

&lt;認知症対応型共同生活介護用&gt;

&lt;小規模多機能型居宅介護用&gt;

# 評価結果報告書

## 地域密着型サービスの外部評価項目構成

	項目数
I. 理念に基づく運営	8
1. 理念の共有	1
2. 地域との支えあい	1
3. 理念を実践するための制度の理解と活用	3
4. 理念を実践するための体制	2
5. 人材の育成と支援	0
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	1
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応	0
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援	1
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	5
1. 一人ひとりの把握	1
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し	1
3. 多機能性を活かした柔軟な支援	0
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働	3
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	6
1. その人らしい暮らしの支援	4
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり	2
<b>合計</b>	<b>20</b>

事業所番号	1470200880
法人名	社会福祉法人いきいき福祉会
事業所名	ラポール西寺尾
訪問調査日	平成23年1月7日
評価確定日	平成23年2月25日
評価機関名	株式会社 R-CORPORATION

### ○項目番号について

外部評価は20項目です。

「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。

「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。

### ○記入方法

[取り組みの事実]

ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入しています。

[次ステップに向けて期待したい内容]

次ステップに向けて期待したい内容について、具体的な改善課題や取り組みが期待される内容を記入しています。

### ○用語の説明

家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。

家 族 = 家族に限定しています。

運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。

職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。

チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

## 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	1470200880	事業の開始年月日	平成16年1月11日	
		指定年月日	平成16年1月1日	
法人名	社会福祉法人いきいき福祉会			
事業所名	ラポール西寺尾			
所在地	( 2 2 1 - 0 0 0 1 )			
	神奈川県横浜市神奈川区西寺尾 3 - 2 2 - 5			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護  <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
		宿泊定員	名	
		定員計	6名	
		ユニット数	1ユニット	
自己評価作成日	平成22年12月	評価結果 市町村受理日	平成23年4月5日	

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	
----------	--

## 【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)】

共用型認知症対応型通所介護の利用者が日替りで来所し、居間を共有する。それを普通に迎えて一緒に時間を過ごしている。住んでいる人たちがおおきな顔をしような気がするが、居間が自然な交流の場になっている。それに対応するスタッフも、個別に出来る事や全体で出来る事などいろいろ考え工夫している。

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 R-CORPORATION		
所在地	221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町3-30-8 SYビル2F		
訪問調査日	平成23年1月7日	評価機関 評価決定日	平成23年2月25日

## 【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)】

◆JR新子安駅から横浜市営循環バスで8停留所約15分の道のり、下車徒歩約3分の丘陵地に竹林と西寺尾の町並みが見渡せる閑静な住宅街の中にホームラポール西寺尾がある。

◆ラポール西寺尾は、社会福祉法人いきいき福祉会の経営で、理念に「利用される方の自己決定と主体性を尊重し生活全体を捉えた総合的な援助とコミュニティー（街づくり）の視点に立った施設を目指します」と謳って、法人の福祉関連総合事業の力を活かし地域に根ざしたグループホーム運営で「通所介護デイ」との交流などと共に、入居者の能力に応じた、自立した日常生活を営む事に向けた支援が展開されている。

◆ホームの目標として、限りなく自宅に近い環境の下での暮らしと、入居者の自分という存在が認められる場所の提供の為、入居者定員を6名とし、各部屋にトイレ、洗面台が設置され、自室で身づくりが行われ、可能な限り明るく家庭的な雰囲気の中に安心して日常生活が送れるようにと、全職員で支援に取り組みされていて、入居者の笑顔を絶やさない暮らしへの支援が行われている。

◆地域交流では「SOSネットワーク」が地域包括、警察、福祉事業者等との連携により構築されており、入居者の写真及び特徴などの登録を行って徘徊者の捜索など、諸々の支援が受けられるよう地域に密着した連携体制を持っている。

◆入居者一人ひとりが残された能力を活かした自立への支援で、地域と共に暮らす意味からも、入居者個々の資格で自治会に入会し、餅つき大会など地域諸行事に招待を受け、職員と共に参加する等、地域との繋がりを実践している。

◆ホームでは入居者にとって「終の棲家」としての役割が果たせるように「看取りについての指針」を作成し、入居者に説明を行い、医療関係者の支援の下、適切な対応で看取り介護を行う方針を持ち、全職員で共有を図る体制を整えており実績も持っている。

## 【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
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 ~ 35	9 ~ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	ラポール西寺尾
ユニット名	

