

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 24 年 7 月 31 日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3470103122
法人名	社会福祉法人 あと会
事業所名	グループホームダーラナやの・くにくさ
所在地	広島市安芸区矢野東6丁目9-28 (電話) 082-889-6668
自己評価作成日	平成 24 年 7 月 21 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URL	
-------------	--

【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 8 月 27 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）】

家庭的な雰囲気を利用者個々に合わせたペースで過ごしていただき、本人の残された機能を引き出すゆとりあるケアに心がけている。又家族が気軽に入出りでき、家族と共に利用者を支援することに努めている。

【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）】

* 介護先進国スウェーデンの同業者と友好関係を築き、介護サービス、介護知識の向上を目指して隔年交互に職員の派遣（10日前後）を合っている。職員間ではスウェーデン派遣は好評で、介護サービス、介護技術向上に活かされている。
* 母体法人はサービスの向上や介護上の制約、事業所での問題点、制度の改正などを全職員が出席必須（同じ議題を2ヶ月間に4回開く）の勉強会を開催して事業所全体の介護レベルを保っている。
* 職員は介護職に精通しており、穏やかでゆったりした環境を作り利用者それぞれに満足していただける介護サービスを提供している。
* 終末期の対応も出来ており、家族の要望でターミナルケアも行なわれている。開設以来8名の看取りをしている。

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
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。	定期的に勉強会・ミーティングを持ち法人(事業所)の理念を明確にし、それに基づきケアに当たっている	母体法人の理念「3Yのこころ」を掲げている。利用者に「やすらぎ」「喜び」「豊かな心」を持って生活していただけるように、勉強会やミーティングで話し合い、理念が共有され日常のケアに活かされている。	
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。	自治会に入っており地域活動に参加している。地域の方に行事に参加してもらったりボランティアに来てもらっている	ユニット1階の共用空間で地域の方々と利用者、職員一緒に「折り紙教室」や「絵手紙教室」を定期的に開催したり、近隣の方々に認知症の理解を頂く機会を提供している。	
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。	地域推進運営会議の中で、認知症の人の理解や支援の方法などを取り上げている。また、保育園や地域の方とも交流もある。		
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。	二か月に一回行っている。会議を通し評価への取り組み状況などについて報告をし、話し合いを行っている。また、その意見をサービス向上につなげるよう職員間で話し合いをしている。	2ヶ月に1回運営推進会議を行っている。メンバーは包括支援センター職員、自治会長、民生委員、近隣の人等。議題はホーム側より提供するが、ホームの実態を見ていただき議論していただくことで運営推進会議の出席者を介して地域住民の協力と理解が得られるよう、地域の一員として努力をしている。	
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組んでいる。	「認知症家族の会」の見学の受け入れ、グループホーム協会の研修など行政による研修の場を提供している。地域包括支援センターの行事に協力している。	地域の「認知症家族の会」の見学の受け入れ、グループホーム協会の研修など行政による研修の場を提供している。地域包括支援センターとは相互に密接な協力関係にある。	
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。	法人内での職員研修、又事業所内ミーティングで職員意識の統一を図り、身体拘束のないケアを実施している。	法人内の全員研修の中で「身体拘束について」具体的な事例をあげて教育を受けており、職員は理解して身体拘束をしないケアに取り組んでいる。また、職員二人以上いる時は見守りによって鍵を掛けないケアに取り組んでいるが、玄関の鍵は防犯上の理由で夜勤者一人(日勤の最終職員が退出後)になったら施錠している。	
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。	法人内での研修や事業所でのミーティングなどで、職員に意識づけをしている。また、家族との連携を密にしている。		

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
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。	現在は対象となる利用者はいないが、職員全員が法人研修で学ぶ機会を持っている。		
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。	事前面接を行い、本人家族とも十分話し合い納得のうえ契約をしていただいている。また、改正時や解約時はゆっくり時間をとり十分説明している。		
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。	法人全体で苦情委員会を設置しており、利用者や家族が意見や不満を言えるような声かけに努めている。また、年2回家族に満足度アンケートを実施し運営に生かしている。苦情要望などがあると職員間との話し合いを持ち、対応している。	ご意見箱の設置や苦情委員会の連絡先を重要事項説明書及び、契約書に明記している。家族へも職員からの声かけで直接意見や要望を出しやすい環境づくりが出来ている。	
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。	定期的にミーティングで意見交換を行っている。	月に1度、2ユニット全員参加のミーティングをし、職員の意見や提案を聞く機会を設けている。職員から出た提案、問題点などは即刻会議で話し合い改善されている。日々の意見交換、伝達事項はユニットごとの朝礼で処理している。	
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。	目標面接を行い、能力主義人事考課制度を取り入れている。		
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。	法人全体で研修制度があり、職級別階級別の研修を行っている。外部研修も参加している。		
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。	同業者や他事業所との交流の機会を設けている。		

