

### 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	2590100075		
法人名	有限会社 ミキ		
事業所名	グループホーム 富士見		
所在地	滋賀県大津市富士見台15-36		
自己評価作成日	平成22年8月10日	評価結果市町村受理日	

※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	<a href="http://www.kaigo-shiga.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2590100075&amp;SCD=320">http://www.kaigo-shiga.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2590100075&amp;SCD=320</a>
----------	---

【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22年9月7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)】

『ゆっくり暮らそ、楽しく暮らそ、元気に暮らそ』の理念に基づき、その人らしい生活の援助に努めている。グループホームでの生活を入居者だけでなく、スタッフも楽しめるような雰囲気作りを心がけ、ふれあいの時間や何気ない会話など利用者様同士の語らいの時間も大切にしている。

【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)】

国道1号線を入った山手の住宅地兼商業地の一角に位置し、近くにスーパーマーケットなどもあり歩いて買い物に行く事ができる。職員と利用者が母と娘のように台所で食事の準備をしていたり、居間では人形を抱いて歌をうたっていたり、ぶどう狩りの写真を見ていたりそこには穏やかな暮らしがある。「自分でできることは自分でしましょう。」の掲示どおり、個人の能力を活かす支援をしている。普通の大家族の家庭のような雰囲気である。認知症を患っても、他の利用者や職員と共同生活をする事により、進行を抑え症状を改善させようという、本来の主旨を実践し効果をあげているグループホームである。

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ます (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

[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	地域の中で、『ゆっくり暮らす・楽しく暮らす・元気に暮らす』の理念に沿って支援している	系列のグループホーム三亀と共通の理念である。これに沿って利用者と職員は地域との関係を大切にしながら家庭で暮らすように自然体で生活している。	地域密着の主旨を盛り込んだ富士見独自の理念を創ることが望ましい。それが無理なら、方針や指針のレベルで対応して欲しい。
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	自治会に加入し、地域での行事(地藏盆・運動会など)への参加(見学)。日常の買い物・散歩の際近隣の人達との挨拶や会話をしている。	自治会へ加入している。富士見幼稚園から運動会の案内が届いている。文化祭に作品の出展を依頼されている。近所の人々が日舞を踊って見せてくれた。美容師がボランティアで来ている。	
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	人材育成のため、実習生の受け入れをしている。		
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	サービスの現状報告を行い、実態を把握してもらった上で、今後のアドバイスや情報提供をもらっている。	最近2ヶ月毎だが、年間通じては4回の開催である。参加者は行政から3名、利用者家族、職員である。利用者の日常生活の維持を優先に話し合っている。	現状の開催ペースを維持し、年間6回の開催を望む。できれば自治会の代表など地域住民の参加を実現してほしい。
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	運営推進会議に参加してもらい、相談・指導・情報提供をもらっている。	市の介護保険課、膳所地域包括支援センター等との連携がある。いろいろ指導を受けたり居室の空き情報の提供などを行っている。その他大津市社協や市民センターにも教えてもらうことがある。	
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	研修参加や日常的に職員間での話し合いにより共有意識を図っている。常に意識の啓蒙及び、適時、指導している。	玄関は出入りは自由であるが、念のため出入りを把握するためセンサーを設置している。リビング、居室は2階で階段の手前は手で開けられるロックが付いている。利用者はエレベーターを使っている。	
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に注意を払い、防止に努めている	新人職員も研修に参加し、理解を深めている。日々の暮らしの中で情報を共有し再確認・認識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
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	研修会などに参加し学ぶ機会をもっている。 今のところは必要ない。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、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	入居(入所)前の見学や入退居についても十分に時間をとり、説明している。 また、起こりうるリスクを説明し納得・同意を得ている。		
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	家族様には手紙や来所持に何でも言ってもらえるような関係作りに努め、出された意見や要望はケア会議等で話し合い反映している。	来訪時に意見を聞くようにしている。寄せられた意見については苦情対応記録表で管理しできる限り対応している。契約書に苦情窓口があることを載せているが、内容は具体的でない。玄関には連絡先を掲示している。	相談苦情窓口を契約書または重要事項説明書に記載する場合、公的窓口も含めて担当部署、電話番号などを明記し利用者、家族に説明して欲しい。
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	日頃からコミュニケーションを図り、問いかけたり聞いたりしている。	職員が勤務中に気づいた事や改善点を話し合い、管理者も職員と同じ目線で全体を把握している。毎月ケア会議で対応を話し合っている。	
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	職員の疲労やストレスの要因について気を配り勤務時間中にも気分転換できる場所を確保。職員同士の人間関係を把握したりするように努めている。		
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	積極的に参加申し込みができるよう、研修の紹介・報告・資格取得を働きかけている。ケアに関する基本的なことは、その都度指導している。		
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	グループホーム交流会に参加し情報・意見交換しサービスの質を向上させていく取り組みに努めている。		