V アウトカム項目			
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
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
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
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
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
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安な区過ごせている。 (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
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

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
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：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまに
			4. ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、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
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
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
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. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	理念に則って、利用者支援をしているので、その都度共有を図るように努めている。今年度は、職員の入れ替わりもあり、新しい職員にも理念が伝わるように、努力している。	理念「利用される方の自己決定と主体性を尊重し、生活全体を捉えた総合的な援助とコミュニティ(まちづくり)の視点に立った施設を目指します」を事業所内に掲げて、カンファレンスなどで話し合い又新人には導入教育を通じ研修し全職員で共有して、日々理念に沿っての支援を行っている。	今後の継続
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	それぞれが地域自治会に入会していただいているので、回覧板等で案内のある自治会行事には、出来るだけ参加している。	日頃の散歩や買い物での外出時は地域の方々はこちらから進んで挨拶をしてホームを知って貰う事で、地域との馴染みに努めている。入居者個々人の資格で自治会に加入しており、自治会から祭りや盆踊りなどの案内を頂き、入居者と共に参加して地域とのつながりに心がけている。その他、地域の防災訓練にも参加して地域との協力体制の構築に取り組んでいる。	今後の継続
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	共用型認知症対応型通所介護事業を通じて、地域の介護支援事業者や利用者家族に認知症の理解を深めていただけるように情報提供している。また、西寺尾事業所単位で、認知症キャラバンを実施しサポーターの養成を行なった。	/	/
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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ヶ月に一度開催することで、地域の情報が入り、地域の防災訓練等に参加でき、グループホームの存在を知っていただくことができた。	推進会議は2ヶ月に1度、自治会担当者、民生委員、包括支援センター職員、利用者家族代表、スタッフ、管理者の出席の下に開催している。会議では事業所の現状として入居状況及び活動状況の報告に加え、外部評価結果、ホームの催事計画と防災訓練取り組み報告と、更に地域防災訓練にも参加する事でホームの存在を知って頂いていること等を説明し、参加者から質問、気付き、アドバイスを頂き、お互いに協力理解を深めている。	今後の継続
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	今年度、横浜市グループホーム連絡会の神奈川区の会員が集まり、区役所との交流会を開催し、お互いの「より良い連携」について意見交換ができた。区役所からの情報を会員にホームに流すことができていた。	横浜市のグループホーム連絡協議会に加入し会神奈川区のまとめ役を担当しつつ、会議には必ず出席している。神奈川区の会員が集まり「より良い連携」について意見交換を行い、更には区役所からは情報を収集し、研修情報等も得て職員が参加している。また生活保護受給者の相談では入居者の出身地の生活保護課との連絡交流と共に市の窓口とも連絡交流がある。	今後の継続

