

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 24 年 11 月 11 日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3492500123
法人名	有限会社 トツツ
事業所名	グループホーム ふぁみりい黒瀬
所在地	東広島市黒瀬町榎原262-6 電話（0823）81-0375
自己評価作成日	平成24年10月25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）】

ゆったり、のんびりとしたケアができています。

※ 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 24 年 11 月 7 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）】

平成22年11月に開設した2年目を迎えるグループホームである。
併設の同法人「小規模多機能ホーム」は、以前から地域密着型として基盤を築いており、新たに開設された当ホームは、それぞれ異なる特色やサービスを提供する小規模多機能ホームと常に協力し合い、固定化されたサービスの枠を超え、それぞれが備え持つ力を状況に応じて適切に活かすことにより、より良い介護サービスを目指し、全職員で日々のケアに取り組んでいる。
職員は「介護福祉士」の資格を修得後、正社員となることが出来る法人システムにより、職員のやる気・レベルアップにも繋がり、利用者一人ひとりに対して、更に質の高い介護サービスが提供出来るように努めている。
利用者の声に常に耳を傾け、利用者の思いや希望を第一に考え、当ホーム名でもある『ふぁみりい＝家族』の様に、利用者を温かく優しく見守りながら穏やかに過ごしているホームである。

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。	利用者さん本人の居場所・存在感のある生活をして頂くように支援していく。	これまでは、併設の小規模多機能ホームと共通の理念でもある「住み慣れた地域でファミリーのような、自分らしく存在感のある生活を」掲げていた。今回新たに着任した管理者の提案で、全職員が自ら理想とするケアについて意見や希望を出し合い話し合っって打ち立てた理念「ホッと出来る場所で自分らしく楽しく笑顔いっぱい生活を」新たに掲げ全職員で共有し実践に繋げている。	
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。	町内清掃など、町内の行事には利用者さんと一緒に参加しています。	地域の幼稚園やボランティアの方々とのふれあいの他、町内会に加入し地域の清掃活動や福祉祭り等への参加も行うなど、地元行事に積極的に参加をして交流を深めている。	
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。	事業所敷地と道路に段差ができないように配慮し、近隣高齢者の歩行の妨げにならないようにしている。		
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。	地域に密着したサービスをするために運営推進会議をし、地元・自治会・民生委員さんにいけん・評価を頂き、サービス向上に努めている。	奇数月の第三木曜日を運営推進会議の開催日と定め、近所の集会所で併設の小規模多機能ホームと合同で年6回実施している。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活かしている。参加メンバーは、町内会長・それぞれの地区からの民生委員・地域包括支援センター職員・利用者・ホーム職員である。	年6回の運営推進会議の内、必ず1回は市の職員にも参加を促し、又、利用者家族等を含め地域の方々にも参加して頂けるような更なる工夫・努力が望まれる。
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組んでいる。	市町の研修に職員が参加しています。	地域包括支援センターの会議には毎回、管理者とケアマネが参加をし、貴重な情報収集の場となっている。又、行政主催の研修へも積極的に参加をしている。	
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。	身体拘束はしていません。	全職員が「身体拘束をしないケア」について、よく理解をし言葉掛けなどの注意を払い実践している。日中の玄関は施錠せず、夜間のみ施錠を行い、日頃から鍵をかけたいないケアに努めている。	
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。	外部研修に参加して、社内研修にて伝達講習を行っています。		

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
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。	外部研修に参加して、社内研修にて伝達講習を行っています。		
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。	利用前に見学に来ていただき、本人・家族が納得したうえで、契約書の説明を行い、理解して頂いている。		
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。	運営推進会議を行う。面会の際に家族の意見を聞くように心がけている。	玄関に意見箱を設置、苦情連絡先を重要事項説明書に明記し、対応している。頂いた意見や要望は「苦情処理簿」に細かく書きとめ、ケア会議や職員会議等で話し合いを行い改善に努めている。又、運営推進会議を通じても意見や要望を聞き取り、運営に活かされている。	
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。	週1回のケア会議、月1回の職員会議を行い、意見や提案を聞く機会を設けている。	管理者の試みで、意見や提案などが自由に書き込む事が出来る職員へのアンケートが実施され、個々の職員の日頃からの思いや考えている事への把握に役立っている。週1回のケア会議や小規模多機能ホームと合同で実施されている、月1回の職員会議でも意見交換が行われている。	
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。	管理者より運営者に職員個々の状況を報告している。常に1つ上の資格を目指すような知識・技術を提供している。		
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。	外部研修に参加して、社内研修にて伝達講習を行っています。		
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。	研修などに参加して交流を持っている。		

