

### 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25年 10 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	
----------	--

【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25年10月30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基本理念、聖徳太子の「和の精神」を基に、ゆったりとした明るく家庭的な雰囲気の中、お互いの「和」を大切に、我が家のように過ごせるように職員は、「寄り添い二人三脚」の関係を大切にし日常の一連の中に、自立出来ることを伸ばせるように支援しております。たとえば得意を見つけ磨きの達人、子育て支援員、園芸委員、おもてなし委員等委員会の会長を任命し得意を伸ばせるように支援しています。又、地域とのふれあいとして地域交流会を開催し、町内の高齢者のつどいの皆さんと芋煮会や認知症勉強会(寸劇、回想法)を行い気軽に立ち寄れる相談窓口の機能をより発揮していきたいと思ます。自分の食器は自分で運び、自分で洗う。日常の一連の中センター方式の一番輝いていたころの事を家族より聞きながらプランに活かしたい。

【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)】

当事業所は同一敷地に特別養護老人ホームと生活支援センター、越前市地域包括支援サブセンターを併設しており、日頃から高齢福祉課や市地域包括支援センターと連携しながら運営している。全職員がセンター方式を習熟しており、利用者一人ひとりの思いや意向、利用者がこれまで培ってきた人間関係や社会との関係、暮らしの現状をセンター方式のシートに記録してまとめ、職員間でも共有し、介護計画の作成にも活用している。また、前回の外部評価結果で「次のステップに向けて期待したい内容」とした事項を達成するため、職員間で話し合っって優先順位をつけ目標を設定し、話し合った内容を更に運営推進会議で話し合うなど、運営の透明化を図りながらサービスの向上に真摯に取り組んでいる。看取りについても、運営推進会議で事業所の現状をふまえながら方針や対応を丁寧に説明するなど、今後の発展が期待できる事業所である。

・サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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、活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+-) + (Enter+-)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
<b>理念に基づく運営</b>					
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	「明るく家庭的な雰囲気を保つ中、地域と共にその人らしく過ごせるよう利用者の人格と自由を尊重し尊厳をもち安全で安心なサービスを提供する。」を事業所の理念に共有し、それに即した認知症ケアの実践に努めている。全ての職員は、就業前に理念と法人の行動指針を唱和している。	事業所の理念と運営の方針を定め運営規定等に記載するとともに、掲示している。職員で話し合っ「地域と共に」を理念に追加し、「寄りそい二人三脚」を介護目標に定め、実践に努めている。	利用者や家族、地域住民に事業所の理念や方針を更に伝わりやすくするため職員間で話し合っってわかりやすく整理されるとともに、理念や方針に基づき職員が個人目標を設定するなど、より一層理念が浸透する取り組みを期待したい。
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触れ合う計画として地域交流会を実施し認知症の寸劇、回想法などで交流し、又野菜の提供、料理ボランティア、公民館での一斉非難訓練に参加、納涼祭に参加など日常的に交流している。	4人の職員が町内に住んでおり、地域の様々な情報を手して納涼祭、神社祭礼などの行事に利用者とともに出かけている。事業所の芋煮会、おはぎづくりなどの行事には、地元老人会など多数の参加を得るなど交流している。また、併設施設も含めて地域の相談窓口にもなっている。	事業所が地域の一員として町内会での役割を担うなど、事業所と地域が双方向かつ親密な関係がより深まる取り組みを期待したい。
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頂けるよう地区公民館で話したり、又地域代表の方や民生委員にも会議に参加して頂き、事業所での活動等を地域の人々に向け活かしている。キャラバン・メイト養成研修終了。事業所を地域の相談窓口としての活用を検討中。		
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、サービス評価結果を踏まえ改善に向けた具体的取り組みについて話し合っています。、又そこでの意見を今後のサービスの質の向上に活かしている。目標達成計画表を作成し活かしている。	運営推進会議は、利用者、家族、行政、民生委員の参加を得て2か月毎に開催している。外部評価の結果を踏まえ運営推進会議活性化の目標達成計画を作成し、会議で報告して委員の意見を聞いてより良い計画を作成している。	次のステップに向けて、目標達成計画を実践しながら、地域住民、町内会との関係を深め、町内会役員等に委員として会議に参画してもらうことも検討されたい。
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	市の介護保険室室長に運営推進会議に参加してもらい、年2回の参加される御家族との意見交換など積極的に連絡し協力関係を密にしている。又メールにての通達や災害、感染症等々の注意喚起を受け留意し対応に努めながら、協力関係を築くよう取り組んでいる。	市介護保険室室長が運営推進会議の構成員になっており、同一敷地の併設特別養護老人ホームや生活支援センター、地域包括支援サブセンターと共に、日頃から密に連絡を取って連携に努めている。	
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	身体拘束廃止の指針を策定し、緊急やむをえない場合は、家族に説明し期限を決めて拘束禁止の姿勢で取り組んでいる。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の強化を図り職員一丸となり取り組んでいる。	身体拘束廃止のマニュアルを定め、併設施設と共に勉強会を開催して職員の意識向上を図っている。日中は玄関を施錠せず、職員の見守りで対応している。利用者の安全を確保しつつ抑圧感のない自由な暮らしを支援するため、「転倒防止」をテーマに家族との話し合いも実施している。	
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	苑内研修で虐待防止の話を市包括支援センターに依頼し、高齢者虐待防止関連法を学び、職員セルフチェックリストを職員に自己チェックし自らの振り返りと「虐待の芽」を早期に摘む仕組みを検討するマニュアルを作成中。		

