

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 27年 9 月 19 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	平成 27年 10 月 19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、利用者間、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。日常生活の一連の中で【自分で出来る事】を増やせるように好きなこと、興味のあることに委員会会長を任命(例 園芸委員長・おもてなし委員長等)し支援しております。この場所(町)で穏やかに、地域の高齢者との交流会を行い、共に生き。「私の人生良かった」と笑顔で言えるように、職員は共に支援していきたいと思っています。年2回地域交流会・月1回ラポカフェを通して、地域の方とふれあい、気軽に立ち寄れる相談窓口機能を発揮していきたいと思ひます。センター方式で一番輝いていたころの事をご家族より聞きながらケアプランに活かしています。

【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)】

越前市北部の住宅街にあり、地域と密接した場所に立地している。同敷地内に母体法人が運営する特別養護老人ホーム、生活支援センター、越前市地域包括支援サブセンターを併設し、連携と交流を深めている。理念の「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」を職員全員で共有しながら日々支援している。利用者一人ひとりの個性を大切に、それぞれの得意分野を役割として、意欲を持って生活できるように工夫している。毎月1回、地域住民や併設施設も含めた家族が気軽に事業所を訪れてお茶を飲みながら語りあう交流会を実施し、楽しみや憩いを感じてもらえるような取組みを行っている。

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	平成26年度、誰もが分かりやすい理念づくりを行い、【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。又就業前に理念と法人の行動指針を唱和している。	事業所独自の理念を職員等全員で作成し、共有しながら日々実践している。また、以前外部評価を受けた際の目標達成計画に基づき、運営推進会議で「分かりやすい理念と取り組み」を議題として話し合った。	
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	瓜生町内の高齢者と地域交流会を行い認知症講座等で交流し、地域の手作り野菜を頂いたり、料理ボランティアを受けている。納涼祭のお誘い、一斉避難訓練にわかたけ班として参加し、地域合同避難訓練等でも交流している。	町内の避難訓練に参加し、認知症等についての質問に回答した。認知症理解のために、公民館で寸劇を行った。また、今年4月から、月1回事業所に地域住民や家族等を招き、お茶を飲みながらの交流会「ラポカフェ」を開催している。	
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	認知症サポーターとして、地域の認知症高齢者の理解を深める活動に参加したり、又、町内の高齢者との交流会でも認知症予防講座をシリーズで継続して行っている。ラポカフェを月1回行い今後、近隣地域の相談窓口機能として活動していきたい。		
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	運営推進会議にて、ご家族年2回・地域・市包括等の構成でサービス外部評価の改善項目などを話し合い、サービスの向上に努めている。内容は満足度調査結果、認知症の理解、ラポカフェの実施報告等	家族、地域住民代表、民生委員、市職員、地域包括支援センター職員等の参加を得て隔月で開催している。外部評価結果や事業所の活動に関する報告等を行い、参加者から質問、要望、助言等を得て運営に反映している。また、地域交流会等にも参加している。	
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	市の包括支援センター担当者に運営推進会議(年6回)に参加してもらい、又、ご家族は年2回参加され、ご家族との意見交換など積極的に行い、協力関係を密にしている。事業所の実情や質問事項は都度、市の担当者に聞き協力関係を築いている。	市職員、地域包括支援センター職員が運営推進会議に参加し、連絡を密にしている。市職員に運営上もしくは、利用者や家族に関して個別に相談し、その都度助言を受けている。	
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	独自の身体拘束マニュアルを基に、職員は身体拘束廃止への意識の徹底、又苑内外の研修や勉強会を通じて理解の強化を図り職員一丸となり取り組んでいる。又リスクについて、ご家族の方にご理解頂けるよう繰り返し説明している。	身体拘束廃止マニュアルに沿い、新人研修や併設施設との勉強会、外部研修等にて身体拘束禁止の意識の向上に努めている。日中は玄関を施錠していない。職員は身体拘束禁止の具体的な行為について理解し、日々のケアに取り組んでいる。	
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	苑内外で学ぶ機会を持ち、虐待防止の意識徹底に努めている。今年度は、研修で学んだ事を取り入れ、評価表を基に現場のかかえる改善が必要な課題について検討し改善計画作成。実践・評価しながら改善へと努めている。		

