

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

|         |                 |  |                        |
|---------|-----------------|--|------------------------|
| 事業所番号   | 2590300097      |  |                        |
| 法人名     | 社会福祉法人 さざなみ会    |  |                        |
| 事業所名    | グループホーム姉川の里     |  |                        |
| 所在地     | 滋賀県長浜市大井町973番地2 |  |                        |
| 自己評価作成日 | 令和6年 12月 30日    |  | 評価結果市町村受理日 令和7年 3月 11日 |
|         |                 |  |                        |

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

|          |                                                                       |
|----------|-----------------------------------------------------------------------|
| 基本情報リンク先 | <a href="https://www.pref.siga.ig.jp">https://www.pref.siga.ig.jp</a> |
|----------|-----------------------------------------------------------------------|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                   |
|-------|-------------------|
| 評価機関名 | 一般社団法人 滋賀県介護福祉士会  |
| 所在地   | 滋賀県草津市笠山7丁目8番138号 |
| 訪問調査日 | 令和7年 2月 13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)】

グループホームとして、認知症ケアへの対応力や専門性や専門性の向上を図るため、外部研修への職員への積極的参加と、月1回の職員会議で研修内容の伝達や認知症への対応に関する勉強会の実施に取り組んでいる。また、入居前の初期対応では事業所での生活に慣れさせるため、本人のペースに合わせた生活を支援し、家族との連携を密に行い、家族や地域などの在宅時からのつながりも大切に、関係が継続していけるようにしている。介護状態・認知症が重度になった場合には、事業所で、可能な限り看取り支援を支える体制を作っている。感染症対策と感染症予防の研修に重点をおき、利用者やご家族が安心出来るように努めている。地域や家族とグループホームとして利用者と共に出来ることは何か、日々模索し、生活の中で喜びや生きがいにつながる支援を目指している。

【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)】

彦根市・長浜市を中心に事業所を運営している社会福祉法人さざなみ会を母体とし、平成21年4月に「グループホーム姉川の里」ユニット(定員9名)として開設された事業所である。その後、平成31年4月に定員を18名に増設し現在に至っている。当該グループホームは姉川の河川敷近くに立地している。高齢化が進んでいる地域性であり、入居相談等にも応じている。職員の認知症理解研修も充実しており、職員自らが1年毎に77の目標を立案し、日々の関りの指標としている。同じ法人の特別養護老人ホーム(定員30名)が隣接しており、有事の際の避難訓練を共同で実施している。入居者一人ひとりに即したサービスを提供し、法人の基本理念「利用者一人ひとりの尊厳を守り思いやりのある施設」を目指している。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

| 項 目                                                        | 取 り 組 み の 成 果<br>↓ 該当するものに○印                                                          | 項 目                                                                     | 取 り 組 み の 成 果<br>↓ 該当するものに○印                                                          |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 56<br>職員は、利用者の思いや願ひ、暮らし方の意向を掴んでいる<br>(参考項目:23,24,25)       | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<br>4. ほとんど掴んでいない | 63<br>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る<br>(参考項目:9,10,19) | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらい<br>3. 家族の1/3くらい<br>4. ほとんどできていない    |
| 57<br>利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)             | <input type="radio"/> 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>4. ほとんどない                | 64<br>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<br>(参考項目:2,20)                   | <input type="radio"/> 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>4. ほとんどない                |
| 58<br>利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている<br>(参考項目:38)                   | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<br>4. ほとんどいない    | 65<br>運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが広がり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) | <input type="radio"/> 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くない          |
| 59<br>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<br>(参考項目:36,37)    | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<br>4. ほとんどいない    | 66<br>職員は、活き活きと働いている<br>(参考項目:11,12)                                    | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらい<br>3. 職員の1/3くらい<br>4. ほとんどいない       |
| 60<br>利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている<br>(参考項目:49)                  | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<br>4. ほとんどいない    | 67<br>職員から見ても、利用者はサービスにおおむね満足していると思う                                    | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<br>4. ほとんどいない    |
| 61<br>利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている<br>(参考項目:30,31)         | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<br>4. ほとんどいない    | 68<br>職員から見ても、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                                | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族等が<br>2. 家族等の2/3くらい<br>3. 家族等の1/3くらい<br>4. ほとんどできていない |
| 62<br>利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている<br>(参考項目:28) | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<br>4. ほとんどいない    |                                                                         |                                                                                       |

