

### 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三丁目1-18		
自己評価作成日	平成23年2月5日	評価結果市町村受理日	平成23年3月22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=2570100509&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 株式会社平和堂和邇店2階		
訪問調査日	平成23年2月18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13年3月の開設以来、長期で入所されている入居者が多く、医療法人の強みとして、医療連携を緊密にとり、重度化や看取りに取り組んでいる。「ゆっくりと 一緒に楽しく いきくと」の理念のもと、本人を中心に、家族の意向を丁寧に聴きながらの支援を大切にしたいと考え取り組んでいる。

【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)】

医療法人湖青会が経営する事業所の1つで、同法人の訪問看護センターのサービスを利用して医療連携体制をとっている。早期から重度化や看取りに取り組む着実にその実績を積み上げ、管理者を中心に職員も日々経験、研鑽を重ねている。利用者の重度化に応じて職員の増員を行ったことにより、職員が一人ひとりとじっくり向き合う余裕が出来て、利用者に対してよりゆっくり丁寧に意志の確認が出来るようになり、より密接な支援が出来るようになった。管理者と職員は、行政やボランティアとの交流を活発に行い、家族とも良く話し合っており、「ゆっくりと、一緒に楽しく、いきいき」という理念を、利用者の支援の基本として生かしている。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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)
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)
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)
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、活き活きと働いている (参考項目:11,12)
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
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
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
<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	地域や自分を取り巻く人とともに生活していくという意味から「ゆっくりと一緒になんかいい感じ」と理念の下、全体会議や個別の研修で自身を振り返る機会を持ち、ケアのあり方について共有し実践に取り組んでいる。	法人の運営方針には「家族や地域の人々と」と触れており、事業所の理念と補完し合っている。職員との全体会議やユニット会議でも理念の実践について話し合い、昨年の看取りの際にも職員の心構えの基となった。	
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	自治会に加入、文化祭に出品したり、地域のボランティア団体と交流している。公民館やサロンの行事にも参加している。	ボランティア団体の継続的支援を得ている。小学生との芋掘り、公民館やサロンの展示会に出品する他、事業所主催のコスモス祭りには地元の幼児グループ15名の他70名の参加を見るなど交流を深めている。	
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	今年度から認知症相談窓口事業に登録。地域住民に周知していただけるよう自治会連合会に働きかけ準備をすすめている。職員が認知症キャラバンメイト研修を受講し相談窓口として地域に貢献していきたいと考えている		
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	外部評価の結果や、家族会の開催方法、事業所がうけた苦情内容について報告し率直な意見や提案をうけ職員間で話し合う機会を持ち、運営に反映させるようにしている。	大津市職員、地域・家族代表、ホーム職員で構成し、2カ月に1回開催している。外部評価調査、苦情、研修からターミナルケアに関するものまで取り上げて、その中で出された意見や提案を運営に反映させている。	
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	制度上の疑問点を確認したり、利用者の権利擁護やケア内容について、担当者に相談している。	大津市介護保険課とは常に相談し意見を求め、地域包括支援センターとは活発な意見交換を行なっている。昨年8月より介護支援相談員の来所を得ている。	
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	玄関の施錠は、夜間のみ。身体拘束行為は行っていない。法令順守について、又身体拘束について研修し、理解する必要があると考える。	昼間玄関の施錠はせず、入口に近いデイサービスの職員と連携して利用者を見守っている。利用者単独で外出した場合にも、地域ボランティア団体及び警察とのネットワークを構築している。身体拘束についての研修は、全体会議や個別で徹底する様努めている。	
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	特に「声かけ」について掘り下げて研修を行い「一人ひとりが尊重される存在である」ことについて共通の理解を持つことができるよう面談や全体会議を通して話し合っている。		