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。	利用者さんが納得できるまで話をしてから利用して頂いている。		
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。	利用する、しないにかかわらず十分に傾聴し、何回も相談に応じている。		
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。	必要としている情報提供ができるよう努めている。		
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。	家族に近い関係を築けるよう努力している。		
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。	面会に来られた時は本人の様子などを話している。		
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。	家族や友人がよく面会に来られ、ホールや居室で談話できるようにしている。	親戚や友人の来所の際は、周りを気にせず、落ち着いてゆっくりと話ができるように居室を利用してもらうなど、これからも馴染みの関係が途切れないよう、面会に来やすい環境づくりに努めている。	
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。	テーブルを囲んでいろいろ話が弾むように配慮している。		
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。	利用者や家族に電話をしたり、訪問したりしている。		

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。	家族や利用者さんとの話し合いを通じ本人の思いなどを確認しつつ把握、検討に努めている。	利用者の生活歴や家族・関係者からの情報をまとめた「利用者基本情報」を元に、日頃のケアの中で得た、思いや意向はアセスメント表に随時追記している。ケア会議やミーティング等で話し合い、利用者の思いに沿った支援が出来るよう努めている。	
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。	生活環境に合ったサービス(趣味・部屋作り)を提供するよう努めている。		
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。	本人の思いに添った過ごし方をしてもらおうと共に午前・午後のバイタルチェックを行い心身の状態を把握するように努めている。		
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。	本人、家族と話し合い、それぞれの意見やアイデアを共有し、介護計画を作成している。	「利用者基本情報」やアセスメント表を元に、施設サービス計画書を作り、短期目標と長期目標を明記したケアプランが作成されている。3ヶ月毎にモニタリングを行い、ケアマネ・医療機関・関係者が話し合いを持ち、ケアプランの継続又は、変更の判断がなされ、必要に応じて見直されている。	
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。	日々の様子は介護記録に記入し、情報を共有すると共に計画の見直しなどに活かしている。		
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、その時々にも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。	利用者・家族の要望に対して実情にあった柔軟な支援を行っている。		
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。	民生委員やボランティアの人々と行事を年数回一緒にやっている。		
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、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。	本人、家族の希望をできるだけ大切にしながらかかりつけの病院を受診して頂いている。	希望する、かかりつけ医の継続受診を支援している。かかりつけ医による適切な医療支援が受けられるよう、日頃から医療相談等で、常に連携を取っている。又、緊急時、提携医との連携、看護師による日常バイタルチェック、応急処置など安心の医療支援が行なわれている。	

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。	日常の健康管理を怠らないように支援する。		
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。	病院関係者との連絡、病院への見舞いにより病院・利用者との情報交換に努めている。		
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。	かかりつけ医と連絡を取り、支援に取り組んでいます。	入居時に、利用者・家族・関係者と話し合いをしている。入居後は、必要に応じて家族やかかりつけ医等の関係者と相談しながら方針を決め、共有している。	早期に、ガイドラインを作成し「重度化や終末期のあり方」を明確にされる事を望む。
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。	応急救護の訓練を受けている。 緊急連絡網を作成している。		
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。	避難訓練を受けています。 緊急連絡網を作成しています。	消防署立会いの下、小規模多機能ホームと合同で避難訓練を実施している。施設内には、自動通報装置やスプリンクラーも設置している。又、心肺蘇生術の実地訓練も消防署の指導を受けるなど緊急時の対応にも力を入れている。	夜間を想定した避難訓練実施の早期実現を期待する。
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。	その人らしい生き方を尊重しています。	利用者一人ひとりの人格や個性を尊重し、声掛けや対応を心掛けている。個人情報の管理は、細心の注意を払い、取り扱い・保管を徹底している。	
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。	外出などはみんなで話し合って決めています。		
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。	じっくり観察し、利用者の得意とする家事(掃除・炊事・後片付けなど)を職員と一緒に一人ひとりのペースに合わせて行っている。		

