

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	1690900129		
法人名	株式会社 ドリーム愛寿		
事業所名	愛寿乃里		
所在地	小矢部市福上362-1		
自己評価作成日	平成29年11月27日	評価結果市町村受理日	平成30年3月23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	一般社団法人 富山県介護福祉士会		
所在地	939-8084 富山県富山市西中野町1-1-18 オフィス西中野ビル1階		
訪問調査日	平成29年12月18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)】

利用者が安心して穏やかに過ごせる居場所づくりを目指している。そのため人が作り出す環境として、利用者間の関係性や職員の声かけやしぐさなどにも注目して、優しくゆっくり対応して利用者にとって心地よい暮らしを心がけています。各利用者の思いや今後への意向の確認は、居室内や外出時の個別で対応できる機会を活用しています。家族とは面会や電話連絡時に、面会記録帳に記載された相談事や報告したい内容を伝えて、一緒により良い支援方法を検討していくよう連携を取って、信頼関係の構築に繋げています。

【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)】

全職員が理念をもとに利用者への対応方法を検討し、生活リズムを整えることを大切にしている。その際、利用者本人の意向や家族の意向を汲み取り、事業所の記録にて職員が共有し、支援方法が検討されている。
また、職員間での意見交換が活発に行われており、事業所の運営についてや、利用者や家族への対応方法等、運営方針にもとづいた事業所作りがなされている。

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、生き活きと働いている (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	基本的理念である五つのしあわせ「愛・安全・安心・温かい・明るい」は玄関に張り出し、出勤の度に日々確認できるようになっている。年度初めの職員研修会の議題として理念とその実践について理解の共有に努めている。	職員一人ひとりが持つ名札の裏側に理念が記載しており、いつでも確認できるようになっている。また、理念にもとづいて支援できるよう、年度初めの研修会にて理念の確認を行っている。さらに、日々の支援方法を検討する際には、その根拠となるものを理念に基づいて検討するようにしている。	
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	地区の公民館祭りのお知らせをいただき、職員共に参加。模擬店にて地元業者の餅やお菓子を購入、おやつの時間に話題とした。本人の希望により住み慣れた自宅周辺への外出を提案。季節の移ろいを実感したり、近所の人とお互いの近況を語り合う場面もあった。	地域から、行事の案内があり、地域の住民として参加している。公民館祭りには必ず参加しており、地域住民との交流を楽しんでいる。	
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	昨年に引き続き地区長寿会の「法話会」に場所提供し、近隣のお寺の住職の法話を利用者も一緒に聴く機会がもてた。各長寿会員宅でとれた野菜や花をお土産に頂き味わう事が出来た。ボランティアさんの活動の場として提供だけにとどまらず、活動内容を日々の支援にも取り込んで支援方法の幅に広がりができた。		
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	運営推進会議においてはヒヤリハットの報告から再発防止への対策や具体的実施に至る取り組み状況等を報告し理解を深めて頂いている。会議の内容は職員には口頭で、家族や地域の方々には毎月発行している「お便り」に記載して報告している。	運営推進会議には、自治会長、老人会、民生委員、小矢部市健康福祉課、社会福祉協議会、ケアネット、家族、有識者の参加がある。利用者の体調管理についての方法や、車椅子の使い方講習開催の検討についてなど、事業を運営していく上での具体的な方法について話し合いが行われている。	
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	市町村主催の「多職種合同連絡事例検討会」に各専門職員が参加して医療福祉に関する最新情報を収集できる機会としている。またグループ協議会においては様々な事業所職員との意見交換から地域連携、社会資源の活用につなげる事が出来ている。	市が主催しているグループホーム連絡会や研修会に参加し、情報を得たり、医療、保健、福祉の専門職との意見交換が行われている。また、事業所から気軽に相談できる関係性が築かれている。	
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	基本的には利用者の発言や行動を受け入れるが、危険が予測される場合は安全安心を最優先に一部介助等のケアを提供している。夜間のみ家族の同意を得て転落防止の為に二本柵の使用もあるが、のれんを使って熟睡後は少し戸を空けて居室内の動きがわかるように工夫をしている。玄関は20時以降は防犯対策として施錠。	なぜ「身体拘束をしないケアの実践」をするのかについて、事例を通して職員全員で考え、支援方法を検討している。また、職員の不適切な発言や対応がみられた場合には、その都度、利用者の行動の理由を探るところから支援方法を検討し、改善につなげている。	
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	年度初めの職員研修会において「尊厳を守るケアとは」「虐待とは具体的にどんな行為」等について説明、周知に努めた。事故やヒヤリハットが発生した時、原因を洞察、事故の再発防止策が身体拘束や虐待にならないために、施設内研修の議題として全員で検討し、虐待を理解する機会としている。		

