

## 1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 24年 8月 18日

### 【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3493200038		
法人名	株式会社 ニチイ学館		
事業所名	ニチイケアセンター広島海田		
所在地	広島県安芸郡海田町蟹原2-4-48 (電話) 082-821-3381		
自己評価作成日	平成	24年	8月 3日
評価結果市町受理日	平成	年	月 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）】

- ・「その人らしさ」を大切に意思を尊重し明るい笑顔で接しながらご自宅同様、安心、安全にお住まい頂けるホーム作りを心がけ、それぞれの入居者様が必要とされる支援をスタッフ全員で意見を出し合いチーム一体となったケアの提供に努めています。
- ・入居者様の毎日を把握し、医療連携体制も取り入れ訪問看護師の方、提携医と連携をとり、体調などの変化に気づき早期対応を心がけています。
- ・食事は低料金で家庭的な手作りの料理を提供して美味しいと好評を頂いています。
- ・地域の行事に参加し交流を支援しています。

※ 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	<a href="http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/Top.do?PCD=34">http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/Top.do?PCD=34</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 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 24年 8月 17日

### 【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）】

- ・利用者一人ひとりの対応を行って、自立した生活を支援する考え方の下に 職員がケアに当たっている。管理者はじめ職員が元気な笑顔で対応し、利用者も安心して生活している。
- ・家庭的な食生活の場を提供している。職員が献立を考え、職員が手作りをし、かつ低料金で提供している。利用者の習慣に合わせて早朝からの朝食を提供している。利用者も職員と一緒にスーパーへ買い物に出る機会がある。
- ・職員は利用者に乗せて運転しない、という制約を課しており、交通事故防止意識が徹底されている。
- ・自治会に加入して地域と交流しており、昨年からは事業所祭りも開催している。今後ますます地域の認知症対応施設としての活躍を期待したい事業所である。

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。	朝礼で会社とホームの理念を唱和し、その内容を理解しユニット会議・ホーム会議などで話し合い共有して実践に努めている。	朝礼時に法人で決められている理念と事業所の職員たちが自ら決めた目標を唱和している。また、毎月開いているユニット会議と2ユニット一緒に行うホーム会議にて、話し合いを持つなど、理念の意味の周知と学習に努めている。	
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。	地域の清掃に参加したり、毎年、声をかけて頂き地域の行事に入居者様と共に参加している。(七夕の集い・夏祭り・秋祭りなど)	自治会に加入しており、年に数回地域の方々と近隣を清掃したり、盆踊りに出かけて踊ったり、秋祭りのお神輿に事業所へまわっていただくなど、地域の人々と交流している。また、昨年から事業所のイベント「ニチイ祭り」を開催している。	
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。	地域行事に参加をした時に相談されたらお答えしたり、海田町から認知症サポーター養成講座の時に依頼があればお話しなどの協力をしている。		
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。	2ヶ月に一度定期的に行い、ホームの状況報告をして必要な防火対策・徘徊対策など改善すべきこと、その時に困っていることなどにアドバイスを頂き参考にし実際に改善をして実行している。	2か月に1回開催し、町役場職員・地域包括支援センター職員・民生委員・元民生委員・家族代表のほか、毎回ではないが消防署や警察にも参加いただいて、報告や相談を行い、アドバイスや指導などを行っていただいている。	
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。	運営推進会議に出席頂き、その時の議題のアドバイスやケアの相談、トラブルの報告をし経緯などを報告している。ケアアドバイザーとしても要請があれば協力をしていく。	役場の担当者には運営推進会議に参加いただくほか、電話でも毎月のように問い合わせるなど、協力をいただいている。また、役場主催の認知症サポーター養成講座などの開催に人を出すなどの協力を行っている。	
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。	採用時研修、ホーム会議でマニュアルに基づいて学び、具体的な行為を正しく理解をし身体拘束をしない努力をしている。やむを得ない場合のみマニュアルに添った対応をしている。	新人研修で教育を行い、事業所内でも毎年教育を行っており、職員は理解して介護にあたっている。事情により拘束する場合があります、社内規定に沿って手続きを行い、家族の了解を得ている。玄関とユニットの出入り口は安全面の事情から一時的に施錠することもあるが、できるだけ施錠しないように努めている。	
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。	採用時研修、ホーム会議でマニュアルに基づいて、スローガン(しない・させない・見逃さない)のもと虐待防止に努めている。		

