、出来そうなことを見つけ出し、得意を伸ばす支援を徹底している。運営推進会議には利用者・家族が参加して意見を出している。	
11	(7)	○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	ホームでの日頃の活動を通じての職員の運営に関する意見等を聞き、月1回施設長・管理者会議で、又居室・施設合同会議(リーダー参加)で課題となる現場の声を伝えていくなど意見をくみ上げ、会議の場で伝え話し合い、運営に反映していけるよう努めている。	管理者は意見が言える関係・環境づくりに努め、職員会議にはほぼ全員が参加し、運営や業務上の意見を汲み上げている。11月に同敷地内施設の移転廃止に伴い、管理者や職員はこれからの管理運営と利用者支援、地域との交流について真剣に協議を重ねている。	これからも地域に信頼され、期待される事業所として管理運営していくために、管理者や職員一人ひとりのケアの実際を把握し、組織、職員を育てる取り組みを期待します。
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	働きやすい職場環境になるように個々の職員に日頃の勤務状況を聞きながら、改善可能な部分を日々検討している。柔軟な労働時間や処遇改善を図り、又個々の職員が持つ力をケアに活かせるようなやりがいのある職場環境めざし努めている。		
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	正規・パート職員全員がスキル向上出来るよう苑内外の研修受講の機会を確保している。月1回認知症ケア向上の為に技術指導勉強会を実施。今後は受講した職員の自己評価/理解度評価を実施したい。キャリアパスに関する研修受講。人材育成においてキャリアパスを活用した年間研修計画立案に努めつつある。		

自己	外部	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	福井県認知症高齢者グループホーム連絡協議会において丹南地区部会(3回/年)に参加。困難事例や10月消費税引き上げに伴う対応、特定処遇改善加算について話し合っている。又集合研修での実践報告会では、他GHのケア実践から学ぶ事や共通課題など大変わるものがあり、今後のケアに役立てたい。		
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	本人の困っている事や不安な事、思いに耳を傾け、又認知症高齢者である本人が置かれておる現状や本人の内的世界を理解し受け止め、内なる声を聴き共感し思いに寄り添う事で安心へと繋がるようなケアの在り方など諦めず関わりながら関係づくりに努めている。		
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	家族の置かれている状況や心情に配慮しながらも不安や思いをよく聴き、時間をかけて段階的に認知症高齢者である本人を前向きに受け止められるよう働きかけながら、本人を共に支えていく方向へと関係性が築けるよう努めている。		
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	本人と家族がその時必要とする支援を見極め、ホームで「出来る事・出来ない事」を十分説明し理解して頂いた上で他のサービス利用を含め、担当のケアマネジャーや地域包括支援センター、必要に応じ主治医など相談・協力しながら対応に努めている。		
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	職員は、本人がこれまで生きてこられた人生に思いを馳せ、心に寄り添いながら喜怒哀楽を共にし、日常生活でのいろいろな場面で、長い人生で培った昔ながらの仕方や成熟された知恵や感性(人生観)を本人から学んだり、支え合う関係を築いている。		
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	職員は、家族と一緒に、本人との関わり方やリスクに対する理解とその対応等のケアについて話し合い共有し、共に本人を支えていく関係を築いている。毎月、近況報告(健康面/日常生活面)を家族に送付している。家族の面会の回数や滞在時間が増え、話し合う機会が増えている。		
20	(8)	○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	在宅時からの地域との関係性を継続し馴染みの関係が途切れないよう家族協働のもと支援に努めている。(馴染みの美容室、家族行事、親戚・ご近所付き合い、孫・ひ孫に会いに行く、お寺参り、愛犬に会いに行く、お里巡り。又ご近所の方、友人、DS仲間、元職場仲間など訪ね来られている。)	家族の来訪も多く、デイサービスを一緒に利用していた人等、様々な馴染みの人が来訪している。家族の協力を得ながら、在宅時からの繋がりのある人や場所への訪問を頻回に行っている。	

自己	外部	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	職員は、利用者同士の関わりの中で、いろいろな事を感じ利用者自ら考え役割を持ち、持てる力の発揮が出来る様工夫しながら働きかけ、その人らしく暮らせるよう支援している。(利用者が主になって作るクッキングDay、早朝掃除の分担、得意分野で力の披露)。		
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	退居後でも、本人・家族が悩み戸惑いを感じた時、気軽に相談できる体制を取っている。退去先への面会や入院先への定期見舞いなど、関係を断ち切らない付き合いを大切にしている。		
