

### 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	2592400028		
法人名	社会福祉法人 近江薫風会		
事業所名	スマイルグループホーム		
所在地	滋賀県米原市寺倉603番地の3		
自己評価作成日	令和2年4月1日	評価結果市町村受理日	令和2年8月19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番地 平和堂和邇店2階		
訪問調査日	令和2年8月6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)】

弊事業所は、「地域の人々とともに、愛され、安心かつ信頼をされる社会福祉法人」を基本理念に、新しい福祉のスタンダードの構築を目指し、日々、実践いたすことと致しています。私たちがご提供させて頂くサービスは、私たちや関係者がそのサービスを利用した場合にも納得できるものであらねばならないと考えています。当施設では、ご利用者の方の尊厳の保持を最優先に位置づけることは基より、「暮らしの継続」を意識した、ゆったりと、豊かに、その人らしい生活をお送り頂けるよう、常にご利用者の目線に立って、情熱と気概を持って介護のプロとしてあるべき姿を追求していくことと致しています。また、施設運営では、コンプライアンスの保持とリスクマネジメントを最優先課題とし、安全・安心の充実を図ることと致しております。

#### 【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)】

開設15年を迎える当事業所はデイサービス、特養等と共に在る。法人の基本理念実践に向け基本方針、行動指針に展開し「福祉の新しいスタンダードを目指して…」を掲げ、利用者の尊厳を最優先の介護に集中、介護力の発揮は「とことんアナログ化」その為にケア記録、バイタル情報等のデータは、[とことんデジタル化]を目指しサービス提供に努めている。更に睡眠測定システム(眠りスキャン)による利用者の睡眠覚醒状態を把握、夜間の離床時の転倒リスク軽減や排泄支援に活かすデジタル化、データの取り込みのスピードアップがなされた。アナログ面では大半の職員と宿直員、厨房職員を地元から雇用し地域との繋がりを大切にしている。更に自治会との間で「防災協定」を締結している。利用者は日々の散歩や掃除、職員とお喋り等、職員や地域に見守られて毎日を過ごしている。

### 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 3. 利用者の1/3くらい 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している (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	年度初めに施設長より内部研修を行い、理念の意義と共有を図り、また理念を各自携行することにより、再確認を出来るようにし、年1回の理念の習熟度の確認のためのテストを行っている。	全職員は期首に内部研修で理念や方針、行動指針を学び、理念の理解テストを受け習熟に努めている。職員は職員会議や日々ケアの現場で、理念に適った対応であるか反省と確認をし合い、共有と実践に努めている。	
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	納涼会や運動会などに参加させて頂き、交流をはかるとともに、12月の家族会では地域の方をご招待し交流を図らせて頂いている。認知症カフェでは地域の方にお越し頂き、情報交換を行っている。	自治会と防災協定文書を交わし、地域住人の避難受入れ体制を整えている。宿直者や職員を地元から優先的に雇用し地域との関係を築いてる。「ちょっと相談所」「認知症カフェ」を設け、地域の相談窓口としているが、コロナ禍の下、利用者は少ない。	
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	毎月第2、第4土曜日には、「ちょっと相談所」を開設させて頂き、地域の方に認知症にかかわる情報提供をさせて頂いたり、地域の情報を伺ったりするなど、情報の交換ができる体制をとっている。		
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	利用状況やサービスの提供状況を報告し、それをもとに各委員から意見、質問、提案を頂き、それらをもとに、現場のケアに生かしていくなど、ケアの向上に努めている。職員は議事録で共有している。	隔月に行政、家族、地域代表が出席し行事や生活の様子、ヒヤリハットやサービス評価等の報告と協議を行っている。地域や行政からの情報等も協議している。協議からヒヤリハット報告も議題に組み入れた。HPIに議事録をアップしている。	
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取り組んでいる	毎月通信を手渡しで差し上げ、その都度最新の情報が無いかをお尋ねするとともに、運営推進会議の場にて行政方より意見を述べる場を設け、お互いの協力関係を築いている。	管理者は、担当部署と面談し相談、助言を得ている。「ちょっと相談所」や年3回開催の「認知症カフェ」で認知症の啓発や地域の相談窓口となっているが、未だ利用者が少ない為、有効活用の相談をしている。	
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	内部・外部研修において考え方を習熟し、年6回の委員会では具体的事例検討や、全職員周知の為の情報提供を行い、各ユニットで資料に基づき常に適切なケアを行うためには、どういった考え方が必要かを考える場の提供を行っている。	法人の身体拘束適正委員会に管理者が参画し結果を職員に周知を図り拘束ゼロを確認している。スピーチロックには特に注意している。横柄な接遇態度はないか振り返っている。門扉は不審者防止の為外から入れないが、中からは容易に出られる。	
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	内部・外部研修及び「高齢者虐待、身体拘束排除委員会」にて周知活動や事例の検討を行い、特に入浴時など細心の注意を払うように心がけるなど、虐待の芽が無いが、職員間で相互チェックを行っている。		

