

# 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	2590100265		
法人名	医療法人 緑生会		
事業所名	グループホーム クリーム鹿跳 2F		
所在地	滋賀県大津市大石東六丁目1番11号		
自己評価作成日	平成23年9月1日	評価結果市町村受理日	平成23年11月21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	平成23年10月13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)】

平成23年4月1日にオープンしたグループホームです。母体は、医療法人緑生会で、大石の町の玄関にあたる、鹿跳橋のすぐ近くにあります。山と瀬田川がリビングから見られ、一日中見ておられる利用者様もいたり、大自然の中でゆっくりとした時間が流れます。小規模多機能と併設して、その利用者様との交流もあります。医療面に力を入れています。経腸栄養、胃瘻の利用者、インスリン注射なども対応できます。

## 【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)】

事業主体は医療法人緑生会である。この地域を中心に病院、クリニック、デイサービス、訪問介護、居宅介護支援、グループホーム、小規模多機能ホーム、特別養護老人ホームなど介護サービス事業を運営している。当ホームは緑生会が運営する3箇所目のグループホームとして本年4月に開設された。新築3階建て、1階に小規模多機能ホームを併設している。医療連携体制加算を採用し、医療面の緊密な連携をバックに、看取りについても体制整備に努めると共に、系列全体の研修システムとホーム独自の勉強会による職員育成に努力するなど、グループの総力を上げた質の高いサービス提供を目指している。

## 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
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	月に1回勉強会を開き、理念の確認をしている。	地域密着の思いを謳っている。スタッフ会議冒頭で唱和している。「私たちはこの町で、自分らしく楽しく生活しています。この町の中で、一緒に生活を続けます」の文言を職員は日常の利用者に接する場面で意識している。	
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	日常のお付き合いはまだ出来ていない方だと思うので、どんどん声を掛け合う所からはじめたい。また、清掃への参加、自治会行事等への積極的に参加していきたい。事業所のバザーのお知らせはチラシの配布等している。	自治会にはホームとして加入している。一斉清掃、運動会などの行事に参加している。介護に関する相談や講演など独自にやる意向もある。しかし現状は開設から日も浅く、当ホームとして地域と日常的な交流は少ない。	防災上、地域からの支援協力は急務であり、また利用者の外出介助にも支援を得たい。運営推進委員会、自治会の集まりへの参加、ホームの行事への招請などを通じて支え合う関係の強化を望む。
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	母体の医療法人と同じ地域にあり、医療と介護両面からの支援をしている。利用者と一緒に、同法人のクリニックへ行き、地域の人と話をしている。		
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	内容を確認しながら、出来ていない所を改善できるように話し合いをこれからも続ける。また、入所者様やご家族様、地域の方々のご意見を頂いている。	2ヶ月毎に開催し、地域代表、包括支援センター、家族、緑生会および職員が参加している。テーマはホーム側の報告や計画などの他にも参加者からの意見も多い。職員にはスタッフ会議で報告している。	
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に取り組んでいる	市の担当者や地域包括センターとの関わりを深めて、もっと早く、困っているご本人ご家族と出会いたい。	大津市介護保険課に諸手続などの指導や助言を受けている。包括支援センターからは情報の提供を受けたり、入居に関する打診や見学の受け入れの相談等もある。運営推進委員会に出席の上、アドバイスなど受けている。	
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	現在拘束はない。居室や玄関に鍵はかけず、職員が安全面等、注意を払いながら、利用者様を見守り過ごしている。	キーで開閉する錠はなく、全て内部からの手動錠である。レイアウトは居室がフロアの両側に配置され、センターは共用の開放されたスペースでスタッフは全体を見渡す事ができ、利用者の動きに注意をはらっている。	
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過ごされることがないよう注意を払い、防止に努めている	定期的に、研修を行い、スタッフの健康について又、心のストレスについて注意を払っている。必要に応じ、個人面談を行っている。		

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	入所者様の中に後見人がいらっしゃる方がおられます。専門の方に依頼して、成年後見人制度の勉強会をもちたい。		
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	管理者、事務担当、ケアスタッフとの面談を通じて理解頂けるように対応している。		
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	スタッフ全員で利用者様の声を傾聴し、全員で話し合い対応して行くように心がけ、ご意見箱を置いている。家族様は、面会時等、意見を言われる時もある。そういう時は、スタッフ会議など話し合いをし、運営に反映させるよう努めている。	家族の訪問は週2~3人程度で、職員は対話を心懸けている。運営推進会議でも家族の意見も出ている。苦情については受付箱、担当窓口を設置している。意見や苦情は各々記録し、対応策を検討している。苦情は現状1件で解決済みである。	
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	日々のアイデア、改善など、スタッフノートに記入している。その内容を定期的な、スタッフ会議で行い、その中で話し合いをしている。	スタッフ会議は率直な意見反映の場となっている。職員間の申し送りや情報の共有など要改善事項も多く、活発に検討している。勉強会も合わせて実施し、スキルアップと共に改善検討の重要な会議となっている。	
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	職員個々の努力や実績はもちろん、性格なども見ながら、その人にあった業務担当等決めて、向上心がもてるように考えている。		
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	法人内外の研修や講習など、色々な種類のものを、その人に合わせて研修の機会を作っている。それを持ち帰り、現場で伝える研修を行っている。		
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	新人研修、実践者研修等で交流が持てている。		

