

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23年 11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24年11月27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」の指針である聖徳太子の「和の精神」を基本理念に、認知症高齢者であるご利用者が、明るく家庭的な雰囲気の中、地域との「和」を大切に、畑の野菜を地域の方と一緒に収穫させて頂く喜び、と旬の野菜を、「食べることが大好き」なご利用者皆さんがお料理ボランティアの方から職員共々学びながら、地域との関係の継続を図っています。又、「自分でできる喜び」を感じられるように、ラポール委員会では昔作った野菜を思い出し園芸委員、きれい好きでモップを放さない環境美化委員、人形を放さない方に子育て支援員と皆さんが委員会に任命されて得意をのびして自立を支援していきたいと職員一同「寄り添い二人三脚」の関係を大切に日常の一連の中でセンター方式より生き生きと過ごせ、尊厳ある毎日が過ごせるプランになるよう支援したいと思います。

【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)】

当ホームは越前市の北部の住宅街に立地しており、同法人の介護老人福祉施設や高齢者生活支援ハウス等が隣接している。職員は運営法人の基本理念である聖徳太子の「和の精神」を心がけ、認知症高齢者である利用者が明るく家庭的な雰囲気の中で地域との「和」を大切にしながら暮らせるよう支援している。また、利用者全員に各々の個性に応じて磨きの達人会長やエコバック推進委員長、カラーコーディネーター長等の役職を設けてホームでの役割を作るなど利用者の個性を活かした支援に努めている。また、センター方式で利用者の意向を把握するとともに、利用者の希望を叶える日を設け行きたい場所ややりたい事を把握してその実現に努めるなど利用者の生活のハリにも配慮している。利用者全員が参加する運営推進会議では家族が参加しやすいよう年度初めに都合を聞いており、気軽に話せるようおやつ時間に合わせて開催するなど利用者や家族の意見・要望の把握を重視しながら改善に努めている事業所である。

・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広がったり深まり、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
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	住み慣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、「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の実践に日々努めている。	法人の理念のもと、「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」を事業所の理念に掲げ、事業所に理念を掲示して共有するとともに理念の実践に努めている。	
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	馴染みの美容室に行くことが出来、畑の野菜の提供、ハーモニカ、料理ボランティアなどの地域の方による交流の継続、公民館での認知症の話、越前市一斉避難訓練にわかたけ班として参加するなど日常的に交流している。	自治会に加入しており、地区の奉仕活動や防災避難訓練等に参加している。また、地域住民が毎月ハーモニカや料理のボランティアとしてホームを訪れたり、地域住民から野菜の提供を受けるなど交流している。	
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頂けるよう地区公民館で話したり、又地域代表の方にも会議に参加して頂き、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	2ヶ月に1回の運営推進会議で評価項目の「地域との支え合い」について話し合い、理念の理解と実践する為に参加者の意見を聞きサービス向上に活かしている。現在、事故防止(転倒)への取り組みをシリーズで話し合っている	運営推進会議は利用者全員、家族、地域住民、市職員の参加を得て2か月毎にリビングで開催しており、年度初めに家族の希望の日程を聞くなど参加しやすい環境づくりに努めている。また、会議では状況を報告したり、事故防止について継続的に話し合うなど、意欲的に意見交換している。	地区の民生委員や老人会長、婦人会長等に委員を依頼し、ホームの運営について地域の理解や協力がさらに得られるような取り組みを期待したい。
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に取り組んでいる	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。	市職員には運営推進会議の際に相談したり助言を受けるなど、話しやすい関係づくりに努めている。	
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、職員一丸となって取り組み実行している。	独自の基本指針をもとにマニュアルを作成しており、身体拘束に関する研修や勉強会を通して職員に身体拘束の行為や弊害を確認している。また、日中は玄関を開錠しており、利用者が一人で外出を希望する場合は見守りながら支援している。	
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	虐待防止・権利擁護について包括支援センター長の講義を苑内研修で受ける。日々のケアの中で、新人職員に「ケアのありかた」について、その都度新人職員と一緒に振り返りを行いながら指導行っている。		

