

(別紙4)

## 1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 29年 3月 2日

### 【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3370104915		
法人名	株式会社 メディカメント		
事業所名	グループホーム いやしの家福吉町		
所在地	岡山市南区福吉町23-26		
自己評価作成日	平成29年1月10日	評価結果市町村受理日	平成29年3月27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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/33/">http://www.kaigokensaku.jp/33/</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29年1月28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）】

医師、看護師、歯科医師、薬剤師等との医療的連携により、健康面をしっかりとフォローした上で、精神面に寄り添う介護をしたい。

### 【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）】

事業所は住宅街の一角にあるが、公園や集会所が隣接し、近所に地藏尊もあり静かでふらりと散歩ができるような環境にある。経営母体は薬局であるため、利用者の内服薬の管理が行き届いている。訪問歯科、歯科衛生士の指導のもと、口腔体操が行われ、利用者の「食」に対する支援が、開所時より継続されている。かかりつけ医・訪問看護との連携もあり、健康面のサポートが充実している。3つの対策委員会（虐待身体拘束・感染症・防災消防）では月目標を掲げ、職員の意識を高めて安全なケアの提供ができるよう努めている。経験豊富な職員が多く、利用者への多様な対応方法で、一人ひとりの思いを引きだすと共に、対応の充実により家族の信頼を得ている。

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
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	スタッフ全員が目の届くところに掲示してある。	「基本的人権の尊重・生きがいのある生活・家庭的な生活」の理念を基本とし、職員全体で共有し、ケアに反映させている。	
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	公園に隣接しており、夏の盆踊りには毎年招待していただき、今年も参加させてもらった。	町内会に加入している。散歩の時に声をかけられたり、地域の盆踊りへ参加する等、地域の一員として交流がある。	
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	事業所としての地域貢献は、今後の課題だと思われる。		
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	開催時には、報告や話し合いを心がけて、理解を深めてもらえるようにしている。	地域包括・家族・町内会長・地域住民の参加を得て開催されている。(年2回)行事報告や情報交換、防災教育や消防署員による救急法の講習など地域にも活かせる内容としている。	会議の開催を増やし、活発な意見交換や関係作りができ、地域のさらなる発展の場となるよう期待します。
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	岡山市の生活保護担当者や、地域包括支援センターとは、協力できる関係性にあると思われる。	日常的に連携し、事業所の実情やケアの取り組みなどについて伝えていく。利用者に応じて、生活上必要な書類の作成や申請が円滑に出来るよう、協力関係を築いている。	

6	5	<p>○身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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</p>	<p>対策委員会の開催を継続し、業務の振り返りにつなげている。</p>	<p>利用者の状態に応じて、見守りの強化・代替案での対応・利用者個々へ声掛けの工夫に努めている。管理者は、言葉の拘束についても職員の意識づけに努めている。</p>	
7		<p>○虐待の防止の徹底</p> <p>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されることがないように注意を払い、防止に努めている</p>	<p>上記の対策委員会にて、同じように振り返り、虐待防止への意識が持てるようにした。</p>		
8		<p>○権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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</p>	<p>後見人の手続きをしたケースがあり、その際、スタッフ間でも勉強する機会をもった。</p>		
9		<p>○契約に関する説明と納得</p> <p>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</p>	<p>図っている。改定内容があった時は、文書を送付し疑問点があれば答えている。</p>		
10	6	<p>○運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>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</p>	<p>意見箱を設置している。面会時に要望や意見をお聞きし、その会話がしやすい関係作りに努めている。</p>	<p>家族の面会時や電話や郵送などで、要望を聴く機会を設けている。出された意見や要望は、職員で検討し運営に活かしている。</p>	
11	7	<p>○運営に関する職員意見の反映</p> <p>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</p>	<p>職員からでた意見や要望は、月に1回ある、介護業務委員会で報告している。</p>	<p>職員と管理者の風通しがよく、個別に聴く機会も多い。職員からの要望で、感染対策に必要な物品やマニュアルの整備等、迅速に対応し運営に反映させている。</p>	

12	<p>○就業環境の整備</p> <p>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</p>	<p>職員の個性も尊重しつつ、できる限り働きやすく、且つ、やりがいを感じられる職場作りに努めている。</p>		
13	<p>○職員を育てる取組み</p> <p>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</p>	<p>資格へのチャレンジは勧めている。社外研修のお知らせがあれば行い、希望の職員がいれば、できる限り調整している。</p>		
14	<p>○同業者との交流を通じた向上</p> <p>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</p>	<p>機会があれば、交流の場を増やしたい。</p>		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>				
15	<p>○初期に築く本人との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>ご家族からご本人の生活歴や性格等を聞き取り、コミュニケーション作りに活かしている。</p>		
16	<p>○初期に築く家族等との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>面談や見学の段階から困っていることや要望は、親身になって聞き、信頼関係の構築に努めている。</p>		
17	<p>○初期対応の見極めと支援</p> <p>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</p>	<p>ご本人やご家族の要望を踏まえ、暫定ケアプランを立案している。</p>		

