

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	2297200236		
法人名	ウェル恵明会株式会社		
事業所名	るびなすコート	ユニット名	春
所在地	浜松市東区積志町1878		
自己評価作成日	平成28年3月13日	評価結果市町村受理日	平成28年4月25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.kaijokensaku.jp/22/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&JigvosyoCd=2297200236-00&PrefCd=22&VersionCd=
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	セリオコーポレーション有限公司 福祉第三者評価・調査事業部		
所在地	静岡県静岡市清水区迎山町4-1		
訪問調査日	平成28年3月31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)】

「寄り添うケア」「寝たきりをつくらない」「オムツに頼らない」を理念とし、ご利用者の心身の状態に寄り添いながらその人らしく尊厳を持って生活できるようお手伝いをさせて頂いております。ご家族との関わりについてもご家族の不安や心的負担を緩和することはさることながら、ご利用者の従来の生活に関する情報を聞き取りしたり、ご利用者の状態や状況の報告をして相互に情報を交換しつつ、本人を支える者として一緒にご利用者の支援ができる関係作りを心がけています。また「健康は食から」をモットーに、化学調味料は一切使わず薬膳を取り入れた栄養士考案の献立によりご利用者の体質改善と健康管理にも努めています。

【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)】

幹線道路から少し奥まったところにある、平屋の建物である。両ユニットを職員全員で交代して見守りしている。全館床暖房が設置してあり職員と利用者全員が素足で生活している。他事業所の栄養士も交えチームで食事に力を入れており、薬膳を取り入れた食事の提供も行っている。マニュアル等事業所独自の書類の整備はまだ不十分なところも多いが、職員が安心して利用者との生活ができるよう、その整備や改訂を早急に行ないたいとの思いがある。

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 3. 利用者の1/3くらい 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	「寄り添うケア」「寝たきりをつくらない」「オムツに頼らない」を理念とし、毎朝のミーティング前に職員全員で理念を唱和して意識作りを行なってから仕事に入るようにしている。	職員は毎朝のミーティングにおいて理念の確認を行っている。利用者一人ひとりのこれまでの生活歴などから、その人に合ったサービスの提供を心掛けるように努めている。	
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	朝の散歩時には近隣の方に挨拶をして周り、ご利用者と地域住民との関わりの機会をつくっている。またイベント開催時には自治会の回覧にて参加を呼びかけ交流機会を作っている。	地域住民とは正月の初詣やふれあい広場への参加・クリスマス会への住民の参加等を通して交流を深めている。	
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	イベントを通して地域の方にご利用者の様子を見て頂き、認知症のあるご利用者への関わり方等について話をする時間を設けている。広報紙にて随時認知症介護に関する無料相談ができることを告知している。		
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	運営推進会議ではご利用者や事業に関する連絡・報告を行ない、意見やアドバイスについては内容によりスタッフミーティングで検討したり、今後の検討材料として議事録に記録保管している。	2か月に1回開催されており、自治会長をはじめ民生委員や地域包括支援センター・行政・家族代表等の参加を得ている。参加者から出されたアドバイスはその都度会議において検討をしている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	運営推進会議にて区職員に事業に関する連絡や報告をするが、それ以外にも必要に応じて相談しており、施設内でインフルエンザの罹患が確認された際には報告基準に満たなかったが連絡・相談をした。	事業所の担当者が交代したばかりのため、市担当者とは協力関係を築けるところまでは至っていないが、些細なことでも担当者に報告や連絡を行い指示を仰いでいる。	
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	身体拘束廃止推進の研修に毎年参加し、そこで学んだ事を報告する勉強会を設けたり、委員会が主催する研修会を設け、身体拘束をなぜすべきでないか、身体拘束に該当する行為は何か等を説明している。	身体拘束をしてはいけないことを職員全員が把握しているが、施設独自のマニュアルが整備されていない。身体拘束委員会の担当者が研修に参加して職員に伝達や報告の発表を行っている。	
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	入浴時に必ずボディチェックを行なってご利用者の身体に異変が生じていないか確認しており、日常の支援場面においてもスタッフ間で相互に注意をして見合っている。		

