

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 22 年 10 月 30 日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3470103130		
法人名	株式会社ケア・リンク		
事業所名	はびね広島安佐		
所在地	広島県広島市安佐北区安佐町飯室字中布6486 (電話) 082-810-3730		
自己評価作成日	平成	年	月 日
評価結果市町受理日	平成	年	月 日

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	
-------------	--

【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 NPOインタッチサービス広島
所在地	広島市東区福田1丁目167番地
訪問調査日	平成 22 年 10 月 29 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）】

四季折々に色合いが鮮やかに変わる山あい立地し、近くには川も流れ、朝には小鳥の囀りが聞こえてくるなど自然の中で落ち着きのびのびと生活できるホームとなっております。ゆったりとした設計となっており、花壇や洗濯干し場、全ご利用者27名様が入ってレクリエーションをすることができる別棟の建物もあります。地域交流としても年に1回秋祭りを主催させていただき地域の皆様をお招きしたり、地域の敬老会等の行事に参加させていただいたり、年1回飯室地区の4つのグループホーム合同で開催されるご利用者様対抗の風船バレー大会場度を実施しています。

【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）】

○地域交流が盛ん。地域行事への参加は当然として、年一回のホームイベント「はびね祭り」はみんなで準備、出店や神楽など地域の方々と一緒に楽しんでいる。また、毎月、ホームの広報誌を地域に回覧し、理解を深めるなど、「地域と共に暮らす」姿勢が実践されている。
○詳細な介護計画の策定とモニタリングが徹底されている。毎月一回、フロアマネージャーを中心に、職員間の話し合いでモニタリング（課題ごとの進捗判定）がなされ、計画見直しにつなげられるなど、介護計画に沿った精度の高いケアが目指されている。
○自然環境に恵まれた、広い敷地と広い居住空間が提供されている。利用者は、ゆったりとしたスペースの中で安心して過ごせる環境にある。

