

# 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	2570100509		
法人名	医療法人湖青会		
事業所名	高齢者グループホーム南志賀の里		
所在地	滋賀県大津市南志賀3丁目1-18		
自己評価作成日	令和2年12月1日	評価結果市町村受理日	令和3年1月15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	NPO法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク滋賀福祉調査センター		
所在地	滋賀県大津市和邇中浜432 株式会社平和堂和邇店2階		
オンライン調査日	令和2年12月24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)】

認知症対応型デイサービスも併設しており、連携をとりながら適切な時期に馴染んだ建物と職員がいる施設への入所により「切れ目のない支援」をおこなっている。また、平成13年からの開所地域の中で認知症の相談を受けたり、コロナ下で現在は見合わせているが、デイが委託されている認知症カフェの運営に参加や協力し地域との交流も行って来た。又、医療法人が運営する強みをいかして、医療連携体制を整え、個別の身体。精神状態に細やかに対応するとともに、ターミナルケアにも取り組んでいる。

## 【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)】

医療法人を母体に開設19年になり、この間地域活動に積極的に関わり、地域で必要とされる福祉施設として定着してきている。利用者は、「ゆっくりと一緒に楽しくいきいき」と掲げる事業所の理念に取組む職員に支えられて、おやつや紙作品作り、カラオケ等利用者個々の能力に応じた日々を寛いで過ごしている。今年はコロナ禍のため多くの制約を受けることになったが、行政、医療との連絡を密に取り感染防止に励んでいる。家族にはリモート面会や、ゾーニングを確保した予約面会等、工夫を凝らして利用者と家族の関係が途切れることがないように配慮した支援を行っている。デイサービスを併設する法人が在宅支援から関わり、グループホームへの入居、そして穏やかな最期、看取りまで取り組む体制を整えて利用者、家族の信頼向上に繋げている。

## 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、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、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (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
<b>I. 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	「ゆっくりと 一緒に楽しく いきいきと」の理念のもと、1F小さななかまづくり 2F同じ目線で関わるのユニット毎の目標をたて実践に取り組んでいる。	開設当初の理念に加え、各ユニットで職員が考えた目標を設定し支援に努めている。玄関に掲示し、毎月家族へ発行する「便り」にも掲載し、職員は理念への理解を深め、日々の介護に繋げている。	
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	コロナ下で自粛しているが、地域のボランティアグループとは開設以来、ホームの行事や「檜の木」の行事に参加、交流を続けている。地域の避難訓練にも参加している。	自治会に加入し、地域の文化祭へ参加し祭りの神輿の立ち寄り場所にもなっている。ボランティア団体とは開設以来交流を続け、コロナ禍で制約されているが認知症カフェの運営で付き合いを深めている。	
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	民生委員や住民から直接訪問により相談を受けたり、市の主催する認知症の講座に協力し、具体的な対応の工夫を伝えることもある。		
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	コロナ下で委員が参加しての会議の開催は見合わせているが、運営状況については定期的に伝えている。又、家族や、委員宛のアンケートを実施し意見を取り入れる工夫をしている。	コロナ禍により隔月に書面により行っている。委員より、事故やヒヤリハットを未然に防ぐために過去のデータを集積し、活用した取り組みの提案を採り入れている。議事内容は職員及び家族に周知している。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	第2中包括支援センターが学区内に開設され、感染症対策等を報告。又住民の相談も必要時には連携を取るようになっている。	認知症講座の講師役を担ったり、地域福祉推進委員として行政とは普段より協力関係の構築に努めている。今年はコロナ感染予防の相談や情報交換も頻繁に行い連携を深め介護に活かせるよう努めている。	
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	身体拘束については、具体的な行為を理解し、ケアの実践に努めている。早朝、夕方からは施錠しているが、日常時間帯は開放している。止むおえず施錠が必要と考えられる時も、最小限の時間となるように職員に声かけしている。	外部研修や法人実施の研修を受講し、全員が身体拘束禁止の意味を理解し実践に努めている。玄関は夜間以外は開錠し見守りで対応している。身体拘束廃止委員会は3ヶ月毎に開催し事業所全体で身体拘束をしない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	カンファレンスを通じて、声かけを含む精神的虐待についても注意するように確認している。ユニット内で対応に課題がある関わりを見かけた時には都度声かけたり、面談するなど注意を促している。		

