

(別紙4)

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成27年11月 5日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	4390500066		
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水俣 ニチイのほほえみ		
所在地	熊本県水俣市長野町11番114号2階		
自己評価作成日	平成27年11月5日	評価結果市町村受理日	##

※ 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	http://www.kaigokensaku.jp/43/
-------------	---

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	NPO法人 九州評価機構		
所在地	熊本県北区四方寄町426-4		
訪問調査日	平成28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）】

<p>認知症であっても、その人らしい生活をいつまでも送っていただけるように、お一人おひとりの心に寄り添う安心できる家を目指しケアを行っております。</p>

【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）】

<p>設立5年目を迎え、ホームは地域サポートセンターとして、地域の高齢者の状況を把握し、毎月見学会の開催や階下にある他事業所と交流を図るとともに介護相談や入居に関しての相談を受けている。また、毎年祭りを開催し、地域の中での基盤作りに努めている。訪問した時は、入所間もない方がおられ、支援のあり方やその方とのコミュニケーションの取り方等々管理者を中心に様々な試みをされました。職員の寄り添いケアによる出来ることと出来ないことの把握や、趣味や楽しみ事の継続、役割の場面づくりを外部研修や内部の研修開催によりスキルアップを図り、他の同業所職員交換研修等でケアの質の向上をめざしている。今後は地域啓発の継続のためや、職員の意識向上のためにホームの理念を中心に据え啓発への取り組みが期待される。</p>
--

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	理念に基づき、グループホームは家であるとの意識を持ち、入居者の思いに寄り添い、安心して穏やかに生活できるようにケアを行っている。	グループホームは一つの家であると認識し、理念に沿ったケアであったかどうかをミーティングで話し合いをしている。	ホームを取り囲む家族や地域の方にも理念の啓発をし、更にホームへの理解や協力が得られることが期待されます。
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	回覧板や運営推進会議にて地域行事を把握し、入居者の体調に合わせ可能な限り参加を心がける。また地域のゴミ収集に参加し交流を図る。	日頃から近隣への散歩に出かけ、地域の方へは積極的に挨拶を交わしている。地域行事に参加したり、職員がゴミ収集分別に参加している。ホームの広報誌を公民館等に設置している。	
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	月1回見学会を開催し、地域の方々、他事業所との交流を図ると共に介護相談、入居相談に応じている。年1回施設の祭りをを行い認知症相談会を開催する。		
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	会議では、日々のケアや、日常の様子を報告し、意見交換を行い運営改善に努める。また地域サポートセンターとして、地域の高齢者の状況を報告、対応を図る。	活動状況についての報告や今後の予定、事故報告等がされ、意見交換が行われている。その場で出された意見や質問について、検討した結果をその場で回答したり、次回報告し、改善へつないでいる。	
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取り組んでいる	日頃から、行政と連携を取り、不明な点や運営について相談を行い、指導、助言を頂く。事故や入院等の報告を行っている。	介護保険の更新の際や事故報告など、役所へ出かけたり、電話で連絡することは多く、情報交換をして、協力体制を築いている。行政主催の研修や会議には積極的に参加している。	

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	月1回のミーティングで、身体拘束の有無を参加者全員で話し合う。扉や玄関の施錠は行わず、身体拘束ゼロを目指す。	毎月のミーティングの際に、ケアが身体拘束にあたるかどうかについて話し合いをしている。ホームは二回にあるが、ドアや玄関の施錠はしていない。職員は内部・外部研修に参加し、身体拘束の弊害を理解している。	
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	入社時の採用時研修において、高齢者虐待防止について学び、会社スローガンを常に意識しケアを行っている。		
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	平成27年3月に研修に参加。ミーティングにて研修発表を行い制度等の周知を行う。		
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	疑問点、不安な事については、繰り返し話し合う機会を持ち不安軽減に努める。		
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	月1回ペースで施設広報誌をご家族に送付する。また家族合同の親睦会、運営推進会議にて、今後の要望や不安な点について話し合いを行う。	面会時に入居者のホーム生活や健康状態について説明している。毎月広報誌を作成し送付している。家族親睦会や運営推進会議への出席を呼びかけ、意見や要望を聞き、話し合い、運営へ反映させている。	
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	月1回の業務ミーティングにて、職員間で日々のケアや業務についての意見交換を行い、改善に努める。	毎月のミーティングの際に、意見をやアイデアを聞いている。日頃よりコミュニケーションを図っており、意見などは出し易い雰囲気であり、意見等は検討し、改善へ努めている。	