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
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	勉強会を実施。成年後見人制度を实际利用しているご利用者を通じて学ぶ機会を作り、理解を促している。		
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	ケアマネージャーが説明を行ない、疑問点を確認して理解・了承を得た上でサイン・捺印をもらっている		
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	家族からは運営推進会議や面談を通して意見や要望を聞く機会を設けている。ご利用者からは普段の会話の中で聞き取ることが多く、それらの意見や疑問等は施設長にも報告してできるだけ早急に対応をしている。	運営推進会議には家族が交代で出席している。職員は面会時の家族からの意見を、その都度管理者に報告し、対応は迅速に行えるようにしている。	
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	毎日及び毎月のミーティングや勉強会等、職員が集まる機会に連絡や相談、意見交換をし、その結果をその後のミーティングや勉強会で情報共有し反映されるようにしている。	着任した管理者はまだ日も浅いが、会議などで出た意見はすぐに法人の管理者に報告できる体制ができています。今まであまり実施されていなかった研修会への参加や事業所内研修の計画が進んでいる。	
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	努力や能力に応じた賞与やベースアップを支給。スキルアップ、キャリアアップ等努力が報われるシステムとなっている。休日は希望に従って取りメリハリをつけて仕事ができるようにしている。		
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進めている	新卒社員にはオリエンテーションを実施し、入職者に対しては1対1での直接指導を行っている。職員個々のレベルや必要性を考慮して研修会や講演会等に参加できるようにしている。		
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	同業の他施設で研修実習を行ない、他施設との交流機会を作ってサービスの向上に繋がるようにしている。地域包括支援センターに交流の機会をお願いしている。		

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
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	サービス開始前に実費のみで試し利用できる事を案内している。また入所施設や入院している病院を訪問してご本人と面談をし、不安や心配事を聴取して安心して利用開始できるよう努めている。		
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	施設の雰囲気を知ってもらうため入所前に必ず施設見学をお願いし、その際に施設長・ケアマネージャー・看護師等が立ち会ってご家族の要望や不安、希望等を聴取している。		
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	事前面談でご利用者及びご家族の希望や不安等を聞き取りし、具体的な対応方法について説明をするが、事業所の特性を踏まえニーズと合致する他サービスがあればその説明をして選択を勧めている。		
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	生活の場として共同で作業をすることでお互いに生活者としての意識が持てるよう、洗濯や食器洗い・食器拭き、清掃、調理等、取り組みが可能なご利用者は職員と一緒に作業を行なっている。		
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	面会ではご本人を取り囲んで家族や職員と一緒に談笑できるようにし、家族から本人の情報を聴取したり近況を伝えて状態把握してもらっている。またサービス計画にも家族が担うことを相談し設けている。		
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	ご家族や親類、友人の来所・面会が継続されるよう入所時に依頼するとともに、電話での状態報告やご本人への取次ぎを行なって関係の継続支援をしている。	入居前に本人や家族からの聞き取りにおいて、できるだけ今までの継続ができるように支援している。事業所の様子を伝える小新聞の発行を本年2月より再開した。家族や自治会に配布し、関係の継続に努めている。	
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	リビングのソファやテーブルの配置、食事時の席や外出での車の座席等を臨機応変に検討し対応している。また入浴や散歩は仲の良いご利用者同士と一緒に時間を共有できるようにしている。		