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
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	家族に入所時に重要事項を説明し、利用者の価値観や生活習慣を守る等の支援を目指している状況を伝えている。各職員には権利擁護推進養成研修会の参加者より昨年に引き続き権利内容についてそして権利を擁護するための支援内容について説明、理解を深めている。		
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	利用開始前時には利用者やその家族に重要事項を説明し、理解を深めて頂いた上で契約している。		
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	利用者その家族の意見は相談窓口や意見箱等で受け入れ可能な体制ができています。現場の面会記録帳には、こちらからの報告や相談内容を記入し、誰がいつ誰に伝えたか、さらに家族の返答や新たな要望等が記載されている。内容は施設内で共有して速やかな介護支援体制へとつなげている。	家族の面会時に、日頃の細やかな内容も、職員から声かけすることで報告しており、家族の意向を汲み取っている。「面会記録帳」にて全職員で共有し、その都度対応している。	
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	リーダー会議や職員全員参加の事例検討会において、個々の職員の意見や各部署としての改善案等が上がってきている。早急に結論が求められる内容や時間を十分かけたい内容もあり、緊急リーダー会議が開催される事もある。	勤務形態の調整や研修会の内容等、職員から提案された意見については、緊急性の高いものから早急に対応されている。また、施設長はどんな意見でも言いやすい環境作りに努めている。	
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	月一回の事例検討会には事務長より就業に関することや健康管理等について説明され、個々に随時質問できるような事務所内の環境にも配慮している。シフト表は各職員の希望を取り入れ、安心して業務に専念できるように努めている。		
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	施設内研修会は月1回開催し、利用者の尊厳を守る具体的介護内容についてロールプレイやブレインストーミング形式で、遠慮なく意見を発表しつつ他の職員の意見を知る、またロールプレイにおいては自分の介護方法を振り返り、適した介護を取り入れる機会となるように企画している。また現状から適時、講師を選択して具体的に実践できる内容を学ぶ研修会の実施にも努めている。		
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	県グループホーム連絡協議会主催の研修会や市内の多職種連携研修会にも参加して情報交換や、新しい情報を確認するとともに同業者の貴重な実践状況や意見を聴き円滑な連携体制を深めている。		

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
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	家族の面会時には、居室に伺い一緒にお茶を飲みながら、自宅での介護状況を聴くなど、良い関係づくりに努めている。入浴時は個別ケアなので歌の好きな人の場合は一緒に歌いながら信頼関係を築いている。		
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	家族からは具体的に困っている状況(食が細い・便秘気味・嘔吐を繰り返す等)を聴き、主治医や訪問看護師等の連携によって問題解決を目指したいことを提案し、家族の意向を取り入れながら実践に至っている。		
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	信頼される職員、施設を目指すために、利用者や家族の意向をゆっくり、何度でも聴く姿勢や雰囲気づくりに努めている。		
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	人生経験豊富な利用者であり、元主婦の利用者からはおやつ作り時にはおはぎの作り方、また、笹寿司づくりの際には、笹で上手に包む方法を教えて頂いている。		
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	本人の支援を家族と一緒に検討してその結果、介護方法が決まった場合においても、物品の準備などは家族であり、その柔軟性や即行性を本人に報告して家族の優しい思いを伝えている。		
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	新聞のお悔やみ欄を毎日見て、知り合いや親族の不幸を知った時は、家族に連絡して、本人が安心できるように努めている。これまで通い続けた床屋に行きたいという希望についても連絡して来ていただいた。何十年のブランクがあるのに話がはずんだ。	利用者の住み慣れた自宅周辺へドライブに出かけ、その地域の方との会話を楽しんだり、行きつけの床屋さんへ出かける等、利用者や家族と相談しながら、馴染みの人や場所との関係を繋いでいる。	
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	利用者の年齢も意識しながら、生活歴を元に当時の軍歌、唱歌や演歌等を歌う機会を設けたり、昔のおやつについて話題を提供するなど、各利用者がそれぞれ楽しく交流できるように努めている。		