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
<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	時間をかけて聞き取り、懇談中の何気ない言葉に気付けるようにしている。入居(入所)後は今までの生活スタイルを考慮しながら、ホームの暮らしに慣れ、仲間作り等の関係作りに努めている。		
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	相談には、時間のゆとりを持ち、一緒に考えるように努めている。		
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	支援していくにあたっては、時間のゆとりを持ち、一緒に考えるように努めている。		
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	本人の不安・苦しみ・喜び等を知ること努め、受容と共感し、利用者様と職員が協働しながら和やかに過ごせるように努めている。		
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	2ヶ月毎だった手紙を毎月にして、各利用者様の状態を細かく知らせる機会を増やし、家族様と職員が歩調を合わせ支援し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	家内行事に可能な限り参加してもらえよう関係作りを支援している。	年末、年始や墓参りなどできるだけ家族との時間を持てるよう支援している。お盆に2泊3日で娘さんの所に滞在した利用者がある。	
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	個別に話を聞いたり、相談にのったり、気の合うもの同士で過ごせるよう職員が調整役になっている。		

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
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	培われた関係性を大切に相談や支援に応じる姿勢でいる。		
<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	本人や家族から情報を得て、できる限り利用者様の意向に添えるよう職員間で話し合い対応している。	利用者はすべて自分の希望を表現できている。。利用者同士の思いが通じ合うように職員が中に入ってまとめることもある。「できることは自分で行きましょう」の目標の通りできることは自分でしている。	
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	プライバシーに配慮しながら、利用者様や家族様から情報を得ている。		
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	生活・心理面の視点やできないことよりもできることに注目し、その人全体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	ケア会議等にてアセスメント・モニタリング・意見交換を行い、利用者様の思いや意見を反映している。	計画作成担当者が利用者、家族、かかりつけ医、職員に意見を聞いて作成する。変化を観察記録し、記録を基に職員が話し合い、利用者の能力を引き出すように計画を見直おす。定期的な見直しは3か月毎である。	
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	気づきや状態変化を個々のケア記録に記し、また、申し送り(ノート・口答)で職員間の情報共有をし、ケアプランの見直しに反映させている。		
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・外出・外泊は家族様も協力的である。その時の状況に応じて、ギャラリー見学・外食など柔軟にしている。		

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	運営推進会議に各行政機関からも参加してもらい、これをきっかけに周辺情報や支援に関する情報交換・協力関係を築いている。		
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	提携医療機関を確保して、定期回診以外体調不良時は往診してもらっている。専門医への受診も原則家族様も同行でしている。	かかりつけ医の受診で家族が都合が悪い場合は職員が送迎や付き添い支援をしている。提携医と専門医の受診の場合は職員は必ず付き添い、都合がつかない家族には同行して貰っている。	
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	提携の看護師に外用薬の相談等している。		
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。	事業所内での対応可能な段階で、なるべく早く退院できるよう地域医療課・SWと連携をとれるようにしている。		
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	提携医療担当医の指示に従い、対応が可能かどうかを家族様に明確に伝え、十分相談するようにしている。	自立してホームでの共同生活が営める事が利用の条件であり、困難になった場合は他施設を紹介するのが基本方針である。その旨重要事項説明書に記載し入所の際、口頭でも伝え了解を得ている。	利用者の状態は変化しそれに伴い家族の思いも揺れ動くので、折に触れ対応方針について家族と話し合い、文書で確認する事が望まれる。
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	対応マニュアルを作り、救急車が到着するまでの応急処置や準備することについて各職員が対応できるようにしている。		
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	マニュアルを作り消防への自動火災通報装置を設置している。また、消防訓練等で消火器の使用法や避難経路を確認している。	消防訓練は年2回(4月と10月)消防署指導の下に実施している。両隣の民家には災害時の支援を依頼し承諾を得ている。ホームの駐車場は狭く、避難場所になりにくい。	近くに災害時の一時避難場所を確保することが望ましい。