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
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	退所後もイベントや行事の案内を出している。また退所しても相談を受けることを伝え、その後連絡や要望があれば面談・相談の時間を設けて相談に乗っている。		
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	サービス計画策定時やモニタリング時にご本人の思いを聴取。会話での意思疎通が困難な場合でもその言動や表情等から好むこと、好まないこと等を把握し、担当者会議にて情報を共有してその思いを検討している。	事業所の基本的な指針として、利用者のこれまでの生活歴や日常生活から知り得た人柄から利用者の思いや意向を把握する支援を目指している。職員はミーティングや勉強会によりその思いや意向を共有している。	
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	入所前にご本人やご家族、前任ケアマネ、施設担当者等から情報を聴取してフェースシートや調査表を作成してアセスメントを行っており、その後もご本人やご家族から得た情報を蓄積してアセスメントしている。		
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	生活スケジュールや心身機能・能力等について情報を収集し、シート上に整理してアセスメントを行なっている。また状態変化時にはご本人のもとを訪れて状態把握をし支援経過に記録をしている。		
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	各職種が参加して担当者会議を行ない、ご本人に関する情報を共有しながら目標やサービスの基本内容を検討。その後ご本人やご家族と面談をして意見や意向に基づき計画を修正・加筆している。	モニタリングは3か月、介護計画の目標は短期6か月、長期1年を基本としている。検討メンバーは施設長・ケアマネジャー・看護師・担当介護職員で行ない、ケアマネジャーが家族と話し合い作成している。	介護計画を作成する際に、介護記録をはじめ各種の記録物は有効な根拠となる。他の管理項目についても記録を残し活用していく試みが望まれる。
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	介護記録及び支援経過にご利用者個々の情報を記録。大きな変化があれば再アセスメントしてサービス計画を更新し、微細な変化は申し送りノートにて情報やサービス・対応について伝達している。		
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	外出や病院受診等での送迎や付添い等も柔軟に対応。何か希望があればまず相談してほしいことを伝えており、ご本人やご家族と相談した上で双方の役割や支援・サービスについて検討している。		

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
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	訪問マッサージをサービスとして取り組んでいるご利用者もおり、ご利用者のニーズにより公演ボランティアや外出先等も検討。安心して生活できるよう介護相談員の訪問も依頼している。		
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	希望により往診可能な医院や在宅時のかかりつけ医等、主治医や歯科医を選択できるようになっており、いずれも診察時には看護師を主とする職員が付き添って適切な情報交換に努めている。	かかりつけ医は自由に選べるが、ほとんどの利用者は24時間対応体制に応じられる協力医療機関を選択し、月2回の往診を受けている。夜間等の緊急時のマニュアルを充実し、より安心を得る支援を目指している。	
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	オンコール体制にて常時看護師に報告・相談ができ、また訪問看護でも職員が付き添って情報交換をしており、看護師からの指示もケース記録や申し送りノート、朝のミーティングにて情報共有をしている。		
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。	入院時には基本的に職員が付き添って情報提供を行ない、入院中は面会時に、退院時にはケアマネが病院を訪れて医師や看護師と情報交換をしている。病院の地域連携室やソーシャルワーカーには営業も兼ねて定期的に訪問し関係作りに努めている。		
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	入所時に看取り介護の方針を説明し、その時点での終末期の希望を聴取。終末期となった場合はご家族に施設での特に医療面に関して可能・不可能なことを説明し、主治医・ご家族・施設職員とでムンテラを行なって終末期の対応について検討している。	「看取りに関する対応指針の同意書」による合意を得ている。昨年度は4名の看取りがあり、家族より感謝の言葉を受ける。今後は職員の支援として看取り期の具体的な支援のマニュアルを補足する計画である。	
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	主治医・協力医に連絡する基準や事故発生時の対応はマニュアル化されており、その勉強会や応急手当等に関する研修も行っている。		
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	年3回の総合防災訓練は通報から避難、消火訓練までをご利用者とともに行っており、うち1回は消防署が立会っている。今後は地域の防災訓練へも参加する予定。	防災訓練は地震や火事等の想定を変え行なっている。災害時の連絡フロー図等はファイルにて保管されている。今後は事業所に対する地域住民の理解を深める為、地域防災の参加も視野に入れている。	事業所の実情に適合した災害対策マニュアルを更新し、内容を充実させる試みが他の管理項目も含め望まれる。