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
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	苑内外の研修等で「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。利用者1名成年後見制度を利用している。		
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・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、契約に基づくととも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	随時、面会時に家族に意見や要望を聞く関係を大切にし、運営推進会議では、家族は毎回参加や年2回参加され意見を聞くことができ、介護相談員の導入など利用者の意見を運営に反映させている。	面会や運営推進会議、収穫祭等の行事の際に家族や利用者と積極的にコミュニケーションを図り意見や要望を聞くよう心掛けている。また、毎月利用者の生活状況を送付するなど情報提供にも努めている。	
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。	管理者は日頃から職員の意見や提案を聞いており、月1回の管理者会議等で発表し、得られた意見を運営に反映している。	
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職員の働きやすい職場環境に向けて代表者は、勤務体制の見直しを行なった。働きやすい職場環境づくりに職員の参画できる場の確保。各自の向上心を高めるよう働きかけている。		
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	代表者は、採用時には法人新人研修受講。認知症介護実務者研修課程順次取得。法人内外研修にも積極的に参加でき、個人のスキルアップの為に研修、資格取得への自己研鑽などを積極的に進めている。介護技術に関する評価チェック		
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にし、サービスの質の向上を目指し共に取り組んでいる。(相互研修や月1回の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
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、不安や思いを十分に聞き、また認知症高齢者である本人のおかれて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繋がるようなケア・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、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をも含め、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、本人と過ごし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について考え話し合い、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。認知症の人と家族の会の活動を話したり月刊広報設置。生き生き便り、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、又互いに絆を深く再確認できるような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。)	馴染みの関係が途切れないよう家族に面会や外食、行事への参加・協力を依頼している。また、希望を叶える日を設け馴染みの場所を訪れるなど、以前の関係が継続できるよう工夫している。	
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	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、退居先や入院先はの面会など、関係を絶ち切らない付き合いを大切にしている。		
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行なっているが、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。「私希望を叶える日」を取り入れている。	日頃から利用者に寄り添いながら話しかけ、若いころから興味があったことや体験談を聞き、センター方式の様式を活用しながら利用者の表情や言葉の中から希望や意向を把握するよう努めている。	
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)活用して現状を総合的に把握し、本人が支援して欲しい事をまとめながらケアプラン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	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、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を行っている。3ヶ月ごとに見直ししている。	カンファレンスで家族や職員と利用者のニーズやケアについて意見交換を行いケアプランを作成している。また、作成したケアプランをモニタリングし、3か月毎に見直ししている。	
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等に個別に記録、職員間で情報共有しながら認知症ケアに実践や介護計画の見直しに活かしている。「記録の書き方」研修に順次受講		
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など柔軟に対応している。個々の暮らしのニーズを把握し支援できるよう、地域を取り入れた活動の機会を増やす		

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
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、近隣住民と協力している。又ホームでの活動の理解を広め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、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)に通院介助している。	入所前のかかりつけ医を継続することができ、通院は基本的に家族が同行しており、家族を通してバイタルや健康状態を医師に報告している。また、月2回、協力医院による往診も実施している。	
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	事業所の看護師や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や、できるだけ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・家族を含む話し合いの場を持ち、本人や家族の要望等も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	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に説明し、又、医療の必要な時期であれば医療機関と話し合い、併設施設を含む地域との関係者と今後の方針を共有し共に支援している。	ホーム入居と同時に介護老人福祉施設の申し込みを行っており、主治医の意見を踏まえ早い段階からホームの対応を本人と家族に説明している。また、必要に応じて医療機関とも話し合っている。	重度化や終末期の対応について、ホームの支援方針を職員間で話し合って支援方針を検討するとともに、作成した支援方針を職員間で共有するような取り組みを期待したい。
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・連絡マニュアルを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	苑内外の研修や勉強会で避難方法を学んだり、日々の避難経路・非常用装置の操作手順の確認や月1回避難訓練を実施。年1回(10月)地域合同避難訓練実施。又事業所が地域の一員として防災訓練に参加し協力体制を築いている。	毎月1回ホーム単独で火元を変えた避難訓練を実施しており、さらに併設する特別養護老人ホームと合同で年2回避難訓練も実施している。また、町内の防災避難訓練にも参加し地域への理解や協力につなげている。米・水・カップラーメン・缶詰等の備蓄も行っている。	