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>入居者の担当を付け、介護計画のモニタリングを行っている。担当制により、情報の共有とチームワークの向上を目指している。</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>県、市及び連絡協議会、部会が開催する研修への参加を行いスキルアップを目指している。</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>地域密着部会にて、同業者間での意見、情報交換を行い、また職員交換研修等で、ケアの質向上を目指している。</p>		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援				
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>これまでの人生経験や価値観、特に生活習慣を把握した上で信頼関係作りに努め、会話時間を多く取る事で不安軽減に努めている。</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>アセスメント時に、家族の不安や要望を傾聴し信頼関係作りに努めている。</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>事前に自宅や施設に訪問を行い、本人や家族の要望を伺いながら、その人に必要な支援計画を作成している。</p>		
18	<p>○本人と共に過ごし支え合う関係</p> <p>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</p>	<p>洗濯物干しや調理下ごしらえに限らず、裁縫や編み物を入所者の方から教わり、職員も一緒に行っている。</p>		
19	<p>○本人と共に支え合う家族との関係</p> <p>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</p>	<p>ご家族にも、行事に参加していただき、本人様との時間を共有していただいている。</p>		

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う、支援に努めている	地区の行事への参加、地域のボランティア様の来苑を通し、昔なじみの友人との触れ合いを継続できる様支援させて貰っている。	今まで住んでいた地域の行事への参加や友人知人の面会、お墓参りなど継続な交流が出来るように支援している。	
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	談話スペースを設置し、その日意気の合った利用者様が会話できる環境を整える。また職員が間に入る事で、より円滑に利用者様間が関わられる様配慮している。		
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	入院で退去された方についても、面会を行い、ご家族と一緒に今後の展開や対応等を話し合う。		
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。	一人ひとりとコミュニケーションをとり、時間を掛け意思の把握に努める。困難な場合は、表情やしぐさ等で判断している。ご家族にも伺う。	入居者とじっくりと向き合い、コミュニケーションをとりながら、会話や反応から思いや意向を把握している。困難な方は質問への反応やしぐさ、家族からの情報から推し測っている。	
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	これまでの趣味や習慣を勘案し、また各認知症、症状を考え、一人ひとりのペースに合わせケアを行っている。		
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	日々の状態を観察、記録を行い、日常の作業に参加していただく中で残存機能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	利用者様にとって、必要なケアを見極める為、状態変化等があった時には話し合いを行い、介護計画に反映させている。	担当制をとっており、毎月担当者によるモニタリングを行い、毎月会議でカンファレンスを実施し全職員から意見を聞いている。計画の見直しは定期的を実施し、変化があればその都度見直しをしている。完成した介護計画は本人、家族に説明し了承いただいている。	

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	連絡ノートや介護記録を通し、職員間の情報共有を図っている。		
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	状態の変化に合わせて随時話し合い、サービスの見直しを行い、支援を行っている。		
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	地域の方からの生花や舞踊のボランティアに来院していただき、交流を行っている。		
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	協力医と連携し、状態変化があった時には、随時指示を仰ぎ、適切な医療が受けられるように支援を行っている。	ホームの協力医の他に、入居前からのかかりつけ医の医療が受診できる。半数以上が職員による通院介助である。往診に来てもらうこともある。	
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	看護師がいないため、情報や状態の変化を職員間で共有し、協力医に相談、指示を仰いでいる。		
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、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。	入院時には情報提供書を提出、入院中には、定期的に面会、訪問を行い、病状の経過確認、情報交換を行っている。		
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	重度の方については、医師、ご家族を交え緊急時の対応を話し合っているが、状態が安定している方については十分な協議が出来ていない。	重度化した場合には医師、家族と話し合い、本人にとって最適な方法を検討し、進めていくことにしている。普段から重度化について希望を聞いたりすることはしていない。	

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	平成27年4月に救急隊員出向にて心臓マッサージ、AEDの実践研修を受ける。 また9月に救急対応の内部研修を行う。		
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	年2回、通報、避難、消火訓練を行う。随時、運営推進会議、回覧板にて地域の方々、消防団の参加を募っている。	年二回、火災避難訓練を入居者参加で実施している。運営推進会議のメンバーや地域住民への訓練参加を呼び掛けている。	避難訓練は昼間想定のみでなく、夜間想定で実施し、職員の動きの確認をされてはどうか。また、すぐそばに川があることと考え、増水時のシュミレーション等を行ってはいかがでしょうか。
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	ミーティングにて接遇マナーの内部研修を行い、職員間で話し合う。	毎月のミーティング時に行っている研修にて「接遇マナー」について学んでいる。日頃は入居者を尊重し、入居者に合わせた言葉かけや対応をしている。排泄や入浴時にはプライバシーに配慮している。	
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	出来ること、出来ないことを見極め、本人の意思を尊重し選択していただいている。		
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し、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	家という事を第一に考え、可能な限り本人のペース、希望に沿った支援を心がけている。		
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	更衣時は、着る服を本人に選んでもらう。外出時も本人の好みに合った服装をしていただいている。		
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	職員と共に、食事の準備、後片付けを行っている。職員も検食を行い、利用者様と一緒に食事を食べている。	職員が食材を見て献立を決めている。入居者の好みや季節感を取り入れている。入居者の能力に応じて野菜の下拵えや食器洗い、拭きなどを一緒に行っている。職員も同じ食事を摂っている。	