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	年配者に対する尊意を持って、またご利用者個々の性格や習性を考慮して穏やかな気持ちで居られるような声かけをしている。またプライバシーに関わる話は他者に聞かれないよう事務所か居室で行なっている。	利用者の尊重を守るには、一方的な支援ではなく、「寄り添うケア」により利用者の状況を理解することが必須と管理者は職員に伝えている。面会の記録については利用者別に変更する計画である。	
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	職員側の誘導は避け、日々の暮らしの中でご利用者の意思確認の徹底や傾聴を心がけ、時にはその言動から職員が心中を察し代弁して気持ちの確認をしている。		
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	行事やレク等の案内・誘いは行なうが強制はせず意思決定を促している。在宅時に大切にしていた習慣や活動、好むこと、好まないことを配慮しそのご利用者の生活ペースを崩さないよう過干渉はしていない。		
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	起床後に洗顔や髭剃りを行ない、入浴時には爪を確認して清潔が保たれるようにしている。行事や外出では衣類や小物、化粧等のお洒落を支援。可能なご利用者には日々自分で着る衣類の選択を促している。		
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	可能なご利用者には調理や配膳、食後の食器洗浄や拭き取りを依頼し職員と共同で作業。食事時は職員も一緒にテーブルで食事を摂り、話題を提供して和やかな食事時間となるよう配慮している。	ユニットの利用者全員と職員が一つのテーブルを囲み、一緒に食事をする。副食は職員を中心に新鮮な食材により調理された薬膳料理4品程が陶器に盛られる。利用者の好みにより味噌汁等は濃さを変え対応している。	
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	栄養士の献立・レシピに従った化学調味料を一切使わないバランス良い食事を機能に応じた形態で提供。食思に応じた飲食を促し飲食量を記録。アセスメントを経て必要なご利用者には補填を支援している。		
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	毎食後口腔ケアに誘導。歯科医からの口腔状態に関する情報も活用しながら不十分で自身では出来ない部分のみ職員がケアを補っている。夜間は義歯の洗浄・除菌を実施。		

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	「オムツに頼らない」との理念に従い、布下着着用を基本に個々の残存能力を活用しながらトイレでの座位排泄を支援。記録にて個々の排泄パターンを把握し、必要にご利用者には適した時間に排泄誘導している。	理念にもあるオムツに頼らず、寝たきりをつくらない支援に努めている。現状ではリハビリパンツの着用者1名以外、全員が布下着を着用している。失敗によるパット着用回数を減らす支援を行なっている。	
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	野菜中心の食事メニューで食物繊維を摂取し、水分は1日1ℓを目安に牛乳も飲用。散歩や体操等で運動時間を確保している。機能低下にて排便困難な場合は腹部のマッサージにてスムーズな排便を支援。		
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	隔日の入浴が基本だが希望があり可能な場合は連日入浴する。抵抗があるご利用者はその時々の際に応じて抵抗感が最大限少なくなるよう誘導・介助し、浴槽に浸かる気持ち良さが実感できるよう支援。	入浴頻度は隔日とし、午前と午後に分け実施している。入浴を嫌う利用者には仲の良い利用者や、利用者に合った誘い方を職員で共有している。浮腫等のある利用者にはマッサージの支援を行なっている。	
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	「寝たきりをつくらない」との理念に従い、昼間は離床・活動を促して夜間熟睡できるように支援。ご利用者個々の体感に応じて布団の他、毛布やタオルケット等も使用。血行不良のご利用者には湯たんぽも用意。		
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	薬の処方やその目的、変更、副作用については連絡ノートも活用して看護師から申し送りされる。必要時に職員が確認できるよう薬の説明書も所定場所に保管。副作用が生じる可能性が高い場合は計画にも記載。		
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	生活歴や能力、かつての趣味・特技等を踏まえ、家事作業やレク、行事、会話での話題提供等を支援。家事に関心がないご利用者でも生活主体者として可能な範囲で役割が担えるよう支援している。		
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。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支援している	季節や天気にもよるが可能な限り毎日戸外を散歩。ドライブはご利用者の希望によりその都度行き先を変更。好評な外食等は年間の行事予定に組み込んでいる。ご本人やご家族だけでは難しい外出希望があればその都度相談に乗り可能な支援をしている。	毎日の散歩は状況により午前あるいは午後に出掛けている。週末、利用者が希望する場所へドライブに出掛ける支援が新たに開始された。ほぼ毎月、利用者や家族の意見を取り入れた外出が職員担当制で計画されている。	