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	既存の職員は周知のことだが、職員の移動や新規採用の職員がおり、研修を含めて取り組んでいきたい。	運営規定(12条)、契約書(6条3)に拘束は行わないと謳っている。また研修も行われていて、拘束、虐待の禁止について既存職員は全員が認識している。玄関の施錠は見守りと寄り添いで対応する事で現在施錠はしていない。(但しリビング入りロドアーには開きを知らせるセンサーが取り付けられている。)また夜間は防犯上家族の了解の下施錠をしている。更に、新規採用者には拘束、虐待に関して研修などを通じ、更に徹底をして行く。	今後の継続
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	日常的に入居者と接する中で、ちょっとした場面で心無い表現をしてしまうことがあり、「言葉の暴力」にならないように注意を促している。		
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	利用者の権利擁護に関しては、カンファレンスの際に確認しあうようにしているが、成年後見制度に関しての学習会はできていない。今後取り組んでいく予定。		
9		○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	契約時には、説明をするようにしているが、事例が発生してから、契約の内容が確認されることが多い。その都度、説明を繰り返し、ご理解を頂くようにしてる。		
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並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	家族の訪問時には、情報交換をするようにしている。また、家族の要望も聞き、職員内で反映する検討を行うようにしている。	苦情及び意見、要望、の相談について重要事項説明8条及び運営規定13条に明記し家族には契約時に説明している。また運営推進会議への出席を呼びかけ意見要望が述べられる機会を設け、更には家族の訪問来所時に管理者または職員による利用者家族との面接で意見を聴くようにしている。聴取した要望意見はカンファレンスで検討の上運営に反映させ、結果は家族に報告している。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	職員間には、提案型で意見が出し合えるように心がけている。	ミニカンファレンス等を通じて職員間で提案として意見を出してもらい反映できるよう努めている。加えて管理者と職員の間は新年会、忘年会などを通じて仲間として日常から何事でも気軽に話し合える関係が築かれていて意見要望などを聴いて運営に反映されている。	今後の継続
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	改善に努めている。		
13		○職員を育てる取組み 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	しばらく人員不足が続き、新人の育成に時間がかかる時期があったので、外部の研修に送り出すことができなかった。人材が確保できたので、研修の機会を増やしていく。		
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つくり、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組みをしている	横浜市高齢者グループホーム連絡会を通して、研修や情報を交換している。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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	初期の頃は、環境も変わり、不安や混乱もあるので、職員全員でいろいろな角度から検討し、関係づくりができるように心がけている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	初期の頃は、ご本人のライフスタイル等を知るためにも、家族に相談をしながら進めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	初期の頃には、家族と連絡を取りながら、転居による不安の対処も含めて支援してる。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	洗濯物を畳む等は、何人かで一緒にできるようにしている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	家族にできることは、協力を得ている（馴染みの医療機関への通院、買い物、散歩等の外出）		
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	家族の協力を得ながら、支援している。	これまでの本人とかかわりを持った場所や人間関係の把握は、日ごろの会話や家族からの情報などで把握している。これまでの関わりを維持する為、手紙や電話の取次ぎに加え、懐かしの場所訪問の外出、知人の来所面接なども本人家族の意向確認の上、全面的に支援している。思い出の場所への訪問は家族との協力で思いに添えるようにしている。事例としてお墓参りや以前の住居を訪れるなどが実施されている。	今後の継続

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	認知症のステージによって、関わりが違っているので、入居者及び共用型通所介護利用者の個々の関わりを見て、座る位置などを工夫して気持ちよく関わられるように支援している。		
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	退居されたご家族から、タオルの寄付を頂いたりすることもある。また、ご家族の相談に乗ることもある。		
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。	日常生活の中での話や要望を記録し、職員が共有している。又は、家族に相談をしている。	意思表示が出来る入居者には日頃の会話などを通じて直接聴いて意向の把握を行っている。しかし意思表示が出来ない入居者には寄り添いで、表情や行動から汲み取るようにし、又家族からの情報の生活暦で、一人ひとりの思いや意向を確認して本人本位を前提に対応している。	今後の継続
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・家族と会話をするときに、入居時のアセスメントで漏れた部分を把握するようにしている。		
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	心身の状態は変化することも多いので、日々の気づきの中から職員間での申し送り等情報を共有するように努めている。		



自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	状態に変化があれば、その都度話し合い対応するようにしているが、モニタリング表という形で記録ができていないのが課題。もう少し介護計画の見直し期間を短して、現状により即したものにしていこうと思っている。	介護計画の見直しは基本的には3ヶ月サイクルで見直し検討が行われている。但し、状態に変化が見られる場合は、随時見直しを行っている。介護計画内容が一人ひとりに適した具体的内容とする為、カンファレンスで日常生活の記録アセスメントの確認に加え、職員個々の体験や経過観測結果に基づき意見を述べて、家族や計画作成担当者との話し合で、残存する能力の可能性を加味して介護計画を立案している。またモニタリングに関して時系列的に記録する方法を今後改善検討している。	今後の継続
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	個別の記録は、就業前に必ずチェックするようにしている。また、ローテーションの関係で数日ぶりに勤務することもあるので、業務記録に特記事項を記入している。個人のミニカンファレンスに最近の課題を挙げ、対策の実践に向けた意見交換を始めている。		
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	家族が対応できない通院や買い物同行を支援。また、共用型認知症対応型通所介護事業を実施することで、入居者も通所のレクリエーションを楽しめるようにしている。		
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	地域に住むボランティアさんの協力で、手工芸作品を作ったり、ギターの演奏で歌を歌ったり、生活に楽しみを加味できていると思う。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 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	ご家族の協力もあり、疾患によって専門のかかりつけ医に受診をしている。かかりつけ医には、普段の様子等を情報提供している。	受診については本人、家族の意見を尊重し希望の受信先医療機関を決めている。現在入居前のかかりつけ医の継続受信者は3名で家族を通じて受信結果など必要情報を得て共有している。協力医療機関神乃木クリニック及び(大口東総合病院)の受信者は6名全員が対象で緊急時の24時間対応で適切な医療が受けられる支援を行っている。又、時には家族の希望により通院介助支援も行っている。	今後の継続

