

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 29 年 2 月 16 日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3490200221		
法人名	ウェルフェア株式会社		
事業所名	みのりグループホーム川内		
所在地	広島市安佐南区川内1丁目22-55 082-830-0005		
自己評価作成日	平成 29 年 2 月 1 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UR	
------------	--

【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 29 年 2 月 15 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）】

認知症症状はもちろんのこと、その人のこれまでの生活や本人のこだわりを持続できるよう、体制を工夫し、本人本位の生活を送って頂いています。

【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）】

地域との交流、連携が深まり地域社会へ溶け込んだ生活が実現できている。認知症講座の開催や講師としての活動、地域との協働による認知症カフェの開催等、認知症専門の事業所として、啓発活動や社会貢献に努めている。事業所内では職員は共通の認識をもち利用者本位の支援を行うよう、利用者の意向や思いを把握して、利用者が今したい事を大切にされた支援が心掛けられている。また3度の食事が手作りされている。利用者の好みを取り入れた献立から、食材の買い出し、調理、片付けと共に行い同じテーブルを囲み、同じ食事をして会話も弾み、コーヒータイムもあり、日常生活の心とむ一時となっている。閑静な住宅地にあり、何時までも安心して暮らし続けられる事業所である。

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。	毎週月曜日に職員と理念の唱和を行っている	「家庭的な雰囲気を大切にし、ゆっくり楽しく明るい笑顔を心掛けましょう」を理念として掲げ、事業所内に掲示し、毎月曜日に唱和して職員の意識統一を図り、日々のケア活動での実践が目指されている。	
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。	犬の散歩中に寄って下さるご近所や、小学生が遊びに来てくれている。	地域行事(とんど、秋祭り、盆踊り、清掃活動)に積極的に参加したり、ボランティアの受け入れ、小学生との交流、中学生の職場体験受け入れ、また中学校の講師、地域で認知症講座(年3~4回)や認知症カフェを行い啓発活動に努め社会貢献を図っている。地域社会との交流連携も深まり地域に溶け込んだ生活が実現できている。	
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。	毎年3~4回程度、同地区で認知症講座を開催している。又、昨年より認知症カフェを行っている		
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。	運営推進会議の場での意見をとり入れ、実践している。	年6回運営推進会議を開催している。参加メンバーは町内会会長、副会長、地域包括支援センター職員、民生委員、下中調子福祉副部長、他事業所職員、当事業所職員などで事業所の現状報告や地域での話題や意見、提案など気軽に話し合い活発な意見交換が行われている。	
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り組んでいる。	包括支援センターとは普段から立ち寄り頂いたり、分からないことがあれば、お互いに情報交換している。	高齢福祉課、介護保険課とは積極的に連絡を取り協力関係を築いている。相談事に応じてもらったり、勉強会に参加したり、認知症講座開催の受託など、良好な連携づくりに努めている。	
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。	毎年、身体拘束などの勉強会を行い、啓発を図っている。又、その都度話し合っている。	毎年1回は勉強会を行い、知識の周知徹底を図り身体拘束をしないケアに取り組んでいる。玄関は夜間を除き開放し見守りを密にして対応している。	
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。	毎年、虐待などの勉強会を行い、啓発を図っている。又、その都度話し合っている。		

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に支援している。	成年後見を利用している入居者もいることから、普段から情報共有など図っている。		
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。	契約の前に見学等で話し合っている。		
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。	ご家族の面会が多く、その都度話し意見を聴いている	日頃より家族の面会が多く、利用者の様子を伝え、意見や要望を聞くように努めている。家族会も年1回食事会として行われ、和気あいあいと会話が弾み意見交換も行われている。毎月の請求書送付時には利用者の様子を手紙にて伝えている。意見や苦情に対しては、事業所直接、第三者窓口を明記している。	
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。	職員会議とは別に、朝礼などでも意見を言いやすい環境を整えている。意見があれば、なるべく早く対応している	事業所内の人間関係は良好で、意見や要望は直接言い易い関係を築いている。ミーティングや定例会議でも、意見や要望の引き出しに努め運営に反映させている。	
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。			
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。	OJTを基本に外部研修、内部研修など行っている。		
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り組みをしている。	会社全体での研修計画を立案、実施している。		

