

## 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	2570100715		
法人名	マザーレイク株式会社		
事業所名	グループホームマザーレイク		
所在地	大津市黒津1丁目6-18		
自己評価作成日	平成30年10月15日	評価結果市町村受理日	平成30年12月18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30年11月26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)】

理念に掲げる「一人一人が自分らしく暮らしていける」に基づいて職員が一体となり支援している。終末ケア、看取りを行っており利用者が穏やかに最後の時を迎えられるよう家族の相談にもりながら支援体制を整えている。地域交流として毎月ボランティアの受け入れや、保育園児との交流も毎年行っている。また、多目的ホールを近隣住民に開放し体操教室に活用したり、掲示板を通じて様々な利用や施設の様子を発信している。全事業所の職員に対して働きながら資格を取得できる制度を設けており自己啓発に努めている。また、今年度8月より大津市の委託を受けて認知症カフェを月に1回開催。地域に住む認知症の方やその家族の話し相手になったり、相談にのったり、ホッとできる憩いの場を提供できるように毎回企画している。

### 【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)】

多目的ホールを地域に開放したり、毎月認知症カフェを開設し、地域の方々には認知症への理解を深めてもらうと共に、相談場所として地域に貢献をしている。温泉へ1泊旅行を実施し、事業所の中では見られないくつろいだ表情が見られ、利用者家族と共に楽しみ、家族の方に安心感を持ってもらっている。職員は希望の外部研修等を申請できる制度があり、スキルアップに向けた職員の育成に注力している。8つの行動指針①自己反省と誠実さ、②思い遣り、③気付きと挨拶・笑顔、④プラスの気・熱意と情熱、⑤感謝の心、⑥チーム協力、⑦報告・連絡・相談、⑧顧客維持力に照らして日常の行動が出来るかどうかを確認するための検討会を行い、資質向上と共にケアの質の向上を目指している。管理者を始め職員の士気は高い。利用者同士の会話もあり、穏やかな日常を過ごしている。

## 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 3. 家族の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんどいない	66 職員は、活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 3. 職員の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 家族等の1/3くらい 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、安心して暮らさせている (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 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんどいない		

自己評価および外部評価結果 2階

[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	各ユニットやげんかんには理念を掲示している。また、月に1回の全体ミーティングにて行動指針を読んで共有している。	理念を具現化すべく介護指針を「利用者のために」と掲げ、更に8項目の基本動作を行動指針と定めている。日常の行動をこの指針に照合して介護指針の実現、更に理念の実践へと繋がるように努めている。	
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	日常的にはないが、近くのスーパーに買い物に行ったり、日ごろの活動を掲示板や運営推進会議で周知したりしている。今年度8月より認知症カフェを1回/月開催。ご利用者との交流の場にもしていきたい。	法人としての自治会への加入は出来ていないが、多目的ホールを設置し地域の活動や、認知症カフェの会場としての利用に供している。季節の野菜や花などの提供を受けることもあり、地域との馴染みが増えてきている。	
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	運営推進会議の席で話題にしたり、認知症カフェにおいて講演を実施した。また、その後認知症の人を抱える家族の相談や憩いの場として提供している。		
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	様々な取り組み入居状況等を報告。毎回参加者も多く貴重な意見を聞くことが出来ている。	地域包括、社協、民生委員、近隣住民、利用者家族等の構成で、隔月に開催している。事業所の活動や認知症カフェでの内容等の報告と意見や情報の交換をしている。地域の自治会長の出席が課題である。	自治会長等の地域代表者の参加要請を続けて欲しい。
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	施設長、副施設長を中心に取り組んでいる。	市の実地指導を受けると共に情報交換をしている。介護保険課と情報交換をすると共に、事故報告等に関して指導も受けている。	
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	施設内、外部研修に於いて必ず身体拘束について学んでいる。門扉の施錠や止むを得ない場合のみ、家族の同意を得て行っていることもある。その際、カンファレンスで見直し、評価を実施し記録している。	安全確保のために、一時的に夜間のベッド柵の設置など家族の同意の上で行うことは特例としてあるが、拘束の無い介護を心掛け実施している。玄関は解錠して、見守りで事故を防いでいる。	
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、外部に於いて必ず学ぶ機会を設けている。スタッフがお互い声をかけながら無理のないようにケアに努めている。		