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	権利擁護の制度を利用している利用者も入居している。後見人とも情報を共有し連携している。		
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	契約時には、重要事項説明書により丁寧に体制について説明するようにしている。なんでも気軽に聞いていただけるよう伝えている。		
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	アンケートの実施や面会時、運営推進会議時、電話等で意見や提案を伺う機会がある。	コロナ禍においてアンケートを実施し家族からの要望を採り入れるツールとして活用している。リモート面会や電話、ムービーメール等で面会制限下で利用者の状況を伝え家族の要望や不安に対応している。	
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	管理者は日頃の業務時や、カンファレンスをつうじて、日頃から意見交換を行っている。代表者には月毎の法人全体会議や、個別でも提案等伝えている。	全体会議やユニット会議、年に1回管理者との個人面談で職員の意見を聞く機会を設けている。職員を補助する「生活支援サポーター」配置の提案を受け実現し、職員の負担を減らすことにより介護の質を高めている。	
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	面談を通じた内容を報告。就業規則や、給与規定の整備で役職や資格に対する規定を整備している。		
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	部門会議で理事に報告し、必要な課題を共有し研修についても提案し、実施している。		
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	法人内の5グループホーム、小規模多機能の地域密着事業所と勉強会や職員交流研修を実施している。		

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
<b>II. 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	安心して生活をスタートする為に出来るだけ多くの情報収集をし、職員間で共有、ゆっくり様子を観察したり、気持ちを聞き信頼関係の構築に努めている。		
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	入居時は、これまでの大変な気持ちや施設に入る複雑なく持ちを傾聴し、新しい生活になじんでもらえるよう一緒に本人支援の継続をお願いしている。細やかに様子を伝え、信頼関係がきずけるよう働きかけている。		
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	最初の相談時には、ご本人にとって必要な事や最適な事を共に考え、他サービスの利用も併せて提案するようにしている。入所だけでなく在宅生活の継続も検討するようにしている。		
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	単に入所者としてとらえるのではなく、認知症のしんどさ、本人の大切にしている事を認め、ホームで共にすごす関係がきずけ、主体的に生活してもらえよう考えている。		
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	入所しても、無理のない協力、家族でしかできない関わりを継続していただけるようお願いしている。		
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	コロナ下で面会は控えて頂いているが、電話や手紙で交流を望まれる時は、できる限り希望に添えるようにしている。	以前は、買い物を兼ねたドライブで馴染みの寺院への立ち寄りや併設のデイサービスの利用者との交流等利用者個々に沿った馴染みの関係の継続を支援していた。現在は、コロナ禍で継続支援は限られている。	
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	お互いに認め合えるような声かけや橋渡し、座席の工夫等で繋がりがきずけるよう努めている。		

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	退去されても、新たな相談があったり、ボランティアとしての交流など機会があれば交流している。		
<b>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</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	できるだけ本人に気持ちや希望を聞くようにしている。意向の把握が困難な時は、家族に聞いたり表情やそれまでの関わりの中から推測して関わるようにしている。	アセスメントシートや家族の情報、生活歴等から本人の思いを読み取り支援に努めている。把握困難な場合には日々の関わりから、言葉や表情、行動に注意し利用者毎の意向に寄り添えるよう配慮している。	
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	利用開始時に「発症経過シート」を記入にてもらったり、本人や家族との話の中から、人となりの把握をするようにしている。		
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	丁寧に観察し、身体状況、精神状態そして本人のADLや残存能力を客観的に観察しアセスメントシートをりようして把握につとめている。		
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	介護計画見直し時には、ご家族にアンケートで意向を聞くようにしている。また身体的なケアについては医師、看護師、セラピストに意見やアドバイスを聞くようにしている。	介護計画は3ヶ月毎に見直し、急変時はその都度関係者と話し合い見直して家族に説明し承認を得ている。見直しはモニタリングに基づき利用者、家族の希望や意見を反映した計画を作成しサービス向上に繋げている。	
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	個別の記録はケアプランと連動し、申し送り表も活用し情報の共有と実践に努めている。記録から見直し、カンファレンスでの確認でチームケアがぶれない様に工夫している。		
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	必要な事や希望についてはできるだ柔軟にけ対応するようにしている。		