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
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	紛失の可能性も考慮し日常では金銭を所持していないが、外出時に職員が見守り・補佐して買い物を行ない、希望の物を購入する機会を作っている。		
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	ご利用者の希望に従い電話をかける、或いは手紙を出す支援は行なっている。また面会が難しいご家族等からの状態確認の電話があった場合は可能であれば本人にも電話にて会話してもらっている。		
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	建物は木材をふんだんに使用しており、施設でも家庭的な雰囲気・空間となるよう心掛けている。玄関先はパブリックスペースとして来訪者との関わりの接点となるよう行事写真等を掲示。排泄自立のため居室と居室の間にトイレを配置し移動距離は短い。	共用エリアであるウッドデッキの中庭は、どの位置からでも空を見上げられる建築構造である。中庭の樹木や草花による自然環境が閉塞感を一掃している。床暖房により利用者や職員は素足で過ごし自宅でくつろぐ感覚である。	
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	共用部にはダイニングとリビングとがあり、居室も含め一人でいたい時や誰かと話したい時等、その時々で好きなように好きな場所で過ごせる。気候が良ければ中庭も解放し戸外の空気や季節感も感じられる。		
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	備え付けの収納棚があり家具類は少なめだが、馴染みの物や大切な物は持ち込みを入所時に依頼しており持ち込んでいる方もいる。また居室内の動線・利便性を踏まえベッドや家具等の配置もご本人・ご家族と検討。	収納棚は備え付けである。天板部は利用者が容易に手の届く高さであり、時計や家族の写真等が自由に持ち込みされている。また利用者が日常的に使う物を置くスペースとして活用されている。	
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	歩行時やバランスが崩れた際の支えとなるよう建物の移動経路には手すりが設置されており、リビングも空間が狭まっている。また居室内はご利用者の動線や動作能力に応じ安全性と利便性を考慮している。		

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	2297200236		
法人名	ウエル恵明会株式会社		
事業所名	るびなすコート	ユニット名	秋
所在地	浜松市東区積志町1878		
自己評価作成日	平成28年3月16日	評価結果市町村受理日	平成28年4月25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.kaijokensaku.jp/22/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&JigvosyoCd=2297200236-00&PrefCd=22&VersionCd=
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	セリオコーポレーション有限公司 福祉第三者評価・調査事業部
所在地	静岡県静岡市清水区迎山町4-1
訪問調査日	平成28年3月31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)】

「寄り添うケア」「寝たきりをつくらない」「オムツに頼らない」を理念とし、ご利用者の心身の状態に寄り添いながらその人らしく尊厳を持って生活できるようお手伝いをさせて頂いております。ご家族との関わりについてもご家族の不安や心的負担を緩和することはさることながら、ご利用者の従来の生活に関する情報を聞き取りしたり、ご利用者の状態や状況の報告をして相互に情報を交換しつつ、本人を支える者として一緒にご利用者の支援ができる関係作りを心がけています。また「健康は食から」をモットーに、化学調味料は一切使わず薬膳を取り入れた栄養士考案の献立によりご利用者の体質改善と健康管理にも努めています。