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
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	日常生活自立支援事業・成年後見制度の研修を受けている。利用者のもとに生活支援員が介入しているため在宅生活の中での権利擁護の必要性を職員は感じている。又、新たな問題が発生した時には制度を説明し、活用を支援している		
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、利用者や家族に不安や疑問点を尋ねながら契約書や重要事項等を読み上げ十分に説明し理解・納得を図っている。解約時、契約に基づくととも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、家族参加の行事の際、家族や利用者の意見や要望をお聞きし、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させている。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。ラポカフェでの家族間交流から得た意見等を反映させている	運営推進会議の議事録、家族へのアンケート結果、広報誌等を、毎月家族に送付している。また、面会時や行事時に意見等を聞き取り、支援に反映している。	
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	ラポールわかたけでの日頃の活動を通じて、管理者は職員の意見や提案を聞き、月1回の管理者会議や居宅会議にて発表し、意見を反映している。常時、職員の提案を聞き、ラポカフェ等の進め方等の意見等反映している。	管理者は、職員が意見や提案をいつでも言えるような関係作りに努めている。出された意見等について管理者会議等で話し合っ運営に反映し、結果を職員に報告していることが、職員とのヒアリングから確認できた。	
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職員に日頃の勤務状況を聞きながら、改善可能な部分は何かを検討している。柔軟な労働時間や給与水準の改善を図り、向上心のある職場環境の整備に努めている。		
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	正職員、パート職員全員がスキル向上出来る様法人内外の研修受講機会の確保している。個人のスキルアップにおいては、資格習得や専門分野での自己研鑽に努め、現場や地域発信・貢献に活かせる取り組みを目指している。 認知症ケア向上会議開催		
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協議会においての丹南地区連絡会を2～3ヶ月に一度開催し意見交換や相互研修等を通じ、サービスの質の向上させていく取り組みをしている。今回は介護保険法改正を受けての話し合いを行っている。		

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
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の置かれてい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様なケア・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	家族の心情に配慮しながらも不安や思いを良く聴き、時間をかけ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しながら心のケアに努めている。センター方式B-1(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、事業所で「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を含め、担当の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、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、支え合う関係作りを築いている。		
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現状課題となっている事等のケアについて話し合い、共有しながら共に本人を支えていく関係を築いている。毎月、ご本人の近況報告(健康面・日常生活面)を家族に送付している。ラポールいきいき便り		
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	利用者の重度化に伴い、外出困難となってきた現状あるが、お墓やお寺参りなど家族行事を本人と家族が行える様、又互いに絆を深め再確認できる様家族の力量に配慮しながら協力・理解のもと支援している。(盆帰省、花火大会、菊人形等)外出困難であれば来て頂く体制作り。	センター方式で、家族から入居前の本人の思いや関係を把握し、本人が大切にしていることが継続できるようにしている。家族の協力を得ながら、馴染みの場所への外出も支援している。	
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で色々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ように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おり、退居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努めている。「私の希望を叶える日」の実施。	各利用者の担当職員が関わりの中で気付いたことをセンター方式のシートに記入し、職員間で本人の思いや意向を共有している。また、「私の希望を叶える日」を設けて外出等を支援している。	
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・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を聞きケアに活かしている。「センター方式B-1~3」、「生活史表」の記入を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・洞察しながら見極め、現状を多面的方向から把握をし、本人が支援して欲しい事をまとめながらケアプラン導入へと繋げている。		
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	カンファレンスを実施。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。会議に参加できない家族には、事前に意見を聞きケア確認を行っている。3か月毎評価、6か月毎に一度、見直しを行っている。	センター方式で本人、家族の意向を確認しながら、関係者と話し合っって介護計画を作成している。利用者の状態等を個人別のシートに記入して申し送り、共有している。3か月毎に評価、6か月毎に見直している。	
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	個々のケアプランを基に、ケアの実践・結果やその時の気づきや工夫を具体的に介護支援経過表や介護明細・日誌等に個別に記録。職員間で情報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。		
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、ホームでの家族の宿泊や食事を一緒に楽しむ、家族行事の場として活用など柔軟に対応している。個々の暮らしのニーズを常に把握し、地域と共に支援できるよう日々努めている。又今年度よりホームを地域に開放(ラボカフェ定期開催)		