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	権利擁護については具体的な支援が必要な入居者については、適切な支援ができるよう社会福祉協議会や地域包括の担当者に相談し連携をとるようにしている。職員が理解し家族の相談を受けられるよう学習が必要。			
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	利用者や家族の思いを丁寧に聴けるよう時間をとり、コンセンサスを得られるように配慮している。			
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	苦情箱や苦情受付担当者を設置。家族会を開催し意見交換を行った。今年度、介護支援相談員の受け入れを再開している。第三者窓口についても明示し説明している。	家族の面会時や家族会で苦情を聞いている。家族から出た苦情を事業所の意識向上の教材ととらえて全体会議やスキルアップ研修での議題とし、活発な意見交換と振りかえりをおこない、運営に反映させている。		
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	毎月の法人全体会議で代表者に伝える機会がある。事業所全体会議や個人面談、日々の職場においても職員とよく話し合い、意見や提案を受けやすい関係作りに勤め運営に生かすようにしている。	全体会議を月1回開催した上、管理者は日頃から職場においても個人面談等よく話し合っているため、職員は意見を言える機会がある。職員から増員要請の意見が起点となって、増員が実現した。		
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	入居者の状況に応じた人員配置をおこなったり、資格手当、処遇改善手当を支給し、個人の努力や実情を評価、反映させている。			
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	適任者には認知症実践者研修等の参加をすすめたり、講習案内を掲示、全員に周知できるようにしている。職場内のスキルアップ研修では個々のケアを振り返り、OJTによりスキル向上が出来るよう働きかけている。			
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	淡海グループホーム協議会に加盟し、職員間研修や管理者間で情報交換している。数回ではあるが相互訪問を行ったが、体制がとれず交流の継続はできていない。			

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>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	入居間もない利用者とは、生活歴や家族からの情報を参考にしながら、本人の思いを表出できるよう個別にゆっくりかかわり信頼関係を築いていくように努めている。		
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	入居相談時より、困っていることや不安を聞き取るようにしている。入居当初は特に、不安や要望を伝えていただけるよう面会時等に話し合う時間を大切にしている。		
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	相談時に優先的に必要と考えられる時は、地域包括支援センターの相談や認知症専門医への受診の提案、デイサービスの利用等をすすめている。		
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	行事の内容や料理の方法を一緒に考えたり、見守りを手伝っていただいたり、子育ての悩みを打ち明けるなどの関係にある。		
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	面会時には近況を伝えたり、家族歴に配慮しながら利用者の生活を支えるために家族としてどのような関わりを大切にしていけるか、一緒に考えていきたい・という事を家族に伝え可能な限り協力を得ている。		
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	時々ではあるが、外出時に自宅周辺や馴染みの店を訪ねたり、懐かしい場所へ食事や買い物にでかけたりしている。	家族の来訪やデイサービスの利用の家族との交流の機会が多い。外出は本人馴染みの食事処とか、デイサービスの送迎に同乗して以前住んでいた家の近くへ訪ねたりしている。	
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	座席の工夫や、職員が間にはいって話やすい雰囲気作りをするなど配慮している。ホールでの見守りや体調不良者への声掛けなどの場面がみられる。重度化により利用者同士の交流が困難になってきている。		