【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)】

※複数ユニットの外部評価結果は1ユニット目の評価表に記入されています。

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	「寄り添うケア」「寝たきりをつくらない」「オムツに頼らない」を理念とし、毎朝のミーティング前に職員全員で理念を唱和して意識作りを行ってから仕事に入るようにしている。	※複数ユニットの外部評価結果は1ユニット目の評価表に記入されています。	
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	朝の散歩時には近隣の方に挨拶をして周り、ご利用者と地域住民との関わりの機会をつくっている。またイベント開催時には自治会の回覧にて参加を呼びかけ交流機会を作っている。		
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	イベントを通して地域の方にご利用者の様子を見て頂き、認知症のあるご利用者への関わり方等について話をする時間を設けている。広報紙にて随時認知症介護に関する無料相談ができることを告知している。		
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	運営推進会議ではご利用者や事業に関する連絡・報告を行ない、意見やアドバイスについては内容によりスタッフミーティングで検討したり、今後の検討材料として議事録に記録保管している。		
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取り組んでいる	運営推進会議にて区職員に事業に関する連絡や報告をするが、それ以外にも必要に応じて相談をしており、施設内でインフルエンザの罹患が確認された際には報告基準に満たなかったが連絡・相談をした。		
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	身体拘束廃止推進の研修に毎年参加し、そこで学んだ事を報告する勉強会を設けたり、委員会が主催する研修会を設け、身体拘束をなぜすべきでないか、身体拘束に該当する行為は何か等を説明している。		
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	入浴時に必ずボディチェックを行なってご利用者の身体に異変が生じていないか確認しており、日常の支援場面においてもスタッフ間で相互に注意をして見合っている。		

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
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	勉強会を実施。成年後見人制度を实际利用しているご利用者を通じて学ぶ機会を作り、理解を促している。		
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	ケアマネージャーが説明を行ない、疑問点を確認して理解・了承を得た上でサイン・捺印をもらっている		
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	家族からは運営推進会議や面談を通して意見や要望を聞く機会を設けている。ご利用者からは普段の会話の中で聞き取ることが多く、それらの意見や疑問等は施設長にも報告してできるだけ早急に対応をしている。		
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	毎日及び毎月のミーティングや勉強会等、職員が集まる機会に連絡や相談、意見交換をし、その結果をその後のミーティングや勉強会で情報共有し反映されるようにしている。		
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	努力や能力に応じた賞与やベースアップを支給。スキルアップ、キャリアアップ等努力が報われるシステムとなっている。休日は希望に従って取りメリハリをつけて仕事ができるようにしている。		
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進めている	新卒社員にはオリエンテーションを実施し、入職者に対しては1対1での直接指導を行っている。職員個々のレベルや必要性を考慮して研修会や講演会等に参加できるようにしている。		
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	同業の他施設で研修実習を行ない、他施設との交流機会を作ってサービスの向上に繋がるようにしている。地域包括支援センターに交流の機会をお願いしている。		

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
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	サービス開始前に実費のみで試し利用できる事を案内している。また入所施設や入院している病院を訪問してご本人と面談をし、不安や心配事等を聴取して安心して利用開始できるよう努めている。		
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	施設の雰囲気を知ってもらうため入所前に必ず施設見学をお願いし、その際に施設長・ケアマネージャー・看護師等が立ち会ってご家族の要望や不安、希望等を聴取している。		
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	事前面談でご利用者及びご家族の希望や不安等を聞き取りし、具体的な対応方法について説明をするが、事業所の特性を踏まえニーズと合致する他サービスがあればその説明をして選択を勧めている。		
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	生活の場として共同で作業をすることでお互いに生活者としての意識が持てるよう、洗濯や食器洗い・食器拭き、清掃、調理等、取り組みが可能なご利用者は職員と一緒に作業を行なっている。		
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	面会ではご本人を取り囲んで家族や職員と一緒に談笑できるようにし、家族から本人の情報を聴取したり近況を伝えて状態把握してもらっている。またサービス計画にも家族が担うことを相談し設けている。		
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	ご家族や親類、友人の来所・面会が継続されるよう入所時に依頼するとともに、電話での状態報告やご本人への取次ぎを行なって関係の継続支援をしている。		
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	リビングのソファやテーブルの配置、食事時の席や外出での車の座席等を臨機応変に検討し対応している。また入浴や散歩は仲の良いご利用者同士と一緒に時間を共有できるようにしている。		