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
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	ご本人のそばで食事など、一緒に過ごしながら、不安なこと、求めていること等を聞いてから話し合いをしご本人の「〇〇したい」を受け止め、よい方向へもっていけるよう努めている。		
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	相談事等を受けたらより早く、改善できるように最善の努力をするようにしている。		
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	お話している中で、どんな事を求めているのか、困っているのか、聞きながら見極め、支援できるように努めている。時間の続き、人との続きを大切に今までの生活が続けられる様に支援したい。		
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	ご本人様と本当に蜜に親身になり、話し合えた時、初めて色んな面があるのだと、気付いたり、学ばせてもらう時はあります。そんな時ははじめて絆が生まれ支えあえる関係が築けた。		
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、家族様、利用者様を交えた会話の中では、喜怒哀楽を含めご家族とともに、利用者様と一緒に支えていこうとすると、心が通じ合うように思える。		
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	本人様との方がどんな関係かを十分に理解し、関係が続いていけるよう、会いたい人、行きたい場所等、支援をしている。	身体機能面、精神心理面で趣味、嗜好、興味および社会環境面で経歴、仕事歴、住んだ場所等をフェイスシートに細かく記入し、利用者や家族の意向に沿いながら支援している。愛犬をホーム屋上で飼った事もある。	
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	その人その人の性格を十分に把握し、またふれあっている様子がどんな感じかを見て、良い関係になっていけ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	入院の場合は、お見舞いに行ったり、ご家族と連絡を取っている。		
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	その方のしたい事や、その方にとって良い事などは、日々、業務の中で探し、常に話し合うように努力している。困難な事でも出来るだけそれに近い形で支援できるよう努めている。	声掛けとゆったりと聞く事を基本に意向把握に努めている。夜、ゆっくりと話すのも有効である。行きたい場所や友達の事などの聞き取りに努めている。職員間で把握内容は共有している。	
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	生活歴や暮らし方などは、何気ない会話の中からみつけるもので、注意しながら情報を集め、ご家族様とも交流を深めながらお聞きするようになっている。		
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	日々の記録、日報に細かく記入するようにしている。一人ひとりの身体状況を見ながら休んで頂いている。洗濯ものたたみ、配膳等のお手伝いをお願いしている。		
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	職員同士の話し合い、本人様の意見も聞きながら、介護計画を作成している。	アセスメントをベースに、職員の意見および利用者、家族の意向も入れ介護計画を作成している。適時、モニタリング、カンファレンスを開催し、3ヶ月毎に介護計画の見直しをしている。	
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	実践や結果に基づき、見直しや新たな計画を立てるようにしている。ケアの気付きなどノートを作成し、多角的に把握できるようにしている。		
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	受診への対応や外出支援、買い物支援など一人ひとりに対応している。		

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	民生委員さんとの顔合わせを行い、敬老会への参加なども考えて行きたい。		
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	2週間に1回定期的に受診し、必要時にその都度受診を行っている。	系列の病院から転入の利用者が殆どで、現状は近隣にある系列のクリニックが全利用者のかかりつけ医となっている。診療の結果は遅滞なく家族に報告している。管理者が看護師であり、適切にフォローしている。	
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	看護職員とは常に申し送り等、変化がないかを報告している。		
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。	退院に向けたカンファレンスへの参加など、地域連携室を通して連携を行っている。		
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	終末期のあり方の要望を確認している。	契約時に「看取りに関する指針」を提示し、家族に説明、意思を確認して同意印を受けている。「緊急時マニュアル・看取り介護同意書、リスク説明書等」細かな確認を行なっている。折りにふれ再確認している。看取り実績は1件ある。なお医療連携体制をとっている	
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	急変時のあり方の要望を確認している。		
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	定期的な避難訓練を消防の方から受けている。	消防署の指導による訓練を実施している。スタッフ室に消防署通報電話を設置、緊急連絡網、マニュアルを掲示している。スプリンクラーや消火器などを備えている。地域や防災会等との支援協力体制はまだとれていない。	避難場所は屋上と各階のベランダである。車椅子利用者も多く、地域の協力体制構築は緊急課題である。夜間対策は全職員が1人で対応可能なマニュアルの充実と訓練を望む。