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	(9)	○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	各利用者の担当職員はセンター方式をツールにアセスメントを行い、本人の思いや生活に対する意向・希望の把握に努め、他の職員においてもアセスメントに協働し情報共有しながら可能な限り本人本位に添った認知症ケアの実践に日々努めている。	職員は、センター方式で把握した情報から利用者の役割を見つけ、活動状況を見守りながら必要に応じてさりげないサポートを行っている。また、利用者の会を活かし、思いや希望の把握に努め意向に添えるように支援している。	
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	本人や家族、面会に来られた方々と多くの会話をもち、本人の生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、本人にとって大切な経験やエピソード聞きケアに活かしている。「センター方式-1~3」や「生活史表」などの記入を出来るだけ家族にも協力願っている。		
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	個々の利用者の過ごし方(24H)現状を観察・洞察しながらも見極め、現状を多面的方向から把握し、本人が支援して欲しい事をまとめながらケアプランに繋げている。		
26	(10)	○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	サービスケア会議にて、本人・家族の意向やケアのあり方、現状とリスクへの理解等々、主治医の意見を含め本人や家族と話し合いケアプランに反映している。会議に参加出来ない家族には、面会時、や電話で事前に意見を聞きケア確認を行っている。3ヶ月毎評価、6ヶ月に一度見直しを行っている。	日々の申し送りの内容を振り返り、有効に活用して情報を共有し、計画に対して職員の意見や考えを出している。利用者や家族の意見も反映し、利用者の状況に即した具体的な計画作成、モニタリングを行っている。	
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	個々のケアプランを基に、ケアの実践・結果、その時の気づきや工夫を具体的に日々の記録(支援経過、介護明細・日誌等に個別に記録。職員間で共有し認知症ケアの実践や介護計画の見直しに活用している。身体面で経過観察必要時には経過観察記録に記入。焦点シート活用(精神面)。		

自己	外部	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	本人・家族の状況やその時の要望に応じ、外泊・外出、希望があれば、ホームでの家族宿泊や食事と一緒に楽しむ、家族行事の場として活用など柔軟に対応。個々の暮らしのニーズを把握し、地域共生にて支援できるよう日々努めている。ラボカフェ、歌や編み物ボランティア受け入れ。		
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	災害時や利用者の失踪時には、同系列の施設や市、警察、消防、消防団、近隣住民と協力している。又地域包括サブセンターの職員と同行し地域のサロンに参加、認知症への正しい理解と認知症の人への偏見・差別の意識を改善していく活動(意識環境改善)を併せ持つて啓発に努めている。		
30	(11)	○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	本人、家族の意向を確認し、話し合いの上で納得されたい医療機関で受診出来る様支援している。月2回協力医(内科)の訪問診療を受けており、又家族の協力のもと通院を行っている。年1回歯科医による歯科健診(訪問)、診療・衛生指導を受けている。	利用者や家族が希望する医療機関受診以外に、月2回の往診、年1回の歯科受診を支援をしている。事業所の看護師が、医療機関・薬局と連携を図り情報を共有している。家族とも情報の共有に努めている。	
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	介護職は、日々のケアの中で「いつもと違う」の気づきを看護職に報告し、早期に本人が適切な医療が受けられる様支援している。又看護職を通じ主治医との連携図っており、医療機関の看護職との連携も同様にて必要時協力体制取っている。現在、法人内施設看護職との連携・協力体制の在り方を見直し検討中。		
32		○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。	入院時、早期にホームでの受け入れ可能な身体状態・ADL面の自立度を含め家族や医療関係者に伝えている。主治医の治療方針決定後、回復目標を本人・家族、医療機関と共有し、定期見舞い時も病棟NS、SW、RH職等と情報交換を行い、今後の留意点を含め早期退院出来るよう多職種連携を図っている。		
33	(12)	○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	重度化した場合、今後の支援について本人・家族の意向や要望を確認した上で医療機関と情報を共有し、主治医の意見をもとに事業所で出来る対応をマニュアルに沿って個別の支援をしている。又職員全員でその都度情報を共有。状態により退所となる場合も、医療機関・施設等と情報共有し、本人・家族の不安緩和に努めている。	平成30年度に長年生活してきた利用者が終末期を迎え、家族の強い要望により家族や主治医、職員間で協議を重ねた結果、看取りを行うことになった。職員の不安にはその都度話し合いを設け、管理者が看護師・医師とも相談し職員を支えながら、家族の協力を軸に看取りを行った。	
