

### 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	3471502520		
法人名	株式会社 JAWA		
事業所名	街かどケアホーム ほのか		
所在地	広島県福山市沖野上町5丁目6番11号		
自己評価作成日	平成28年11月10日	評価結果市町村受理日	平成29年2月24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.hiroshima-fukushi.net/kohyo/index.html">http://www.hiroshima-fukushi.net/kohyo/index.html</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 あしすと		
所在地	広島県福山市平成台31-34		
訪問調査日	平成28年12月5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)】

ご利用者主体で一人一人がこれまでの生活の継続ができるよう支援しています。ホスピタリティの溢れる事業所を目標とし、ご利用者が口に出さないニーズに応えられるよう、アセスメントの充実などに力を入れている。その他法人のグループ全体で全国各地に事業所があることを活用し、ご利用者に楽しんでいただくイベントを行っています。そして、そのイベントの様子や日常生活の様子を法人のホームページのブログにアップすることで、ご家族にも事業所での様子が分かるようにしています。

【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)】

事業所は、法人の運営理念のもと、「高齢者本人の意思を尊重し、誰もが自立した生活と自己実現が出来る地域福祉の構築」を目指している。利用者一人ひとりの生活のペースに合わせながら、暮らしや会話から希望や意向の把握に努めている。言葉を丁寧に聴き、変化に気付く姿勢を持ち、利用者の置かれている環境を理解しようと努めている。アセスメントシートは、利用者の好きな物・嫌いな物だけでなく、その理由・根拠も合わせて情報収集している。ADL動作も、詳細に明記する事で細やかなケアに繋げている。また、職員同士の和が広がるように、「グリーンカード」や「発見ボード」を利用し、互いに感謝の気持ちを伝えあっている。地域福祉の向上にも寄与し、町内会の会合や研修会のために地域交流室を開放するなど、地域に根差した事業所といえる。

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	特定非営利活動法人 あしすと			

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	入社時に理念研修を行い、理念の理解を深めてから業務に当たるようにしている。ご利用者、ご家族に対しよりよいサービスが提供できるよう、日頃よりサービスについて話している。	理念について入社時に説明し、理念(法人策定6項目)を玄関に掲示している。月1回のホスピタリティ会議でサービスの内容・質について確認、是正を行っている。	職員に周知・実践できるよう、法人版の理念から、事業所用に行動目標を示すなど、理念が行動規範の柱になるよう期待したい。
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	外で会った時は挨拶をし、地域の祭りや運動会にも町内会の一員として声をかけてもらい、ご利用者とともに参加している。	地域とは、盆踊りや花火大会・周年祭等を通じて交流している。また、町内会の諸打合わせに地域交流室を提供したり、町内の役員会で認知症についての研修会を開催し、情報提供に努めている。	
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	職員や利用者が地域の方々と直接接する機会を設け、認知症や個人を理解していただいたり活かしている。		
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	運営推進会議では町内の方や、地域包括の職員の方に来てもらい、サービスのことや地域のことについて話している。毎回議事録を作成し、職員が目を通し、サービスの向上へ活かしている。	2か月毎、曜日を決めて開催し、議事録を作成し職員に周知している。町内会長・包括職員・職員に加え消防署員等も参加している。テーマは、事業所の活動報告や行事案内など時宜に沿った内容が主である。	市職員や入居者に係る民生委員・地域福祉を高める会などにも参加を呼びかけ、更なるサービス向上に繋げられるよう期待したい。
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	介護に関する研修や報告会に可能な限り参加し、情報を得ることでサービスの質の向上に努めている。	必要時、担当課に対し、制度の内容や事業所の取り組みについて確認し情報を得ている。介護保険課とは、ケアマネが更新・変更の手続き等を担当し、協力関係を築いている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	身体拘束に関して、新人研修で学び、拘束の内容を理解し、身体拘束をしないケアを実践している。契約書へも身体拘束の一切を行わないことを明記している。	利用者との対話を通じて変化を察知し、全員で話し合い、迅速に対応するよう心がけている。疑問を感じたら代替案を考えて改善する等、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	
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、新人研修で学び、利用者の身体に触れる際、身体に異常がないかを職員同士でも気をつけている。		

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
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	ご利用者の様々な権利を改めて把握するための会議などでどのようなことが対象となり、どのような対応を行うか話し合っている。入社時の基礎研修も実施。		
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	入居前に本人・家族に訪問や見学を行い、事業所や理念の説明を行い、理解して頂ける様説明している。また変更があれば随時更新・説明を行っている。		
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	利用者・家族と話す機会、関係を作り、要望・苦情にすぐに対応できるように伝達・伝言を行い対応している。	家族の訪問時には必ず話す機会を作り、情報の交換やニーズの把握に努めている。出された意見や要望は職員と検討している。口腔ケアが困難な利用者に対し、訪問歯科と思案を重ね、ケアに繋げる事が出来た。	
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	全体会議、ユニット会議等を月に1回以上開催し、ケアやその他について、話す機会を設けている。	アンケートや月1回のユニット会議やホスピタリティ会議・全体会議で、職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。処遇に関しては、管理者から法人へ伝え対応している。	
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	スキルアップ試験や人事考課を取り入れ、能力などにより評価されている。また、グリーンカードなどで、適切に評価されるようになっている。		
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	スキルアップ試験の実施や、外部の研修にも積極的に参加している。		
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	地域包括ネットワーク会議や市内で行われる研修などに参加している。		