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。	開始する段階で本人家族としっかり話し合い、個々に合わせた暫定プランを立てている。一人ひとりの生活歴を入居時家族より情報を得ると共に本人の意向を聞き安心感を持ってもらうよう努めている。		
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。	開始する段階で家族の気持ち・要望をしっかり聞き、こまめに情報など連絡することで安心感を持ってもらうよう努めている。		
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。	状況に応じサービス利用ができるよう他の事業所とも連携をとっている。適切なサービスが受けられるよう、支援をしている。		
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。	常に利用者と同じ目線に立ち、共感できる環境に努めている。		
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。	本人から家族を断ち切らないよう関わりを多くもってもらい、家族とともに支援できるよう努めている。		
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。	自宅に帰ったりかかりつけ医の受診・買い物・食事などに行っている。また、面会に来やすいよう声かけや雰囲気配慮している。	ホームの行事(お花見会、誕生会等)に利用者の友人に参加いただいたり、馴染みの喫茶店や美容院に出かけたりして馴染み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。	性格や認知症レベルなど配慮しながら、利用者同士がよい関係になるよう支援している。		
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。	途中退所された方に対し相談にのり適切なサービス情報を提供している。契約終了後もボランティアや地域住民として関わりをもっておられるご家族もいる。		

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	○思いやりや意向の把握 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。	利用者の希望を大切に、職員が家族の協力を得て一人ひとりのあった生活をしている。また、利用者本位のケアに努めている。	家族の協力を得ながら、利用者一人一人の希望を大切に、普段のケアの中で一人一人の思いや意向の把握に努めている。	
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。	契約時に生活歴を情報提供していただき職員全体で把握できるようにしている。		
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。	日常生活の中で観察を行いコンタクトマンファイルを記入し現状把握に努めている。また状態の変化に合わせてファイルの変更を行い現状に合わせたケアの実施に活かしている。		
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。	アセスメントフローチャートを活用し本人・家族・職員・他職種(必要時)によるカンファレンスを行い、利用者本位の介護計画を作成している。また、状態の変化により必要な関係者とのカンファレンスを行い、見直しを行っている。	概ね1年に1度利用者・家族の意向を聞き、担当職員の意見を取り入れて介護計画を作成している。普段のケアで変調を感じた場合、モニタリングを行ないカンファレンスで話し合い、利用者・家族の意向に沿った介護計画の見直しを行っている。	
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。	個人記録・日々の実践記録をしている。また連絡ノートや申し送りなどで、心身の状態の変化など全員が把握できるようしている。定期評価・カンファレンスを行い、見直しに活かしている。		
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。	母体施設職員の協力体制ができている。また、協力医院とも連携が取れている。同敷地内にあるデイサービスの医療職との協力、介護職の連携もできている。		
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。	地域のスーパーや美容院に出かけたり、地域の保育園児、ボランティアとの交流をもっている。		
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。	なじみのかかりつけ医の受診ができるよう支援している。また法人のドクターの定期的回診もあり、協力医院との連携にも努めている。	利用者、家族の希望があればかかりつけ医での受診が出来るよう支援している。法人ドクターによる週一回の往診、協力医による緊急時の対応など、適切な医療が受けられる体制にある。	

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
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。	法人内の訪問看護と契約をしており、健康管理を行っている。また、状態の変化時はすぐ相談し受診や看護を受けられるようにしている。		
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。	入院時混乱を防ぐためにも情報提供している。また、早期退院ができるよう病院関係者との連携をとっている。		
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。	早い段階から思いや希望を確認し、看護師や主治医との話し合いの場を持っている。また、終末期には本人・家族の希望に沿ったターミナルケアができるよう看護師・主治医との連携を密にし協力を得ている。	入居時に本人・家族と充分話し合い、方針を共有している。また、ターミナルケアにも取り組んでおり、本人・家族の思いや希望に沿えるよう看護師・主治医と連携を密にし協力を得ている。開設以来8名の看取りを体験している。	
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。	マニュアルを作っている。法人内の救急法の研修に参加している。また、事業所内での勉強会も行っている。		
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。	デイサービスとの合同火災訓練や消防署立会い、近隣住民をまじえての火災訓練を行っている。地域推進運営会議を通し、近隣住民の方に利用者の状態・状況を知らせていただき協力をお願いをしている。	併設デイサービスと合同の火災訓練、当ホームで夜間も想定した火災訓練を消防署立会いのもと行っている。消防署とは30m先の駐車場へ利用者を退避させ、後は消防署からの支援を約束頂いている。	
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。	一人ひとりの個性を尊重し、尊敬を持った声かけに対応している。法人内の研修に全職員参加し、意識づけをしている。	全員研修で意識付けを行っている。ホーム内ミーティングでも職員の意識の向上とルールの厳守を徹底している。	
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。	利用者が自主的にされるように場面づくりや声かけをしている。		
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、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。	できるだけ利用者のペースに合わせ、ゆったりした時間の流れを作り希望に沿った役割の仕事・趣味ができるよう支援している。		