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
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	退所後もイベントや行事の案内を出している。また退所しても相談を受けることを伝え、その後連絡や要望があれば面談・相談の時間を設けて相談に乗っている。		
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	サービス計画策定時やモニタリング時にご本人の思いを聴取。会話での意思疎通が困難な場合でもその言動や表情等から好むこと、好まないこと等を把握し、担当者会議にて情報を共有してその思いを検討している。		
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	入所前にご本人やご家族、前任ケアマネ、施設担当者等から情報を聴取してフェースシートや調査表を作成してアセスメントを行っており、その後もご本人やご家族から得た情報を蓄積してアセスメントしている。		
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	生活スケジュールや心身機能・能力等について情報を収集し、シート上に整理してアセスメントを行なっている。また状態変化時にはご本人のもとを訪れて状態把握をし支援経過に記録をしている。		
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	各職種が参加して担当者会議を行ない、ご本人に関する情報を共有しながら目標やサービスの基本内容を検討。その後ご本人やご家族と面談をして意見や意向に基づき計画を修正・加筆している。		
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	介護記録及び支援経過にご利用者個々の情報を記録。大きな変化があれば再アセスメントしてサービス計画を更新し、微細な変化は申し送りノートにて情報やサービス・対応について伝達している。		
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	外出や病院受診等での送迎や付添い等も柔軟に対応。何か希望があればまず相談してほしいことを伝えており、ご本人やご家族と相談した上で双方の役割や支援・サービスについて検討している。		

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
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	訪問マッサージをサービスとして取り組んでいるご利用者もおり、ご利用者のニーズにより公演ボランティアや外出先等も検討。安心して生活できるよう介護相談員の訪問も依頼している。		
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	希望により往診可能な医院や在宅時のかかりつけ医等、主治医や歯科医を選択できるようになっており、いずれも診察時には看護師を主とする職員が付き添って適切な情報交換に努めている。		
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	オンコール体制にて常時看護師に報告・相談ができ、また訪問看護でも職員が付き添って情報交換をしており、看護師からの指示もケース記録や申し送りノート、朝のミーティングにて情報共有をしている。		
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。	入院時には基本的に職員が付き添って情報提供を行ない、入院中は面会時に、退院時にはケアマネが病院を訪れて医師や看護師と情報交換をしている。病院の地域連携室やソーシャルワーカーには営業も兼ねて定期的に訪問し関係作りにも努めている。		
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	入所時に看取り介護の方針を説明し、その時点での終末期の希望を聴取。終末期となった場合はご家族に施設での特に医療面に関して可能・不可能なことを説明し、主治医・ご家族・施設職員とでムンテラを行なって終末期の対応について検討している。		
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	主治医・協力医に連絡する基準や事故発生時の対応はマニュアル化されており、その勉強会や応急手当等に関する研修も行っている。		
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	年3回の総合防災訓練は通報から避難、消火訓練までをご利用者とともに行っており、うち1回は消防署が立会っている。今後は地域の防災訓練へも参加する予定。		

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	年配者に対する尊意を持って、またご利用者個々の性格や習性を考慮して穏やかな気持ちで居られるような声かけをしている。またプライバシーに関わる話は他者に聞かれないよう事務所が居室で行なっている。		
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	職員側の誘導は避け、日々の暮らしの中でご利用者の意思確認の徹底や傾聴を心がけ、時にはその言動から職員が心中を察し代弁して気持ちの確認をしている。		
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、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	行事やレク等の案内・誘いは行なうが強制はせず意思決定を促している。在宅時に大切にしていた習慣や活動、好むこと、好まないことを配慮しそのご利用者の生活ペースを崩さないよう過干渉はしていない。		
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	起床後に洗顔や髭剃りを行ない、入浴時には爪を確認して清潔が保たれるようにしている。行事や外出では衣類や小物、化粧等のお洒落を支援。可能なご利用者には日々自分で着る衣類の選択を促している。		
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	可能なご利用者には調理や配膳、食後の食器洗浄や拭き取りを依頼し職員と共同で作業。食事時は職員も一緒にテーブルで食事を摂り、話題を提供して和やかな食事時間となるよう配慮している。		
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	栄養士の献立・レシピに従った化学調味料を一切使わないバランス良い食事を機能に応じた形態で提供。食思に応じた飲食を促し飲食量を記録。アセスメントを経て必要なご利用者には補填を支援している。		
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	毎食後口腔ケアに誘導。歯科医からの口腔状態に関する情報も活用しながら不十分で自身では出来ない部分のみ職員がケアを補っている。夜間は義歯の洗浄・除菌を実施。		