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
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。	利用者さんの好みに応じた着脱のしやすい衣服を着用してもらっている。		
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。	利用者さんの体調や気分に配慮しながら行っている。	朝食を除き、外部委託による食事が提供されている。見た目には一般的な家庭のメニューと変わらない状態なのに、全てカロリーと塩分が計算されており、軟らかく美味しい味付けがされ利用者に充分配慮された食事となっている。又、利用者の希望や気分転換も兼ねて、外食にも出かけている。	
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。	水分補給を心掛け、一日の水分量を介護記録に記録している。食事は好みに合わせて作るように心掛けている。		
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。	食後は必ず口腔ケアの声掛けをして、歯磨きをして頂く。		
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。	排泄のパターンを把握し、トイレ誘導したり夜間はポータブルトイレを使用してもらっている。	これまで使用していた「排泄管理チェック表」を改良し、時系列で記入を行うものに変更し、細かく、詳しいチェック表となった。このチェック表の活用により、排泄パターンが更に把握しやすくなり、利用者一人ひとりに合った排泄介助支援となっている。	
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。	排便表をつけ、牛乳・バナナ・繊維質の多い食物などを食事やおやつ等で摂取して頂く。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴の順番は利用者さんの希望に添うよう入っている。	とても広く立派な「岩風呂」となっている。まるで温泉地へ出掛けた様な気分が味わえる浴室である。入浴日は週3回、午後の予定が組まれているが、利用者の希望で予定日以外の曜日や時間帯の変更がある場合などは、併設の小規模多機能ホームでの入浴も可能であり、個々に応じて臨機応変な入浴支援を行っている。又、リフトも備わっている。	
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。	昼食後、短時間ベッドで休んで頂いている。		
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。	名前・日付・朝昼夕を目視確認、復唱する。		

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。	花の水やり・ドライブ・ショッピング・散歩など気分転換を行っている。		
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。	ドライブ・お花見・喫茶など希望に応じて外出している。	散歩や通院、ホーム行事のお花見や外食など、積極的に外出支援を行っている。日常的には、洗濯物を職員と一緒に干したり、プランターで花や野菜を育てたりしている。又、グループホーム専用の車があり、思いついたら気軽にドライブに出かけるなど、ホームにこもらないように支援している。	
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。	利用者さんの希望に応じて、買い物など同行している。		
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。	希望があれば手紙を書いたり、電話をしたりしてもらっている。		
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。	季節感のある物を飾ったり、季節の花を生けたりしている。	元々は「デイサービス」で使用していたスペースを使い勝手の良い部分は残して、グループホーム仕様に温かみのある雰囲気となるようにリフォームされている。リビング・ダイニングを中心に全体を見わたせる造りとなっており、職員手作りの飾りが美しくレイアウトされている。季節の花は絶やさず飾るように心掛け、利用者へ季節感を味わってもらっている。	
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。	ソファに並んで座って談話するなど、気のあった者同士が和気あいあいになれるように工夫している。		
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。	リハビリ目的で作った折り紙などを自室に飾る等自由にされている。また、使い慣れたぬいぐるみや家族写真を飾っている。	各利用者の居室には、レンタルベッド・タンス・テーブル・洗面台が備えられている。利用者手作りの作品などが飾られている。又、使い慣れた物や生活用品が自由に持ち込まれ、自分流の居室が作られ、居心地良く過ごせるようになっている。	
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。	段差をなくし、手すりの設置をしている。		

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。	○	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 24年 11月 30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	運営推進会議に家族・市の職員等の参加ができていない。	家族や消防・年1回市の職員に参加して頂く。	会議のお知らせを家族等にも配布する。	12か月
2	35	夜間を想定した避難訓練が実施できていない。	年1回は夜間を想定した避難訓練を行う。	ホーム内での訓練を常時行い、消火器の場所、避難場所、避難する際の流れを把握する。	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。