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。	衣服は家族が用意する。本人の意思を大切に身だしなみなどに気を配っている。理容・美容は家族や職員と出掛けたり、外出が難しい利用者は訪問理容を利用している。		
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。	楽しみながら食事ができるよう、職員と一緒に準備をしたり片づけをしている。また、職員も一緒に食べながら和やかな時間がもてるよう配慮している。	法人内の管理栄養士による集中管理で、バランスの取れた食事となっている。利用者と職員と一緒に同じテーブルを囲みさり気ない介助を受けながら楽しく食事を取っている。利用者の状況や希望に合わせて、職員と一緒に食事の準備や後片付けも行っている。	
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。	法人内の管理栄養士が栄養管理をし指導をもらっている。体調・習慣に応じ調理・盛り付けを工夫している。水分摂取も本人の状態に合わせて、量や形状、種類を工夫している。		
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。	個室に洗面台があり、本人の能力や状態に合わせた口腔ケアを行っている。		
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。	個人に合わせたおむつを利用し、個人の排泄パターンを把握しトイレ誘導を行っている。また個室のトイレの為に自力で排泄できたり、失敗が少なくなった人もいる。	利用者一人一人の排泄リズムを管理表に記入して、その人に合わせた排泄の対応をしている。	
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。	漢方薬・ヨーグルト・牛乳・果物・食事に気をつけている。散歩やレクリエーションなどで、体を動かすよう気をつけている。		
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。	毎日入浴を行い一人ひとりの希望に合わせている。	毎日入浴は可能となっている。1階と2階に浴槽があり、1階の浴槽は重度利用者対応のリフトが備えられており、利用者の状況に応じた入浴支援が行える設備になっている。	
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。	今までの習慣を大切に、個々にあった睡眠をとっている。また、不安・混乱のある利用者に対してはゆっくりと話を聞き安心して良眠できるよう支援している。		
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。	職員全体が把握しており、症状・変化についても口頭・連絡ノートなどで情報共有し確認している。		

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。	日常生活の中で可能性をみだし、自主的にされるような場面づくりをして役割を持ってもらう。また、散歩・ドライブ・ケアビクス・習字・絵手紙・歌などで生活に楽しみが得られるよう支援している。		
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。	常時戸外に出られるようにしてある。希望があれば遠方でも家族の協力を得ながら出掛けている。	利用者の重度化が進み、外出希望は少なくなっている。外出可能な人は、出来るだけ日光浴を兼ねた外出が出来るよう支援をしている。	
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。	本人の希望があれば所持し、買い物ができるよう支援している。		
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。	本人が希望されればその都度コードレスの電話機の為、居室でゆっくりと話ができるよう支援している。携帯電話をもたれている人もあり、いつでもかけたりかかってきて話ができるよう支援している。		
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。	廊下・リビング・台所など共有スペースは威圧感のない広さになっている。また、トイレ・浴室はプライバシーを守るよう個別対応ができるようになっている。自然光が入るよう大きな窓光の調節ができるよう工夫もしている。	明るく開放的なゆったりとしたダイニング、キッチンである。畳みのスペースには7名～8名入れる掘炬燵がある。共有空間全体にバランスよく季節感のある飾りや利用者の作品などが飾られ居心地良く過ごせる空間となっている。また、リビングの窓際には植物を育てる事が出来る土間もあり、土いじりが出来る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。	ゆったりとした共同空間の中にソファ・畳・こたつなど設け自由にくつろげるようにしている。		
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。	本人の使い慣れた家具・装飾品やテーブル・イスなどを持ち込まれて生活している。	全室トイレ、洗面台付きの居室となっており、収納家具とベットが備え付けられている。思い思いの品を自由に持ち込んで、利用者一人ひとりの個性が伺える、ゆったりとした居室である。	
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。	高齢者の状態に合わせた手すり等の設計となっており、車椅子でも利用しやすい洗面台、トイレを備えている。また個々に合わせたベッド、寝具等を利用し、それらを活かし自立支援に努めている。		