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
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	研修に等で学ぶ子会を設け活用できるように支援している。		
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	施設長が行っている。知り得た情報は共有している。		
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	利用者やその家族等の要望はいつでも受け付け、職員間で共有してその都度対応している。	運営推進会議の席上や、面会時等に話す機会はあるが、要望や意見等の発言は多くないが、下着等の入れ間違いや、米飯の硬さ等についての要望等を受けることもあるが、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	職員の意見等はいつでも聞いてもらえる体制にはなっている。	毎月の会議や個人面談の時などでは活発な意見がある。多目的室の階段への昇降機の設置や、介護ロボットも職員の提案をきっかけに導入し、介護負担を軽減している。研修受講を申請する制度もある。	
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	意見を言いやすい職場である。また、自己啓発に力を入れており資格取得制度も充実している。		
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	社内研修の実施。代表者や施設長が個々の能力に応じた外部研修に参加できるように働きかけている。		
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	職員の同業者との交流の場は少ない。しかし、地域の多職種が集まる講演やフォーラムには案内を掲示して参加を勧めている。計画作成者は2か月に1回、定期的に他事業所との事例検討会には参加している。		

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	職員間で情報を共有しながら声掛け見守りを心がけ関係づくりに努めている。		
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	契約時や来館時に知り得た情報は職員間で共有。また、できる限り家族とのコミュニケーションが取れるよう心掛けている。		
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	初期の段階でしっかりと話を聞く事を心がけている。ケアプランを把握して統一したケアを実施している。		
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	利用者の権利を守りつつケアを行っているが意思表示ができない方については表情や仕草などを汲み取るようにしている。		
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	家族が訪問した際には本人との時間を大切にしている。また、日ごろの様子を伝えると共に、本人を支え合える関係を構築している。		
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	家族以外の訪問が少ないのが現状である。電話をかけあったり手紙のやり取りをすることも殆どない。近所に住まいのある利用者は散歩の時や買い物中に話し掛けられることもあり、そういう機会があれば支援していきたい。	地元の利用者が祭に参加し旧知の人と会いたいような表情があり、墓参りをしたとき墓の位置を覚えていたこともある。また年賀状やアルバムを一緒に作成し家族に送るよう支援している。	
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	適度に食事をする席を変えるなどして、できる限り孤立することのないように職員は配慮している。		

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
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	施設長が窓口になり関係が継続していくよう支援して行きたい。		
<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	返事がなくても声掛けし意思や希望を確認するようにしている。小さな事でも希望を聞くようにしている。	入居期間の長さに応じて、思いや意向を把握するのが困難となるが、昔話の中や、入浴中や外出中のゆったりした雰囲気の中で気付きやヒントが得られることが多い。この環境作りに努めている	
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	アセスメントシートを作成し職員が目を通すようにしている。日々のコミュニケーションの中で情報を収集し共有している。		
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	日々のケアの中で一人一人に何ができるのか、状態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	本人や家族の希望や意向を聞きケアプランに反映させている。また、カンファレンスで情報共有、プランの評価を行っている。	短期・長期の介護目標計画を設定し、気付きシートに記録しモニタリングして、カンファレンスに繋げている。状態変化があれば都度見直しているが、計画更新は6ヶ月から1年である。更新時は家族の承認を得ている。	状態変化が無くとも3ヶ月毎の計画更新とその結果を家族と共有する機会が増え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	記録の記入と確認を職員で行っている。カンファレンスに於いてケアの方針を再度検討している。		
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	状況や状態に応じて対応を心がけている。		

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
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	職員が一人ひとりの状況を把握し可能な範囲での支援を行っている。		
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	本人の状態に合わせかかりつけ医と連携、相談しながら適切な治療を受けられるよう支援している。	入居時に家族の希望で利用者全員が協力医を主治医とし、月に2回の定期検診を受けている。特定科目の受診は家族同伴であったり職員が付き添うケースもある。毎週1回訪問看護師による健康チェックを受けている。	
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	週1回、医療連携を実施、相談事や体調の変化を都度伝えている。		
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。	管理者が行っている。職員は情報を共有し、把握に努めている。		
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	契約時にも重要事項の中で触れ、確認している。ご家族の思いや考えを状況に応じて、何度も話し合いをしている。また、医療機関と共有し支援に取り組んでいる。	重度化時や終末期の場合における対応に関して指針を作成し文書化している。特に看取り介護の実施にあたっては、家族・医師・看護師・職員が一体となって取り組んでいる。看取りに対する不安感を払拭するよう研修をしている。	
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	年に1回、ETCを使った救命講習会の実施。病気に関する様々な研修も行っている。		
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回の避難訓練を他事業所の協力を得て実施。緊急連絡網を作成しナルク滋賀さんにも協力をお願いしている。	消防署立ち会いや夜間想定を含む避難訓練や消火訓練を年2回実施している。地域の人々の参加を呼び掛けているが実現できていない。緊急連絡網はできている。多目的ホールを近隣の避難場所として開放を提案している。	避難訓練時の地域住民の協力の実現を期待したい。