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	援助が必要なきも利用者様の気持ちを察知し、さりげなく対応し自己決定しやすいようにしている。	排泄の希望があるとき等、そつと職員が誘導、支援している。 介護記録等は職員以外に見られないよう細心の注意を払って管理している。	
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	日々の支援の中から利用者様の思いや希望を伺い察知できるような言葉かけをしている。		
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	一人ひとりの生活リズムに可能な限り合わせられるように努力しているが集団生活上無理もある。		
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	2ヶ月に1回美容師による各利用者様の好みにカットしてもらっている。口紅をつけたり思い思いに装飾されている。		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食事準備・盛り付け・後片付け等、各利用者様に応じたことをしてもらっている。	元気な利用者が職員同行で買い物に行き、調理も行っている。食事の量も個人に合わせて増減している。職員も食卓に加わり楽しく会話しながら食事をしている。	
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	配膳量は各利用者様に合わせて、それぞれが食べ易いように工夫している。		
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	声かけ見守りが必要な利用者様にも、毎食後の口腔ケアをしてもらっている。		

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	昼夜共にさりげない声かけで自尊心を傷つけないように心がけている。	現在はおむつを使用している利用者はおらず、自分でトイレに行っている。排泄のパターンの記録とこまめな声かけで夜間の排泄のパターンが改善した。	
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	運動不足・水分不足にならないよう必要に応じた促しをしている。		
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	入浴を積極的に希望されず、身体を清潔保持する為、週3回(月、水、金)入浴日を設けている。午前より入浴しているが、午後入浴を希望される利用者様もあり、可能な限り各利用者様の希望に合わせている。	入浴日は最低でも週3回、希望によってほぼ毎日の週もある。各人の入浴回数は週2日～4日程度である。最近では職員のシフトの関係で原則は午後に変更した。見守りだけで入浴できる人もいる。	
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	就寝時間は決まっていないが、各利用者様のリズムに合わせている。		
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	薬の変更・増量等あった場合は、申し送りノートや口答で伝え、本人の状態変化等ができる限り詳細な見守りをし医師・看護師又は、管理薬剤師に相談・助言を受けている。		
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	掃除・花の水やり・食事準備等、各利用者様に合った事をしてもらっている。		
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	日常的な散歩・買い物・ドライブ以外に季節を味わって頂く外出時に外食をしたりしている。	ぶどう狩りや大型商業施設に出かけている。元気な利用者は、ほぼ毎日、近くのスーパーへ食材の買い物に行っている。また、外食時には希望でお酒も飲める。	



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	小銭は所持している。 利用者様個々の管理能力に応じて支援・管理している。		
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	年賀状を出している。 電話の取次はしている。		
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	リビングに季節ごとの貼り絵を利用者様と職員が共同で制作し壁に飾り季節感を味わってもらっている。居室・リビングの空調管理を常に行っている。利用者様の希望により冷暖房の使用を制限している場合もある。	リビングには利用者がみんなで作った京阪沿線の貼り絵を展示している。空調管理はほどよく、居間は居心地がよい。浴室の道具類は整頓され、浴室はきれいに清掃され乾燥していた。トイレも清潔である。	
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	各利用者様の気に入った場所で、くつろげるようにしている。		
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	使い慣れた生活必需品を置かれている。中にはありすぎて混乱を招く場合もあるので、その際は家族様に相談している。	部屋はきれいに掃除され、寝具や装飾品も整理整頓されている。元気な利用者は自分で部屋の掃除をしている。使い馴れたベッドやタンス、テレビを置いている。	
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	各利用者様の状況に応じた環境作りをして、問題が生じた場合は、その都度職員間で話し合い、不安・混乱材料を取り除き、自立支援に努めている。		

