

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	2570101739		
法人名	医療法人 湖青会		
事業所名	高齢者グループホーム志賀の里		
所在地	滋賀県大津市和邇高城270番地の2		
自己評価作成日	平成22年12月21日	評価結果市町村受理日	平成23年3月14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	http://www.kaigo-shiga.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2570101739&SCD=320
----------	---

【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2F		
訪問調査日	平成23年 1月22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)】

この春で設立11年目を迎える滋賀県内でも最古参のグループホームである。設立当初よりいろいろな認知症利用者さんを介護してきたことで、多くの認知症ケアに関する実践や評価をベースとした認知症に対する介護ノウハウが事業所全体に蓄積されている。この11年間の認知症ケアの実践を基にしたケアを継続して提供することで、安定したホームでの生活を提供できていると自負している。今後も医療法人を母体としたグループホームの特徴を生かし、医療との密な連携をとりながら安定した生活支援を提供していきたい。

【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)】

創設以来11年を経過した介護経験の豊かな事業所である。併設するディサービスセンターとの間での設備の共用、職員の相互援助により、限られた職員数でサービスの向上・維持に努めるとともに、運営法人である医療法人との連携により迅速に対応できる医療体制を維持し、利用者家族の信頼も厚い。職員は、管理者を中心に堅いチームワークを組み、身体拘束の排除と自力排泄の継続など利用者の尊厳を尊重することに努力し、安心できるサービスを提供している。利用者は、安心して寛いだ雰囲気にもまれて生活している。

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(美波ユニット)

[セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。]

	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	前年度より一部変更した理念は、ホールの見える位置に掲示して、共有し実践に努めている。	理念の一つに「この町でもっと自分らしく」と謳い、リビングと事務所に掲示している。管理者は現場で職員個別に具体的な事例を示して実践につなぎ、全職員がその理念を共有している。	
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	地域の夏祭りにホームを上げて参加したり、散歩、買い物などの途中に地域の人々と会話や交流を行っている。また、地域のボランティアさんに定期的に歌会を開催して頂いている。	自治会に加入し、夏祭りには最前列に席を設けて歓待され楽しんだ。民生委員の運営推進会議への参加により地域防災参加の糸口ができた。認知症SOSネットワークと認知症相談窓口協力事業所に登録している。	
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	事業所としては、地域の人々へ認知症に関する情報を提供できていない。		
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	毎回議題を決めて、委員の方々から積極的に運営上の意見を伺っている。事業所からもホームの評価結果や現状の課題等を随時報告している。	2ヶ月ごとに開催し、新しく地元民生委員・利用者代表が加わって積極的な提言が続いている。事故報告に関連してヒヤリハットの書式の提案を採用したり、スプリンクラー設置業者の紹介など、サポートを受けている。	
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	必要時には介護保険課の担当者と情報交換を行い、逆にグループホームの現状や課題等の情報を提供する場合もあり、良い協力関係が築けている。	介護保険課とは、事業所が講師となって認知症の勉強会開催や、日々の相談などを通じて情報交換をしている。包括支援センターには、運営推進会議参加のほか積極的に働きかけて、協力関係強化に努めている。。	
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	以前より身体拘束をしない介護は徹底できており、職員も拘束の弊害はよく理解している。夜間のみ防犯のため玄関の施錠をしている。	運営者を中心に全職員が身体拘束をしない介護の重要性を定期的な研修を通して理解し、実践している。職員は拘束しないで利用者の安全を守る工夫をしている。	
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に注意を払い、防止に努めている	虐待に関しても防止の意識は職員間で周知徹底できており、ホームをあげて虐待防止に取り組んでいる。		

	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	管理者が現在、権利擁護や成年後見に関する専門知識を学習中であり、今後は職員への講習を開始していく予定である。		
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	契約時には管理者から十分な説明を行っており、契約後も疑問があれば随時相談に乗っている。		
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	新年会や敬老会において同時に家族会を開催しており、家族の意見や要望を聞き、ホームの運営に生かしている。また面会時にも家族の意見を聞くように心掛けている。	相談・苦情窓口は、事業所窓口を含め3箇所を重要事項説明書に明記している。家族からの意見はその都度連絡帳に記載し、職員間で検討し運営に反映している。家族会は未結成となっている。	年2回の懇親会后、家族だけの集まりに切り替えて、家族だけの忌憚ない話し合いや意見が出てくるよう支援を期待したい。
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	職員と管理者との個別面談を行うことで、職員の意見や要望を聞き可能な限りホームの運営に反映させている。	月1回開催する全体会議とユニット会議や個人面談で職員は自由闊達に意見を述べており、管理者は運営に反映するよう努めている。理念の改定も一つの事例である。	
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	代表者と現場職員との間には、若干のコミュニケーション不足が見られるが、就業環境に関しては法人全体で改善に向けて取り組まれている。		
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	職員の能力評価や研修計画に関しては、主に管理者が中心となって策定、実施しているが、その都度代表者へは管理者から報告されている。		
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	管理者がグループホーム協議会の役員をしているため、協議会主催の研修や交流会に積極的に参加し、他の事業所職員と意見交換や情報を得て現場に還元している。		