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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。	はびね独自の理念として5つのP(パートナー、パーソナルケア、パイオニア、ピース、プライバシー)を掲げており、職員はその理念に基づき日常業務を実施しております。	はびね独自の理念が5つにまとめられ、共有化がはかられている。地域とのつながりを大切に、その人らしく、ゆったりと暮らせる、ケア活動が目指され、実践されている。	
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。	毎月、広報誌を回覧板で地域で回していただき、はびねで実施している行事等をご報告している。また年1回実施しているお祭りへ地域の皆様に参加いただいたり、地域の敬老会に参加させていただいたり、近隣の中学校の職場体験の受け入れ等の交流をさせていただいています。	町内会に入り、敬老会、中学校行事、掃除など地域行事に参加している。また、年一回のイベント「はびね祭り」にはご近所の皆さんに気軽に参加してもらったり、毎月ホームの広報誌を地域に回覧することで、地域の理解と交流を深めている。また、同一地区グループホーム(4ヶ所)とも交流を続けている。	
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。	定期的に運営推進会議を行い、自治会長・民生委員の方等に参加していただき、はびねが地域で何か役に立てることがないか等の話し合いをしています。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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。	運営推進会議では当ホームの活動や取組みについてご報告させていただき、利用者様や家族様、行政担当者、他のグループホームの施設長などに参加していただき、様々なご意見を率直に受け止め、更なるサービスの向上に努めています。	2ヶ月に1回開催されている。出席者は区職員、地域包括センター職員、自治会長、民生委員、他ホーム管理者などで、ホーム行事、日常生活の近況、災害対策なども話し合っている。積極的な意見交換をしながら、サービス向上に活かしている。	
5	4	○市町との連携 市町担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実績やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取組んでいる。	毎月、発行している広報誌「はびっこ」を市町担当者に届けさせていただき、当ホームの活動や取組みについてご報告させていただいています。	届出や疑問点の確認のほか、毎月発行の広報誌「はびっこ」を届け、ホームの状況を報告するなど、つながり強化に努めている。相談や届出は中区、運営推進会議への出席は安佐北区となっている。	
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。	利用者様の自由な生活を支え、入居者様や家族様に心理的圧迫をもたらさないように見守りを重視したケアを実践しています。	研修参加や勉強会も実施し、利用者やご家族に心理的圧迫にならぬよう、見守りを重視したケアが実践されている。玄関も、特に危険が予測された場合以外、昼間の施錠は行なわれていない。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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逃ごされることがないよう注意を払い、防止に努めている。	毎月、開催している全体のスタッフ会議で話し合いの場を持ち意見交換を行い虐待を未然に防ぐように努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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に支援している。	地域権利擁護事業や成年後見制度を必要とされる方には関係者と連携し、十分に理解していただき、活用できるように支援させていただきます。		
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。	契約の締結・解約時には利用者様や家族様に十分に説明を行い、不安や疑問点がないようにご理解・納得していただけるまでご説明させていただいています。		
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並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。	入居時に重要事項説明書の読み合わせを行い、その中で苦情受付担当者、苦情箱設置場所、外部の複数の苦情受付窓口を明記し、説明させていただいています。またご家族様へのアンケートにつきましても年1回実施させていただき、貴重なご意見をいただいています。	面会時や運営推進会議などを使い、利用者やご家族に話し易い状況をつくっている。苦情受付窓口も明確にし、年1回のアンケートも実施している。意見などを受けたら、即対応し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。	半年に一回の個人面談や月に一回の全体の職員会議にて職員の率直な意見や提案を聞く機会を設けて運営に反映させています。	毎月の職員会議、年2回の個人面談で、職員の率直な意見を聞いている。結果は、可能な限り運営に反映させ、意欲向上につなげている。	
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。	管理者や各職員には年2回のフィードバック面談があり、管理者や各職員の努力、実績勤務状況等を把握し、それらに応じた職場環境や条件の整備を実施しております。		
13		○職員を育てる取組み 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。	半年に一度、管理者・職員は自己評価を行い、この自己評価にて管理者・職員の能力を把握し、管理者・職員の能力に応じた内部研修や社外研修の受講を推進しております。		
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つくり、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組みをしている。	定期的に地域の4事業所のグループホームの交流会（勉強会や親睦会）があり、管理者のみならず、職員も積極的に参加し、サービスの質の向上に取り組んでいます。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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 サービスの利用を開始する段階で、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。	事前に訪問調査を行い、利用者様自身からご意見・要望などを聴く機会を作り、不安があればそれを取り除き安心していただけるように配慮しています。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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。	事前に訪問調査を行い、家族様自身からご意見・要望などを聴く機会を作り、不安があればそれを取り除き安心していただけるように配慮しています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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。	相談時にはご本人様・ご家族様が何を望まれ、何を必要とされているかを見極めて必要であれば他のサービスの利用を含めた対応をさせていただきます。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	掃除や畑仕事、花作りなど利用者様が長年経験されてきたことを職員も一緒に行い、利用者様から学ばせて頂く場面も数多くあります。		
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置かず、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。	職員は一方的に支援するという立場ではなくご家族の皆様と共にご利用者様を支えていく考え方を重視しています。		
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。	本人様の大切な馴染みの人や場所を今後も大切にしたいように馴染みの場所への定期的な訪問や馴染みの人が面会に来やすい環境の整備に努めています。	これまでの生活が途切れぬよう、馴染みの人には出来るだけ面会に来てもらったり、馴染みの場所にも出かけるよう、ご家族の協力も得ながら、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ご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。	利用者様一人ひとりの性格や状態を考慮し、お互いに協力して助け合い支え合えるような関係作りができるように支援させていただいています。		
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。	サービス終了後も支援などを必要とされるご利用者様やご家族様には継続的に関わりを持っていけるように働きかけています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	○思いやりや意向の把握 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。	3か月に1度は必ずヒアリングを行い、利用者様の要望や現在の生活について確認しています。ご意向の把握が困難な場合は利用者様の生活歴や家族様のご意見を参考に検討しています。	入居時、アセスメントシートで、利用者の希望や意向、生活歴の把握を行なっている。その後も、3ヶ月に1回ヒアリングを行い、意向の把握に努めて、出来るだけ、思いに沿った生活が出来るよう心がけている。	
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。	入居前には必ず訪問調査を行い、利用者様のこれまでの生活歴やライフスタイル、サービス利用の経過等を把握しています。		
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。	利用者様一人ひとりの心身状態については毎日記録に残し、全ての職員が現状を把握するようにしています。		
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。	介護計画は本人様と家族様にヒアリングを行いご意見・ご意向を伺い、医療機関など必要な関係者とも話し合いながら作成しています。また、ご本人様に変化が合った場合には、その都度モニタリングを実施し、介護計画も作成させていただきます。	より良く暮らすための課題について、本人、ご家族、医療関係者、職員で話し合い、具体的な介護計画が策定されている。その後、1ヶ月ごと課題単位にモニタリングし、変更、継続、終了を判定、計画見直しにつなげている。定期見直しは3ヶ月毎、変化のあった場合は、その都度見直しが行なわれている。	