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
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を受けている利用者のもとに生活支援員(隔週水曜日)が訪問している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。勉強会でも権利擁護の研修を取り入れている。		
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、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。利用者の近況報告送付(毎月)利用者懇談会。	利用者会議を毎月開催するほか、家族との意見交換会を年2回開催している。また、毎月利用者の近況報告を家族に送付するなど情報提供に努め、全てを家族に報告して家族と一緒に考えることを基本方針としている。	
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。今年度より、幅広い職員の意見の反映を目的の一つとして職員意見箱の設置を試みている。	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づくりに努め、出された意見等を検討し運営に反映するよう努めている。職員の意見や要望、苦情を取りまとめる役割の職員をおき、その職員を通じて主任・管理者に報告している。	
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	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。夜勤の就業時間を変更しシフトの改善を図り、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	今年度から、法人全体として正職員、パート職員全員に研修履歴カードを発行し、研修を受ける機会の確保やスキル向上を進めている。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積極的努め、それらを現場で、又地域発信・地域貢献で活かせる取り組みをし始めた所である。		
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	今年度より、福井県認知症高齢者グループホーム協議会において、丹南地区連絡会の窓口となり2・3ヶ月に一度集まり意見交換や相互研修などでサービスの質を向上させていく取り組みをしている。今回は記録について勉強している。		

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
<b>安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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、不安や思いを十分に聞き、又認知症高齢者である本人の置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、本人の内なる声を聴き共感する事で安心とへと繋がるようなケア・関係作りにも努めている。		
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ケアについて話し合い、情報共有しながら共に本人を支えていく関係を築いている。毎月近況報告を送付。「認知症のひとと家族の会」の活動を話したり月刊広報誌(ぼ～れば～れ)設置。ラポールいきいき便り、ラポール思い出アルバム。		
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行えるよう、又互いに絆を深め再確認でき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。(花火大会、菊人形、家族との小旅行など等。)	家族にセンター方式「生活史」の記入を依頼し、利用者のこれまでの関係把握に努めており、馴染みの美容室に出かけたり、家族の協力を得て自宅や墓参りに行ったりしている。地元利用者の知人が食生活推進委員をしている縁で、料理ボランティアとして継続的に関わってもらうなど、関係が途切れないよう支援している。	
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、共に生活し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。		
<b>その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
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し情報共有しながら本人本位に徹した認知症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。	各職員が利用者に関わり気づいたことをセンター方式のシートに記入して思いや意向を把握するとともに職員間で共有している。	
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	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、現状を総合的に把握。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し、利用者のニーズやケアのあり方について、本人・家族や職員と活発な意見交換を行いケアプランに反映している。カンファレンスに参加できない家族には、事前に意見を聞きケア確認している。3ヶ月毎に見直し、今年度よりモニタリングシート活用し、本人・家族の満足度も加えて評価している。	職員がセンター方式の研修に参加しており、シートを活用しながら利用者、家族、関係者と話し合って介護計画を作成している。なお、3か月毎にモニタリングシートを使って見直しも実施している。	
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、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。丹南地区GH連絡会にて記録について検討。		
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。		

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、地域資源の把握と発掘に努めている。		
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)	馴染みの医師をかかりつけ医とすることができ、利用者および家族の意向を重視しながら適切な医療を受けられるよう支援している。また、地域の総合的な病院と連携し、協力医療機関・歯科医の歯科検診を年2回行っている。	
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	事業所の看護師や本人にかかわる医療機関の看護職と気軽に相談したり、情報共有している。又法人内での他に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、適切な医療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、早期に医療機関と今後の治療方針を共有し、早期退院できるよう情報交換・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に努めている。主治医や家族を含む話し合いの場を持ち、本人・家族の要望等を踏まえ話し合っている。		
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	前回の外部評価での課題の一つである重度化・終末期のあり方について、具体的な取り組みを職員間で、又運営推進会議においても議題にあげ話し合っている。検討した支援方針を「重度化・終末期における対応マニュアル」におこし、全職員間で共有しつつある。	特殊浴槽がなく、4時間勤務の看護師しかいないため看取りに対応できないことを入居時に説明している。終末期や重度化した場合は、利用者や家族と話し合って病院や特別養護老人ホームに移行してもらっている。また、終末期に向けた支援のあり方や方針について、目標達成計画を作成し、運営推進会議で協議している。	
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	日赤や消防署の研修に参加。緊急時対応・連絡マニュアルを見直し対応している。11月の運営推進会議において、「応急処置方法を学ぶ」をテーマに消防署員の方を交え開催予定している。又日常的に看護師交え迅速な緊急時対応の為に話し合いや夜間緊急時想定を含む訓練を繰り返し実施している。		
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	福祉施設防災マネジャー養成研修にて学んだ事を基に、防災マニュアル作成予定。日々の避難経路・非常用装置の操作手順の確認や月1回(併設施設合同を含む)避難訓練実施。年1回地域合同避難訓練実施。又事業所が地域の一員として(わかたけ班)、町内の防災訓練に参加し協力体制を築いている。	消防署立会いの下、夜間想定を含めた避難訓練を年2回実施しており、地域住民、利用者家族の参加も得ている。毎月1回、避難経路や非常用装置の操作手順の確認等を行っており、水、非常食、備品等の備蓄も行っている。また、地域合同避難訓練に参加しており、市の防災無線「アラート」を設置している。	