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	隣接し協力体制にあった特養の廃止に伴い、夜間を含めた緊急時の対応を見直し検討している。又それに伴いAEDの管理・使用方法等の講習を受け、現在夜間を含めてのマニュアルも検討中。利用者においても現状に応じて随時対応を見直し、職員全員で話し合い指導・訓練を繰り返し行っている。		

自己	外部	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	(13)	○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	10月、町内の避難訓練(地震想定)参加。11月地域合同避難訓練実施。11月運営推進会議では消防署より大型台風15,19号による被害状況を踏まえ、災害の基礎知識、ハザードマップの見方・活用の仕方を学び話合った。毎月避難訓練実施。緊急連絡網の見直し、緊急連絡訓練を予定。	11月の運営推進会議に消防署職員が出席し、ハザードマップの見方を学んだ。事業所を中心に新たな瓜生地区との災害時の相互協力を築くため、町内の区長等が来訪し事業所建物の見学と協議を行った。	特別養護老人ホームを中心とした瓜生地区との長年の交流が途絶えることがないように、新たな窓口となる当事業所等がその任務を担えるような体制を構築することを期待する。
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○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	利用者ひとり一人の人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない接し方を心掛けている。又記録等の個人情報においても個人情報に関する基本指針・保護規定を念頭に注意を払った取扱いに努めている。接遇チェックや申し送り時利用しケアの振り返りも随時行っている。	認知症が重い利用者への支援ニーズが高まり、申し送りや記録を活用して対応を振り返っている。また、職員がストレスをため込まないように気持ちをカードに記入してカンファレンスを行い、利用者の誇りやプライドを守る対応を心掛けている。	
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	本人の思いや希望を十分聴き洞察し、内なる声を受け止めながら、分かる力に合わせた説明を行い自己決定・表現出来るよう職員は極力手は出さず、見守りながらも側面から支援し働きかけている。 センター方式:C-1-2シート(私の気持ちシート)		
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	職員は、利用者ひとり一人のペースを十分に把握し、その人の生活スタイルや暮らしの中でのこだわりを大切に、それに合わせながらも生活の幅が広がる様支援している。(日常散歩、日記・メモ、ゴミ箱作り、早朝自室掃除、新聞・テレビ情報時事ネタ会話等々。)		
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	本人の希望に応じて近くの美容室に職員と一緒に、又個々の馴染みの美容室に家族と出掛けるなど協働支援している。定期的に美容室の方に来て頂きカットして貰っている。美容師との馴染みの関係性も深まり、利用希望者が増えている。(お化粧、今日のファッション、入浴後のロッド巻き等)		
40	(15)	○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	職員は、利用者と一緒に買い物・検品・食事準備や後片づけに行っている。個々の状態と嗜好を考慮し、旬の食材やミニ菜園で収穫した野菜や地域の方から頂いた採れたて野菜を取り入れながら利用者と一緒に献立作成。毎月のクッキングDayでは利用者の作りたいメニューで、準備だけでなく、味付け・調理にも主体的に参加楽しんでいる。	長年培ってきた「御三どん」で身に付けた食事の準備、調理、盛り付け、後始末、そしてみんなで食することを事業所における利用者の本来の姿と考え、大事にしている。皆で役割を担って半日がかりで作ったちらし寿司を囲み、笑顔で食事を楽しむこともある。	
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	介護明細に食事・水分量を記録・集計し把握。体重は月1回測定し、運動量と食事摂取量とのバランスを考慮しながら支援している。今後、法人内で、食事や栄養面での相談協力が得られるような体制作り検討中。		

自己	外部	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	歯科検診を年1回(7月)受け、個々の口腔内の状態把握と共に状態に応じたブラッシング指導を受けている。毎食前うがい・手洗いの励行と毎食後の義歯流水洗浄、歯磨き、舌のケア、ブラッシング指導・口腔内チェック等行い見守りながら支援。口腔ケアへの理解困難な方に対しても個々に対応している。		
43	(16)	○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	個々の排泄パターンやその日の状態を把握し、出来るだけ排泄の失敗やおむつの使用を減らせる様、個々の尿意・便意のサインを察知し、排泄時の不安や羞恥心、プライバシーに配慮した声かけや誘導・介助を行っている。現況、夜間の睡眠と排泄パターンが把握しづら事例に関しては、繰り返し職員間で話し合っている。	全ての居室に洗面所とトイレを備えている。個々の排泄パターンを把握し、職員は利用者の状態を察し、自尊心を傷つけないようにさりげない誘導で対応している。	
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・水分のチェック。便秘時には、便秘要因の把握、腹部マッサージや必要に応じ緩下剤使用等含め対応している。運動を取り入れ(シニア体操・散歩等)。献立の工夫、良く噛みしっかり水分を摂るなど便秘予防に繋がる様個々に説明し支援している。腸内環境整える目的で朝食時ヨーグルト・果物を提供。		