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
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。	見学時などに要望を聴き、実践している。		
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。	ご家族との面談を多く持っている。		
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。	入居時は行動制限を極力せず、ご本人本位の生活をまず、見させて頂いている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	過誤に認知症扱いするのではなく、ご近所付き合いのような横と横の関係を意識的に取り組んでいる。		
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。	家族会などの機会を設け、これまで通りの関係を崩さないよう取り組んでいる。		
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。	以前住まれていた場所へ行ったり、ご近所の方に会いに出かけている。	一時帰宅や墓参り、自宅周辺へのドライブ、友人、知人の面会など馴染みの人や場所との関係が途切れない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。	あからさまな仲介をするのではなく、あくまで入居者さんのプライベートだと認識して取り組んでいる。		
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。	入院などで契約解除になった場合でも、次の施設を紹介している。		

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。	業務よりも会話を優先することを心がけている。その為、ニーズが出たときは、素早く対応している。	入居時の情報の他に、入居後の会話やケア活動、観察で得た思いや意向はケアノートに記入し、職員間で共有しケア活動に活かしている。思いや要望の内容によっては先延ばしせず素早く対応す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。	人生史、アセスメントシートの他にケアノートを使用し、情報把握に努めている。		
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。	その日の朝に、昨日からの情報を共有し、状況に合わせて対応している。		
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。	必要時、ご家族と話し合ってからケアプランを作成している。	最初の介護計画は医療情報やアセスメント情報を基に、利用者、ご家族の意見を取り入れて暫定介護計画を策定している。1か月後にモニタリングを行い、ケア会議で話し合い介護計画を確定している。その後は3か月毎にモニタリングを行い、ケア会議で検討を重ね、必要に応じて介護計画の変更を行い、ご家族の了解を得ている。	
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。	ケアノートなど活用している。		
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。	一元的にならない様個別の対応に取り組んでいる。		
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。	以前住まわれていた、自治体の方が面会に来られたり、自治体の清掃活動に参加している。		
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、納得が得られたか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。	入居したからといって、事業所の連携医に移しておらず、本人、ご家族と相談しながら対応している。	これまでのかかりつけ医の継続受診が可能となっている。体調に応じて協力医(内科)へ変更されるケースもある。協力医による2週ごとの往診が行われている。歯科医による往診も月1回あり、必要に応じて利用されている。家族と相談して他科への受診も支援されている。	

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。	適宜、医療機関と連携している。		
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、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。	入院時サマリーを作成したり、入院中に食事介助に通ったりと、退院後も安心して頂くよう努力している。		
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。	看取りの経験もあることから、入居時の時から話し合っている。	入居時に事業所として出来ることを伝え、利用者、ご家族と話し合いを行っている。段階に応じて話し合いを重ね、方針を共有し利用者や家族の希望に添えるように対応している。これまで3件の看取りが行われている。	
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。	感染症など、必要時研修を行っている。		
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。	年2階の避難訓練等行っている。	年2回専門業者立会いの下に夜間想定も含めた火災避難訓練を実施している。運営推進会議を通して災害時の協力要請が行われ、協力関係が築かれている。緊急時の非常食も備蓄され、近隣の介護施設とは災害発生時に相互協力関係が築かれている。	
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。	職員とはその場で話し合うことを実践している。	接遇マナーの勉強会や研修会で対応の仕方を学んでいる。事業所内でも職員同士で注意しあう事もある。トイレ誘導の声掛けや排泄の支援時には、プライドやプライバシーに配慮するよう心掛けている。	
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。	職員本位にならないように、職員同士が話し合っている。		
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。	朝礼の時間を定めないなどの工夫を凝らし、その方のリズムなどを大切にしている。		