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	「オムツに頼らない」との理念に従い、布下着着用を基本に個々の残存能力を活用しながらトイレでの座位排泄を支援。記録にて個々の排泄パターンを把握し、必要にご利用者には適した時間に排泄誘導している。		
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	野菜中心の食事メニューで食物繊維を摂取し、水分は1日1ℓを目安に牛乳も飲用。散歩や体操等で運動時間を確保している。機能低下にて排便困難な場合は腹部のマッサージにてスムーズな排便を支援。		
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	隔日の入浴が基本だが希望があり可能な場合は連日入浴する。抵抗があるご利用者はその時々々の機嫌に応じて抵抗感が最大限少なくなるよう誘導・介助し、浴槽に浸かる気持ち良さが実感できるよう支援。		
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	「寝たきりをつくらない」との理念に従い、昼間は離床・活動を促して夜間熟睡できるように支援。ご利用者個々の体感に応じて布団の他、毛布やタオルケット等も使用。血行不良のご利用者には湯たんぽも用意。		
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	薬の処方やその目的、変更、副作用については連絡ノートも活用して看護師から申し送りされる。必要時に職員が確認できるよう薬の説明書も所定場所に保管。副作用が生じる可能性が高い場合は計画にも記載。		
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	生活歴や能力、かつての趣味・特技等を踏まえ、家事作業やレク、行事、会話での話題提供等を支援。家事に関心がないご利用者でも生活主体者として可能な範囲で役割が担えるよう支援している。		
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。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	季節や天気にもよるが可能な限り毎日戸外を散策。ドライブはご利用者の希望によりその都度行き先を変更。好評な外食等は年間の行事予定に組み込んでいる。ご本人やご家族だけでは難しい外出希望があればその都度相談に乗り可能な支援をしている。		

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	紛失の可能性も考慮し日常では金銭を所持していないが、外出時に職員が見守り・補佐して買い物を行ない、希望の物を購入する機会を作っている。		
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	ご利用者の希望に従い電話をかける、或いは手紙を出す支援は行なっている。また面会が難しいご家族等からの状態確認の電話があった場合は可能であれば本人にも電話にて会話してもらっている。		
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	建物は木材をふんだんに使用しており、施設でも家庭的な雰囲気・空間となるよう心掛けている。玄関先はパブリックスペースとして来訪者との関わりの接点となるよう行事写真等を掲示。排泄自立のため居室と居室の間にトイレを配置し移動距離は短い。		
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	共用部にはダイニングとリビングとがあり、居室も含め一人でいたい時や誰かと話したい時等、その時々で好きなように好きな場所で過ごせる。気候が良ければ中庭も解放し戸外の空気や季節感も感じられる。		
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	備え付けの収納棚があり家具類は少なめだが、馴染みの物や大切な物は持ち込みを入所時に依頼しており持ち込んでいる方もいる。また居室内の動線・利便性を踏まえベッドや家具等の配置もご本人・ご家族と検討。		
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	歩行時やバランスが崩れた際の支えとなるよう建物の移動経路には手すりが設置されており、リビングも空間が狭まっている。また居室内はご利用者の動線や動作能力に応じ安全性と利便性を考慮している。		