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	入居前に職員が本人の所へ何度か訪問し、本人の思いを聞き、信頼を得られるよう対応している。		
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	入居前に家族と話す機会を持ち、家族・本人・職員との関係が深められるよう努めている。		
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	本人・家族のニーズを聞き、必要なサービスを提供できるよう努めている。		
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	利用者に教えていただくという姿勢を常に持っている。利用者と職員の間信頼関係を築けるよう、日々生活の中でしっかりとコミュニケーションをとるようにしている。		
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	介護計画立てる際、家族も共に考えていけるよう働きかけている。家族とのコミュニケーションも大切にしている。		
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	アセスメントの情報を元に、馴染みの場所へのドライブや、美容院の利用、外食など支援している。	馴染みの場所として、横島や常石へのドライブや行きつけの喫茶店に行ったり、墓参りの支援も行い、利用者の良い刺激となっている。友人や家族の訪問があり、ゆっくり話ができるように支援し、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	ケース記録等利用し、利用者同士の関係を把握している。その上で利用者が不満やストレスを感じないように努めている。また、職員同士で話し合いを行っている。		

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
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	退居の際には、退居後も困ったことがあれば相談して頂けるよう伝えている。また、暑中見舞いや年賀状を送ることで、関係を大切にしている。		
<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	利用者の意向を確認した上でケアの方針を決定している。困難な場合は、日々の利用者の状態や、家族からの聞き取りを元に本人本位に検討している。	利用者の日々の暮らしや会話から得たニーズや出来た事などを、記録に書き留め、希望や意向の把握に努めている。言葉を丁寧に聴き、変化に気付く姿勢を持ち、利用者の置かれている環境を理解しようとしている。把握が困難な場合は、家族の情報をもとに表情やしぐさから検討している。	
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	入居前の利用者の生活歴や環境をアセスメントし、入居後も本人の希望される生活を送っていけるよう支援している。		
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	ケース記録に記録し、利用者の日々の状態を把握している。		
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	介護計画の作成にあたり、本人・家族から本人の望む生活について話を聞き、必要であれば他職種の方とも連携を取りながら作成している。	担当者が利用者や家族の意見を把握し、ケアマネと共に介護計画を作成している。家族へは詳しく説明し了解を得ている。モニタリングは担当職員が毎月行い、見直しは最長6か月毎で、状況変化等があればその都度行っている。	
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	生活の様子をケース記録に記入することで情報を共有している。介護計画の実践や見直しに活かしている。		
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	本人や家族の状況に応じて常に柔軟に対応している。		

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・町内会・地域包括・警察・消防とも連絡を取り合い、協働できるよう日々努めている。		
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・家族の希望する主治医へ受診に行く。主治医と事業所が信頼関係が築けるよう受診以外にも利用者の希望や体調の変化があれば連絡するなどして、主治医と事業所で情報や意見交換を行っている。	利用開始時にかかりつけ医を確認し、利用者・家族の意思を尊重している。必要時、職員にて受診支援し、情報を医師・家族・職員と共有している。2週間毎の往診、週1回の訪問歯科や、必要時皮膚科医の往診も受けられるよう支援している。	
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	職場内の看護師と連携し、相談の上、日常の健康管理の支援をしている。		
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。	利用者が入院した際には、お見舞いに行き病院からの情報を得ている。必要があれば主治医・家族を交え話し合いの場を設けている。		
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	入居時に説明しており、かかりつけ医とも相談しながら、事業所としてできることを確認しながら終末期のケアについて話し合いを行っている。	入居時に利用者・家族と話し合い、事業所で出来る事と出来ない事を説明し了解を得ている。家族に対し、詳細説明は状況に応じて行い、主治医・看護師及び職員の方針を共有し、チーム支援に繋げている。	
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	AEDの機械が変わりその際改めて使用方法等を確認した。		
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	定期的に避難訓練などを実施している。	火災・避難訓練を消防署参加で実施している。事業所にAEDがあり、救急の対応が可能である。水害時の避難場所も考慮されている。	緊急時の連絡体制や役割分担表の掲示については、災害時に即時対応が可能となるよう工夫と改善を期待したい。