## 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	4	周辺地域や加入自治会への認知度アップをはかる。	自治会代表、周辺地域住人の運営推進会議への参加でオープンにし、地域との関わりを築いていく。	運営推進会議は、2ヶ月毎に開催しているが、会議資料配布などの参加(出席)してもらうための配慮。こちら側からもできるだけ周辺地域や自治会での催しに参加していく。	6ヶ月
2	4	周辺地域や加入自治会への認知度アップをはかる。	認知症高齢者を抱える周辺地域住人家族、親族などからの相談窓口的な場所作り。	大津市高齢者徘徊SOS緊急ダイヤル協力事業所への登録をきっかけに、今後認知症相談窓口として地域内でのホームの特徴を活かしていく。	6ヶ月
3	35	災害時の一時避難場所(富士見小学校・市民センター)までは距離があり利用不可能と思われる	一時避難場所の確保。	周辺地域との協力体制を計っていき、災害時に備えていく。	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。

### 3 サービス評価の実施と活用状況

サービス評価の振り返りでは、今回の事業所の取り組み状況について振り返ります。「目標達成計画」を作成した時点で記入します。

【サービス評価の実施と活かし方についての振り返り】		取り組んだ内容	
実施段階		( ↓該当するものすべてに○印)	
1	サービス評価の事前準備	<input type="radio"/> ①運営者、管理者、職員でサービス評価の意義について話し合った <input type="radio"/> ②利用者へサービス評価について説明した <input type="radio"/> ③利用者家族へサービス評価や家族アンケートのねらいを説明し、協力をお願いした <input type="radio"/> ④運営推進会議でサービス評価の説明とともに、どのように評価機関を選択したか、について報告した <input type="radio"/> ⑤その他( )	
2	自己評価の実施	<input type="radio"/> ①自己評価を職員全員が実施した <input type="radio"/> ②前回のサービス評価で掲げた目標の達成状況について、職員全員で話し合った <input type="radio"/> ③自己評価結果をもとに職員全員で事業所の現状と次のステップに向けた具体的な目標について話し合った <input type="radio"/> ④評価項目を通じて自分たちのめざす良質なケアサービスについて話し合い、意識統一を図った <input type="radio"/> ⑤その他( )	
3	外部評価(訪問調査当日)	<input type="radio"/> ①普段の現場の具体を見てもらったり、ヒアリングで日頃の実践内容を聞いてもらった <input type="radio"/> ②評価項目のねらいをふまえて、評価調査員と率直に意見交換ができた <input type="radio"/> ③対話から、事業所の努力・工夫しているところを確認したり、次のステップに向けた努力目標等の気づきを得た <input type="radio"/> ④その他( )	
4	評価結果(自己評価、外部評価)の公開	<input type="radio"/> ①運営者、職員全員で外部評価の結果について話し合った <input type="radio"/> ②利用者家族に評価結果を報告し、その内容について話し合った <input type="radio"/> ③市区町村へ評価結果を提出し、現場の状況を話し合った <input type="radio"/> ④運営推進会議で評価結果を報告し、その内容について話し合った <input type="radio"/> ⑤その他( )	
5	サービス評価の活用	<input type="radio"/> ①職員全員で次のステップに向けた目標を話し合い、「目標達成計画」を作成した <input type="radio"/> ②「目標達成計画」を利用者、利用者家族や運営推進会議で説明し、協力やモニター依頼した(する) <input type="radio"/> ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する) <input type="radio"/> ④「目標達成計画」に則り、目標をめざして取り組んだ(取り組む) <input type="radio"/> ⑤その他( )	