

## 1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成25年2月10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 (電話) 082-830-0005
自己評価作成日	平成 25年 1月 16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）】

出来る限り、ご本人の言葉を汲み取り、即実践を心掛けています。又、入居者、職員の関係が、介護する側、される側だけの関係にならないよう、ご本人の「一人になりたい時間」や、「その方のこだわり」を大切にしたり、過度な管理を省くなど、近所付き合いの関係を目指しています

※ 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2月8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）】

この事業所の特徴の一つは、運営推進会議に地元町内会から多く出席いただき、地域とともに事業所運営を進めるようとする意欲が伺われる。地域の行事に利用者・職員共々参加したり、地域と一緒に防災避難体制づくりをすすめたり、地域のサロンづくりの相談にのるなど、徐々に実を結んでいる。特に強調したい特徴の一つは、「利用者一人ひとり」の意向の尊重とその為のケア実践である。利用者が外出しようとするや即察知しそっと付き添って出かけたり、利用者の外出希望があれば、その都度お連れするなど、利用者それぞれの行動意思を尊重した支援を即実践することで、利用者の意思表示や行動への意欲が生まれているように思える。今後も地域の認知症対応事業所として、地域貢献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。	毎週、唱和し、徹底している。又、会議でこれまでのみでの出来事を振り返る事で共有できる環境を整えている	事業所の開設時に職員が話し合って施設理念「家庭的な雰囲気大切に、ゆっくり楽しく、明るい笑顔が心がけましょう」を作成した。理念は事務室に掲示して唱和を行っている。また、理念を実現するため、職員の話し合いを行っており、職員自身が自分の役割を考え、協調しながら自主的に動いている。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している。	認知症講座を毎月行い、相談、支援している。又、清掃活動などにも参加している。又、散歩時やスーパーでも気軽に話しかけて下さり、交流がある。近所の方が犬の散歩途中で寄って下さる。	町内会から複数人の運営推進会議への出席をいただいたり、町内のお祭り・清掃活動・盆踊りなどの行事に参加して交流している。周辺地域で認知症講座を毎月実施して地域の方々に参加していただいている。また、地域のボランティアの方々の協力で、手品・歌・オカリナなどのレクリエーションを事業所で行なっていたい。	
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。	地域からの依頼で講座を行い、相談、支援している。		
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績、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。	毎回10名近くの地域の方に参加頂いており、情報交換している。地域から「サロンをやって欲しい」との依頼があり、一緒に準備をしている	2ヶ月毎に会議を開催し、町内会から7～10名・民生委員・地域包括支援センター職員に参加いただいている他、適時、消防署や市からも参加をいただいている。会議では事業所の状況や行事報告を行ったり、地域からの要望について相談などを行なっている。	時には家族・利用者・ボランティア・近隣同業事業者など、多様な関係者にも参加をいただくよう、一層の工夫を期待したい。
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。	市からの依頼で講座を開いたり、相談を頂く度に施設紹介等行っている。	市からの依頼で認知症講座の講師を行ったり、市の会合に参加している。また、市や区の担当者に不明点を電話相談するなど、連携してサービス向上に役立っている。	
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。	外部研修を受けた者が、施設内研修を行う事で意識向上に努めていると共に、適宜、話し合っている。外に出る方は止める事がなく一緒に歩いたり、抑制しない体制を整備している。	毎年、外部研修に職員が参加し、事業所内でも研修を実施し、職員は理解している。また、気づきがあれば、指摘したり・対応を話し合っ、身体拘束をしないケアの実践を行なっている。玄関の施錠はしないケアを行なっており、利用者の外出要望には職員が常時気を配り、寄り添っている。	
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。	外部研修を受けた者が、施設内研修を行う事で意識向上に努めていると共に、適宜、話し合っている。外に出る方は止める事がなく一緒に歩いたり、抑制しない体制を整備している。		