45	(17)	○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	入浴は週4回(月、火、木、金)だが、曜日や時間は本人の希望に添える様に、又その時々々の心身の状態を見ながら柔軟に対応するなど個々の入浴スタイルを把握し支援。入浴困難な方には職員二人対応。シャワー用車椅子使用や全身清拭含め状態に応じた保清と安全面に努めている。	石造りの浴槽で、安全に入るために手すりを取り付けている。浴室に暖房を取り付け冬期間の浴室の温度を保っている。同性介助に努めている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々々の状況に応じて、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	個々の睡眠パターンや不眠の要因を把握。夜眠れない利用者には、日中の活動や人との交流の場を設け、一日の生活リズム作り通した安眠対策をとっている。日中の短時間の昼寝やソファで寛ぐなどその時々々の状況に応じ休息。物忘れからくる不安に対しては、一日の振り返り(メモや日記)や行動確認など個別ケア対応。		
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	個別の看護記録に通院・往診結果を記録し、処方薬の説明書を綴り職員全員が把握。看護師による薬の管理・変更時の申し送り、服薬介助での本人確認や服薬確認を徹底。服薬困難な場合、薬の形状等を主治医に相談した上で薬局薬剤師に相談し安全に服用できる様支援。個別の服用の仕方の特徴についても留意。		
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	個々の得意とする事を暮らしの役割りとし、ラポール委員会を設けている。毎月利用者主体の委員会を開催し、「やってみたい事」「頑張ってみたい事」など利用者の意見を反映した活動決めをしている(クッキングDay、園芸、ゲーム、クラブ活動等々)又毎月暮らしの目標を話し合い、今月目標をホーム内に掲示している。		

自己	外部	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	(18)	○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	利用者ひとり一人のその日その時の希望に添って、散歩、ドライブ、畑や花壇の水やり玄関周囲の清掃や花植え・鑑賞など、ホーム外出行事・買い物Day、週2回スーパーでの買い物、私の希望を叶える日等々で外出支援している。又ご家族との定期的ドライブや家族経営のショッピングに出掛けるなど協力を得ている。	その日の、その時の利用者の気持ちを尊重し、日常的に散歩や外出を少人数でも行っている。また、利用者の会での希望や意見を反映して、季節ごとの外出を小グループで行っている。	
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	平成27年7月より、当該事業所での現金の取り扱いをしない事と決まり、個別の預り金は在りませんが、小口の範囲で外出行事の際の買い物や飲食が引き続き楽しめるよう支援しており、家族のご理解も頂いている。		
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	現在、県外の家族の方からの近況便りや電話はあるが、利用者自ら電話の利用や手紙のやり取りはないが、希望があればそれに添えるよう支援している。毎年、家族に送る年賀状の作成。又今年春に、長年運営推進委員を務められた方に、利用者全員でお礼状を書き、感謝の意を伝えた。		
52	(19)	○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	家庭的なぬくもりを大切に空間作りを心がけている。家族やご近所から頂いた花や花壇で摘み取った季節の花々を利用者自身が楽しみながら生け、玄関、食堂テーブルや居室に飾り、心の安らぎへと繋げている。又西日対策として緑色のパーテーションと観葉植物を玄関先に置き緑の空間作りにて西日を少しでも和らぐよう工夫をした。	畳こたつ、台所カウンターは見事な一枚板を使い、和風の居心地の良い共有空間である。利用者自身の目標や役割を元書道師範が書いて掲示してある。季節の共同作品、小グループ外出時のスナップ写真を賑やかに飾ってある。	
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	個々の思い思いに、内玄関先の緑のベンチで腰掛け外の景色を眺め心静かに過ごしたり、居間でのごろ寝やテレビを見ながらソファで寛ぎ会話を楽しんだり、気の合う利用者同士で居室を訪ね合ったりしている。		
54	(20)	○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	使い慣れた家具やテレビ、アルバム、馴染みの小物や愛着のある物などを置いている。個々では、家族や思いでの写真、手紙、又作品を自由に飾るなど各居室の筆筒の上にメモリアルコーナーを設けている。	利用者の居室にはベットを設置し、綺麗に管理された居心地のよい空間である。家から筆筒を持ち込め、筆筒の上には家族の写真と自らが作成した小物など、馴染みのものが飾られている。	
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	各居室ドアにネームプレートを掛け、使い慣れた家具や馴染みの物などを身近に置いている。又ホールには見やすい位置に時計やラポール委員会で決めた活動予定を記載した暦を設置し、本人が手掛ける個人のカレンダーは居室に飾り個人の予定を記入している。		