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
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。	必要と思われる相談を受けた時は海田町・地域包括支援センターなどの関係者と話し合っている。それらを活用できる様に支援し、現在1名様成年後見制度を利用し、1名自立支援を利用して精神のデイケアに行かされている。		
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。	契約時に読み合わせをし、解りにくいところは例をあげて説明をしている。また改定の際は家族会を開催し不安な所や質問があればお答えして同意を得ている。解約時も個人別に相談に応じている。		
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。	家族会を開催したり、契約時契約書でも苦情相談窓口の説明をし、受付の所に意見箱も設けている。ご家族様代表の方に運営推進会議に出席して頂いている。また来訪の時にお話しを聞くように心かけている。	苦情相談連絡先を重要事項説明書に明記して契約時に説明し、玄関にご意見箱も設置して、苦情受け体制を周知させている。家族会や運営推進会議、面会時には家族からの要望などを積極的に聞いている。いただいた要望などは介護支援記録に記録し、朝礼やユニット会議で紹介や話し合いを行い、共有している。	
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。	ユニット会議・ホーム会議を毎月行い意見を聞く機会を設け、有意義な意見を取り上げ反映している。	毎月第2木曜日に、ユニット会議と2ユニット合同のホーム会議を開いて、職員の意見を聞いている。会議には法人から支店長も参加することがある。また、毎月法人の各管理者が集まるセンター長会議が開かれており、管理者が出席して、報告や意見交換が行われている。	
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。	給与面に関して、常勤については人事考査制度、非常勤職員についてはキャリアアップ制度があり、向上心を持てるようにしている。 職場環境については支店代表者が定期的にホーム会議に参加して現場の状況の把握を行い、現場環境等の整備に努めている。		
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。	会社として、研修制度を構築しており、入社時研修、ステップアップ研修を行い、スタッフのレベルアップに努めている。社外の研修受講に関しても、参加希望者について参加出来るようにシフト等考慮している。		
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。	地域の介護支援専門員協議会等に出席してネットワークの構築に努めている。		

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
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。	アセスメントの時点でご本人・ご家族様に聞き取りを行い、担当のケアマネージャー様と情報交換をしてセンター方式を用いて本人の安心を確保できるように努めている。		
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。	ご家族様のこれまでの困った事や本人に対する思いなどしっかり傾聴し相談しながらサービス提供をしている。ホームでの様子などお伝えしたり、不安・要望に早期対応・解決を心かけ信頼関係づくりに努めている。		
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。	他のサービスが必要な時はどんなサービスがあるか説明したり、ご要望に答えている。(訪問看護・自立支援のデイサービスなど)		
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。	できるだけご家庭で過ごしていただいているように感じで共に生活できるように努めている。一緒にゆっくりと過ごす時間を持つようにしている。入居者同士もいい関係を築く為にスタッフが間に入り架け橋となるようにしている。		
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。	家族会と表して一緒にお花見に行ったりし、一緒の時間を作ったり、スタッフや家族同士の交流も図っている。来訪時には話す機会を持ち家族とも相談できる関係を築くように努めている。		
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。	入居前から行かれていた体操教室に通われたり、教会に行かれていた方の友人が訪ねて来られる。継続できるよう状況に応じた支援をしている。入居者様のお知り合いがボランティアに来られる。	家族・兄弟・近所の人の来訪がよくある。知人が歌のボランティアに来られることもある。馴染みの体操教室へ毎週通う利用者の支援をしている。家族にお墓参りや一時帰宅に連れて行っていただいている。電話の取り次ぎも行っている。	
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が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。	毎日午前中の体操、午後からのプレイケアに声をかけ、関われるようにしている。スタッフが間に入り関わりが持てる様にしている。		
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。	入院しドクターストップで退居されることになっても病院に顔を出したり、次の移り先などもご家族様の相談にのり支援に努めている。いつでもご相談くださいとお伝えしている。		