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
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。	権利擁護の院内研修を実施し、理解の向上を図っている		
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。	入居時だけでなく、適宜、計画作成担当と共に、説明し、納得していただく努力をしている		
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。	家族からの意見はその時に解決を図るよう努めている。その声を元に毎月、近況報告をしている	家族の面会時や電話によって、相談・依頼・意見などを受けている。体調や生活状況は毎月電話や自筆の手紙等でお知らせをしている。家族の面会頻度は多い場合は毎日、少ない場合でも1～2ヶ月に1回は面会があり、家族から直接意見要望を受けることが多く、誠実に対応している。	
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。	職員会議以外でも随時話し合う事があり、反映している	毎日の申し送り時や毎月の職員会議、また随時行うミーティングで職員の意見を聞いている。また個人面談を半年毎に行い、個別に意見も聞き、可能な限り運営に反映させている。管理者は2ヶ月毎の本社会議に参加、法人代表が事業所を訪問するなどして経営者と情報を共有している。	
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。	体制など分かり易く公表している		
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。	年間計画書を作成し、研修等を実施している。又、外部研修を閲覧し、希望者が参加出来る様にしている		
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。	施設間での職員交換研修を実施。又、学生などの実習も積極的に受け入れている		

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
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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。	ご本人の声に振り回される事を念頭に、過ごしている		
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。	写真と手紙を送ったり、細めに電話し、状況を伝えている		
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。	ニーズを何度も確認している		
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。	立ち位置、姿勢、空気それぞれを意識し相手の距離感から物事を進めている		
19		○本人と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。	家族のニーズとご本人のニーズのすり合わせをしっかりと行い、情報共有したり、その都度話し合っている		
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。	住み慣れた地域に出向いたり、近所の方が来られる	家族と協力しながら、一時帰宅や思い出の場所の訪問、お墓参りなどを支援している。家族の面会は以前より増えて、多い場合は毎日訪問いただいている。利用者の近所の人の訪問もある。希望があれば手紙や電話での支援も行なっている。	
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。	入居者同士の関係には過度に介入せず、見守る事でそれぞれの関係が構築するのを支援している		
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。	入院後の施設の紹介など行っている		

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
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。	随時把握し、実践している	アセスメントシートと人生史をまとめることで把握に努めている。お茶や入浴時など、普段の利用者との会話や介助の中での気付きや会話を利用者個別のファイルや申し送りノートに記録するとともに、アセスメントシートや人生史の更新・追記し共有化している。把握した意向は日常ケアや計画見直しに活かしている。	
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」を作成し、本人のこれまでの生活を知る事で、こだわり等知るよう努めている		
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。	雨が降っていても散歩したり、その人のその時の気分併せている		
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。	3ヶ月毎に作成し、担当者等を踏まえ話し合い、実践している。又必要に応じて随時話し合いの場を設けている	最初の1ヶ月は仮計画を作成している。1ヶ月の間の経過を見ながら詳しく情報収集を行い、本格介護計画を作成している。計画進捗状況のフォローは「毎日の目標」チェックと、3ヶ月毎の「モニタリングシート」で行なわれる。これをベースに6ヶ月ごとの計画見直しが行なわれている。家族の要望は面会時の話し合いや電話でお聞きし、介護計画に反映し、了承を得ている。	
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。	ノートを作成し、気づき等はすぐに記入し、共有に努めている		
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。	家族の協力の下、自宅から通われたり、家族の方が泊まられたりと、柔軟に対応している		
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。	料理教室に出掛けたり、祭りの準備から参加している		
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。	家族、ドクター、施設職員3者で話し合いの場を設け、その都度ニーズを確認している	契約時に医療支援について説明と話し合いを持って、かかりつけ医を決めている。通院は家族と相談・協力しながら支援を行い、家族と医療情報を共有している。事業所の協力医からは毎週事業所へ往診していただいている。	

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。	現在看護師は在中しておらず、主治医の看護師と連携を図っている		
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。	入院期間中も頻回にお見舞いに通い、看護師などからも情報を聞いている。又、ご家族の意見も考慮しながら退院日を決めている		
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、事業所ですることができることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	早めから終末期の話をしている	契約時に過去の事業所での事例を説明し、支援の範囲を説明している。利用者の状況や医師のアドバイスに基づき、家族と話し合い、以後の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。	研修を行ったり、実際に緊張した雰囲気の中で練習している		
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回消防訓練、避難訓練を行っている	昨年は6月と12月に訓練を行い、そのうち1回は消防署指導の下で行った。夜間出火の想定で消火設備業者とも共同で訓練し、避難は利用者も参加した。洪水発生時は近隣の建物への避難することとなり、町内会とは防災協定を結ぶ準備を進め、年1回行われている町内の訓練にも来期から予定するなど、地域との協力関係も構築している。	
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。	同性介助を基本とし、相手の表情や言葉で担当者を変更して対応している	人格の尊重・プライバシーに関して、毎年、職員が外部研修を受講し、その内容を事業所内で講習し、職員教育を行なっている。利用者の気持ちを尊重して、介助方法や担当者を変更する対応を行なっている。個人情報ファイルは所定のキャビネットに保管し、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。	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。	食事の時間も流動的に行っており、ご本人のペースを優先にしている		