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
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	入院等で退所後、再び利用したい意向が生じた時は、身体状況について再アセスメントをして、これまでの状態との違いを確認している。また、家族や本人からも改めて要望等を聴き、適切なケアの提供に努めている。		
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	日中、各利用者ごとに好きな本を読んだり、新聞を読んだり、テレビを見たりして、楽しく過ごして頂くように努めている。ただし、状態を観察して短時間でも、腰を伸ばしてベッドで休む事も勧めて夜間は熟睡できるように対応している。	利用者との日頃の日常会話や行動の中から本人の意向を汲み取り、それに対応している。また、利用当初における面談の際には家族に暮らし方の意向を確認している。汲み取った意向は、日々の記録にて職員で共有している。	
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	入所時には、家族や本人に基本的な生活状況や職歴、趣味活動等を聴き、愛寿での生活に活かせるように努めている。またこれまで関わってきた居宅ケアマネさんからもサービス利用状況を聴き、サービスの内容や介護方法が変化しても本人が違和感や負担を感じないように支援している。		
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	毎日決まった時間にバイタル測定し、記録し、異常の早期発見に努めている。また、24時間シートを活用して、本人からの発信として声・言葉・話の内容等に注目して意思や意向を見落とさないよう観察し具体的支援に繋げている。		
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	利用者のさりげない会話の中から趣味や今後への意向を見つけ出し、記録して月1回の事例検討会で介護方法や実施に向けて検討している。体調の急変等の場合は主治医や訪問看護師、家族等に相談して、速やかに対応を変更することもある。	月1回の事例検討会にて、利用者や家族の意向をもとに、具体的な対応方法を検討している。その際、利用者への声のかけ方等の細やかな部分についても検討されている。	事例検討会にて、細やかな対応方法の検討をされ、実践に繋がっている。これらの内容を介護計画書に反映されることを期待したい。
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	24時間シートに日々の様子や身体状況の変化を記録し、申し送りや事例検討会に情報を伝え共有に努めている。家族とも面会記録帳を活用して意見交換の内容が明確になり、利用者の状態の透明化に繋がり、より信頼関係の深まりを感じている。		
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	日々変化する利用者の状態に合わせて、月2回来所される嘱託医師、訪問看護師や薬局の薬剤師等に相談して助言をいただき適切なケアに繋げている。		

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	公民館祭りに参加して自宅のお隣さんに出会ったり、なじみの店で買い物したりして懐かしい自宅での生活を思い出す機会となっている。大正琴や歌・軽体操・民謡やフラダンス等ボランティア活動を受け入れて地域の方々との交流も楽しんで頂いている。		
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	7人の利用者の主治医は当施設協力医院でもあり、月2回の往診で健康が維持されている。それ以外の利用者は家族同伴で受診、その際は当日までの身体上の様子や主治医と相談してほしい内容や服薬に変化があるか否か等を記載したメモをその都度手渡している。	家族同伴で受診に行かれる利用者には、身体の状態を記載した記録を手渡したり、往診を受けられる利用者には、医師に身体の状態を伝える等、身体の状態に合わせて必要な医療を受けることができるよう対応している。	
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	毎日記録している24時間シートから体調の変化や異変に気付いた時、過去の記録と見比べては原因を洞察し、看護師や訪問看護師に相談して、速やかに指示を聴き、利用者にとって負担のない介護サービスの提供に努めている。		
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。	入院時には経緯や日頃の身体機能、生活状況等を速やかに報告して、治療に生かして頂けるように努めている。退院時は地域連携室からの情報を基に、退院後の環境や支援方法を見直し、安心して生活できるよう努めている。		
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	安心して愛寿での生活が継続できるように、日々変化する利用者の状態に合わせて、新たな介護方法を取り入れながら、介護の質の向上や介護の幅の拡大を目指して実践中である。この取り組み状況を家族や関係機関等に理解と協力を得ている。	重度化や終末期に向けた指針は準備されているが、まだ経験はない。利用者や家族から希望がある場合は、対応していく方針である。	
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	例年通り、救命救急講習会を二日間にわたって開催、全職員参加のもと、緊急時には誰でも対応できるように習得する機会としている。		
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	年2回の避難、消火訓練は日中及び夜間を想定して消防本部、防災設備保守業者等の協力を得て実施済。同時に職員緊急連絡網の訓練も実施済。地震、水害と自然災害対策については防災担当者が研修会等に参加して対策を検討中。	避難訓練には、地域住民の参加を呼びかけ、実際に住民が参加し、訓練をしている。地震や水害の訓練については、現在検討中である。	地震や水害についての具体的な対応方法を記載した書類を整備されることを期待したい。