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。	利用者様の様子については毎日記録し、職員間でも情報共有を行いながら。利用者様の状態や記録に基づいて介護計画の見直しを行っています。		
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。	ご利用者様本人やご家族の状況やあらゆるご要望に応じることができるよう、臨機応変に対応させていただいています		
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。	必要に応じて民生委員やボランティア、警察等の周辺の諸機関からも協力を得ることができるよう働きかけています。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 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。	入居時に利用者様及び家族様の希望をお伺いしご希望されるかかりつけ医の医療を受けられるように支援させていただきます。ご希望がない場合にも提携医の月に2回の往診時に適切な医療が受けられるようにさせていただきます。	入居時確認し、かかりつけ医の希望があれば、引き続き診療が受けれるよう支援している。提携医による月2回の往診時、適切な医療が受けれる体制にある。医師からの指導があれば、介護計画に反映させている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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。	必要とされる方には訪問看護もあり、訪問看護時に日常の健康管理や医療面について相談に応じていただいています。		
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、また、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。又は、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。	入院された場合には常に病院と連絡を取り合いつつ定期的に面会を行い、利用者様の状態を把握しながらご家族様と相談し、早期退院できるよう努めています。		
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。	重度化や終末期のケアについてはご利用者様本人や家族様、かかりつけ医等の関係者と相談しながら早期に方針を定めるようにしています	「利用者が重度化された場合における対応」を決め、入居時充分説明し納得を得ている。その後も、本人やご家族の意思を大切に、医療機関とも何度も話し合いながら、出来ることをはっきりさせ、看取り支援に取り組んでいる	
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。	急変時や事故発生時のマニュアルを作成し、すぐに確認できる場所に保管しています。また定期的に研修を行うことで対応についての再確認を行っています。		
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。	災害発生時の対応についてのマニュアルを作成し、すぐに確認できる場所に保管しています。また、運営推進会議の場で地域の方とお互いに協力できるよう話し合いをしています。	災害発生時の対応マニュアルを作成すると共に、年2回の避難訓練も実施している。運営推進会議では、地域の方々へ、災害発生時の救済支援体制づくりも要望している。	近隣緊急連絡網づくりなど、災害発生時近隣救出支援体制づくりの具体化を期待したい。
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格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。	利用者様一人ひとりの個性・人格を尊重した声掛けや対応を心掛けています。また記録などの個人情報についても取り扱い・保管を徹底しています。	誇りやプライバシーを損ねず、個性や人格を尊重した言葉遣いや対応に心がけ、常に徹底が図られている。個人情報の取り扱いにも注意をはらい、施錠可能なボックスで集中管理している。	
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。	利用者様には最大限に選択の自由を持っていただき、思いや希望を気軽に表せるようにいただいています。		
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。	利用者様にはご自身のペースを大事にいただき、利用者様がありのままに自分らしく生活していただけるように支援させていただいています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	利用者様の個性を尊重し、髪型や服装などのおしゃれを支援しています。希望があれば理容・美容も望まれる店に行けるようにさせていただいています。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	現在、食事は外部委託ですが、徐々に手作りに移行してきております。盛り付けや準備・片付けなどできることに関しては可能な限り、利用者様に手伝っていただいています。時には外出しておやつを買ったり、外食する事もあります。	職員は利用者と一緒に食事をとり、何気ない介助も行なわれ、家庭的でゆったりとした食事となっている。利用者には、準備、片付けなど一緒にやってもらうよう促しているが、手伝う利用者は少ない。	利用者個々の力を活かし、維持するためにも、出来る人には、簡単な調理、準備、後片付けなど面倒がらずやっていただくことが必要である。出来るだけ、一緒にやってもらえるための工夫が望まれる。
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。	利用者様ごとに毎日の食事量・水分量を記録し、各利用者様の体型や体調・習慣なども考慮しつつ、一人ひとりに合った十分な摂取量に到達できるように支援させていただいています。		
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。	毎食後、利用者様の状態に応じた口腔ケアを実施しています。また週に1回の訪問歯科にて診療・指導を受けるほかに変時時には随時、訪問診療していただいております。		
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向けた支援を行っている。	利用者様一人ひとりの排泄量・回数をチェック表に記録し、排泄パターンを把握することで一人ひとりの利用者様に合った排泄支援をさせていただいています。	排泄パターンを把握しながら、トイレ誘導し一人ひとりに合った排泄支援が行なわれている。	
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。	便秘のある利用者様にはサービス計画書に様々な飲食物を摂取していただいたり、運動をするなどの工夫を取り上げ、便秘の予防・対策に取り組んでいます。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている。	現在、ご希望がないので昼過ぎから夕方までの入浴時間となっておりますが、入浴の回数や時間については利用者様のご要望に応じて支援させていただく体制にあり、ご希望を聞くように努めています。	週3回程度を目どとしている。可能な限り希望に沿えるよう配慮しているが、今のところ、強い要望もなく、昼過ぎから夕方までを入浴時間としている。	
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。	利用者様の体調や状況に応じて、常に心地よく休息をとったり、眠ることができるように配慮しています。		
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。	薬の処方箋は各利用者様の個人ファイルにて確認できるようになっています。症状の変化が見られた場合には速やかにかかりつけ医に相談し支持を仰いでいます。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	利用者様の生活歴を把握し、洗濯や掃除等、一人ひとりに適した力の発揮できる役割を持っていただいたり、畑作りなど共同で実施し、楽しみの中で利用者様同士が協力し、助け合えるような活動の場を提供させていただいております。		
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。また、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。	定期的な散歩やドライブ、買い物などにより、ホーム内だけで過ごすことがないように支援させていただいております。	ホーム内に引きこもった生活にならぬよう、定期的な散歩やドライブ、買い物など、出来るだけ外気に触れ、体を動かすよう支援している。	散歩などのほか、野菜や花壇づくりなど、広い庭を活用し、更に外出機会が増えるよう、一層の工夫を期待したい。
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。	利用者様や家族様のご希望に応じて、利用者様一人ひとりに合わせた金銭管理をさせていただいております。		
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。	利用者様の希望があれば電話をしたり、手紙のやり取りをして頂き、必要であれば職員が介助させていただいております。		
52	19	○居心地の良い共用空間づくり 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。	共用の生活空間で使用する家具や調度品については、季節感を取り入れた家庭的な物を使用するようにしています。また、音や光、温度などの刺激にも配慮した環境作りに配慮しています。	リビングの他、レクリエーション用のディルームなど明るくゆったりとした空間が確保されている。部屋や広い廊下にもソファや長椅子が置かれ、2～3人が気軽に談笑できるよう配慮されている。家具や調度品も家庭的、絵画や手づくりの飾り、利用者の作品が飾られるなど、利用者がゆったりと過ごせるよう工夫されている。	
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。	リビングとディルームの2つの広間があり、利用者様の気分で好きな場所で過ごさせていただいております。廊下にも長椅子を置いて2～3人で気軽に話ができるようになっています。		
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。	利用者様が今までの生活で使い馴染んでいた物を持ってきていただき一人ひとりの利用者様が自分らしく安心して過ごせる居室作りに配慮しています。また、トイレや洗面台は全室に備え付けてあり、利用者様のペースで使用していただいております。	使い慣れた家具や調度品、思い出の品が持ち込まれ、思い思いの飾りつけもなされて清潔である。トイレや洗面台も全室備え付け、利用者にとって居心地よく過ごせるスペースとなっている。	
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」や「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。	利用者様一人ひとりの「できること」「わかること」を把握し、介護計画の中に取り入れ日常生活の中で「できること」「わかること」が自立してできるように支援していただいております。		