18		○本人と共に過ごし支え合う関係 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	スタッフからご利用者に対しても、感謝の言葉かけや、気遣う声掛けを心がけている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 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	入居後も情報交換は欠かさず、よりよい介護サービスの提供ができるよう、関係を深めるようにしている。		
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	親族、知人との交流がある場合は、その機会を大切にできるようにしている。面会しやすい雰囲気作りも心がけている。	家族の協力で馴染みの理髪店や美容院を利用する事がある。また職場の友人や家族の来訪時は、ゆっくり話ができるよう雰囲気作りに努めている。年賀状を書く支援もしている。	
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	コミュニケーションがとれる環境づくりに努め、必要な時には、スタッフが支援することも見極めて行っている		
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	退居時には、必要であれば今後も相談窓口として活用してもらえよう、声掛けをしている。		
<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。	入居時に生活歴や性格、こだわりについても聞き取るように心がけ、希望をくみ取れるよう努力している。	入居時に利用者・家族から生活歴や思い等を聴き、意向の把握に努めている。困難な場合は、普段の会話や表情やしぐさから、気持ちを感ずるよう心掛けている。	

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	入居の際には、アセスメントによりできるだけ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	体力や体調、気分にあわせ、生活リズムは個々に合わせるようにしている。		
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	ご本人、ご家族の要望を踏まえ、スタッフ間のカンファレンス・アセスメントを経て、ケアプランを作成するようにしている。	カンファレンスを開催し、利用者・家族の要望や主治医・薬剤師の意見を基に、介護計画を作成している。3か月毎にモニタリングを行い、状況変化等があればその都度変更している。	
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、日報、申し送りノートの記入により、情報共有している。		
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	取り組んでいるとはいえません。対応を検討したケースはあった。		
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	取り組んでいるとはいえません。		

30	11	<p>○かかりつけ医の受診診断</p> <p>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</p>	<p>週1回のかかりつけ医による訪問診療がある。必要であれば、他科受診の対応もしている。</p>	<p>入居後、協力医の青木内科にかかりつけ医の変更を希望される場合がほとんどである。訪問看護も青木内科を利用される為、連携しやすい。毎週土曜日に歯科衛生士による指導で口腔ケアが行われている。必要時、歯科医師の治療を受けることが出来る。</p>	
31		<p>○看護職員との協働</p> <p>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</p>	<p>看護師との情報交換は細やかにできており、報告・連絡もスムーズである。</p>		
32		<p>○入退院時の医療機関との協働</p> <p>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。</p>	<p>入院中も面会し、その都度状態の把握に努めている。ケアの注意点を含め、退院時に活かせるよう、情報交換している。</p>		
33	12	<p>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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</p>	<p>入居時に、グループホームとして、できないことを説明している。重度化が予測され始めた頃には、再度、かかりつけ医の判断も併せ話し合っている。</p>	<p>看取り経験は無い。可能な限り事業所で過ごし、職員、かかりつけ医が、家族と話し合いを行い、今後の方針を共有し、支援に努めている。特別養護老人ホーム等の利用に変更するケースもある。</p>	
34		<p>○急変や事故発生時の備え</p> <p>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</p>	<p>去年の開催はなかったが、救命救急の講習をしていきたい。</p>		

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	対策委員の開催月には、全スタッフにもマニュアルの再読を促している。	年2回、昼間・夜間設定で火災避難訓練を実施している。マニュアルは写真付きで警報装置・スプリンクラー等の位置や場所、操作方法についてわかりやすく説明されている。備蓄品はチェックリストで賞味期限の管理等を行い、災害時に使用できるように工夫している。	
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	個々のバックグラウンドや、性格を十分に把握した上で、対応に配慮している。	トイレ誘導は、排泄チェック表で確認し、さりげなくプライバシーを損ねない様、声かけをしている。また、トイレから直接浴室へ繋がっており、失便時等は浴室へと誘導する事ができ、プライバシーに配慮した対応をしている。	
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	信頼関係を構築し、話しやすい雰囲気を作るように努力している。		
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	生活リズムを崩さないようにしつつ、ご本人の希望される暮らし方やペースを大事にしている。		



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	ホームに来られる美容ボランティアだけでなく、ご家族同伴のもといきつけの美容院に行かれている方もいる。		
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	献立作りには、ご利用者の希望を尋ねたり、季節のものを取り入れるようにしている。	畑で採れた大根や春菊を使用したり、誕生日にはケーキや赤飯が振る舞われるなど、食事を楽しむ事のできる支援に努めている。また、事業所内で弁当を作り、浦安総合公園まで一緒に出掛け、利用者喜んでもらう事が出来た。	
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	個々に合わせた食事提供ができるよう、専門職の意見も反映し、介護に活かしている。		
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	食後の口腔ケアは習慣となっている。週一回、歯科の居宅療養管理指導があり、丁寧なケアができています。		
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	排泄チェック表をつけ活用し、タイミングを把握して誘導できるようにしている。失禁の軽減により、紙パンツの使用を中止したケースもある。	夜間帯はポータブルトイレを利用したり、パット交換の利用者もいる。パット交換の利用者は基本的に時間を決めて交換しているが、睡眠に影響がある場合等、状況に合わせて柔軟に対応している。	