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	食量、水分量を確認し、体重の増減、医師からの指示の基、食量の調整を行っている。		
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、介助及び自身で口腔ケアを行い、磨き残しがないか確認を行っている。また緑茶でのカテキン殺菌を行う。		
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	オムツ使用者についても、日中は可能な限りトイレ誘導、介助を行い、自尿を促す。また排泄チェック表を基に、個々の排尿リズムの把握に努める。	排泄チェック表を利用し、時間やしぐさを見極めトイレ誘導や声かけを行っている。昼間はトイレでの排泄としている。夜間は時間で声かけしたり、起きられた時に個々に介助をしている。	
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	確認が取れる範囲で、排便の有無を確認。間隔を見て腹部マッサージ、腹部の保温を行い便意を促す。場合により医師から処方を受けた緩下剤を服用していただく。		
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	本人の希望に沿って入浴を行い、拒否があっても無理強いせず、更衣、清拭を行う。	基本週三回の入浴としているが、希望があればいつでも出来る。拒否の場合は無理強いせず、時間を置いて声かけをしたり、違う職員が声かけたり、清拭に替えるなど工夫している。希望で同性介助の方もおられる。	
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	本人の生活習慣を大事にし、休息時間を設け、安眠が出来るように支援を行っている。		
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	受診後、服薬変更がある場合は連絡ノートにて周知している。また服薬セット時、服薬前に職員2人で確認、声だし確認を行っている。		

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	得意とされていた事や、趣味にされていた事を日常に取り入れ、レクリエーションや行事を企画している。		
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	午前中の時間を利用し、地域への散歩や外出の機会を設けている。またご家族の協力を貰い温泉に行かれる方も居られる。	近隣への散歩や地域行事、季節毎に花見やドライブに出かけている。出かけた先で買い物をされ、自分で支払う方もいる。家族の協力で温泉や外出に出かける入居者もいる。	
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	外出活動時には、物産館等で、自身で商品を選び、お金を支払って貰頂く支援を行っている。しかし、外出の機会が少ない。		
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	電話をかけたいと要望があれば、取次ぎを行っている。遠保の方には、こちらから連絡を行っている。		
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	季節に合わせ、花や飾りをリビングや談話スペースに飾り季節感を感じていただいている。またリビングに金魚水槽を置く事で鑑賞し楽しまれる。	季節感や地元の名所など、職員が撮った写真が廊下の壁を飾り、入居者や訪問者との話題づくりとなっている。リビングから出られる広い屋外には皆で育てている花や野菜のプランターが置かれている。	
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	居室以外にも、リビングや、少し場所を離れた談話スペースを作る。利用者同士で会話を楽しませている。		
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	各担当ごとに利用者様と相談しながら家具やタンスの配置を考え模様替えを行っている。また、趣味や活動で作った物を飾っている。	入居前から使用されていた家具や生活用品の持ち込みがしてある。家族の写真や自身の作品が飾られている。身体状況によって家具の配置がしてあり、居心地の良い居室作りの支援がしてある。	

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	分かりやすい表示や張り紙により、トイレ等の場所が分かるようにしている。		
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。 (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
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
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
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
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
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている。 (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
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
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
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：9, 10, 19)		○	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、生き生きと働いている。 (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

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 ニチイケアセンター水俣
 作成日 平成 28年 3月 15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組み内容	目標達成に要する期間
1	1	ホームを取り囲む家族や地域の方にも理念の啓発を行いたい。	今以上にホームへの理解や協力を頂く事ができ、より良い関係を構築できる。	理念については広報誌（ほほえみ便り）への記載や運営推進会議での発表を行い周知、伝播を目指す。 また施設側が近隣の方の参加を待つのではなく、自治会や地域の催し、ゴミ収集に積極的に参加を進める。	1ヶ月～
2	35	避難訓練について 夜間想定での非難、通報、消火訓練の現地について	夜間想定訓練を経験する事で有事の際、適切な対応をとることができる。	平成29年度も5月と11月に避難訓練を予定しており、夜間帯想定訓練の開催を予定する。 また地震や浸水被害時等、消防隊員の出向を頂きアドバイスを頂く。	6ヶ月～ 1年
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。