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	医療記録（バイタル、排泄、その他）看護師の意見を考慮して時系列で記録しており、看護師が見るとわかるようにしている。また、詳細は常に報告し、医療面での相談をしながら入居者の健康管理に努めている。		
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、また、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。又は、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。	退院時には、事前に病院のケースワーカーや医療職と情報交換し、退院後のケアについて話し合い、介護計画に繋げている。		
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	早い段階では、家族が終末期が来ることを受け入れられないのが、現実の様子。ホームでターミナルがある毎に、どのように対応したかを話し、徐々に終末期の付いて話し合えるようにしている。看取りの段階では、今までの経験を活かし提携医・看護師と共に対応している。	看取りについての指針に、終の棲家として機能を果たせるよう適切な対応をすることで、家族・医療機関・介護スタッフの協力で本人の意思を最大限考慮して支援すると謳っている。又、看取りの実施に当たり方針を具体的に定めている。先ず契約時に看取りについて説明をして、状況に応じて家族及び主治医、看護師、介護スタッフとの連携で、繰り返し検討を行い決定するとしていて、ホームの全職員が本人及び家族の希望で看取りを行うことを共有している。	今後の継続
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	職員には、緊急対応マニュアルの周知徹底を促しているが、今年度、職員の入れ替わりがあり、訓練を定期的に行っていきたい。		
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	職員は、利用者の状態に合わせて避難誘導の方法を話し合っている。また、定期的に訓練を実施している。地域は、運営推進会議の地域の代表が、協力を申し出ている。	さまざまな災害を想定し、ホームでは災害時通報連絡網の整備に加えて定期的な年2回、の防火訓練、を実施して所轄消防署に報告書を提出している。又、マニュアルに沿った研修も行い、初期消火活動に加え避難誘導や広域避難場所の説明、災害時の行動手順などの確認を行っている。地域の防災訓練にも参加して緊急時の協力を依頼している。緊急時にその人の情報が直ぐ把握できるように個人顔写真を貼り付けられたフェースシートを整備用意されている。	今後の継続

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	14	○一人ひとりの人格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	入居者一人ひとりの生活暦から、尊厳を損なう言葉の違いを把握し、言葉かけには注意を心がけている。	入社時のオリエンテーションでホーム運営方針にある「入居者の意思及び人格を尊重し支援をする」と謳われている事を説明して、日々の会話やサービス提供を通じて全職員が入居者の人格の尊重とプライバシー遵守を理解共有している。実際の介護の場面に於いても、利用者の人格を尊重した話しかけと呼びかけで支援を行い、トイレ誘導もさり気なく行われている事が確認できた。	今後の継続
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	日常生活の中では、本人に問いかけ、決定を導き出すようにしている。		
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	生活は、あくまでもその方のペースを尊重し、居室やリビングでの過ごし方を自由に選択していただいている。		
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	自分で選択できる方は、自由にさせていただいているが、出来ない方に関しては本人の好みとは合わないこともあるかもしれない。		
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	食べものの話は、日常的にするので、それぞれの好みは理解している。食事の準備や片付けは、一緒に出来る人が居なくなった。	症状の進行に伴って現在では調理時の下ごしらえ等での手伝いが出来る人が居なくなった。一人ひとりの好みやリクエストは日常的に話しているので把握していて日々の献立に反映している、更には誕生会時には特別献立等として、ケーキと共に希望に沿った献立で対応している。又、日常の食事では刻み食、流動食など、一人ひとりの健康状況に合わせた食事提供をして、その人のペースに合わせて職員との会話で楽しみながら食事支援が行われていることが調査時の同席で確認できた。	今後の継続

