

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 | 平成22年9月1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.kouhyo-fukui.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=1870300314&SCD=320 |
|----------|---|

【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 | 平成22年9月29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、運営母体である「わかたけ共済部」の指針である「和の精神」を基本理念に認知症高齢者と職員が「寄り添い、二人三脚」の関係を保ち、安全安楽に過ごしていただきながら「自分で出来る事」の喜びを感じられるように小さなことでも自信に繋げられるように得意な所を支援し、例えば、食通の人にはメニューアドバイザー、草取りの好きな人には環境美化、紙バックを作る人にはエコ活動推進委員長、他に子育て支援員などに任命し表彰する。食材を選び、自分のお膳を運び、食器を洗い、洗濯物をたたみ、入浴の準備も自分で行う。そういう一連の中で、センター方式により過去の忘れていた趣味を導き毎日日記を書く楽しみを見つけ生き生きと過ごせ尊敬ある毎日が過ごせるプランになるよう支援したい。

【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)】

当ホームは越前市瓜生地区にあり、一般の住宅が隣接する文字通り地域密着型のホームである。全職員が理念である「地域の中でその人らしさを大切にした自立支援」を意識したケアに取り組むほか、入居者が得意とする分野の役割につき、その役割に取り組んでもらう「ラポールわかたけ委員会」を設置するなど、自立支援に積極的に取り組んでいる。地域住民から事業所用の野菜を作り差し入れてくれるなど、地域との交流が日常的に行なわれており、災害訓練においても消防署・自警団・自治会などと密に連携をとり、定期的実施している。また、入居者全員が参加する運営推進会議においても出席者から防災対策に関する建設的な提案をもらうなどが活発に意見交換されており、地域との連携も図られている。毎月家族に発行している「ラポールわかたけいきいきだより」では写真等を取り入れながら、本人の日ごろの様子や健康メモ等を掲載し、家族の安心・信頼につなげている。

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、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (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 | 地域社会全体でその人らしい暮らしの継続を支える地域密着型サービスの意義を十分に理解した上で「利用者の人格と自由の尊重と尊厳の保持」「その人らしさを大切にした自立支援」を理念に、共有しそれに即した認知ケア実践に努めている。 | 住みなれた地域の中でその人らしく尊厳を保ち安心して暮らしていくため、「その人らしさを大切にした自立支援」の理念に沿って、笑顔を決やさない聖徳太子の”和の精神”を全職員が実践している。 | |
| 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 | 利用者が地域で過ごした馴染みの美容室に続けていくことが出来、近所の人と昔話をしたり又公民館などで認知症の話をしながら日常的に交流している | 地域の元気な高齢者の特技(ハーモニカ等)を利用者と共に楽しんだり、散歩途中に子供達とのふれあうなど、日常的な交流が図られている。また、管理者は公民館・学校にて認知症に対する理解を深めてもらえるような取り組みを実践している。 | |
| 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 | 認知症サポーター養成講座を受けて地域で暮らす認知症高齢者の理解を深めていただける様活動したり又地域代表の方にも会議に参加していただき事業所の取り組みなどを地域の人々に向けて活かしている。 | | |
| 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 | GHでの火災事故の問題を踏まえ、今年は運営推進会議の場をかり消防署の協力を得て防災をテーマに3回シリーズで緊急連絡・避難のあり方や緊急時の対処方法など、地域を交え実践を通して話し合い防災意識の向上と理解を深めている。 | 運営推進会議には、市介護保険室長・地域代表・ケアマネジャー代表、入居者・家族の参加を得ている。消防署との密な連携を図る必要性や緊急時における対応に関する学習を行うなど、活発な会議となっている。また年の初めには出席者から今年の抱負を聴き、事業所の取り組みに活用している。 | |
| 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に取り組んでいる | 市長村担当者とは、運営推進会議に参加してもらい話し合ったりと連絡を密に取り合っている。感染症の注意事項他メールにて、協力関係を築くよう取り組んでいる。 | 市の担当者に運営推進会議に参加してもらうとともに、遠方家族との連絡問題について地域包括支援センター・保健師等に相談するなど、連絡を密にし連携を図っている。 | |
| 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 | 身体拘束マニュアルを現状に即した具体的なものに見直し、独自の基本指針を掲げそれに準じ全ての職員は、身体拘束廃止への意識の徹底と研修・勉強会を通じて理解し周知徹底に努め、全職員一丸となって取り組み実行している。 | 身体拘束マニュアルを作成し共有するとともに、全職員による研修を行い身体拘束しないケアの実践に取り組んでいる。玄関はカード式の自動ドアであるが、職員が入居者の態度や素振りから外出したい気持ちを察し、一緒に外出するなどの支援を行っている。 | |
| 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 | 法人内外での高齢者虐待関連法についての研修や勉強会に参加。又ラポール勉強会においても「高齢者虐待防止の為に課題と対策」をテーマに不適切ケアの事例検討実施し、ケアのありかたについて振り返り・話し合っている。自己点検 | | |