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

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。	定期的に勉強会・ミーティングを持ち法人(事業所)の理念を明確にし、それに基づきケアに当たっている		
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。	自治会に入っており地域活動に参加している。地域の方に行事に参加してもらったりボランティアに来てもらっている		
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。	地域推進運営会議の中で、認知症の人の理解や支援の方法などを取り上げている。また、保育園や地域の方とも交流もある。		
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。	二か月に一回行っている。会議を通し評価への取組み状況などについて報告をし、話し合いを行っている。また、その意見をサービス向上につなげるよう職員間で話し合いをしている。		
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組んでいる。	「認知症家族の会」の見学の受け入れ、グループホーム協会の研修など行政による研修の場を提供している。地域包括支援センターの行事に協力している。		
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。	法人内での職員研修、又事業所内ミーティングで職員意識の統一を図り、身体拘束をしないケアを実施している。		
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。	法人内での研修や事業所でのミーティングなどで、職員に意識づけをしている。また、家族との連携を密にしている。		

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
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。	現在は対象となる利用者はいないが、職員全員が法人研修で学ぶ機会を持っている。		
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。	事前面接を行い、本人家族とも十分話し合い納得のうえ契約をしていただいている。また、改正時や解約時はゆっくり時間をとり十分説明している。		
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。	法人全体で苦情委員会を設置しており、利用者や家族が意見や不満を言えるような声かけに努めている。また、年2回家族に満足度アンケートを実施し運営に生かしている。苦情要望などがあると職員間との話し合いを持ち、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。	定期的にミーティングで意見交換を行っている。		
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。	目標面接を行い、能力主義人事考課制度を取り入れている。		
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。	法人全体で研修制度があり、職級別階級別の研修を行っている。外部研修も参加している。		
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。	同業者や他事業所との交流の機会を設けている。		

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。	開始する段階で本人家族としっかり話し合い、個々に合わせた暫定プランを立てている。一人ひとりの生活歴を入居時家族より情報を得ると共に本人の意向を聞き安心感を持ってもらうよう努めている。		
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。	開始する段階で家族の気持ち・要望をしっかり聞き、こまめに情報など連絡することで安心感を持ってもらうよう努めている。		
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。	状況に応じサービス利用ができるよう他の事業所とも連携をとっている。適切なサービスが受けられるよう、支援をしている。		
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。	常に利用者と同じ目線に立ち、共感できる環境に努めている。		
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。	本人から家族を断ち切らないよう関わりを多くもってもらい、家族とともに支援できるよう努めている。		
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。	自宅に帰ったりかかりつけ医の受診・買い物・食事などに行っている。また、面会に来やすいよう声かけや雰囲気配慮している。		
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。	性格や認知症レベルなど配慮しながら、利用者同士がよい関係になるよう支援している。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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。	途中退所された方に対し相談にのり、適切なサービス情報を提供している。また契約終了後もボランティアや地域住民として関わりをもっておられるご家族もいる。		

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	○思いやりや意向の把握 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。	利用者の希望を大切に、職員が家族の協力を得て一人ひとりのあった生活をしている。また、利用者本位のケアに努めている。		
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。	契約時に生活歴を情報提供していただき職員全体で把握できるようにしている。		
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。	日常生活の中で観察を行い、コンタクトマンファイルを記入し現状把握に努めている。また状態の変化に合わせてファイルの変更を行い、現状に合わせたケアの実施に活かしている。		
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。	アセスメントフローチャートを活用し本人・家族・職員・他職種(必要時)によるカンファレンスを行い、利用者本位の介護計画を作成している。また、状態の変化により必要な関係者とのカンファレンスを行い、見直しを行っている。		
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。	個人記録・日々の実践記録をしている。また連絡ノートや申し送りなどで、心身の状態の変化など全員が把握できるようしている。定期評価・カンファレンスを行い、見直しに活かしている。		
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。	母体施設職員の協力体制ができている。また、協力医院とも連携が取れている。同敷地内にあるデイサービスの医療職との協力、介護職の連携もできている。		
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。	地域のスーパーや美容院に出かけたり、地域の保育園児やボランティアと交流を持っている。		
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。	なじみのかかりつけ医の受診ができるよう支援している。また法人のドクターの定期的回診もあり、協力医院との連携にも努めている。		