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	本人の言葉や想いを十分に傾聴して、受容と共感できるよう努めている。		
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	インテークの時から家族の気持ちを十分聞き取り、信頼関係を築きながら可能な限り家族の要望も取り入れるよう工夫している。		
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	導入初期の段階で、本人の生活歴や趣味などの情報を家族から聞き取り、ニーズを確実にアセスメントして支援に結び付けている。また他に必要なサービスがあれば、連携に努めている。		
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	いろいろな作業を一緒にに行ったり、自主的にしてもらえよう支援することで共同生活者として支えあう関係が築けている。		
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	職員が企画したイベントなどに参加してもらったり、日々の体調の変化等を随時電話や月1度の手紙で連絡することで、職員と家族が一緒になって本人を支えていけるよう努めている。		
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	利用者さんによっては地域の友人が訪問されたり、以前住んでいた家の掃除に行かれたりと、関係維持は出来ているが、全員には支援できていない。	約半数の利用者が併設のデイサービスから移行している実態にあるので、管理者や職員とはすでに馴染みの関係にある方が多い。知人の訪問を職員一同が歓迎するなど、馴染みの関係が途切れないよう努めている。	
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	利用者同士でコミュニケーションは取れている。上手にできない方は、職員が間に入り関わっている。		

	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	サービス終了後も面会や運営推進会議の委員などで関わりは継続できている。		
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	利用者個々の生活ニーズを検討し、毎月のユニット会議でカンファレンスを行い、本人本位に近づけるよう検討している。	センター方式で利用者の思いや意向の把握に努め、不足する場合は家族の協力を得ている。家族の情報から、訪問美容ではなく、家族同伴で美容院へ行っている。利用者の思いの変化は、職員間で共有し対応している。	
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	本人・家族からの生活歴や習慣などの情報を収集し、職員全員が把握できるよう努めている。		
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	毎日のバイタルチェックや観察により、日々の体調管理を行い個別援助記録に記入して、職員間で統一したケアを提供している。		
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	週に1度のアセスメントを行い、本人の現状を把握し、月に1度のユニット会議で見直し。評価を行っている。	最初は本人・家族・医師等から情報を入手し関係職員が検討し計画作成者が介護計画を作成する。衣・食・住・身体面・精神面・社会面の6項目毎に毎週アセスメントを行い、3～6ヶ月毎に見直している。状態の変化があった場合は即応して見直し、都度家族の確認印を得ている。	介護計画は、3ヵ月毎に見直しを行って欲しい。
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	日々の気づきや実践結果を個別援助記録に記入し、職員間での情報は共有できている。		
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	病院への通院支援(眼科、歯科も含む)を適宜行っている。また、訪問マッサージの先生が毎週来所して施術している利用者もいる等、ニーズに沿った支援を行っている。		

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	地域のボランティアによる楽器演奏や、近所のスーパーへの買い物など、地域資源を可能な限り有効に使いながら支援できるよう工夫している。		
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	主治医による月に2～3度の往診がある。医療法人が母体のホームの特徴を有効に生かし、異常時の医療との連携は確実に出来ている。	家族の同意のもとに、1名を除いて運営母体の医療法人をかかりつけ医とし、隔週の往診診療を受けている。特科診療については、家族と共に診療支援を行っており、医療支援面で利用者と家族の信頼を得ている。	
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	週に1度の看護師との医療連携による健康管理を行っており、志賀の里所属の看護師との連絡・相談等は確実に連携できている。		
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。	管理者が窓口となり、利用者の入院時には介護サマリーを提出し、MSWとの情報交換を行い、適切な治療と退院に向けての連携を図っている。		
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	主治医に終末期と判断された場合でも、家族や医療職、介護職等と連携し、可能な限りターミナルケアを行っていく体制は取れており、終末期への方針も共有されている。	終末期に向けた基本方針を含む文書と同意書は家族に配布し説明しているが、同意書の署名押印はない。必要に応じ家族との話し合いにより見取りまでのケアを積み重ねてきた。過去の看とり実例は、家族と状況の変化に応じた話し合いを基に支援してきたが、全てを文書化するには至っていない。	詳細な看取り指針を整理簡略化し、必要の都度話し合いを積み重ねて、その内容の文書化と家族の同意印を取ることが望まれる。
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	緊急時のマニュアルは完備しているが、定期的な訓練は行っていない。普段より看護師より緊急時の対応の指導を受けて、実践できる体制にある。		
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	定期的に消防訓練を実施している。地域との協力体制は運営推進会議のメンバーを通して依頼しているが、具体的な事は進んでいない状況である。	消防署指導で年2回の火災避難訓練は実施しているが水害、地震等の防災訓練は出来ていない。地域との連携は民生委員が運営推進会議のメンバーになったことで協力体制の構築を進めている。	防災訓練も加味して、その際には自治会や家族、近隣の参加も得ることを期待したい。災害時の備品の備蓄を含め、自然災害への対応も進めて欲しい。