| 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 |
| 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 | 法人内の苑内研修やラポール勉強会等で「利用者の権利擁護」について学び熟知に努めている。社協や包括支援センターと連携をとりつつ必要な人に制度や支援事業が活用出来るよう支援している。現在、利用者1名成年後見制度を利用。 | | |
| 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、利用者・家族に不安や疑問点を尋ねながら契約書、重要事項等を十分に説明し理解・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・家族に分かりやすく説明し理解・納得図かっている。 | | |
| 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 | ホーム内に窓口を設け、苦情受付担当者が契約時に苦情処理する為の講ずる措置の概要記載文書に添って利用者・家族に説明し安心して相談出来る雰囲気心がけている。(介護相談員、公的窓口の紹介、苦情受付箱、アンケート、意見) | 管理者・職員は家族の面会時に意見が出しやすい雰囲気心がけ対応するとともに、毎月のお便りにも意見を出してもらえようと呼びかけている。また、苦情相談箱も設置しているが、今のところ苦情箱には相談が寄せられていない。 | 家族は苦情などをなかなか言いづらい心情もあり、家族が思いを打ち解けて話し合える場(家族会の設置など)の提供についても期待したい。 |
| 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 | 社会の動向を踏まえ、社会福祉法人として今後の事業展開をラポール独自の色を職員より聞き取り管理者は月1回の管理者会議などで提議し反映させるように努めている。 | 毎日のミーティングを通して、日々の業務の中での気づき・意見・提案を職員から吸い上げ、管理者は毎月開催される施設長・管理者会議の場で報告している。その結果を運営推進会議で報告している。また、居宅サービス会議においても検討し、反映できるようにしている。 | |
| 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 | 法人就業規則に準じ努めているが、利用者ニーズが多様化している今、柔軟な雇用体制と子育てや介護、さまざまな事情を背に従事する女性職員が働きやすい職場環境が急務であり、離職者を増やさない為にも今後の課題である。 | | |
| 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 | 採用時における法人新人研修受講。認知症介護実務者研修過程順次取得。法人内外での研修にも積極的に参加しケアに活かしている。(月一回:苑内研修、ラポール勉強会、自己評価の実施) | | |
| 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参加。研修を通して県内の同業者と交流を図りながらネットワークを広げ連絡を密し、サービスの質の向上を目指し共に取り組んでいる。(相互研修やGH連絡協議会主催の勉強会に参加) | | |

| 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 |
| 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・思いを十分に聞き、又認知症高齢者である本人のおかれている現状や、本人が持つ内的世界を理解し受け止め本人の内なる声を聞き共感する事で安心へとつながるようなケア・関係作りに努めている。 | | |
| 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 | 家族の心情に十分配慮し、家族の不安や思いを良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入れられるよう支援ながら心のケアに努めている。センター方式暮らしの情報(私の家族シート)に家族記入している。 | | |
| 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 | 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」を十分に説明し理解して頂いた上で他のサービス利用も含め、担当ケアマネジャーや包括支援センター、必要に応じ主治医と協働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、一緒に過ごしながら喜怒哀楽を共にし、日常生活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豊かな知恵や感性(人生観)を本人から学んだり、支えあ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、家族を支援される一方の立場におかず、喜怒哀楽を共にし一緒に本人との関わり方について考え話し合い、情報を共有しながら共に本人を支えていく関係を築いている。認知症の人と家族の会などの活動を話したり、月刊広報設置。 | | |
| 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 | お墓、仏壇、寺参り、大切な家族行事を家族の一員である本人と家族が共に行えるよう、又互いに絆を深め再確認出来るよう家族の力量に配慮しながら、家族の理解と協力のもと支援している。 | 本人が大切にしていた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう家族などの協力をもらい支援している。また、年1回の「私の希望を叶える日」においても本人の希望を取りいれている。 | |
| 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 | 共に生活し、利用者同士の関わり合いの中で、色々な事を感じ本人自ら考え、役割を持ち解決していく力を発揮出来るよう工夫しながら働きかけ、その人らしく暮らせるよう側面から支援している。互いに思いやり、支え合い、感謝の心。 | | |