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
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。	理念に利用者の人格尊重を掲げ、接遇チェック表や介護技術習得チェックなどで利用者への接し方を確認するとともに、個人情報に関する基本指針・保護規定を念頭にプライバシーの確保に努めている。	
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(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	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なうなど、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を立てている。嗜好調査実施・活用。	利用者は職員と一緒に献立や買い物、食材の下準備など出来ることを行っている。また、利用者の嗜好や状態にあわせながら、利用者の育てた野菜や近所から提供された旬の野菜を活かした献立を作成している。	利用者が職員と一緒に会話を交わしながら食事するなど食事を楽しめる環境作りについて、職員間で検討された。
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	介護明細に食事量や水分量を記録・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・カロリー指導を受けている。体重は月1回測定し、運動量と食事摂取量のバランスを考慮。特に主食である炭水化物に留意している。		
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。毎食前のうがい励行、毎食後、義歯流水洗浄、歯磨き、舌のケア、ブラッシング指導、口腔内チェックなど行い、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、プライバシーに配慮したトイレの声掛け・誘導・介助行なっている。	各居室にドアで仕切られたトイレが設置され、排泄チェック表と利用者の尿意・便意のサインから排泄時の不安や羞恥心に配慮しながらトイレ誘導している。また、日中はできるだけ紙オムツからショーツに変えるなど自立に向けた取り組みもしている。	
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健歩体操など)、献立の工夫、よく噛んで食べるやしつ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、入浴予定者をホワイトボードに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。	入浴は基本的に週4回としているが、本人の希望に添って曜日や時間を変更するなど柔軟に対応しており、夏場はシャワー浴にも対応している。また、居室のカレンダーに入浴日を記入したり、利用者に着替えを選んでもらう等、生活のリズムやめりはりにも配慮している。	
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。不眠の原因の把握、D-3焦点情報(生活リズム・パターンシート)を活用。		
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	個別の看護記録に通院・往診時の記録を記載、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より全員に申し送る。看護師による薬の管理、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	個々の得意とする事を暮らしの役割りとし、役わ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・お話)、音楽を楽しむ(ハーモニカ)、四季を感じる(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	利用者ひとり一人のその日の希望にそって(散歩、ドライブ、畑や花壇の水遣り、草むしり、玄関周囲の清掃や花壇鑑賞など、又家族との外出、週2回スーパーでの買い物、買い物Day、希望を叶える日)戸外に出掛けられるよう支援している。	利用者の希望と健康状態に応じて畑や花壇を散歩したり、ドライブや買い物にも出かけている。また、地域で開催される収穫祭や祭り、季節に応じた小遠足にも出かけている。	

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なっているが、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もらえるよう支援している。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よう支援している。		
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。	リビングには長椅子や掘りごたつ等可設置され、利用者が寛ぎながら団欒できる空間となっている。家族や近所から提供された花や花壇で摘み取った季節の花々が利用者の手で生けられ、季節感と安らぎが感じられる。	
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訪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、和・洋のファッション誌など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。	エアコン・トイレ・洗面台が設置されている居室には、自宅で使用していた布団・タンス等馴染みの物が持ち込まれ、家族の写真や自作のカレンダー等も飾られるなどその人らしい居心地よ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	各居室ドアには写真入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のカレンダーを居室にかけ予定を記入。環境チェックシート活用。		