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
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	施設外での活動がままならず、活動低下につながっている。感染対策をとりながらの活動も模索していきたい。		
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	法人外の受診の希望は尊重し継続するとともに法人内のかかりつけ医とは時間外も連携がとれる体制をとっている。	入居時に希望を受け全員が協力医を主治医とし医療連携体制加算を採用して。2週間毎の訪問診察と毎週の訪問看護で健康を管理し、専門外来の受信は家族が行うが必要時には職員が同行し内容は共有している。	
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	訪問看護師は、概ね週1回訪問。それ以外にも情報の共有や、相談を密にとるようにしている。		
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。	入退院時には、可能なかぎり付き添う、詳細な情報提供を行っている。入退院時用の情報提供書も渡し情報交換に努めている。		
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	身体状況については、できるだけ丁寧に日頃から伝えるようにしている。必要時や、家族が希望された時には直接医師と面談、ホームでの体制についても説明し理解を得たうえで終末期を希望される場所で過ごしていただけるよう支援している。	「重度化対応指針」「看取り介護指針」を文書化し入居時に家族に説明し同意を得ている。今年度は2名を看取り、その経緯を記録し残している。個々に添った終末期の有り方や看取りの対応支援に取り組み「看取りマニュアル」を備えて体制を整えている。	
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	事故や急変の対応については、ユニット間や管理者との連絡、連携体制を築いている。また、情報の共有やカンファレンス等で適切な対応について学び個々の経験を共有できるよう工夫している。		
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	年に2回の訓練を実施。非常食や水分の備蓄も行っている。ボランティア「榎の木」の緊急連絡網もあり、隣接のグループホームでの自治会と共催の避難訓練にも参加している。	防災、災害マニュアルを作成し、年に2回の訓練を行っている。内1回は消防署立会のもと夜間を想定した訓練を実施している。訓練には地域住民の参加を得て協力体制も整い、水や食料品も備蓄している。	

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>IV. 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	声かけや対応については、カンファレンス、面談、OJTを通して、上からの支援にならない様に啓発している。	法人のコンプライアンスに添った研修や守秘義務、権利擁護に関する内外研修を通じて理解を深めている。職員は利用者を人生の先輩として敬い、人格や尊厳を損ねないよう配慮した介護に取り組んでいる。	
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	何か支援をする時には、直接話を聞いたり、表情から推し量る等、一方通行の支援にならない様にこころがけている。		
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	業務中心になりがちな事もあるが、業務の流れを見直したり、何を優先すべきか振り返る機会をもつようになっている。		
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	服の好みや色、髪形など一律ではなく、意向を聞くようになっている。昔からの好みを把握するようになっている。		
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	食事は厨房から提供されているが、ギョーザやすし、ケーキなど、利用者からの会話から把握できた時は、食事を差し替えて楽しんでいただく機会を提供している。片付けを手伝っていただくこともある。	業者が事業所内で調理し、検食も行い事業所に報告している。行事食や希望を採り入れ食事が楽しめるようにし、食後の後片付けを手伝う利用者もいる。職員は別に摂るが同じ物を希望して摂る者もいる。	
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	栄養士が献立は立てている。水分量を把握し、好きな飲み物等で確保できるように工夫している。形態も状態に合わせて変更している。		
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	歯科医師のアドバイスや、希望者には訪問もあり口腔内の清潔保持には留意している。毎食後のケアも実施している。		