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
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。	法人内の訪問看護と契約をしており、健康管理を行っている。また、状態の変化時はすぐ相談し受診や看護を受けられるようにしている。		
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。	入院時混乱を防ぐためにも情報提供している。また、早期退院ができるよう病院関係者との連携をとっている。		
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。	早い段階から思いや希望を確認し、看護師や主治医との話し合いの場を持っている。また、終末期には本人・家族の希望に沿ったターミナルケアができるよう看護師・主治医との連携を密にし協力を得ている。		
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。	マニュアルを作っている。法人内の救急法の研修に参加している。また、事業所内での勉強会も行っている。		
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。	デイサービスとの合同火災訓練や消防署立会い、近隣住民をまじえた火災訓練を行っている。地域推進運営会議を通し、近隣住民の方に利用者の状態・状況を知っていただき協力をお願いをしている。		
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。	一人ひとりの個性を尊重し、尊厳を持った声かけを対応している。法人内の研修に全職員参加し、意識づけをしている。		
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。	利用者が自主的にされるように場面づくりや声かけをしている。		
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。	できるだけ利用者のペースに合わせ、ゆったりした時間の流れを作り希望に沿った役割の仕事・趣味ができるよう支援している。		

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。	衣服は家族が用意する。本人の意思を大切に身だしなみなどに気を配っている。理容・美容は家族や職員と出掛けたり、外出が難しい利用者は訪問理容を利用している。		
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。	楽しみながら食事ができるよう、職員と一緒に準備をしたり片づけをしている。また、職員も一緒に食べながら和やかな時間がもてるよう配慮している。		
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。	法人内の管理栄養士が栄養管理をし指導をもらっている。体調・習慣に応じ調理・盛り付けを工夫している。水分摂取も本人の状態に合わせ、量や形状、種類を工夫している。		
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。	個室に洗面台があり、本人の能力、状態にあった口腔ケアを行っている。		
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。	個人に合わせたおむつを利用し、個人の排泄パターンを把握しトイレ誘導を行っている。また個室のトイレの為に自力で排泄できたり、失敗が少なくなった人もいる。		
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。	漢方薬・ヨーグルト・牛乳・果物・食事に気をつけている。散歩やレクリエーションなどで、体を動かすよう気をつけている。		
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。	毎日入浴を行い一人ひとりの希望に合わせている。		
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。	今までの習慣を大切に、個々にあった睡眠をとっている。また、不安・混乱のある利用者に対してはゆっくりと話を聞き安心して良眠できるよう支援している。		
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。	職員全体が把握しており、症状・変化についても口頭・連絡ノートなどで情報共有し確認している。		

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。	ご利用者全体が重度化しているが、ご利用者によってはより多くの楽しみを持てるよう1階と協力し、楽しみが持てる場を設けている。		
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。	常時戸外に出られるようにしてある。希望があれば遠方でも家族の協力を得ながら出掛けている。		
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。	本人の希望があれば所持し、買い物ができるよう支援している。		
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。	本人が希望されればその都度コードレスの電話機の為、居室でゆっくりと話ができるよう支援している。携帯電話をもたれている人もあり、いつでもかけたりかかってきて話ができるよう支援している。		
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。	廊下・リビング・台所など共有スペースは威圧感のない広さになっている。また、トイレ・浴室はプライバシーを守るよう個別対応ができるようになっている。自然光が入るよう大きな窓光の調節ができるよう工夫もしている。		
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。	ゆったりとした共同空間の中にソファ・畳・こたつなど設け自由にくつろげるようにしている。		
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。	本人の使い慣れた家具・装飾品やテーブル・イスなどを持ち込まれて生活している。		
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。	高齢者の状態に合わせた手すり等の設計となっており、車椅子でも利用しやすい洗面台、トイレを備えている。また個々に合わせたベッド、寝具等を利用しそれらを活かし自立支援に努めている。		

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
			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
			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
			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
			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
			③ 市町へ評価結果を提出し、現場の状況を話し合った
			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し合った
			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
			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）
		<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）
			⑤ その他（ ）

2 目標達成計画

事業所 グループホームダーラナやの・くにくさ

作成日 平成 24 年 9 月 8 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	49	外出される方が特定の人に限られ、全体的に徐々に外出・散歩の機会が減っている。	ご利用者個々に合った外出の機会を増やす。	ご利用者個々のニーズや身体状況に合わせた外出を計画・実施する。	平成24年9月～平成25年3月
2					
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。

NPOインタッチサービス広島