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
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。	できるだけ本人の意向に添った介護に努めているが、困難な場合は病院、ご家族様と相談し本人本位になるよう検討している。担当者会議を開きスタッフ間で支援方法を話し合っている。	言葉に出ないことも、利用者の言動や変化を元に職員が話し合い、推測して意向に沿うケア・支援を提案している。「目配り、心配り、観察力」で持って 利用者の思いを推し量るように努めている。	
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。	入居前にご本人・ご家族様と面会聞き取りで把握し、入居時になじみの品や持ち物を持って来て頂いている。状況の変化に応じてスタッフ間で意見交換をして過ごし易い支援を試みている。		
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。	毎日の様子を見守り等で一日の過ごし方、心身状態、個々のできることを把握し、お手伝いをして頂いている。		
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。	担当者会議やモニタリングを行い、スタッフの意見を聞きその時の課題とケアのあり方について話し合い、現状に即したものを作成している。	契約前の利用者面談・関係者への聞き取りなどからアセスメント情報をまとめ、利用開始後数日の状況を踏まえて担当者会議を開き、ケアプランを作成し、家族・利用者に説明して署名・了解を得ている。最初は1カ月でモニタリングを行い、ケアプランの見直しを行っている。以後、通常は半年ごとにモニタリングを実施し、ケアプランの見直しを行っている。	
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。	介護記録、管理日誌、センター方式に記入し全職員が目を通し話し合い見直しを行っている。		
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。	自立支援の利用や成年後見人など話し合い実現している。医療連携体制を整え安心、安全な生活の確保に努めている。		
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。	自治会会長、民生委員、消防署、警察の方々に必要時相談をしてアドバイスを受けている。ボランティアの方がホームに来られたり、地域の行事に参加したり、少しでも豊かな暮らしを楽しめるようにと努めている。		
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し、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。	4週間に一度受診し、2週間に一度状態を伝え処方をして頂き、毎日の様子観察で変化があった時は提携医に電話相談や受診をしている。医療連携体制を整えて訪問看護師さんとも連携をとっていただいている。	入居後のかかりつけ医として 3か所の協力医療機関と入居前からの医療機関から利用者・家族の都合を踏まえて選んでいただいている。月2回の医師の往診、必要場合は毎月職員または家族が通院支援を行なっている。訪問看護師とも契約しており、毎週健康チェックをいただいている。	

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。	医療連携体制を取り入れ、情報共有をし週1回の訪問と24時間の相談・アドバイスを受けることができる。提携医とも連携を取り合い点滴等ホームにて受けることもできる。		
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、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。	入院が必要な時は提携医の先生が紹介状を書いて相手の病院にも連絡をいれて頂いている。介護サマリーを渡している。入院中も病院に顔を出し様子を聞いている。		
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、事業所で行うことができることを十分に説明しながら方針を共有し、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	入居時にお話はしているが、状態に変化が現れ必要になった時は改めて本人・ご家族様・提携医と話し合い取り組んでいる。医療連携体制を開始する時に重度化した場合における対応に係る指針の説明をしている。現在は契約時に説明をしている。	契約時に、重度化した場合における対応に係る指針の説明を行い、署名をしていただいている。状態が変化し話し合いが必要となった時、医師・看護師・家族・職員の関係者で話し合いを持ち、方針を共有するようにしている。	
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。	急変や事故発生時の記録を残し、再発防止対策を話し合っている。社内事業所での訓練時に順番で参加をしている。医療連携体制開始後、訪問看護師さんにホーム会議等で勉強会をして貰う機会を設けている。		
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。	運営推進会議等でマニュアルへのアドバイスや協力体制をお願いしている。ホーム会議で毎回設定を変え、シュミレーションをしている。年に2回消防署立会いで訓練をしている。	年に2回、消防署指導の下で、運営推進会議と合わせて訓練を実施している。近所の住民にも協力をお願いしている。また、消防署の勤めで、毎月のホーム会議で災害時のシュミレーションを実施し、職員が話し合って体制を確認している。昨年12月には消防署への通報システムを導入した。	
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。	馴れ合いにならないように一人ひとり理念に基づいて対応している。話しをする時は目線をあわせ、尊厳のある態度と言葉で接するように努めている。できない事もさり気なく手伝うようにしている。	新人研修の後も毎年事業所内教育を実施して、職員に理解と実践をさせている。プライバシー情報を含む書類は所定の保管庫に収納し、プライバシー情報を含む会議では場所や話し方を選んで配慮している。	
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。	どうでしょうか、どっちがいいですかと本人の希望を聞きできるだけ添えるようにしている。		
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。	一人ひとりのペースを大事にしている。食事やお風呂も本人のペースに合わせている。		