# 自己評価および外部評価結果

〔セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。〕

| 自己評価        | 外部  | 項目                                                                                                                          | 自己評価<br>実践状況                                                                                                                                             | 外部評価 | 実践状況                                                                                                                                                            | 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<br>地域密着型サービスの意義をふ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                                                          | 朝礼時に職員全員で唱和してから業務に入っている。また、ご家族や面会者・地域の方への周知や職員への確認の意味で、建物内の見やすい位置(玄関先)に理念や目標を掲示している。                                                                     |      | 法人理念を基本に、毎年職員が前年の目標達成を自己評価し、当年の具体的で独自の目標を職員間で3項目設定し、毎朝の朝礼で唱和している。これらの取り組みは日々入居者との関りに活かされている。                                                                    |                                                                                               |
| 2           | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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                                                          | 感染症予防対策のため地域のボランティアの受け入れや各入居者それぞれの地域の友人親戚知人の訪問は少ないが、地域での感染状況をみてご家族や知人との面会は継続している。自治会との連絡、文化祭への出席、回覧板を回す取り組みは継続できている。                                     |      | 自治会に加入しており、回覧板等で地域の動向は把握できている。コロナ禍でも家族との面会を制限することなく推奨してきた。民家が少なく、高齢化が進んでいる地域特性の為、地域交流は充分ではない。家族面会を推奨しており、子どもや孫等が来所する。地域住民からの認知症相談・入居相談に応じる時もある。                 | 諸事情も有ると思うが、自治会や老人会等に協力要請し、事業所の行事(秋祭り等)を広報する取り組みを検討されるのも良いと思います。地域住民(特に高齢者)の参加が促進でき、交流に繋がるのでは。 |
| 3           |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                                                        | 地域自治会や民生委員の方からの認知症対応に関する相談やグループホーム入居に関する介護相談を受けて地域福祉資源としての役割を果たし、運営推進会議においても、市や地域包括支援センターと連携している。                                                        |      |                                                                                                                                                                 |                                                                                               |
| 4           | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り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                                     | 本年度は感染防止対策を取りながら会議開催し、グループホームの活動報告や課題について会議を行い、これからのグループホームの役割や地域との協力について話し合った、又会議参加出来ないメンバーの方からも、意見や質問・要望を記載していただく欄を設けてサービス向上に活かしている。                   |      | 職員をはじめ、包括・市職員(介護保険課)・住診医師・家族が参加。事業所の現状・行事・活動等多岐に亘り報告。出席者との意見交換、要望聞き取りを行っている。特に家族参加を推進、入居者家族の1/3を2年毎に入れ替え、開催毎に案内を発送し、参加を推奨している。                                  |                                                                                               |
| 5           | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者や日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り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                                               | 毎月の入居空き状況の報告、運営推進会議での事業報告の時に、困難事例の検討や、意見交換や要望など連絡している。又、介護事故時や感染症に関して状況の報告、他制度の適正利用ができるような配慮が必要な時は密に相談を行い、協力関係を築くように取り組んでいる。                             |      | 事業所の現状報告・運営推進会議の報告・困難事例に対するアドバイス要請等頻繁に連携を図っている。制度・施策に関する適正利用に関する相談も行っている。                                                                                       |                                                                                               |
| 6           | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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 | 毎年全職員を対象とした身体拘束予防に向けた研修を実施し、毎月サービス向上委員会で互いの部署の身体拘束が行われていないか見回り、報告し合っている。スピーチロックなどに気を付け、互いに注意し合い、CW会議においても不適切ケアに関して放置せずに話し合う機会を作って身体拘束廃止に向けて施設全体で取り組んでいる。 |      | 法人全体でサービス向上委員会を設置、毎月話し合いを開催。年に2回権利擁護・身体拘束の研修会を開催。玄関は2重扉で内扉は施錠はしていない。外扉は防犯上オートロックで施錠している。入居者の状態から安全上必要な場合は家族の同意を得て必要な措置を講じる場合がある。月1回のケアワーカー会議においても不適切ケアに関して話し合う。 |                                                                                               |
| 7           |     | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法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注意を払い、防止に努めている                                      | 毎年全職員を対象とした高齢者虐待防止研修を行い、定例のCW会議の場で互いのケアにおいて尊厳を持った対応が出来るような具体的な場面の検討やどうすればいいかという話し合いを行い、虐待防止に繋がるように早期対応に努めている。また新人職員や介護未経験新規職員への研修など学ぶ機会を作っている。           |      |                                                                                                                                                                 |                                                                                               |