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	特養へ入居された方への情報提供や面会、家族へ手紙を出すこともある。		
<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	意思伝達できる方については、出来るだけ本人に確認するようにしている。困難な方についても表情やそれまでの関係性から本人の思いを推し量るようにしている。個別でゆっくり関わる時間を持つこともある。	ゆっくりと時間をかけ一人ひとりと対応するように努め、利用者の状況や都合を考慮して居室で話すこともある。意志の通じにくい利用者には見守りながら、利用者の性格や表情、前後の状況で思いを判断している。	
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	入居時に独自のシートを用いて生活歴等を家族に記入していただいたり、本人や家族に聞くなどして細かく把握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	日常の経過記録を各項目ごとに記載できるように工夫、改善し、変化を把握しやすいようにしている。		
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	細かい見直しについては、毎月のカンファレンスでケア内容について検討し、カンファレンスシートで修正、家族に送付している。3ヶ月ごとにプランを開示、面会時に家族に相談し要望や意見を聴くようにしている。	介護計画の見直しは、4カ月から3カ月に変更を行なった。家族には3カ月に1度連絡しており、出来るだけ家族の来訪時に面談して説明し、介護計画の承認を得ている。	
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	経過記録はプランと連動しており、毎月モニタリングを行っている。カンファレンス以外にも利用者情報ノートを利用して情報やケア内容の共有に努めている。必要があればそのつど口頭で話し合い確認している。		
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	家族の希望による宿泊の受け入れや、家族宅への宿泊の送迎、デイ利用の家族との交流等ニーズがあれば出来るだけ個々に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	地域のボランティアグループの協力を得て、外出支援や地域の行事に参加している。近隣の特別養護老人ホームの喫茶へ出かけた時、車椅子用の体重計を借り月1回体重測定をおこなっている。			
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	家族の同意のもと、法人の医師が主治医となり、緊密に連携をとっている。安心して過ごしていただけるよう必要時医師と家族との面談も調整している。又、認知症専門医等の受診に同行、適切に受診できるように支援している。	全員かかりつけ医を提携医に変更していることについて、利用者や家族に事前に十分に説明し同意を得ている。認知症専門医の受診の際は一番心を許した人が同行するように配慮している。		
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	法人の訪問看護ステーションや併設するデイサービスの看護士に相談、医師とも連携をとり、疾病の早期発見や適切な処置、看取りにいたるまで情報を共有し、チームで支援している。			
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。	入院の際にはGHでの生活の様子をケアプランを用いる等して情報提供している。主治医や相談員と連絡をとり、本人や家族の意向もふまえて退院後の受け入れもおこなっている。認知症専門病院の相談員との連携もとれている。			
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	重度化した場合や看取りの体制については家族会で家族に説明している。早期に個々に確認はしていないが、必要時に主治医を交えGHでの体制について再度説明し同意を得て支援に取り組んでいる。	医療連携体制をとっており、入居時には利用者に基本的な看取りの方針について説明をし、文書に確認印を得ている。看取りの体制については文書化しており同意書も用意しているが、家族には状況が進んだ段階で説明し、同意を得るようにしている。		
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	全職員を対象に救命訓練を行っている。今年度も2月にフォローアップの予定。法人の医師による講習会にも参加して伝達研修をおこなっている。			
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	夜間時の火災を想定した避難訓練をおこなっている。地域のボランティアグループの緊急連絡網があり、協力を得られる。継続して定期的な訓練を行い意識を高めていく必要がある。	スプリンクラーを昨年11月に設置完了した。消防署指導の下、年2回の昼間、夜間を想定した火災訓練を実施している。ボランティアの協力で緊急連絡体制を構築し、災害時用として飲料水も備蓄している。		

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	声かけについては研修で重点的に取り組み、振り返っている。一人の人として大切に・・・ということを全体会議や面談等でお互いに確認するようにしている。今後も真摯に取り組みを続けたい。	人生の先輩として尊敬し、利用者一人ひとり尊重する気持ちとプライバシーを守る様、研修や日常の話し合いで徹底し、実践に努めている。個人情報に鍵の掛かる事務室の保管庫に収納している。	
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	意思決定できる方についてはゆっくり聞くようにしている。困難な方についてもアイコンタクト等ゆっくり話しかけるようにしている。		
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	その日にタイムリーに答えることは難しい場合もあるが、柔軟に考えられることについては対応していきたいと考えている。		
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	外出の際にはお化粧をしたり、サンプルを持ってきてもらい好きな靴をえらんでもらったりしている。化粧品や衣服の購入に個別に買い物でかけることもある。		
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	日常的に食事の準備はしていないが、時々季節の料理やおやつ作りをしている。重度化で参加できる方が少ないが様子を見てもらったりしている。	2階では利用者と職員と一緒に楽しく食事をしている。1階は介護食中心で、流動食まできめ細かい配慮を行っている。雑祭り、七夕などの季節食、誕生会にはボランティアと共に好みのおやつ作りや外食も楽しんでいる。	
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	チェック表で把握。とろみをつけたり、寒天で固めるなど工夫している。夜間、アクエリアス飲用の習慣があるかたは、希望に応じ提供している。		
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に、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	訪問歯科を利用されている方もあり、アドバイスを受け口腔内の改善に取り組んでいるが、午前、就寝前の2回が現状である。		