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
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	内部研修・外部研修にて習熟度を高めるとともに、そういった情報を、入居申し込み者や契約の段階で情報として提案し、参考にしていただけるよう支援している。		
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	契約に際しては、まず事前に見学に来ていただき雰囲気を感じていただき、契約の際には、1ページ毎に疑問等無いかを伺い、確認しながら進めていっている。改定があった場合には遅滞なく報告・了解を得ている。		
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	玄関先に「意見箱」を設置し、ご利用者様やそのご家族様にご意見を頂戴する機会を設け、また、家族会の場においてもアンケートという形で、ご意見を吸い上げる仕組みを取っている。	利用者の意見や要望は日々の関わりの中で聞き、家族からは来訪時やイベント開催時、意見を聴き運営に活かしている。家族への毎月の便りでも、利用者やホームの様子を伝え、面会や電話の際、意見や要望を聞いている。	
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	職員会議にて、代表者の考えを聞くことが出来、年2回の面談においては、両者の意見を交わしお互いの考えのすり合わせが出来る体制にある。	職員は自己目標をチャレンジシートで申告し半年毎に進捗状況、成果を施設長と個別面談しその際に意見や要望活発に話し合っている。職員は毎日の業務中でも勤務シフトにおけるタイムスケジュールの融通等意見を出し合い柔軟性を持たせている。	
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	チャレンジシートを用いて自己評定、管理者評定を行っており、それらをもとに代表者との意見交換の中で、働きやすい職場を模索しながら進んでいっている。		
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	「新人教育プログラム」に則り、新入社員が抱く疑問に対して、教育者、管理者がどの都度書面にて回答を行っている。内部・外部の研修には積極的に参加してもらい習熟度の向上を図っている。		
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	事業所会議への出席や、同開催の研修会に出席することにより同業者との意見交換や交流を図るとともに、習得した技術をケアに取り入れていきサービスの向上を図っている。		

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
<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	事前調査等のファーストコンタクトにおいて、ご本人の様子をよく観察するとともに、お困りごとがないか、不安に思われていることがないかを把握しスムーズなケアが図れるように、職員間で情報を共有している。		
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	事前調査や事前説明の際、ご家族様が不安に思われていることや、不安に思われていることを、聞き出し意見交換を交えながら、払拭し、安心して頂けるよう密に連絡を取り合うよう心掛けている。		
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	「それまでお過ごし暮らし」の継続を最優先に考え、加えて認知症上にあった支援やサービスが行えるよう職員一同が情報の共有をはかりケアの実践を行っていく。		
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	ご利用者の方は「人生の大先輩」ということを頭に入れ、家事作業や炊事作業をおねがいし、人生の先輩として教えていただけることは、謙虚な姿勢で伺うこととしている。		
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	面会や、お電話でのコンタクト時には、日常の暮らしぶりをご報告し、意見交換をするようにしている。また、通院や外泊時など支援を行いながらご家族様とご本人様の関係づくりの支援を行っている。		
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	居室にはそれまで使ってこられた大切なものを置いたり、ご親戚が見えられた際にはゆっくりして頂けるよう環境作りに配慮している。外出の際にはご自宅の近くを通る等、関係の継続に努めている。	家族の来訪時、近況報告を行い、親しく持て成し再来訪し易くする事で馴染みの継続支援に努めている。回想法の一環としてイベント時にご当地クイズで利用者の自宅付近や馴染みの場所について出題し楽しんで継続に繋げている。	
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	ご利用者同士の関係性や、種々の習熟度、または認知度を考慮した上で座席の配置を行い、ご利用者様同士が関係性を持てるような支援を心がけている。		