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	食物繊維の多い食材を使用したり、ヨーグルトの摂取は習慣となっている。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	基本的には、隔日であるが、希望がありかつ、身体的な負担がなければ、毎日行うこともできる。	シャワー浴の利用者には足浴を行っている。浴室、更衣室、床に暖房があり、快適に入浴が出来るように環境を整えている。	
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	眠前薬を使用している方もおり、個人に合わせた対応をしている。		
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	薬剤師による管理体制があり、薬における支援体制は整っている。		
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	行事の開催や、個別のやりたいこと等、ご利用者の気持ちをくみ取り、内容を考えている。		
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	買い物希望があれば、スタッフ付き添いで出かけることもあった。安全な外出ができるよう、できるだけ支援している。	気候の良い日は散歩に出かけたり、外気浴を楽しんでいる。菊花展など季節の花見や買い物に出かける支援をしている。家族の協力を得て外出する利用者もいる。	

50		<p>○お金の所持や使うことの支援</p> <p>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</p>	<p>ご家族と相談の上、基本的には個人の所持は勧めしていない。希望のある方については個別に対応している。</p>		
51		<p>○電話や手紙の支援</p> <p>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</p>	<p>希望があれば、その都度対応できている。</p>		
52	19	<p>○居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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</p>	<p>浴室、トイレ等の場所の掲示をしたり、大型カレンダーを使用している。不快感のない生活空間を維持できるようにしている。</p>	<p>共用空間は静かで明るく空気によどみもない。温度も適切に管理されている。季節感を味わえるように、壁面に季節感のある創作物を飾る等工夫している。ウッドデッキでは、外気浴をしたり、畑を眺めて楽しまれている。</p>	
53		<p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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</p>	<p>一人一人の様子やご利用者の関係に合わせ、自由に過ごせている。</p>		
54	20	<p>○居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>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</p>	<p>持ち込み品については、ご家族と相談の上決めており、私物の持ち込みもある。</p>	<p>備え付けはダンスとベッドがある。使い慣れたものを持ち込まれたり、創作した作品を飾られたりしている。夫婦で同じ部屋で過ごす事が出来る居室もある。</p>	

55	<p>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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</p>	<p>一人一人のできる事を活かしながら、できないことのみ支援するように心がけている。</p>		
V アウトカム項目				
56	<p>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)</p>	○	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	
57	<p>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)</p>	○	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	<p>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)</p>	○	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	
59	<p>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)</p>	○	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	
60	<p>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)</p>	○	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	<p>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)</p>	○	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	
62	<p>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)</p>	○	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	
63	<p>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)</p>	○	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	
64	<p>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：9, 10, 19)</p>		1, ほぼ毎日のように	
			2, 数日に1回程度ある	
		○	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者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。 (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
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
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
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, ほとんどいない

2 目 標 達 成 計 画

事業所名 グループホーム いいやしの家福吉町  
 作成日 平成 29 年 3 月 24 日

【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	34	去年の開催はなかったが、救急法の講習をしたい	講習の開催	具体的に日程の調整 (⇒2/16開催しました)	
2	19	ホームでの暮らしぶりをより知ってもらい、ご家族との関係性を深めている	今までホームでの掲示板や口頭での報告程度だったが、広報誌の作成をする。	担当人員を選任し、おたより作りに向けて話し合いを進める	3ヶ月
3	27	日常の様子だけでなく、ケアプラン項目に沿った日々の記録を行った方が良い	ケアプラン項目と日々の介護が記録上もつながるようにしていく	日々の記録にケアプラン項目が反映されるよう、書き方を工夫する	6ヶ月
4	4	運営推進会議の開催を増やし、関係作りを深める	運営推進会議の回数を増やす	介護の内容も充実させ、参加しやすいものとし、回数の増加にもつなげていきたい。	6ヶ月
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。

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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	② 利用者へのサービス評価について説明した
		<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	⑤ その他 ( )
2	自己評価の実施	<input type="checkbox"/>	① 自己評価を職員全員が実施した
		<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	⑤ その他 ( )
3	外部評価（訪問調査当日）	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	④ その他 ( )
4	評価結果（自己評価、外部評価）の公開	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	⑤ その他 ( )
5	サービス評価の活用	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	③ 「目標達成プラン」を市町村へ説明し提出した（する）
		<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	⑤ その他 ( )