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	職員は常に、利用者の訴えやお話をゆっくり聴くゆとりを持つように心がけ、出来る事は速やかに実行して利用者が毎日、負担なく穏やかに過ごせるように心がけている。居室は、これまでの生活の延長となるように家族と相談しながら、自宅で使用してきた衣類や家具などを持参して頂く等協力して頂いている。	排泄の声かけをする際は、利用者の耳元で小さな声で声かけをしたり、居室内が他の利用者から見えずぎないようにのれんをかけたたりする等、利用者に合わせて方法で対応している。	
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	職員は毎回「今日は私が泊り」などと挨拶して仕事を始めるように心がけ、利用者が遠慮なく声が掛けられるような関係づくりに努めている。起床時間は一人ひとりの状態に合わせて対応している。		
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	日々の体調の変化の把握に努め、各利用者のかつての生活が取り戻せるように、利用者の要望(自宅に帰りたい・買い物やドライブ・食べたいものがある等)を計画し、実施している。		
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	おしゃれであった若い頃の衣服や自宅で着ていたお気に入りの衣服など、管理の困難如何は関係なく家族の協力を得て、日常的に着て頂き、おしゃれを楽しんで頂いている。		
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	午前中の調理の下ごしらえには女性の利用者はほぼ全員が関わっているので、お昼の食事内容に関心を持って頂く良い機会となっている。調理方法は各利用者の体調や身体機能状態から負担なく安全に食べられるように努めている。旬の野菜の頂き物は速やかに懐かしい副菜としている。	献立は、業者に依頼し、基本的には決まっているが、地域の方から野菜を頂いたときにはそれを使った献立を利用者と一緒を考えて作ったり、季節に合わせた料理を作ったりする等、柔軟に対応している。食事作りには利用者にも参加してもらい、食事が楽しみなものとなるよう支援している。	
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	利用者の自力摂取状態に応じて、本人の体調を把握しながら姿勢や器、スプーンなどの検討に努めている。		
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	毎食後に歯磨きを勧め、できない利用者については介助している。舌苔についても観察を怠らないようにしている。義歯は夜間は、入れ歯容器に入れて保管している。ポリドントは週1回使用。		

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	排泄記録表を十分活用して、羞恥心やプライドを傷つけないように排泄リズムに合わせた支援に努めている。各利用者の状態に合わせた排泄用品の選択については専門業者を講師として研修会を開催、用品の特徴について情報を共有して、日中夜間に限らず違和感の少ない排泄用品を選び出し、夜間も不安なく熟睡できるように努めている。	利用者の生活リズムが整うように、排泄記録表を活用し、排泄パターンや水分摂取量を把握している。そのデータから、本人に合わせた排泄用具を選定し使用することで、夜間の安眠にもつながるように支援している。	
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	食事摂取量や水分摂取量を記録して便秘対策としている。訪問看護師に腸の張り具合や動き等について相談して、運動につなげたり、さらに主治医に相談して薬を処方して頂き、服用頻度についても助言を頂いている。		
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	利用者の体調に合わせた時間帯に、入浴剤を使ったり、ゆずを浮かべて季節感を味わう入浴を提供している。体調により入浴が出来ない時はフロアで入浴剤を入れて足湯を実施している。戸外では、足湯体験ができる近隣に出向き、職員も一緒に解放感を味わうこともある。	基本的には入浴する曜日を決めてはいるが、利用者の体調や状況によって入浴できるよう柔軟に対応している。利用者の状態に合わせた浴室にて入浴してもらっている。また、入浴剤を入れたり、季節感を味わう入浴を提供するなど、入浴を楽しむことができるよう対応している。	
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	様々な音がしている共有空間(フロア)で読書したい利用者から、すぐ自分の部屋で過ごしたい利用者まで、求める環境は様々。各利用者の要望に応えるように支援している。		
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	服薬時には各利用者に分包袋の名前と日付を確認していただき、職員は飲み込むまで確認している。体調の変化に応じた薬の変更時には目的や副作用等に注目して服用後体調の変化の有無に注目している。		
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	面会時、居室にて利用者と楽しく過ごされるように、職員はお茶を持参して、本人が施設において頑張っている事やお手伝いして頂いている内容を報告し、家族と一緒に労いの言葉を伝えていく。また、家族からの情報を利用者と共有させて頂く事もある。		
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に支援している	懐かしい自宅近くの祭り(花山祭り・獅子舞)、城山の花見や小矢部川の菖蒲祭り、行きたかった七夕祭りやつくりもん祭り等々、外出の機会を作って楽しんで頂いている。	利用者の思いを把握したうえで、ドライブ等の企画をし、出かけている。その他にも、墓参り等、家族と一緒に外出もしている。	