| 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 |
| 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 | 退所後も、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とっており、退所先や入院先への面会など、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としてアセスメントを行っているが、担当以外の職員においても、アセスメントに協働・情報共有しながら本人本位に徹した認知ケアを実践している。「私の希望を叶える日」を取り入れている。 | 入居者の思いや意向をセンター方式によるアセスメント(家族や職員の日々の思いや気付きを書き入れる)から把握している。また入居者が全員出席する運営推進会議で書かれた1年の抱負「こんな事がしてほしい」からも意向を把握している。 | |
| 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持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を聞きケアに活かしている。センター方式B-1~3シートや生活史シート記入を家族に協力願っている。 | | |
| 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 | 個々の利用者の暮らしぶりの現状を観察・洞察しながら見極め、センター方式24時間アセスメントシート(Eシート)活用して現状の総合的把握をし、本人の支援して欲しい事をまとめながら、ケアプランへの導入に繋げている。 | | |
| 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 | 本人・家族や必要な関係者と話し合い意見やアイデアを反映し、職員による気づきや意見を取り入れ現状に即した介護計画を作成し、情報共有し統一したケアに心がけた認知ケアの実践に努めている。ケア自己点検・見直しの実施。 | センター方式に本人の興味のあることや嫌なことなどを家族に記入してもらい、職員などの気付きを書き入れ、思いを把握したうえで「希望をもって安心して生活するには、本人がどうしてほしいか」を職員で検討し、介護計画を作成している。通常は3か月で見直しているが、変化があれば随時検討し見直している。 | |
| 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 | 日々の看護・介護面の記録のあり方で、「誰が読んでも分かりやすい記録の書き方」をテーマに勉強会を開催し、記述内容からその根拠、ケア実践・結果、気づきや工夫が読み取れる様な記録の書き方の工夫を話し合っている。 | | |
| 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 | 本人や家族の状況やその時の要望に応じ、外泊・外出、ホームでの家族の宿泊や食事を一緒に楽しむ等柔軟に対応しているが、今以上に暮らしのニーズの把握や職員だけでなくパブリックスペースを地域に開放し視野を広げた支援が必要 | | |