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
<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	個々の理解しやすい言葉かけ、尊厳を守ることを職員が意識しながら対応している。	プライバシーに関して全職員が研修を受けている。利用者を人生の大先輩として敬う心を持ち、よそよそしくならない程の関係作りを心掛けている。トイレ誘導や入浴時の対応などで気が付いた時は互いに注意するようにしている。	
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	一人一人の言動を理解したうえで選択肢を提供し自己決定できるよう支援している。		
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	個々の一日のリズムを把握して本人のペースに合わせたケアを心掛けている。		
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	起床時の整容、入浴準備など本人の意思を確認している。本人の雰囲気合った服装や髪形になるよう一緒に支援している。		
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	利用者が一つのテーブルを囲み楽しく食事ができるよう支援している。また、個々の力に応じて準備等にも協力してもらっている。	食材を給食センターから受け、職員が調理し提供している。介助を必要とするのは各ユニットで3名いる。ペーストや刻み食等も対応している。利用者も洗い物や配膳の手伝いをしている。年に数回外食を楽しんでいる。	
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	個々に合わせた食事量、形態で提供し、水分摂取量も記録している。		
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	歯ブラシ・スポンジブラシ等を使って、本人の能力に応じた口腔ケアを行っている。		

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
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	個々利用者の尿量、排泄パターンを把握し、できるだけトイレでの排泄を促したり、日中は下着で対応するなどして自立に向けた支援を行っている。	各人の排泄パターンを把握し、トイレに誘導して自然排泄を支援し、なるべく布パンツにパッドを使用するようにしている。職員がオムツ体験で、ぬれたオムツの不快感などを体験して利用者の快適性保持の支援をしている。	
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	毎日体操を実施、体を動かすことを心がけたり、水分補給を促したり、便座に座ることで自然排便を促したりしている。		
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	その日の利用者の状態に応じて時間帯や好みの湯の温度に対応している。しかし職員の都合で決めてしまうこともある。ゆっくり楽しめるように心がけている。	週2～3回入浴している。機械浴槽と普通の浴槽があり、好みで選んでいる。入浴を拒否する人には、勧誘するものの無理強いしないようにしている。清拭や足湯等で代替して、清潔の維持や保温に配慮している。	
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	前夜の状況、日中の様子を把握して午睡したり安楽な体位になって休んでもらえる支援を行っている。		
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	服薬情報ファイルを確認、変化があれば速やかに報告し情報の共有を行っている。		
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	一人ひとりの生活歴の把握に努めて気分転換が図れるようなアクティビティを実施。		
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	体調に応じて外出できるよう支援している。近くのスーパーへ買い物、瀬田川沿いを散歩、お墓参り、外来通院の後家族との外食など。	季節のよい時分には近くの瀬田川や大戸川沿いの道を散歩したり、内庭に出て外気浴を楽しむこともある。年間行事予定をつくり、花見や外食等で外出の機会を提供している。来年3月には、雄琴温泉への1泊旅行を計画している。	

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	普段は事務所管理。外出に応じて使えるよう支援している。		
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	なかなか支援には至っていない。今後アクティビティに取り入れていきたい。		
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	換気以外の窓の開閉、エアコンの調節、テレビの音量等に気をつけている。また、職員が季節感を感じられるようにと花を飾ったり壁紙に利用者との作品を飾ったりしている。	リビングは広く明るい、対面式のキッチンから利用者と会話しながら全体の様子が見られる。畳コーナーがありお茶を飲んだりくつろぐ場となっている。サンルームがあり物干し場ともなっている。トイレや浴室も掃除が行き届き清潔である。	
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	思い思いに自室で過ごしたり、気の合った者同士の座席に配慮したり、ソファや畳コーナーで過ごしたりして工夫している。		
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	住み慣れた自宅のようにそれぞれが落ち着いて暮らせるよう支援している。	居室の床はフローリング、1室だけ和室がある。洗面スペースと、ベッド、クロゼット、空調設備を廃している。居室の壁紙は一部屋毎に変えており、馴染みの家具や写真などを飾り、居心地よく過ごす事の出来る空間としている。	
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	動線には不要な物は置かないことを徹底。部屋の入口には表札で自分の部屋であることが分かるように工夫している。		

## 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。

【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	13	消防署立ち会いの避難訓練は年2回確実にしているが、地域住民との協力体制が浸透していない。	避難訓練時(2回/年)の地域住民の参加協力の実現。	・運営推進委員会に於いて参加協力を呼びかける。 ・NPO法人ナルク滋賀さんとの緊急連絡網の更なる構築。	6ヶ月
2	10	介護計画の見直しの時期と家族・関係者とのサービス会議の開催、モニタリングを分かりやすいものにしてプランに繋がられていない。	介護計画の見直しを、状態に変化がない限り6か月に一度確実に見直し、家族の同意を得、共有し計画を実行していく。	・モニタリングやカンファレンスでの意見を反映して変化があれば状態に応じて、3～6か月に一度適時プランを立て直す。 ・現状に即したプランを目指す。	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、行を挿入して下さい。