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	定額のお金を預かっている。買い物に行ったときは自分で支払って買い物を実感していただく支援を実施中。		
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	利用者が家族に電話したい時は、事前に家族の了解を得て電話を掛けさせて頂いている。		
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	毎月利用者と一緒に作った大型のカレンダーをフロアに貼り、眺めるたびに季節感や一緒に作った達成感を共感できるように努めている。ケーブルテレビは祭りなど地域の様子が見られるので、お互いの地域自慢話に展開することもある。フロアの温度管理には気を配っている。季節に応じた貼り絵や手芸品にも挑戦している。	共用空間には窓が少ないため、暗くならないように、利用者の居室の戸を明け、のれんをかけておくことで、明るさを取り入れることができている。また、季節感を感じることができるよう、毎月季節の絵柄のカレンダーを貼り絵にて作成している。共用空間のテーブルや椅子の配置については、利用者の身体状況等を考慮されたものとなっている。	
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	テレビを持たない利用者が相撲を観戦したい時は他の利用者の了解を得て前側の席で観戦できるように支援している。各利用者ができる能力を出し合って、洗濯物を一緒に畳んだり、食器を拭いたりして達成感を共感する場所ともなっている。		
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	入所時に自宅のような場所づくりを提案しても、持ち込みに本人の了解が取れない事もあったが、ここでの生活に馴染んできたところで、本人が持ち込みを快く受け入れている状況も出てきた。自宅での馴染みの衣類や嫁入り道具などを持参され、個性的な居室となりつつある。	利用者が大切にしている物を持ってきて頂くようにしている。その際、利用者や家族と話し、利用者の価値観を大切にしたいうえで、本人が過ごしやすい場となるよう対応している。	
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	手すりは配置されているが、全ての箇所ではないので転倒しないように寄り添ったり、声をかけて安全な移動を支援している。歩行が不安定な利用者については、主治医の指導や福祉用具の業者の助言も聞きながら、歩行器や車椅子、室内履き等を選定し、安全な移動ができるよう支援をしている。		

目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【目標達成計画】					
優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	26	・チームでつくる介護計画とモニタリング 日々変化する利用者の状態を把握して、排泄チェック表や24時間シートに、利用者や家族の要望等は「面会帳」に記載して、速やかに適切な対応に繋げている。しかし、この流れが介護計画書に十分反映されていない。月1回程度の事例検討会でも振り返り等が十分検討され介護に繋げているが、介護計画書に変更や更新の根拠等が記載されていない。介護計画書の目的と計画に至る根拠の記載、提供してどうであったのか振り返り、そして新たな介護サービス計画の作成等を理解する必要がある。	利用者がその人らしい生活を維持するための介護計画は、本人やその家族の意向を確認しつつ作成される。 サービスを提供する方法や提供後の状態についても各種職員の意見を反映した介護計画作成を目指す。	介護計画に関する一連の書式を見直し、受け入れ時からサービス提供の実施と評価における過程を記録することに努める。 事例検討会で協議された個々の利用者の現状は評価欄に記録して、介護計画の変更へと繋げていく。	12ヶ月
2	35	・災害対策 年2回の避難、消火訓練は日中夜間を想定して実施されている。消防本部に協力依頼や近隣住民の見学等も利用者の安全安心確保に務めている状況ではある。 今後は、地震や水害時についても具体的な対応方法を記載した書類を準備し、全職員に周知徹底する。	利用者の安全安心を確保するために火災や地震、水害時においても避難できる方法を全職員が習得する。	施設防災担当者を中心に、関係機関とも連携しながら、愛寿乃里の地震や水害時についての具体的な対応方法を記載した書類を作成する。	6ヶ月

注)項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入して下さい。