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
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	サービスの終了前に起こりうる心配事や、疑問点を意見交換し、必要であれば関係機関への紹介や情報提供を行っている。		
<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	お一人お一人の思いや希望を伺い(いつどんな時)、意向の把握に努めるとともに、その人らしく生活して頂けるように努めている。また、把握が難しい場合は、しぐさ等からくみ取り対応をして行っている。	利用者同士の会話から意向把握したり、利用者によりゆとり穏やかな口調で声掛けし、思いや嗜好を話し且つ、クローズドクエスチョンで選択肢を限定した答え易い返答から思いの把握に努めている。家族からも情報を得てケアに活かしている。	
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	「くらしの継続」を可能な限り支援するため事前調査やご家族様のご意見を聞き取り、フェイスシートに落とし込み職員全体で共有が図れるように努めている。		
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	入所されてから1週間は24時間シートを使って、一日の過ごされ方や、心身状態の把握に努め、出来る出来ないシートも用い、有する力の現状の把握に努めている。		
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	全職員でモニタリングを行い、今後の課題やケアのあり方について、ご本人やご家族様を交え、話し合いを行い、ご本人の現状に適した介護計画を作成している。異常時は都度計画を見直している。	介護計画書は本人、家族の意向を盛り込み、アセスメント表もセンター方式にMDS方式(在宅用ケアプラン)を加え、より細かいチェックで短期4ヶ月、長期4ヶ月目標を定め、変化が無ければ4ヶ月毎で見直している。何れも家族に説明し承諾を得ている。	
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	日々の様子については介護記録に記入し、ケアの実践、結果については実践プランチェック表に記入しご本人やご家族様を交え、現状に即した介護計画を作成している。		
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	日々の様子やケアの実践について毎日個別に記録している。また、状態の変化や気づきについては職員間で情報の共有を行い介護計画の見直しにも活用して。		

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	花見外出や盆梅展など歳時記に即したイベントを計画したり、駄菓子販売の際には、自身で清算されるなどそれぞれの心身の能力によって、豊かな暮らしを支援できるように取り組んでいる。		
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し、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	ご本人とご家族様の希望を大切にし眼科や歯科などのかかりつけ医への受診支援を行っている。また、情報提供を行うことで適切な医療行為への橋渡しを行っている。	全利用者が医療連携体制加算を採用し、家族等の希望で事業所の協力医をかかりつけ医にしている。定期往診の際、法人の看護職員が同席しバイタル表を提示し医師からの診療情報票を家族と共有して健康管理に活かしている。	
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	往診の際にバイタルサイン表をチェックしてもらい、往診の際には医師、看護師にしっかりと伝え適切な治療を受けられるとともに、緊急の場合には電話にて相談し対応を行っている。		
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。	病院との情報交換を密に行い、実際に出向いて詳細な意見やアドバイスを伺い、ご利用者やご家族が安心してご退院いただけるよう努めている。		
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、事業所の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	契約前に重度化した場合に係る指針等についての説明を十分に行い、主治医、施設長、管理者等の参加の場を設けてご家族の不安に寄り添いながら、弊所のできる最大限のケアをさせていただいている。	ターミナルケア対応はしていない。重度化対応指針書を策定し契約時に説明し同意書を交わしている。重度化の時点で更に話し合い家族の意向を介護計画書に反映させて、ぎりぎり迄ケアに努め終末期に備えている。終末期ケアの技能習得は看護職員による研修を実施している。	
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	外部、内部研修や機器の点検、また、簡潔かつ見やすいマニュアルを作成し、いつでも活用できるよう見やすい場所に掲示している。		
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	定期的にそれぞれの災害についての避難訓練を職員、ご利用者、地域の方々と行い、スムーズな対応が出来るよう訓練している。また、職員の少ない夜間を想定した訓練も行っている。	水害火災を含む災害対応マニュアルを整備し、避難フローチャートを掲示している。地域の協力を得て、消防署の指導の下、年2回（内1回は夜間想定）の訓練を法人全体で実施している。各居室にはヘルメット等の防災グッズを備えている。	

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	ご利用者の生活歴を含め、個々の個性を理解した上での声かけや対応を行っており、プライバシーに配慮したケアには十分心がけている。	誇り、人権に関する研修を受講し、利用者の誇りを一番大切にされた対応に努めている。常に利用者との目を合わせ、ゆっくり話し掛け雰囲気や柔らかくする為にもその利用者の出身である方言で話し合う時もある。	
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	選択が可能な声掛けをするなど思いや希望に合わせて自己決定が出来るように働きかけている。また、言葉のコミュニケーションが困難なご利用者に対しては、動作やしぐさなどから思いを把握するように努めている。		
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	個々の生活のペースや在宅時の生活の様子を把握して、その人らしく生活が出来るよう支援している。		
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	その日に着る洋服の選択を含めおしゃれに関しては決まり事を作らず、ご家族の協力を得ながら、ご本人が行えるように支援している。		
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	日曜日の昼食はご利用者のリクエストを基に、皆さんで協力して行っているとともに、好き嫌いの把握にも努め提供をしている。また、食事の準備、調理、かたづけ等、出来ることに合わせて提供している。	日曜日の昼食以外は法人の厨房で担当者が調理している。利用者は出来る範囲で後片付け等を担っている。検食し食べ残しを確認し、味や硬さを担当部にフィードバックしている。コロナ禍の現況下では難しいが、定期的に外食やスイーツを楽しんでいる。	
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	ご利用者に合わせた栄養管理のある食事形態で提供している。また、食事量や水分量は一日単位でチェックし健康管理に努めている。また、水分量が確保できるよう、好みに合わせた飲料を常備している。		
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	拒否がおりになる場合は難しいが、個々に合わせた介助法で支援を行っているほか、夜間には義歯洗浄剤を使用し清潔保持に努めている。また、訪問歯科医と連携し月2回の口腔ケア指導がある。		