V アウトカム項目			
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。	○	①ほぼ全ての利用者の ②利用者の3分の2くらいの ③利用者の3分の1くらいの ④ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある	○	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
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
60	利用者は、戸外への行きたいところへ出かけている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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	○	①ほぼ全ての家族と ②家族の3分の2くらいと ③家族の3分の1くらいと ④ほとんどできていない

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	○	<input type="radio"/> ①ほぼ毎日のように <input type="radio"/> ②数日に1回程度 <input type="radio"/> ③たまに <input type="radio"/> ④ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係やとのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている	○	<input type="radio"/> ①大いに増えている <input type="radio"/> ②少しずつ増えている <input type="radio"/> ③あまり増えていない <input type="radio"/> ④全くいない
66	職員は、生き活きと働けている	○	<input type="radio"/> ①ほぼ全ての職員が <input type="radio"/> ②職員の3分の2くらいが <input type="radio"/> ③職員の3分の1くらいが <input type="radio"/> 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	○	<input type="radio"/> ①ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> ②利用者の3分の2くらいが <input type="radio"/> ③利用者の3分の1くらいが <input type="radio"/> 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	○	<input type="radio"/> ①ほぼ全ての家族等が <input type="radio"/> ②家族等の3分の2くらいが <input type="radio"/> ③家族等の3分の1くらいが <input type="radio"/> ④ほとんどできていない