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	排泄チェック表により、個人のパターンをつかんでトイレ誘導している。全介助の方でも日中はトイレで排泄できるよう支援している。	綿密な排泄チェック表に基づき個人の体調、特性も考えて対応している。さりげない声かけで誘導し、失敗したときはあえて声を掛けないなど気を遣っている。日中は全員トイレでの排泄を実現している。	
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	寒天入りのお茶や乳酸菌入り飲料、腹部マッサージをおこない排便誘導しているが、便意のない方もおおく自然排便が難しく主治医や看護師と相談しながら緩下剤も使用している。		
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	重度でリフト浴の方が多く午後の体制が取れる時間に入浴していただいている。入浴の希望がある場合にはできるだけ添うようにしている。	重度化した利用者は、介助浴が中心となる中で入浴回数は平均週2回であるが、2階の介護度の低い利用者は毎日足湯を使い、平均週3回となっているが、さらに希望があれば入浴できる体制を取るよう努めている。	
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	午前午後休息の必要な方や、ホールのソファで休まれる方、比較的夜遅くまで起きておられる方等個々の体調やペースを優先している。		
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	往診時の指示や服薬の変更については記録を回覧し周知できるようにしている。症状の変化については管理者が朝夕確認したり、注意が必要なときは口頭やノートで情報の共有ができるようにしている。		
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	ホールの見守りや娘宅への外出支援、好きな歌手のビデオを楽しんだり、興味のもてるような行事へ参加するなど個々の力や体調に応じていきいきと生活できるように考えているが中々難しい。		
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	タイムリーな対応は難しいこともあるが、ボランティアの協力を得て、食事やドライブに外出しいきいきと喜ばれる姿を見て、「楽しみ」としての外出支援の重要性を感じている。今後も体調をみながら機会を設けたい。	天気の良い日にはデイサービスの元気なグループと組み合わせるなど、可能な限り外出するよう努めている。ボランティアやデイサービスの車を利用しドライブに出かけている。教会の礼拝に行きたい利用者に対しても希望にそえるよう地域の人の協力を得ている。	

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	秋の文化祭では孫へのプレゼントを自分で選んで買い、送られることがあった。外出時にはお小遣いがあることを伝え、買い物を楽しまれることもある。		
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	本人の写真入の年賀状をだしたり、家族や親戚に電話をしたり、取り次いだりして交流ができるよう支援している。孫に手紙をだし、返事を喜んで披露される場面もみられた。		
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	不快なおいや音には留意し、明るく清潔に保てるよう心がけている。花をかざったり、季節の壁紙をつくって飾っている。障害物や異食をまねくことがないよう整理整頓をこころがけている。	居間兼サロン、デイサービスのフロアと広いスペースがあり採光も十分に明るい。花や利用者の作品などを飾って季節感を出し、明るく居心地の良い空間となっている。バス、トイレも清潔で快適である。	
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	テーブルの周囲にソファをおいたり、玄関脇にベンチをおく等してコーナーをつくっている。		
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	入居時になじみの家具や家族の写真等飾る等して、自分の居場所が作れるよう依頼している。	家族も充分寝泊まりできる広めの居室であり、和室にベッドを持ち込んでいる居室もある。思い思いにテレビ、タンス、家族の写真、好みの歌手の大きなポスターなどを持ち込んでいる。	
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	移動しやすいように手すりをつけたり、表札、トイレの名札等認識しやすい工夫をしている。新しい入居者の部屋にスタッフの写真を貼っている。		

## 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	3	開設以来、地域のボランティアグループの協力を得て、交流を深めてきたが、事業所からの認知症の啓発等、蓄積した認知症ケアの実践を地域で活かしきれていない。	地域の認知症ケアの拠点として、地域に根ざした事業所の役割をもつ。	大津市の「認知症相談窓口」として、自治会の協力を得て広報活動を行い地域住民に周知、活用してもらう体制を整える。職員が「認知症サポーター」の研修を受講し、相談活動に主体的に取り組めるようにする。	6ヶ月
2	6	事業所として身体拘束を行わないケアに取り組んでいる。制度としての理解をすることが必要。	当該基準等を理解することで、倫理的にも身体拘束がもつ意味について個々に考察することができ、身体拘束を行わないケアに取り組むことができる。又必要時の基準、必要書類についての知識の整理ができる。	全体会議時の勉強会で職場内研修を実施する。	2ヶ月
3	7	利用者の尊厳や声かけについて理念を軸に振り返る機会をもっているが更なる理念の浸透が必要。関連法の理解等系統的に学習し整理していくことで、自分の行っているケアについて再考していく。	高齢者虐待防止関連法について学び、個々のケアを振り返ることで、ケアの質の向上を計る。	講師による講習とスキルアップ研修(職場内自己研修)により「利用者の尊厳」について振り返り実践につなげる。	4ヶ月
4	8	後見制度を利用している入居者や、利用の必要がある対象者が考えられるなかで、制度の理解が十分にできていない。	「成年後見制度」「日常生活自立支援事業」について理解を深め、家族への支援が適切にできる。	勉強会の開催により理解を深める。	2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。