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	
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。	季節に合った服装・後前・裏表・汚れなどに気を配り、いつも清潔なものを着ていただけるようにしている。爪きり、髭剃りも気をつけている。			
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	できる方、できない方がいるので下ごしらえや食器拭きなど手伝って貰っている。	利用者の生活習慣に合わせて、朝早くから朝食を出しており、一斉にいただく昼食、夕食は調整結果現在は早めの時刻となっている。もやしのひげを取ったり、お膳を下げるなど、希望する利用者には手伝っていただいている。食材の買い出しにも利用者が一緒に出かけている。調理は男女関係なく職員が行っている。ケアに専念するため、職員の食事は利用者と別に交代で摂っている。		
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。	毎食後記録し、水分量は食事以外も記録し、一日を通して確認をしている。状態にあった切り方、やわらかさ、形状など工夫している。			
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。	毎食後、声をかけ口腔ケアを行っています。夜間は入れ歯を預かり洗浄している。			
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。	トイレに誘導を心かけ尿意・便意が無い方は時間をみてトイレ誘導しトイレ内で排尿・排便できるよう支援している。	一人ひとりの状況や習慣に合わせて、トイレ誘導を行っている。夜もトイレへ誘導している。必要に応じてリハビリパンツやバットも利用している。		
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。	食物繊維が多く取れるような食事の提供、水分補給をしっかりと自然排便を心かけているが、必要時にはお腹のマッサージをしたり、提携医に相談し薬を服用している。			
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	スタッフの人数の多い時間帯に事故防止の為に入浴して貰っている。希望されない時は間をおいて声をかけたり、次の日に変更したりする。個々に必要な支援を行っている。	週2回以上を目安に、入浴していただけるように案内している。入浴前にはバイタルチェックを行って、健康状態を確認している。入浴を嫌がる利用者には声かけのタイミングを変えたり、日を改めたりしている。入浴中は職員との会話などを楽しんでいただいている。		
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。	日中も自分の部屋で休まれたり、見守りが必要な時は和室で横になって貰っている。夜間は2時間ごとに見守りをしている。居室内の空調は個人に合わせて調節をしている。			
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。	服薬管理をし、お薬の説明で効能を確認している。お薬手帳にシールを貼り、他の病院受診時に活用している。			

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	
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。	洗濯を干したりたたんだり、料理の下ごしらえ、掃除などできることはして貰っている。 気晴らし等は個別に対応している。 地域行事の参加やボランティアの活用をしている。			
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。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。	一人ひとりに合わせた外出は難しく、個別に買い物に行ったり、気候のいい時にみんなで散歩に行っている。 ご家族様が来られて外出をされる方もいる。 家族会でいつも行かない場所に行く計画をし実行している。	桜の時期や秋の気候のよい時にはみんなで散歩に出ている。毎日の食材の買い物に1人ずつ同行していただくなどしている。通院や一時帰宅でも外出がある。家庭菜園の手入れも行っていただいている。	日常的な外出は少ないようなので、制約がある中でも、利用者の望むこと、職員のできることを検討し、外出機会を増やすよう望みたい。	
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。	トラブルになったり管理ができないので、本人はもっていないが一人ひとりのお小遣いを金庫で預かり、本人希望によりその都度対応をしている。			
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。	電話をかけたいと申し出があった時はお手伝いをしたり、かかってきたら、繋いでいる。 手紙も出せるようにその都度必要な支援をしている。			
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。	怪我に繋がらないようにできるだけ広い空間にし皆で楽しめる空間を作っている。 共用部分の掃除は汚れる度に行い清潔にしている。 その日の天気や時間帯に合わせて照明は変えている。	玄関から食堂・リビング、廊下までゆったりした造りで行き来しやすく、天上も高く、のびのびと過ごせる空間となっている。掃き出し窓とテラスも備わっており、すぐに屋外の気分の味わえる。壁や天井には利用者が作った作品や行事などの写真がたくさん飾られている。内庭に家庭菜園スペースもあり、野菜を育てている。		
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。	ウッドデッキに椅子を持って行き、座って過したり、リビングで自分の座る場所を決めたり気のあった入居者同士で話せるように移動したりする。			
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。	ご家族様に相談し協力して貰っている。 (なじみの物やその時の状況に合った物にしている。)	利用者それぞれの状況や好みに合わせて、ベッドや馴染みの家具・装飾品が持ち込まれて、部屋作りがされている。		
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。	トイレには扉と床にマークがついている。 居室にネームプレートをつけている。廊下、トイレ、浴室など手すりがついている。椅子に杖がかけれる。洗面台は車椅子の人も利用できる。			

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 ③利用者の3分の1くらい 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ます	○	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	○	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
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	○	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
66	職員は、生き活きと働けている	○	①ほぼ全ての職員が ②職員の3分の2くらいが ③職員の3分の1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
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3分の2くらいが ③家族等の3分の1くらいが 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	<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 利用者への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
		<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踏まえて、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
		<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 市町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話し合い、「目標達成プラン」を作成した
		<input type="radio"/>	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）
		<input type="radio"/>	③ 「目標達成プラン」を市町へ説明し提出した（する）
		<input type="radio"/>	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）
		<input type="radio"/>	⑤ その他（ ）

## 2 目標達成計画

事業所 ニチイケアセンター 広島海田

作成日 平成24年9月13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	18	日常的な外出が少ない	日常的な外に出る機会を増やす	気候、利用者の体調を踏まえ利用者の要望、職員のできることを検討し外に出る支援をする (近隣の商店・花屋・公園など)	平成24年12月末
2					
3					
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。

NPOインタッチサービス広島