3 サービス評価の実施と活用状況

事業所の外部評価の実施と活用状況について振り返ります。
「目標達成プラン」を作成した時点で記入します。

【サービス評価の実施と活用状況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	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
		② 利用者へのサービス評価について説明した
		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
		④ 運営推進会議でサービス評価を説明するとともに、どのように評価機関を選択したかについて報告した
		⑤ その他（ ）
2	自己評価の実施	① 自己評価を職員全員が実施した
		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
		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
		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
		⑤ その他（ ）
3	外部評価（訪問調査当日）	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
		② 評価項目のねらいを踏まえて、評価調査員と率直に意見交換ができた
		③ 対話から、事業所が努力・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
		④ その他（ ）
4	評価結果（自己評価、外部評価）の公開	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
		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
		③ 市町へ評価結果を提出し、現場の状況を話し合った
		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
		⑤ その他（ ）
5	サービス評価の活用	① 職員全員で次のステップに向けた話し合い、「目標達成プラン」を作成した
		② 「目標達成プラン」を利用者、利用者家族や運営推進会議へ説明し、協力やモニター依頼した（する）
		③ 「目標達成プラン」を市町へ説明し提出した（する）
		④ 「目標達成プラン」に則り、目標を目指して取り組んだ（取り組む）
		⑤ その他（ ）

2 目標達成計画

事業所 はびね広島安佐

作成日 平成 22年 11月 2日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価をもとに職員一同で次のステップへ向けた取り組み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にならないよう、事業所の現状に合わせた取り組み課題を取り上げ、優先順位を決め目標達成に向けた具体的な取り組み内容を記入してください。

【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	35	近隣の緊急連絡網作り等の災害発生時近隣救出支援体制作りの具体化	近隣の緊急連絡網作りと災害発生時救出支援体制作り	次回運営推進会議時に自治会長と緊急連絡網作成と災害発生時救出支援体制作りについてご相談させていただく。	2ヶ月
2	40	利用者個々の力を活かした調理、準備、後片付けが実施できていない	簡単な調理、準備、後片付けに利用者にも参加していただく	まずは利用者の意向確認を行い希望される方には負担にならないよう徐々にお手伝いをしていただく。	1ヶ月
3	49	日常的な外出支援が不足している	畑で野菜作りや花を育てる作業など、外出の機会を増やす	散歩の日、畑に出る日等の日程をあらかじめ設定して計画的な外出支援を実行する。	1ヶ月
4					
5					

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。