| 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 |
| 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、同系列の施設や警察、消防・消防団、近隣住民と協力体制とっているが、地域を知り、ホームでの活動の理解を広め地域資源の把握・発掘が現在の大きな課題である。 | | |
| 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 | 本人や家族との十分な話し合いの上で、希望する、または納得した医療機関で受診している。かかりつけ医による月2回の往診。家族と協働しながら随時・定期(歯科・眼科・耳鼻科・整形外科・精神科等)に通院介助行っている。 | 本人・家族との話し合いの上、希望が納得した医療機関で受診している。受診時に家族が同行できない場合は職員が同行している。また、協力医による往診が月2回あり、歯科医による口腔指導も年2回行なわれている。 | |
| 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 | 事業所の看護師や利用者本人が関わる医療機関の看護職と気軽に相談し、情報を共有するようにしている。又法人内の他の施設の看護職員と連携を図りながら日常の健康管理行い、適切な医療が受けられるよう支援している。 | | |
| 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、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。 | 利用者が入院した際、早期に医療機関と今後の治療方針や出来るだけ早期退院出来るよう情報交換・相談に努めている。又退院後も現状を報告し助言を頂くなど連携をとるよう努めている。主治医・家族を含む話し合いの場を多く持ちたい。 | | |
| 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 | 重度化した場合や終末期のあり方については、早い段階より主治医の意見を踏まえ、事業所で出来る事を十分に本人と家族等に説明し、又医療の必要な時期であれば医療機関と繰り返し話し合い、今後の方針を共有している。 | 重度化や終末期における支援は、早い段階より主治医の意見を踏まえ、本人と家族にホームとしてできる支援を説明している。また、事業所として支援できる限界についても医療機関と連携し方針を共有している。 | 重度化や終末期をどのように過ごしたいか早い段階から本人・家族の希望や意向を聴き、希望や意向に沿ったケアに取り組めるよう運営法人の各事業所との連携を踏まえた支援を期待したい。 |
| 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 | 日赤や消防署の研修に参加。緊急時対応・連絡マニュアルの見直し対応している。ラポール勉強会で、又日常的に看護師まじえ迅速な緊急時対応の為の話し合いや訓練をしている。夜間緊急時想定で繰り返し訓練している。 | | |
| 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 | 運営推進会議や勉強会で避難方法を学んだり、ラポール避難訓練を月1回実施している。年1回(10月)地域合同避難訓練を行い、又事業所が地域の一員として地域に向き防災訓練に参加など協力体制を築いている。 | 年2回、運営法人と合同で消防署などの協力を得て、昼・夜間時を想定した消防訓練の実施するとともに、ホーム独自の避難誘導訓練を毎月入居者とともに実施している。また、毎年開催される越前市全体・地区の防災訓練にも「わかたけ班」として参加している。非常食や飲料水も備蓄されている。 | |

| 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 |
| 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 | 利用者一人ひとりの尊厳を第一に考え、誇りやプライバシーを尊重した接し方を心がけ、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・保護規定を念頭に十分に注意を払った取り扱いに努めている。記録の書き方の工夫を継続。 | 職員の入居者に対する言葉かけは、人格を尊重した和やかな対応を確認することができた。個人情報の基本指針があり、個人にかかわる書類は施錠できる書庫に納められ管理されている。 | |
| 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に聞き、洞察し内なる声を受け止め、わかる力に合わせた説明を行い、自己決定・表現できるよう職員は極力手を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(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 | 利用者一人ひとりのペースを十分に把握し、その人の暮らしの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。 | | |
| 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 | カットボランティアの受け入れや本人の希望に応じて近所の美容室へ職員と出かけてり、馴染みの美容室に行けるよう、家族と協働しながらその人らしい身だしなみやお洒落が出来るよう支援している。(お化粧、好みの洋服、ファッション雑誌) | | |
| 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、食事準備や食事・後片付け等行っている。個々の嗜好や状態に合わせて、又旬の食材や畑で収穫した野菜を利用しながら週2回のサイクルで利用者と話し合い一緒に献立たてている。嗜好調査実施 | 食事が楽しいものとなるように菜園での収穫した食材、また得意とする芋の皮むきや食事の準備・後片付け・皿洗いなど、入居者の能力を活かした支援をしている。入居者と一緒に食材の買物なども行っている。 | 職員が入居者と一緒にテーブルにつき同じメニューを味わい、和やかに会話しながら食事を楽しめる取り組みも期待したい。 |
| 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 | 個々の介護明細に食事量や水分量を記録・集計し把握している。献立表を定期的(月1回)併設施設の管理栄養士に栄養バランス・カロリー指導評価を受けている。体重は月1回入浴時に測定し運動量と食事量(炭水化物摂取)に留意している。 | | |
| 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 | 歯科検診年2回受け、個々のブラッシング指導受けている。毎食前のうがい励行、毎食後、義歯流水洗浄、歯磨き(歯科医が薦める歯ブラシ、歯間ブラシ使用)、舌のケア、ブラッシング指導、口腔内チェック行い、見守りながら支援している。 | | |