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。	介助し易い服選びではなく、普段着や外出する時はご本人の嗜好を選んで頂いている		
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。	嫌いな物などは別の料理を作っているし、毎食作るので、極力手伝って頂いている	利用者と職員と一緒にテーブルを囲んで食事をいただいている。希望する利用者は調理や後片付けも職員と一緒にこなしている。献立や食材調達も事業所で行い、希望する利用者は職員と共に買い出しにも行く。テーブルを囲んで鍋・焼肉・焼きそばなどで楽しむこともある。食べたいものがあれば利用者を外食へお連れすることもある。	
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。	必要時はチェック表を用いて情報共有を促している		
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。	行っている		
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。	これまでリハパンだった方も、現在は布パンツになるなど、その都度柔軟に対応している	排泄チェック表に記録して傾向を把握したり、利用者の様子から判断するなどして、トイレ誘導を行なっている。過度に用具を使わず、布パンツに戻せると判断できれば布パンツに戻すようにしている。「畑仕事のために布パンツにする」といった目的意識を利用者に持っていただいて、自立に取り組んだこともある。	
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。	ドクターと相談の上、薬の処方や、職員によるマッサージやお茶を一緒にのむ等の対応をしている		
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。	基本的な時間はあるが、必ずではなく、ご本人の意向に任せている	2日に1回、午後を基本として案内し、「1人で入りたい」「毎日入りたい」などの要望にも応えている。ゆずや入浴剤を利用して気持ちよく入っていただける工夫をしている。職員と1対1の会話を楽しめる時間にもなっている。	
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。	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。	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
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。	「今の今を大切に」をスローガンにその時にしたニーズにはその場で答えられる環境を整備している。		
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。	急に飛び出される方でもその方が満足するまで付き合っている	利用者が自らの意志で近くの神社へお参りに出かけたり、散歩に出かけようとした時は、職員が察して付き添うようにしている。意思表示のない利用者も様子から察して声掛けて外出している。こうした散歩や買い物、外食などは希望に応じてひとりずつ対応し利用者に寄り添っている。事業所の敷地には畑や花壇があり、利用者と職員が手入れを行なっている。	
50		○お金の所持や使うことへの支援 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。	個人財布を持っている方もおられ、自由に買物とかで使っている		
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。	自由に使っている		
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。	清潔を入居者と一緒に保つよう分担して掃除や飾り付けを行っている。	リビング、廊下、バス、トイレ、いずれも比較的ゆったりした広さがあり、清潔に保たれている。リビングの南側にはテラスまたはバルコニーがあり、手軽に外気に触れ景色も見る事ができる。自然光も十分室内に取り入れられている。壁やテーブルには手作りの飾り付けや作品、写真などが飾られている。リビングのテーブルは食事だけではなく、洗濯物をたたんだり、様々な共同作業がしやすいようにレイアウトされている。	
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。	ご本人の部屋へは配慮して、勝手に入らないなど「1人」の時間を邪魔しないよう心掛けている		
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。	入居する前から暮らしていた家や部屋を見せて頂き、家具や干している服など細かな所まで再現したりしている	備え付けのベッドとタンス・クローゼットに加えて、利用者それぞれに馴染みの家具やテレビなどが持ち込まれ、写真や作品・贈り物などが飾られている。利用者によっては、これまで暮らしていた家や部屋の内部を家具や洋服などの配置(写真で)で再現し、利用者に安心感を与えるよう配慮されている。	
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。	介護4で入居された方でも「したい事」を止めず、見守るうちに介護2になっている		



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 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

作成日 平成 25 年 2 月 14 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	1	ケアの統一	介護観の共有	スタッフ間で話し合える研修を増やす、OJT、交換実習	1 2 か月
2	1	職員の体制作り	価値観の共有	研修、OJT、	7 ヶ月
3	3	地域との関わりが少ない	行きつけの場所や馴染みの場所に出向く、又は作る	地域事業の準備から参加。飲食店など通い、顔なじみになる	1 2 か月
4	4	運営推進会議の参加者	入居者、家族を交えての交流を図る	家族代表の選定、決定	1 2 か月
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。