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、同系列の施設や市、警察、消防、消防団、近隣住民と協力している。又ホームでの活動を地域に向け発信し理解を広めながら、新たに地域資源を把握し、安全な暮らしを支援している		
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	本人や家族との十分な話し合いの上で、希望する、又は納得した医療機関で受診している。ホーム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・定期通院介行っている。(歯・眼・耳鼻科、整形外科、心療内科、精神科)	本人、家族が希望するかかりつけ医を選択することができる。受診には基本的に家族が同行するが、必要に応じて看護師が同行する。月2回協力医の訪問があり、往診記録で情報を共有する等連携を図っている。	
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	当ホームの看護師や本人にかかわる医療機関の看護職に相談し情報共有している。又法人内での他の施設の看護職とも連携を図りつつ、日常の健康管理を行いケアの中で「いつもと違う」の気づきを看護職に的確に伝え、本人が適切な受診や看護を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、医療機関と共に今後の治療方針を共有し早期退院出来るよう情報交換や相談に努めると同時に退院後の支援についても、本人・家族の要望を踏まえ当事業所で出来る事を職員間で話し合っている。		
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踏まえ、マニュアルに沿いながら事業所で出来る事を職員全員で共有する。又同時に終末期におけるケアにおける職員の心構えも指導している。	重度化、終末期の支援方法を職員間で話し合い、マニュアル化している。本人、家族の意向や要望を踏まえた看取りの経験もあり、検討記録を用いて職員全員で共有している。事業所でできる事できない事等を家族とよく話し合い、連携を密にして対応している。	
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	利用者の現状に合わせて緊急時対応・連絡マニュアルを見直し対応している。又看護職と情報共有しながら常に個々の利用者の状態把握に努め、看護師交え迅速な緊急時対応の為の話し合いや指導・訓練(夜間想定を含む)を繰り返し行っている。		
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	H26年度7月、原子力災害時避難計画作成。定期委員会開催している(2回/年)。同年11月に原子力災害想定(屋内退避)での地域合同避難訓練実施。日々、避難経路や非常用装置の操作手順の確認や月1回避難訓練、年1回地域合同避難訓練実施。わかたけ班として地区の防災訓練に参加。地域と協力体制にある。	年2回消防署立会いのもと地域住民も参加して夜間想定での避難訓練を実施しており、地域合同避難訓練にも参加している。また、月1回避難訓練を実施し、避難経路や非常用装置等について確認している。3日分の非常食等を備蓄している。	想定を超える状況を把握し、備えるために、実際に夜間に利用者と共に訓練をすること等を検討する等、更なるレベルアップに期待したい。

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	利用者ひとり一人の人格と自由の尊重を第一に考え、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り扱いに努めている。接遇チェックの実施。申し送り時利用シケアの振り返り等も行っている。	職員は利用者の尊厳に配慮した言葉遣いに心を配りながら、センター方式の接遇チェックシート等で振り返っている。個人情報も適切に管理している。	
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	本人の思いや希望を十分に聴き洞察、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	本人の希望に応じて近所の美容室に職員と、又馴染みの美容室に家族と出掛け協働支援している。外出困難な利用者においては、美容室に事前にお願しホームに来て頂きカットしてもらっている。		
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	職員は利用者と一緒に買い物・検品・食事準備や後片付けを行っている。個々の状態と嗜好を考慮し、旬の食材や畑で収穫した野菜を取り入れながら週2回のサイクルで利用者と一緒に献立作成している。現在、食事介助の必要な現場ではあるが、食べる意欲が出るような声掛けや雰囲気作り心掛けている。	職員は利用者と相談して献立を作成し、食材の買い物や食事の準備、後片付け等を行っている。食事ボランティアから習った芋のおはぎを利用者が職員と共に作ったこともある。昼食時、職員は和やかに食事介助をしていた。	
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。併設施設の管理栄養士にて重度の方への食事形態や栄養面において柔軟に指導・協力得ている。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。水分は科学的介護を参考に行っている。		
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	歯科検診を年1回受け、個々の口腔状態に応じたブラッシング指導を受けている。毎食前のがい・手洗いの励行と毎食後、義歯流水洗浄、歯磨き、舌のケア、ブラッシング指導・口腔内チェック等を行い見守りながら支援している。口腔ケアへの理解困難の方に対しても個々に対応している。		