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
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	言葉かけや対応には十分配慮し、プライバシーには注意を払っている。	新人職員研修や勉強会でも個人情報について教育を受けている。トイレ誘導、名前の呼びかけ方、声のトーン等職員間で細かに共有している。書類の保管は個人情報に注意し、保管している。	
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	本人様の思い等については職員同士話し合いをし、ご本人に聞いて決めている。		
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	その方その方のペースや、性格等を職員は十分に理解をし、その中で希望に沿った支援をしている。		
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	その方の行きたい理容、美容室等をきちんと聞き、予約等をしている。		
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	お誕生日会や、行事ごとの時は、特に豪華に日常のお食事でも見た目や温度には特に気を使っている。片付けも出来ることはして頂いている。	利用者により、食材の大きさや形状を配慮している。利用者もできる事を手伝っている。職員も一緒に食事しながらさりげなく介助している。月1回の外食を楽しみ、利用者の誕生日にはケーキを付けたり工夫している。	
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	日々の記録に、その方の食事量、水分量を記録しており、その中から習慣に応じた対応をしている。		
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	毎食時後には、きっちりと口腔ケアをしている。マウスウォッシュなどを使用し、口臭などにも気をつけている。		

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
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	排泄パターンは日々の記録等で、だいたいを把握し、陰洗などし、清潔に気持ち良く排泄できるように支援している。	排泄パターンは日報で把握しており、それにあわせてトイレ誘導等自立支援を心がけている。便秘対策には水分の量も記録を管理し、また看護師の支援を受けている。	
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	まず、便秘の時は看護職員に報告し、指示を頂く。なるべく苦しくないよう、予防や工夫に努めている。		
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	入浴では、その方の意見をその都度聞き個々にそった支援をしている。	利用者の体調にあわせ、介助しながら入浴を楽しんでもらっている。頻度は利用者により毎日の人やシャワーだけの人など希望に対応しながら週3回は入浴している。1人を除いて介助が必要で、リフト利用の人もある。	
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	その方の身体の事等も考えながら、夜更かしされないようある程度の時間等(23:00頃まで)までは希望あれば起きておられる。又、温度、湿度計にて環境を確認している。		
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	薬目的、副作用の理解には、一人ひとり説明や、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	散歩に出かけたり、テーブル拭き、洗濯ものたたみ等、出来ることはして頂くようにしている。		
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	ご本人様のご希望に添い、外出、お買い物等へ出かけている。	近くにコンビニや神社、ホームの裏手は広い河川敷公園があるが、通りの車の量も多く、歩道帯も狭く介助者が必要で、日常殆ど外出ができていない。月1回の外出日(外食)希望を聞いての買い物支援等にどまっている。家族からの外出を望む声も出ている。	機能回復、五感の刺激に地域とのふれあいや外出は大切である。車椅子利用者も多いが、全員一律の対応でなく体力、体調に合わせた行き先、コースの工夫により外出の機会を増やす支援策の検討望む。



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	お買い物等される際には、ご本人様所持金で希望に応じ、支援している。		
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	ご本人様がお電話を希望された時は、職員がはじめかけさせて頂いてから、かけている。		
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	少しでも、生活感が出るよう、のれんをしたり、親しみやすい雰囲気を作るよう工夫する努力をしている。居間には、季節に応じた飾り、植物等を置いたり工夫して住みよい環境になるように努力している。	食堂、リビングなどの共用スペースはゆったりと広く、机も多く配置し、利用者は居場所を得て過ごしている。ベランダも広く草花、野菜なども鉢植えし、リビングの飾りと共に季節を演出している。照明や空調も適切で違和感はない。トイレと浴室も清潔である。	
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	仲の良い利用者の方同士、同じテーブルにさせてもらったり、窓際の席が好きな方にはその場所へと対応している。		
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	それぞれ使っておられたものがあれば、使ってもらおうようにしている。私物の少ない方には、落ち着ける物の工夫をしている。	馴染みの家具、持ち物類を置いている。写真や自作の絵画なども飾っている。おむつは目に付かない所に置いてもらっている。窓からの眺望は季節で色を変える山々、瀬田川の溪谷等どこか懐かしい景観が臨める。	
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	メモを貼ったり、日時をホワイトボードに記入したり、必要な時は声を掛け、誘導し対応している。		

## 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。

z					
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	2	開設6ヶ月のため、地域との関わりが、夏の暑さのため、外出・散歩が不十分だった。	・年1回のバザーへの参加人数の増加 ・ご近所からの相談を受ける	チラシ、ポスターで周知する。 介護者の生活相談、認知症相談会をする	6ヶ月
2	13	新しいスタッフが多い。	不安を抱えたまま、業務にかからないように	業務の始まりと終わりに先輩からアドバイス、 又は、聞きやすい雰囲気作り 月1回の研修	6ヶ月
3	12	新しいチームのため、情報の流れがスムーズでない事。	業務分担をして、スタッフに責任を持ってもらう	役割(リーダー、サブ) 〇〇係り、ケアの担当利用者	3ヶ月
4	12				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。