

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 25 年 1 月 21 日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3492500149
法人名	有限会社 トツツ
事業所名	グループホームふぁみりい豊栄
所在地	広島県東広島市豊栄町鍛冶屋908番地 (電話) 082-420-3313
自己評価作成日	平成 25 年 1 月 11 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 25年 1月 21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）】

優しさと笑顔を持って利用者様と触れ合い（一人一人がプロとしての自覚を持ち）地域の皆様のニーズに応えるよう努力します。

【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）】

平成22年12月に開設され、2年目を迎えた真新しいグループホームである。同法人の併設デイサービスと協力し、高齢化や独居が進んでいる地域のニーズに応えられるグループホームを目指している。利用者は、地域ボランティアの来所や地域行事に参加をして楽しみながら、ふれあい・交流を深めている。職員は、いつも元気で笑顔を忘れず、ゆったり・のんびりと家庭的な雰囲気の中で利用者の穏やかな生活に寄り添っている。

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
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。	開設1年を迎え新しい理念を職員で作り共有し、努力している。	法人理念の下、開設時に職員が話し合い打ち立てたホーム独自の理念「優しさで笑顔を持って利用者様と触れ合い、一人ひとりがプロとしての自覚を持ち、地域の皆様のニーズに応えられるよう努力します」を掲げている。職員は理念に基づき日頃のケアに取り組んでいる。又、この理念は当ホームのパンフレットにも大きく明記されている。	
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。	地域在住の職員より地域の情報を得ながら進んで行事参加を心がけている。	地域のボランティアの方々の、年5～6回来所による踊りや演奏会等でのふれあいの他、近くの加茂北高校の文化祭で神楽を見たり、豊栄中学校で吹奏楽を聴きに出向くなど積極的に交流を深めている。又、地域行事の「とんど」にも参加している。	
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。	地域の行事に参加することで認知症への理解の情報発信している。		
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。	利用状況や利用者の状況などを確認し意見交換を行ない次のステップに活かしている。	年6回運営推進会議を開催している。活動報告や意見交換を中心に行われ、サービスの質の向上に繋げている。参加メンバーは、鍛冶屋地区長、鍛冶屋地区副長、市役所職員、利用者家族、ホーム職員、併設デイサービス職員となっている。	地域の情報収集や地域の方々の運営推進会議への参加を増やす為にも、地域との関わりが深い民生委員の参加を促すことを期待する。
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。	認知 症 デ イ サ ー ビ スの利用方法等に対する取り組みなどを相談させて頂いている。	運営推進会議には毎回、市職員が参加しており相談や意見交換が気軽に行われる関係を築いている。又、2カ月に1回実施される「北部地域包括ケア会議」にも参加をし、協力関係を築いている。	
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。	理解し実践している。(玄関の鍵やベッド柵・向精神薬など必要のないものは使用せず飲ませないをモットーにケアを行なっている)	職員は、毎年研修を受けることが定められている。「身体拘束をしないケア」について全職員が理解をし、言葉がけなどの注意を払い、実践している。玄関の施錠は夜間のみとされ、日中は見守りを徹底して、鍵をかけないケアに取り組んでいる。	
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。	年1回内部研修を行ない事業所内の様子など日々のミニカンファレンスの中で話し合い、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。	自立に向けてのサービスを日々のミニカンファレンスの中で意見交換をし問題があれば職員会議で取り上げている。		
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。	家族の話を聴きながら、本人、家族に説明をし了解をいただく。		
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。	交代で運営推進会議の参加をしてもらい(家族)現状報告をしている。職員の意識統一の為、職員会議やミニカンファレンス等で報告している。	運営推進会議に毎回家族の参加があり、意見交換が行われている。この会議で直接意見や要望を聞くことに職員は力を入れており、会議開催日には参加家族の送迎サービスをする事もある。又、毎月職員手作りの「ふぁみりい豊栄通信」を発行している。	
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。	月1回の職員会議や日々のミーティングにおいて意見・提案を聴き業務に反映できるように心掛けている。	日常的な、ミニカンファレンスや月1回の職員会議で意見や提案を聞く機会を設けている。又、日頃から職員間のコミュニケーションが密に取られており、気付いた事などは何でも話し合える関係を築き、意見・提案は可能な限り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。	月1回の職員会議などで意見交換をし改善が必要なものは本部に報告を行ない改善等に努めている。		
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。	内外研修の参加を推進するため研修予定を貼りだし、自主的に参加するよう努めている。		
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。	同系列事業所の交流会に参加し勉強会・意見交流会を行なっている。		