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	プライバシーを損ねないよう、言葉かけ、対応、書類などの取り扱いは常に意識し実践している。	ホスピタリティ委員会などで、言葉かけや対応について振り返り、利用者の尊厳を守るための取組みに努めている。個人情報保護や守秘義務の内容は、職員間で声を掛け合い、確認している。	
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	日常生活の中で、利用者が自己決定できるよう声かけしたり、希望や思いを言っただけの日頃から良好な関係を継続できるよう努めている。		
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	利用者一人一人の生活リズムを大切に、希望にそ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	衣服や化粧品を買いに一緒に行ったり、美容院に行かれない方にも、出張理容を利用している。		
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	利用者の好みを把握し、味付けや味見、片付けの手伝いをして頂き、その方の持っている力を活かしながら食事の支援をしている。	食材は業者委託品だが、利用者の希望や季節感を取り入れたり、ホットプレートを利用する等メニューをアレンジしている。食卓にいつでも飲食できるようにコーヒーと果物が用意されている。また職員と一緒に片付けや野菜の準備の手伝いなど行い、利用者の持っている力を活かしている。	
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	一人一人の状態に応じて、食べたいものを食べて頂けるよう個別サービスにて支援している。		
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	その方の生活習慣に沿った口腔ケアをしている。必要なときは訪問歯科診療ができるよう連携をとっている。		

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	利用者の排泄パターンに合わせ声かけし、排泄するよう心がけている。	排泄チェックや見守りにより、タイミングを早めるなど工夫し、自立できた例もある。夜間は、利用者の安全を重視し、一人ひとりの排泄の自立度にあわせた対応を行っている。	
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	便秘に対する影響を理解し、予防の為食べ物の工夫・場合によっては服薬にて対応。		
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	利用者の希望を聞き入浴の声かけをしている。また、自分で決めた日に入浴をされている方もいる。	平均2～3日に一度、入浴されているが、利用者の要望や体調等の状況によっては、夕方や夜間など柔軟な対応をしている。希望で入浴剤を使用することもある。洗濯も個別に対応しており、希望する利用者は自力で行い、見守るようにしている。	
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	不安や不眠時は一緒に過ごすなどし、安眠できるよう支援している。		
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	薬の目的や副作用を理解し、服薬の確認をしている。また、症状の変化にも気をつけている。		
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	その人の望む楽しみ方や、趣味を大切に支援している。		
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	ドライブ・買い物・外食等、希望にそったよう支援している。	気分転換や活気ある生活の支援として、散歩やドライブ、買い物や外食など利用者の希望に沿えるよう、日時を調整し、戸外に出掛けられるよう支援に努めている。	



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
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	本人の希望で自分で管理している方もいれば、本人と家族で相談しながら管理している方もいる。		
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	電話は本人の希望があれば自由にかけられるし、お手伝いもしている。手紙は希望があれば手伝う。		
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	居心地良く過ごせるよう家具の配置を考えたり、季節感のあるものや生活感のあるもので工夫している。	玄関は、季節を感じる装飾が施され、心和む空間となっている。居室の空調機の調整は外部で操作・確認が可能で、利用者が居心地良く過ごせるよう対応している。	
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	基本的に個室なのでその時時に合わせ生活していただいている。		
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	自宅で使い慣れたものを持ってきて頂くよう説明している。また、家具の配置も本人・家族と相談している。	居室は広く、採光も充分で、清潔感がある。利用者の思い入れのある品や使い慣れた物を持ち込むと共に、取付け棚を活用し機能良く収めている。ベッドからの転落防止のため、マットを利用するなど個別に対応している。	
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	家庭的な生活が送れるよう工夫している。		

## 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(3)	・運営推進会議 参加者が少数で限られている。 (町内会長、民生委員、包括支援センター、ご家族等)	運営推進会議の参加者を増やす。 町内の(女性会、福祉を高める会)や市役所(介護保険課)など案内を行う。	・町内へは回覧板を活用し配布を行う ・市役所へは所定の手続きにて案内を行う	
2	35 (13)	・災害対策 手順や書類等は整っているが、書類等の壁への掲示(閲覧)は出来ていない	①手順の再確認 ②書類を提示する ③食料・物品の備蓄を行う	①有事の際は手順の再確認を会議にて行う ②書類はラミネートし壁へ提示を行う ③備蓄等は3日間分程蓄え、更新を行う	
3	35 (13)	・災害対策 現状避難訓練は火災の想定でのみ実施 その他あらゆる災害に対し、訓練の実施は出来ていない。	①年2回の火災訓練を継続実施 ②地震、停電、風水害の想定で訓練を実施 ③手順等の再確認	①年2回の火災訓練を継続実施 ②地震、停電、風水害の想定で訓練を実施 ③手順等の再確認	
4					
5					

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。

(別紙4(3))

## サービス評価の実施と活用状況(振り返り)

特定非営利活動法人 あしすと

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】	
実施段階	取 り 組 ん だ 内 容 (↓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( )