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	お一人お一人の排泄パターンを把握、共有し、時々に応じて声掛けや誘導を行い、羞恥心に配慮しながら自立継続に向けた支援を行っている。	排泄表から利用者の排泄パターンを職員は共有し、さり気なく誘導し自立を促す支援をしている。夜間は、眠りスキャンにより睡眠状態を確認しての排泄支援と尿量で個々に応じたパッドを選択し心地良く過して貰う様努めている。	
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	日々の生活の中に体操を取り入れたり、お腹に良いメニューの説明を行い摂取の声掛けをさせていただくなど予防に努めるとともに、医師又は、施設内看護師との連携を図っている。		
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	体調や生活リズムに配慮しながら、日中浴と夜間浴にて支援を行っている。また、介護者と1対1になるため、会話を楽しめる場になるように努めている。	週2回以上の入浴で、柔軟性に対応している。毎日の利用も可能であり、睡眠前の時間帯の入浴にも対応し心地良い睡眠誘導にも結び付けている。担当職員と1体1で語り合い湯量、湯温は好みに対応し喜ばれている。	
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	お一人お一人のリズムに合わせて、自然に入眠できるよう、照明の調節などを行って、安眠して頂けるよう努めている。		
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	医師の往診時には、提携薬局の薬剤師が同伴されているので、タイムリーな対応が可能である。薬が変更になった時、変化があれば医療機関へ理解できるまで、確認をしている。		
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	個々の趣味や好んでされる作業の把握に努め、提供させて頂きながら生きがいのある日々を過ごしていただけるよう努めている。		
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	季節に応じた外出計画し外食や鑑賞等の支援も行っている。団体での外出行事提供はできているが、今後、個々の支援を充実していくように努めていきたい。	介護度が高まるにつれ外出困難となっている事に併せ、コロナ禍の現況下では隣接のデイサービス棟につながる芝生の広い中庭は散策や日光浴に格好の場として利用者が楽しんでる。菜園の世話、テラスでのお茶、近所の地蔵尊参り等の散歩外出を支援している。	

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
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	駄菓子販売での支払いや、買い物の支援を行い、お金に触れる機会の提供を行っている。管理が行える個人に関しては所持をいただき、管理の支援を行っている。		
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	ご本人の希望により、家族様や大切な方への電話や手紙のやり取りが出来るよう支援している。また、年賀状や暑中見舞いの作成などしてやり取りが行える支援もしている。		
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	四季を感じていただける様な行事内容の提供を行ったり、ご利用者の方と飾り物を作成したり話題の提供を行っている。共有空間については、ご希望や状況に合わせた導線を検討し混乱なく過ごしていただける様工夫しながら提供している。	バリアフリーで安全に配慮する傍ら、玄関には上がり框を設け、長年住み慣れた生活感を思い出す配慮を施した共用空間としている。毎日の掃除励行や空気洗浄加湿器を設置し温湿度管理にも配慮している。季節が感じられる工夫を凝らした掲示物が利用者目線の高さに掲示している。	
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	個人部屋は確保されておりご自由に使用していただける様に配慮している。一人になれる場としてはソファーを用意し、思い思いに過ごしていただける様、居場所作りに工夫をしている。		
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	ご自宅で使用されていたものを用意したり飾って頂くなどして心地よく過ごしていただける様配慮するとともに、生活しやすいよう導線を考えた上で、家具の配置を行っている。	利用者の生活動線に合わせ、ベッドや調度品の配置を工夫している。掃き出し部は障子を設え柔らかい採光の工夫を凝らしている。ベッド、寝具は高級品を備え、利用者にゆとりある気分に浸って貰い且つ、生活感のある居室作りをしている。	
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	ご本人の希望により居室に名札を張らせて頂いたり、トイレ入り口には蛍光シールを張るなどして自立支援を行うとともに、状況、状態に合わせた席の配置をご本人を交え検討を行っている。		

## 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		ご利用者の中には、認知症の進行を伴う意欲低下の為に、今までに出来ていた日常生活動作と家事作業が難しくなっている方がおられる。	現在の日常生活動作と家事作業の維持継続の支援をさせて頂き、ご自分の事は自身ですて頂ける様に、また生きがいとやりがいを持って楽しみのある日常生活を送って頂く。	ご本人のご希望をお伺いしながら、職員と一緒に出来る事探しをさせて頂き、話し合い、検討を重ね、工夫した家事作業や余暇活動等の提供を支援させて頂く。	3ヶ月
2					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。