| 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 |
| 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を把握し、オムツ使用の利用者に対して日中は出来るだけショーツに切り替え使用や失敗を減らし個々の尿意・便意のシグナルを見逃さず、排泄時の不安や羞恥心、プライバシーに配慮しトイレの声掛け・誘導を行っている。 | できるだけオムツの使用を減らせるよう、個々の排泄パターンや朝のバイタルチェック時にその日の入居者の状態を把握し、本人の態度(ソワソワなど)を見逃さずトイレへ誘導支援している。 | |
| 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 | 毎日の排便・水分チェックにて把握し、便秘時には便秘要因の把握、腹部マッサージ等を行っている。運動を取り入れ(ホーム内に目標を掲げ歩け歩け運動など)、献立の工夫とよく噛んで食べるなど便秘予防に繋がる事個々に説明している。 | | |
| 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・時間等は、本人の希望に添って柔軟に対応している。その日その日に、入浴予定者名をホワイトボードに記入し見やすい所に提示している。 | 基本的には週4回(月、火、木、金)本人の希望日時に入浴することができ、希望があれば毎日入浴することも可能である。1対1(職員)で対応しているため、入居者はゆったりと入浴することができる。浴室には手摺りが取り付けられており、安全面にも配慮されている。 | |
| 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を把握し、夜眠れない利用者には昼夜逆転がないよう、日中での活動や人との交流の場を設け、一日の生活リズム作りを通した安眠策をとっている。不眠の原因の把握。D-3焦点情報(生活リズム・パターンシート)活用。 | | |
| 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 | 通院記録を個別化し、処方された薬の説明書を綴り職員全員が目を通し把握できるようにしている。症状に応じて薬の変更など記録に残し、看護師より全員に申し送る。看護師による服薬管理、服薬支援では本人・服薬確認を徹底している。 | | |
| 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 | 個々の利用者の得意とする事を暮らし役割とし、役割り委員会を設けている。ホーム内行事やボランティア定期受け入れ(お料理・お話)、音楽を楽しむ(ハーモニカ)、畑・花壇、私の希望を叶える日など。 | | |
| 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 | 利用者一人ひとりのその日の希望に添って(散歩、ドライブ、畑花壇での水遣り、草むしり、玄関周囲の清掃や花壇観賞など、又デイサービス利用、週2回スーパーでの買い物)戸外出掛けられるよう支援している。 | 散歩・買物・菜園(花壇)の水やりや観賞などに出かける楽しみや近隣の子供達や住民との交流を支援している。また、年1回の「私の希望を叶える日」においても本人の行きたい所への外出を支援している。 | |

| 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 |
| 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 | 運営推進会議にて検討の結果、利用者は金銭所持はせずホーム側で預かり金として金銭管理を行っているが、預かり金の範囲でのお金を使う楽しみを支援している(月1～2回買い物Day、要望に応じての買い物、私の希望を叶える日) | | |
| 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 | 利用者希望に添って電話利用支援や家族や親戚、知人がいつでも電話をかけてこられよう支援している。利用者の持てる力に合わせ、本人自らが筆をとりホームでの暮らし振りや思いをしたためた手紙のやり取りが出来る様支援している。 | | |
| 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 | 利用者にとって不快な音や光がないように配慮し、家庭的なぬくもりや大切に空間づくりを心がけている。家族やご近所から頂いた季節の花々を利用者が楽しみながら生け、共有スペースや居室に飾り心の安らぎへと繋げている。 | リビングは木を基調とした内装で、入居者が日ごろ製作した書道の作品や季節の花などが飾られており、温もりのある空間となっている。また、畳のスペースやソファ等もあり、その時の気分に合わせて思い思いの場所でくつろげるような配慮がなされている。 | |
| 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 | 個々が思い々に、事務所前のベンチに腰掛け外の景色を見て心静かに過ごしたり、居間でごろ寝やテレビを見ながらソファで会話を楽しんだり、気の合った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、馴染みの物や愛着のある小物等を置いている。個々にとっての大切な位牌や趣味の同人誌、信仰する宗教関係の書物など自由に持ち込んで貰っている。各部屋にメモリアルコーナーをもうけている。 | 居室のドアには入居者の和やかな表情の写真のプレートが掛けられている。居室内は、洗面台・トイレ・ベッドの他、家庭で日常的に使用していた馴染みの布団・タンス・椅子・テレビ等を持ち込んでおり、本人が居心地良く過ごせるような空間となっている。 | |
| 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 | 各居室ドアには写真入りのネームプレートを掛け、使い慣れた家具や馴染みの物を置き、又時の見当識への配慮として、見やすい位置に時計や暦を設置。本人が手がける個人カレンダーを居室にかけ予定記入。環境チェックシート活用。 | | |