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
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。	本人との話の中で状況確認をしっかりと行い、不安を取り除け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。	初回アセスメントをしっかりと聴き取り要望等を傾聴する。		
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。	本人・家族の要望を傾聴し必要とされるサービスをアドバイスし、家族様に選択して頂いている。		
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。	本人ができる事、一緒にする事などケアプランに取り入れ共に生活が出来るよう努めている。		
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。	面会時やモニタリング、日々のコミュニケーションでそれぞれの思いを傾聴しながら共に支えていくことができるように努めている。		
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。	入所している為難しいところもあるがいつでも訪問して頂けるよう声かけをしている。	家族の訪問や入所前まで通院していた病院への送迎など、利用者がこれまで馴染みとしていた人や場所との関係継続に努めている。	
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。	利用者様同士の声掛けや職員が間に入り関わりを持つ事により支え合えるような支援に努めています。		
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。	入院中も家族と連絡をとり、本人の様子や本人・家族のフォロー、相談、支援に努めている。		

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
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。	会話の中からも本人の意見を傾聴し自分の出来ることの共に検討している。	利用者との日常の会話や表情などから、思いや意向の把握に努め、その情報は日誌に細かく書き留めている。職員会議やミニカンファレンス等で話し合い、共有し、利用者の思いに沿った支援を心掛けている。	
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。	生活歴や馴染みの物を大切な情報とし家族の協力を得る。		
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。	家族との連携を密にし状況把握に努める。		
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。	職員のミーティングや担当者会議を通じ利用者状況確認を行い、介護計画を作成している。	本人や家族、関係者と話し合い介護計画が作成されている。「施設介護支援経過」や日誌を基に、毎月モニタリングを行い職員会議等話し合いをもち、介護計画の継続又は、変更の判断をしている。変化があった場合など必要に応じて、その都度変更を行い、現状に即した介護計画となっている。	
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。	毎日の様子を職員間で連携を図りながら、変化や気づきを経過記録に記入し介護計画の見直しに生かしている。		
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。	本人や家族の状況に応じ必要なサービスを家族に提案している(他施設の利用等)		
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。	民生委員・町内会の方などに運営推進会議の中で相談し町内行事は参加している。		
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。	契約時、主治医の確認を行ない、家族対応が難しい場合は同行受診介助を行なっている。	いま現在の利用者は、希望するかかりつけ医の継続受診となっている。希望がない場合でも協力医療機関での医療が受けられるようになっている。基本的にかかりつけ医への受診支援は家族となっているが、職員による受診介助も行われている。又、併設デイサービスに看護師職員がおり、緊急時の対応にも安心して心強い。	

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。	介護職員と看護職員との連携をとり変化や気づきを相談し適切な支援が出来るようにしている。		
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。	医療連携室のswと連携をとり情報交換を行なっている。(退院時のカンファレンスが出来るよう依頼している)		
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、事業所で行え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。	現在、ターミナルの方はいませんが車椅子の方や体調変化が著しい方がおられます。家族の方と密に連絡を取り、病院担当者との連携を図っている。	契約時に、本人・家族と話し合いをしている。入院や体調の変化など状況に応じて、本人・家族、かかりつけ医など関係者と話し合い、方針を決め、共有している。又、利用者各々のかかりつけ医等の連絡先情報を一つのシートに分かり易くまとめてあり、緊急時に迅速な対応が出来る様になっている。	契約書には「重度化や終末期のあり方」についての標記がされていないので、早期に指針を定め同意書等で明確にすることを期待したい。
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。	消防署の協力のもと年2回訓練を行なっている。		
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。	運営推進会議等で防災等の協力をお願いしている。	年2回消防署立ち合いの下、併設デイサービスと共同で避難訓練を実施している。運営推進会議等で災害時の協力もお願いしている。又、来月(2月)には、夜間想定訓練も予定されている。	
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。	利用者のプライドを傷つけない声かけにて対応している。	利用者一人ひとりの人格や個性を尊重し、日常の声掛けなどの対応を意識し心掛けている。個人情報の管理は、施錠できる専用の棚で管理されている。	
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。	日々の生活の中で利用者本人の意思で過ごせるよう声かけ・見守り支援を行なっている。		
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。	一人ひとりの思いやペースを大切にしながら日々が楽しく過ごせるよう支援しています。		