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	糖尿病の方や、水分摂取量が少ない方がいるので、それぞれに工夫をしている。水分摂取量は、毎日集計し、それぞれの状態の把握に努めている。		
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	毎食後は出来ていないので、今後取り組んでいきたいと思っている。就寝前は、口腔ケアの誘導を行っている。		
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向けた支援を行っている	それぞれの排泄のリズムに合わせて、時間を見て誘導をするようにしている。	「排泄チェック表」により一人ひとりの排泄パターンを全職員で把握し、時間を見計らった個人別のトイレ誘導で適切な支援を行っている。出来るだけ自力で排泄を試みる事により自信付けが行なわれ、オムツの使用量を減らす工夫がされている。ホームの介助方針として「日常生活上の支援訓練を行うことで機能の維持又は向上を目指す」に則り根気強く支援をしている。	今後の継続
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	水分補給や食物繊維の多い野菜料理を心がけている。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	毎日入る方やそうでない方など、本人の希望で入浴をしていただいている。	入浴は、清潔保持、身体観察、体調変化の把握などが効用と考え、バイタルチェックと共に無理強いすることなく本人の意向を確認しながら一人ひとりの希望に合わせて、毎日入る方やそうでない方等タイミングを見計らって、入浴支援を行なっている。いやがる人には、再度の声かけ等で入浴を促している。気分転換に、季節の菖蒲湯や柚子湯などを楽しめるように工夫をしている。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	就寝時間や起床時間は、それぞれの自由にしていただいている。		
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	薬が変わると、処方箋を全員が確認できるように努めている。		
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	レクリエーションは、共用型認知症対応型通所介護の利用者を含めて、それぞれが楽しめて機能維持に活かせる様な企画を常に検討している。		
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。また、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	日常的な散歩等の外出は、日々心がけている。また、4月には、ご家族も参加していただき、イチゴ狩り・花見に出かけた。	散歩を日課として楽しみにしている方もいる反面、車椅子使用の為断る方や、あまり出たがらない方もいるが、日々の関わりの中から希望を聞いて誘って車椅子の方にも外出が出来るように電動車椅子を使用して支援を心掛けている。家族とも相談しながら遠出外出なども計画している。ドライブと称して車椅子の方の対応も兼ね4月には「青葉区へいちご狩り」、「花見」なども行なっている。	今後の継続
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	買い物に出かける時や、ご家族との外出の時は、自分の財布を持って出かける方も居る。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	居室に携帯電話を持っている方や、定期的に事務所の電話で、ご家族と話をされている。		
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	共用部分には、季節がわかるような飾り物などの工夫している。	玄関、階段、トイレ、風呂、全てに掃除が行き届き異音、異臭なども無く、ログハウス調の建物で採光も良く、キッチン続きの食堂兼居間には床暖房も施され、また一段高くなった畳の間もあり入居者が腰を掛けたり、思い思いに過ごせる様になっている。四季折々の入居者が作った作品が展示され、家族の来訪時には話題作りとして利用されるなど、くつろげる空間作りがされている。	今後の継続
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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	居間は、広く個人の居場所という点では、他の入居者や、共用型通所の利用者の影響を受けやすいので、座る場所や、ソファ等の配置を工夫することで対処している。		
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	居室の中は、各自自由に設定をしていただいている。	入居者各人の部屋には使い慣れた思い出の品が持ち込まれていて、姿見や、椅子、ベット、と共に家族写真、ぬいぐるみ、仏壇等も置れ、一人ひとりの思いの設えで生活拠点が作られている。	今後の継続
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」や「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	大き目のカレンダーの設置や、テレビのリモコンを置いておく等、使える方は自由にできるようにしている。		

# 目 標 達 成 計 画

事業所

ラポール西寺尾

作成日

平成23年1月7日

〔目標達成計画〕

優 先 順 位	項 目 番 号	現状における 問題点、課題	目 標	目標達成に向けた 具体的な取組み内容	目標達成に 要する期間
1	26	カンファレンスはしているが、モニタリング表に落とせていない。	個別ケアに添ったモニタリングを実施する。	モニタリング表の作成及び実施	3ヶ月
2	34	新しい職員向けに（意識状態・誤嚥・転倒骨折・感染症等）の緊急対応のマニュアルが伝えられていない。	緊急時に対応できるように職員全員がマニュアルを理解する。	内部研修を実施する。	3ヶ月
3	42	毎食後、口腔ケアが出来ていない	毎食後、口腔ケアをする。	記録に記入欄を設ける等工夫する。	3ヶ月
4	28	人員不足が続き、職員に研修の時間が取れなかった。また、職員の入れ替わりがあった。	より良いサービスを提供するために、それぞれがスキルアップする機会を設ける。	内部・外部の研修を受けるシフト組をする。	6ヶ月
5	55	入居者それぞれの残存能力を活かした日常生活実現（役割を持った生活）への工夫をもう少し追加したい。	現在も努力しているが、再点検し現状に合わせた工夫をする。	タイムリーなケースカンファレンス	継続的に1年

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。