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	ステーションにプライバシー保護に関するマニュアルを貼り、常時職員が意識できるように対応している。	尊厳とプライバシーの確保のマニュアルを作成し、言葉遣いや接し方に努力している。職員に励ましの言葉を掛ける利用者もあり、互いに尊重しあう雰囲気は醸成されている。管理者も常に配慮するよう努めている。	
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	利用者主体のケアを行うという意識は職員間で統一されており、利用者さんの意思の表出は行われている。		
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し、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	個々の利用者さんの希望に添え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	外出できない人のために訪問理容を取り入れている。起床時、入浴後等に身だしなみに注意している。		
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	利用者さんの出来る力を大切にして、食後の後片付けを各自の状態に応じて支援している。また嚥下の悪い人には、刻み食やペースト食などの食事形態を工夫している。	事業所内に設けた台所で、法人所属の管理栄養士が立案する献立を専任調理師が調理している。利用者の状態に応じて調理し、明るく食事を楽しみ後片付けも手伝っている。職員は持参の弁当や同じ献立と一緒に摂っている。	
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	管理栄養士による栄養管理が行われている。また一人ひとりの状態に合わせて提供している。		
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	起床時、昼食後、夕食後又は入眠前に口腔ケアを行っている。		

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	利用者個々の排泄パターンを把握し、その都度排泄支援を行っている。	可能なかぎりトイレでの排泄を目指し、各人の排泄パターンに従い、さりげない言葉遣いで誘導している。就寝中でも起こして誘導し、医師の処方に基づく適切な下剤の利用により、便秘の予防にも留意している。	
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	内服薬を使用しながら、水分量や運動等適宜工夫して対応している。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴チェック表を見ながら、本人の希望や要望に合わせて入浴支援を行っている。	職員配置の関係で午前中の中の入浴には対応できないが、利用者の希望に沿って、週2回から3回の入浴支援をしている。入浴の勧誘には、声掛け時をずらしたり、仲の良い利用者との同時入浴で対応する等工夫をしている。	
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	一人ひとり体調や様子を見ながら、休息や入眠支援を行っている。		
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	薬セットは二人で確認し、チェック表やチェックシートを使用して服薬ミスの無いよう工夫して行っている。		
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	家事作業等個々に合わせてできることを見つけて支援している。		
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	利用者の重度化により外出は難しくなってきたが、外出を希望する利用者には、可能な限りの外出支援を行っている。	元気な利用者からの要望はあるが付き添いの関係、重度化の進行もあり、日頃の外出の頻度は減ってきている。徒歩では近隣のスーパーに出かける位で買い物兼ねたドライブになっている事が多い。花見など季節を感じさせるドライブもある。	外出可能な利用者には、できるだけ外出できる支援体制を工夫して欲しい。

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	本人・家族の了解を得て、必要最小限の金額を事業所で預かり管理している。外出時の使用や本人が希望する時は、可能な限り使えるようにしている。		
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	本人が希望されるときは、制限無く行っている。		
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	利用者・家族・職員の意見を取り入れながら、居心地よく過ごせるよう環境整備に取り組んでいる。	木目調の広い廊下が中央に通り、小型のソファをあちこちに置いている。リビングには利用者の作品を飾り、清潔なトイレ、2人介護もできる広い浴室等、ゆったりとした雰囲気を醸し出し、寛ぎやすい共用空間となっている。	
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	ホールや居室、廊下のソファを置き、個々に好きなように過ごせる工夫をしている。		
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	本人の使い慣れた家具を持ち込んでもらい、居心地よく過ごせるよう家族に依頼し対応している。	利用者の馴染みの家具や食器なども持ち込んでもらい、居心地よく生活出来るよう家族とも相談して支援している。全室エアコン付きで職員が調節し、湯が出る洗面所を設けて、日頃の快適さと清潔面に配慮している。	
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	自立支援を旨とした個別介護計画により、必要に応じてその都度対応している。		

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。

【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	12 13	前回の外部評価時より随時介護職員を新規採用してきているが、新人職員の定着日数が短く、その原因を検討する必要がある。	新規職員の早期の採用	新規採用した介護職員の適性を見極め、適切な指導計画・体制を整え、職員の仕事継続への意欲を高めるようホーム全体で検討していく。	12ヶ月
2	2 3	事業所として現状できる範囲での地域との関係作りを行っているが、まだまだ志賀の里の地域での存在価値を発揮できていない現状である。	グループホームの価値を生かした地域との連携体制を強化する。	運営推進会議の委員である民生委員さんを通して地域へ関わる機会を増やしていく。また、地域包括支援センターとの連携により認知症ケアの啓蒙活動にも積極的に協力していく。	12ヶ月
3	34	利用者の急変や事故対応に関して、職員個々の対応能力に差が認められる。	救急講習の実施と定期的な勉強会の開催	志賀の里単体での消防の救急講習を早期に開催する。 緊急マニュアルを実践的に展開できるよう職員への研修会を定期的開催する。	6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。