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
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	排泄チェック表でパターンを把握。本人に合わせた誘導や声かけを実施している。トイレが困難な場合にもポータブルトイレを使用し、安易にオムツに頼らない工夫をしている。	個々の排泄パターンを把握し、日中はトイレでの排泄を支援している。5～6名は見守りで自立している。タイミングに応じた声掛けで使用するパッドのサイズが大から小に軽減した事例がある。	
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	寒天や水分の保持、様子をみて誘導している。下剤使用の場合も看護師と相談しながら、できるだけ本人の負担にならない様に気をつけている。		
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	概ね3日に1回の入浴である。本人の身体状況に応じた入浴方法で安全に入浴していただいている。希望がある時には、できるだけ応じるようにしている。	週2回、主に午後入浴している。重度の利用者にはリフト浴を利用し安全に入浴できるよう支援している。入浴を嫌がる利用者には入浴剤の利用や2名介助で役割を分担し会話を交えて楽しく入浴できるよう工夫している。	「生活支援サポーター」の活用も考慮して週3回程度の入浴を希望したい。
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	本人のリズムや体調にあわせ睡眠をとっていただいている。BPSDについても医療と連携しながらできるだけ不安なく安心して休んでいただけるよう支援している。		
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	薬の情報を共有しつつでも確認出来るようにしている。服薬の変更は「申し送り表」を利用し変化も把握するようにしている。		
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	個々の興味や好きな事をしていただいたり、能力に応じた活動の提供に努めている。		
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	コロナ下のもと、外出の支援は行っていない。	コロナ禍以前は、ドライブで寺院や花見など気分転換になるような外出支援や、近くに有る別の事業所まで散歩を兼ねて出かけることで外気に触れる機会を支援していた。現在は感染要望のため日常の外出支援は極限られている。	コロナ禍においても前庭散歩、日光浴等出来るだけ利用者や周囲の状況に応じた五感刺激につながる生活支援を望みたい。



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
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	おこずかいは事務所で管理し、心配な時には一緒に確認してもらっている。		
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	電話をかける支援や、家族や姉妹にFAX,手紙を出すこともある。		
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	季節感を感じていただけるような飾り、ホールは日が当たり明るい。	共用のリビングや廊下には利用者と職員が協働で作った季節の飾り物を展示し居心地の良い空間にしている。コロナ禍においてはテーブルの配置や室内の換気などに配慮し感染防止に努めている。トイレ、浴室は清潔に保っている。	
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	テーブル席以外に、ソファや一人掛けのいすがある。		
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	入居時に、見慣れた家具や写真など持ち込んで安心出来る環境を整えられるよう家族にお願いしている。自分で作った作品を飾られている。	フローリングと畳式の2種類の居室で、洗面スペースを設置している。ベッドは備え付けだが寝具や家具は夫々が使い慣れたものを持ち込み、壁には家族からのメッセージを掲げ居心地よく過ごせるよう工夫している。	
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	自分の居室には、表札があり、トイレも掲示して確認出来るように工夫している。日がわかりやくいように手作りの日めくりカレンダーをかけている。		

## 2 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	17	日勤帯は2～3名、内一人は身体介助をしない「生活支援サポーター」である。職員体制もあり、概ね週2回の入浴。3日毎に実施している現状。	本人の希望や、身体状況に応じて入浴を追加する。	・本人の希望があるときに対応できるようにする。 ・汗ばんでいる等身体状況に応じて追加する。	1ヶ月
2	18	戸外に出かける機会が少ない。	天候や、本人の希望に応じて、庭に出たり、外出の機会をつくる。家族と一緒に散歩できる。	・天候の良い時に、前庭や畑にできる機会を作る。 ・行きたい場所などを聞いて、可能なら実行する。 ・家族の訪問時に、外気浴など提案し、協力していただく。	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					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、行を挿入してください。