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やその日の状態を把握し、出来るだけ排泄の失敗やオムツ使用を減らせるよう、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・誘導・介助を行っている。	居室にトイレの設備がある。失敗やオムツ使用を減らすために、排泄チェックシートで排泄シグナルを把握して声かけや誘導を行ったり、トイレにパッドを常備したりして、羞恥心に配慮している。	
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。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(ホーム内に目標掲げ健保体操や水分量等)。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事を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、時間は本人の希望に添えるよう、又その日その時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している。入浴困難の方には職員二人で対応。シャワー用車いす使用など安全面にも努めている。	基本的に週2回の午後としているが、本人の希望により変更することもできる。安全に入浴できるように、浴室の階段の両側に手すりを設置し、シャワー用車いすも使用することができる。1対1で支援し、安全に入浴できるように配慮している。	
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や不眠の原因等を把握。夜眠れない利用者には、昼夜逆転がないよう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を通じ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状況に応じ休息。重度の睡眠障害に対してはリスク管理行いながらワンツーマン対応。		
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・往診の記録を記載し、処方された薬の説明書を綴り職員全員が目を通し把握している。症状に応じ薬の変更など看護師による薬の管理や服薬支援での本人確認や服薬確認(口腔内確認)を徹底している。服薬困難な方には、薬の形状等を相談したり、服薬ゼリー等を使用し安全に服用出来るよう支援している。		
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	個々の得意とする事を暮らしの役割りとし、役割り委員会を設けている。ホーム内外の行事やボランティアの定期受け入れ(お料理:にぎにぎクラブ参加)、音楽を楽しむ(ハーモニカ)、四季を感じる(畑・花壇)、希望を叶える日など。平成27年度4月よりパブリックスペースを地域に開放し、ラボカフェを定期オープンしている。		
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	利用者一人ひとりのその日の希望の添って、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、又家族参加での外出行事や週2回のスーパーでの買い物、買い物Day、私の希望を叶える日等々外出支援している。	一人ひとりの体調や希望に添って、散歩や周辺の畑・花壇等の水やり・鑑賞に加え、ドライブ・買い物等を支援している。また、家族参加で菊人形等の外出行事を実施している。	

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	今年度7月より、当ホームでの現金取り扱いをしないことに決まり預り金なくなりましたが、小口の範囲での外出行事の際の買い物や飲食が引き続き楽しめるようご家族にご理解頂いている。		
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、利用者自らの電話利用や手紙のやり取り困難な状態にはあるが、希望があれば可能な限りそれに添えるよう支援している。個々の有する力に合わせた支援では、毎年ご家族に送る年賀状作成や個人では夫宛てに心温まるメッセージ添えた手作りカレンダーを家族通じて毎月届けるなど、出来る範囲希望に応じ支援している。		
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感や混乱を招くような刺激がないように配慮し、家庭的なぬくもりを大切に空間作りを心掛けている。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、共有スペースや居室に飾り、心の安らぎへと繋げている。	杉の木を使った床や壁面、廊下の手すり等は家庭的な温もりがある。また、キッチンにはソファ、畳の場、掘りごたつがあり、個々に寛ぐことができるように工夫している。利用者の作品や花等を飾っており、四季が感じられる。	
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	個々が思い思いに事務所前のベンチに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尋ねあったりしている。		
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小物などを置いている。個々においては、本人手作りの洋服や小物等々を自由に持ち込んでいる。各居室の筆筒の上にメモリアルコーナーを設けている。	居室にトイレと洗面所が完備され、利用者は馴染みの家具や調度品、手作りの洋服等を持ち込み、安心感と個性が感じられる。タンスの上に「メモリアルコーナー」を設けて家族の写真や作品を並べ、家庭の延長として居心地よく過ごせるよう配慮している。	
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暦を設置し、本人が手がける個人カレンダーは居室に飾り予定を記入している。B-4私の生活環境シートを活用。		