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。	月1回移動散髪屋さんの訪問がある。		
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。	外注配食サービスを利用していますが、行事食や季節に合った食事を利用者様と共に作成し盛り付け、片付けて行なっています。	外部委託により、品数も多く美味しい食事が提供されている。利用者の状態に応じて、刻み食などの対応も行われている。誕生日やクリスマスなどの行事には、利用者と職員が一緒に楽しみながらケーキのデコレーションをしている。又、鍋の季節には、利用者と職員が一緒に鍋を囲むなど、食事を楽しむ工夫がみられる。	
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。	毎日の食事量・水分量のチェックを行ない、水分に関しては1日1000～1500ml位を目標にしています。		
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、一人ひとりの口腔状態に対応したケアを行なっています。		
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。	排泄記録や一人ひとりの行動パターンや状態を知ることに対応方法を検討・支援しています。	排泄記録を基に、排泄パターンを把握し、トイレ誘導などを行い、利用者一人ひとりに合った排泄介助支援を行っている。	
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。	水分補給やヨーグルト等排便しやすい食物を提供、また、個々にあった運動により腸の活性化を図っています。		
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。	本人の身体状況や時間帯など、また、Ns判断により個人に応じた入浴支援を行なっています。	利用者の体調や希望に応じて、いつでも入浴可能となっている。最低でも週2回は入浴して頂き、清潔が保てるよう支援している。又、気分転換に入浴剤を入れるなど、入浴を楽しんでもらえる様に支援している。	
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。	利用者の様子を見ながら、その時々状況に合わせて休息の声掛けをしています。		
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。	夜勤者による配薬(1日分の薬のセット)や薬情を基にカンファレンス等により確認を行なっています。(解らない事があれば主治医・薬剤師に指導を受けています)		

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
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。	役割分担をする事により施設の一員である喜びやドライブ、外出等の気分転換を行なっています。		
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。	利用者様の意向によりドライブや買い物、地域での行事参加をすることにより外出を行なっています。	気候の良い時には、気軽に散歩やドライブに出掛けている。地域の行事やホームの行事、買い物や通院等、外出支援を行っている。	
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。	殆んどの方はお金を持たれていません。持たれている方には一緒に買い物等に同行し支払って頂く様支援しています。		
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。	自ら電話をされることは殆んどなく新聞の送付や来所時近況報告をさせて頂いています。		
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。	本人の体調や家族・本人の希望に合わせ空調・空間作りを行なっています。	明かり取りの窓から、優しい光が降り注ぐリビング・ダイニングには、二つのテーブル、ソファ、大型テレビが置かれている。ここから居室や浴室、トイレまでの全てがバリアフリーでゆったりとした広さで繋がっている。壁には、利用者と職員が一緒に作った季節の作品などが綺麗に飾られ、季節感漂う共用スペースとなっている。	
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。	机の配置を変えるなど一人やグループの会話を楽しむことができるように配慮しています。		
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。	本人、家族と相談しながら過ごしやすく使いやすい居室作り心掛ける工夫をしています。	居室には、レンタルベッド、整理ダンス、クローゼット、エアコンが備えられている。使い慣れた物や生活用品が自由に持ち込まれ、利用者が望む、居心地の良い居室となっている。	
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。	手摺りや福祉用具を利用して、一人での移動や場所確認が安全にして頂く。		

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	☐	① 運営者、管理者、職員でサービス評価の意義について話合った
		☐	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合った
		☐	③ 市町へ評価結果を提出し、現場の状況を話合った
		☐	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 グループホーム ふぁみりい豊栄

作成日 平成 25 年 2 月 1 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	4	地域の情報収集や地域の方々の運営推進会議への参加を増やすためにも地域との関わりが深い民生委員の参加を促すことを期待する。	民生委員と関わる事により地域の情報収集や運営推進会議の資質向上が図れるよう努力する。	社会福祉協議会に出向き民生委員会議に参加させて頂き当事業所の見学や施設行事等に地域の人が進んで参加できる声掛けをします。又、運営推進会議の参加の声掛けを行ないます。	早急に民生委員会議を調べ、関係作りの構築を図る。6か月
2	33	契約書には「重度化や終末期のあり方」についての標記がされていないので、早期に指針を定め同意書等で明確にすることを期待したい。	家族様とのトラブル回避の為、契約時より家族や主治医等と終末期のあり方・今後の方針を同意書により表示する。	当事業所の対応可能な範囲を家族様と検討し重度化や終末期のあり方を同意書にて標記する。	6か月
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。