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
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。	食事後に汚れていれば着替えて頂いたり、その場に合った服装を心がけている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	全員ではないが、出来る方など一緒に行っている。	3度の食事が手作りされている。利用者の好みを取り入れながら、献立から買い出し、調理、片付けまで事業所内で行い、利用者も出来ることは職員と共に行っている。利用者も職員も同じテーブルを囲み、同じ食事をして会話が弾み楽しいひと時となっている。家庭菜園があり旬の野菜も取り入れられている。	
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。	必要時、記録に残している。		
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。	個人によって、歯ブラシの形状を変えたり、随時医療機関と相談している。		
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。	オムツの人はおらず、又トイレも使用せず、なるべくトイレに座って頂きよう心掛けている。	利用者一人一人の排泄のパターンの把握に努めプライドやプライバシーに配慮した、声掛けやトイレ誘導を行っている。排泄はなるべくトイレで行えるように支援されている。	
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。	すぐに薬に頼るのではなく、牛乳など乳製品を試している。		
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。	入浴して頂くことと同時に、断る自由も念頭に入れながら声掛けを行っている。	週2~3回の入浴が出来るように支援されている。利用者の希望に応じ毎日の入浴も出来るようになってきている。入浴を嫌がる人は声掛けするタイミングを変えたり、人を変えたりして本人が納得して入浴してもらえるように工夫している。時には入浴剤を使用したり、柚子湯など利用者に楽しんでもらえるように支援している。	
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。	消灯時間など時間を設けていない。		
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。	薬が変わった時は、別紙記録に記入するなど細かな変化を共有し、ドクターに相談している。		

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。	毎日の散歩、買い物ができる。又希望時はドライブ等も行っている。		
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。	本人希望であれば、釣り、県外なども行っている。	食材の買い出しや散歩、ドライブなど気軽に職員と共に外出している。利用者の希望に応じた、外食の為の外出や家庭菜園での作業、リビングに続くウッドデッキでのお茶タイムや日光浴等、事業所内に籠らず、戸外で過ごす時間を増やすよう支援されている。	
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。	本人の希望で財布を持っているかたがられる。		
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。	ご家族へ年賀状や、電話は随時出来る環境になっている。		
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。	窓やドアを解放しており、比較的明るく、風通しも良い。	明るく開放的なリビング、ダイニングの外側にはウッドデッキ、家庭菜園が続いている。リビングには食卓テーブルやソファ、いす、小上がりの和室、テレビ、壁には利用者手作りの作品や行事の写真などが飾られていて思い思いの場所でくつろいで過ごすことができる。3か所の同じ造りのトイレや洗面所、浴室、廊下、各居室がワンフロアで繋がっていて、木目調で全体的にゆったりとしたつくりになっている。	
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。	居室に他入居者を誘われた際は、お茶を持っていたり、入居者同士の関係も考慮している。		
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。	なるべく自宅から使い慣れたモノを入れて頂いている。	各居室には介護用ベット3タイプの収納家具、冷暖房設備、照明器具、カーテンが備わっている。利用者は使い慣れた日用品や思い出の品を持ち込み、家具類の配置を変えたりしてその人らしく過ごせることが出来るように工夫されている。	
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。	その方に合わせた安全への配慮を行っている。		

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。	○	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="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="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="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="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="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="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="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 ()

2 目標達成計画

事業所:みのりグループホーム川内

作成日 平成 29年 2月 25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	13	職員を育てる取組について、職員個々によるOJTに頼っているのが現状。	職員教育の理念等を共有し、チームで職員教育を担っていける環境を整備する。	中堅職員を外部研修に積極的に参加して頂き、伝達研修などベテラン職員と一緒に組み立てていく	1年
2	14	同業者との交流を今以上に増やす。	管理者同士の交流以外に、職員同士の交流の場を設ける。	近隣施設と職員交換研修を計画、実行する。	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。