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
<b>その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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尊厳と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、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、セルフチェックリスト、ケアの振り返り(D-5シート)活用。	運営規程第17条に秘密の保持を規定し、職員に周知している。職員は接遇チェック、セルフチェックリストやセンター方式のシートを活用して利用者への言葉遣いや態度を振り返っている。	
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	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、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出掛けたり、馴染みの美容室や床屋に行けるよう家族と協働しながら、又家族自らカットや毛染めを行うなど、その人らしい身だしなみやお洒落が出来るよう家族と共に支援している。		
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	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い、食事の際は隣でお弁当広げ楽しい時間としている。個々の状態や嗜好を考慮し、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。嗜好調査実施・活用。	前回の外部評価結果の「利用者と職員が食事を楽しめる環境づくり」について、運営推進会議と職員間で協議し、利用者の食事の際に職員が同席し見守るとともに職員1名が検食を兼ねて利用者と同じものを食べるように改めている。	
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	介護明細に食事量・水分量を記録・集計し把握。定期的に献立を併設施設の管理栄養士にて栄養バランス・カロリー指導受けている。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2回受け、個々の口腔状態に応じたブラッシング指導受けている。毎食前のうがい・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。		

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の把握。オムツ使用の利用者に対し日中できるだけショーツに切り替えて、又失敗を減らし個々の尿意・便意のサインを見逃さず、排泄時の不安や羞恥心、プライバシー配慮した声掛け・誘導・介助を行っている。	各居室にトイレがあり、排泄チェックシートを使って利用者個々の排泄パターンを把握している。利用者の尿意・便意のサインに気を配りながらプライバシーに配慮して支援している。	
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。便秘時には便秘要因の把握、腹部マッサージ等を施行。運動を取り入れ(ホーム内に目標を掲げ体操や水分量など)、献立の工夫、良く噛んで食べる事やしっかりと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てしまわずに、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記入し見やすい所に提示している。個々の入浴スタイルを把握し支援している。	浴室は石造りで、入浴は基本的に週2回とし、本人の希望に沿って曜日・時間を決めている。なお、職員は利用者の個々の入浴スタイルを把握し支援している。	
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を把握し、夜眠れない利用者には昼夜逆転がないように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した安眠対策をとっている。不眠の外因の原因の把握。D-3焦点情報(生活リズムパターン)を活用。		
47		服薬支援 一人ひとり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、服薬支援での本人や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)、私に希望を叶える日など、事業所のパブリックスペースを地域に開放に向けて思案中である。		
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	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、畑や花壇の水遣りや草むしり、玄関周囲の清掃や花観賞など、又外出行事や家族との外出、週2回スーパーでの買い物、買物Day、私の希望を叶える日等々)戸外に出掛けられるよう支援している。	広々とした併設施設・事業所の敷地を散歩したり、畑や花壇の水やり、草むしり等に外出している。また、利用者の希望により、ドライブ、週2回の食材購入、買い物にも出かけている。また、「私の希望を叶える日」として菊人形などにも出かけている。	



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行っているが、預かり金の範囲で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	利用者の希望に添って電話の利用や、家族や親戚・知人がいつでも電話をかけてこられる様支援している(事業所住所カード設置)。個々の持てる力に合わせホームでの暮らしぶ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、共有スペースや居室に飾り、心の安らぎへと繋げている。	田舎造りの台所に掘り炬燵や古風な家具などが設置され、居心地の良い空間となっている。また、季節の花などが飾られて季節感が感じられ、利用者の作品も掲示され心が休まる雰囲気となっている。	
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	個々が思い思いに、事務所前のベンチに腰掛け外の景色を眺め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、和・洋のファッション誌等々を自由に持ち込んでいる。各居室にメモリアルコーナーを設けている。	全居室にトイレと洗面所が完備されている。馴染みの家具も持ち込まれ、メモリアルコーナーとして家族写真や手作り作品、行事の写真が飾られるなど利用者の個性に応じた居心地の良い空間となっている。	
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き、又ホールには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は居室に飾り予定を記入。B-4私の生活環境シートを活用。		