| 自己 | 外部  | 項目                                                                                             | 自己評価                                                                                                                      |                                                                                                      | 外部評価 |                   |
|----|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
|    |     |                                                                                                | 実践状況                                                                                                                      | 実践状況                                                                                                 | 実践状況 | 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<br>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    | 権利擁護や成年後見制度に関する研修を受けられる機会があり、その知識を必要と対象者に活用し、研修へ参加した内容を他の職員が周知できるように伝達し、高齢者(特に認知症高齢者)の権利擁護の理解に努めている。                      |                                                                                                      |      |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約または改定等の際は、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                        | 文章提示と合わせてわかりやすく、専門用語を使わず理解しやすい言葉を用いて、納得されるまで何度も説明している。文章にない詳細まで伝えることで不安を解消できるように努めている。                                    |                                                                                                      |      |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員なら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                     | 運営推進会議のメンバーには必ず利用者の方々の家族に入ってもらい、思うところなどを意見交換の場で発言していただいている。玄関先に匿名のご意見箱を設置し、言いたいことでも伝えられるように努めている。                         | 入居費用の経済的負担や異食行為、夜間転倒の危惧等、運営推進会議では家族からの意見・要望が多くある。運営推進会議への家族参加を積極的に働き掛けている成果と判断できている。                 |      |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                      | 毎月運営会議にて各部署の主任・管理者等が集まり、職員の意見を聞く機会を設けている。それ以外にも日頃の面談などで各職員の提案があれば、その都度検討し、話し合う場として定例のCW会議に管理者も参加し意見をとり入れ運営に活かしている。        | 職員聞き取りから「働き易い」との声があった。月1回のケアワーク会議でもオープンに意見を聞き、管理者は「利用者・現場職員本位、トップダウンは無い」を心がけている。提案には早めの対応・改善がなされている。 |      |                   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>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      | 管理者として、相談や話しやすい職場づくりを心がけ、職員の個々の仕事における実績・勤務状況を把握し、シフト調整も柔軟に対応して、やりがいにつながるような職場環境改善の提案をしている。座休後の職員にも配慮し、働きやすい職場を目指している。     |                                                                                                      |      |                   |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実践と力量を把握し、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         | 研修委員会を設置し、職員のスキルアップに力を入れ、今後の介護人材の育成に法人全体で取り組んでいけるように計画している。また、職員自ら進んで研修を受けることができるように、研修案内の掲示・回覧等を行い、外部研修や資格取得に関しても支援している。 |                                                                                                      |      |                   |
| 14 |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、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 | 地域のグループホーム部会に入り、各事業所での課題や悩み事などの意見交換やネットワーク作り、制度改革や専門性向上に向けた合同研修会を企画し、グループホームで働く職員に関する研修や今後の各事業所との連携体制に取り組んでいる。            |                                                                                                      |      |                   |

| 自己                  | 外部  | 項目                                                                                   | 自己評価<br>実践状況                                                                                                                                      | 外部評価<br>実践状況                                                                                                                                          | 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<br>サービスを導入する段階で、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 | 入居前からのアセスメントと職員への情報共有を行い、まずはこれまでの人生における価値観や生活歴を軸に、生活のリズムが崩れないように配慮し、本人との信頼関係を築くよう傾聴に重点を置き、ご本人の居心地の良い生活支援環境と安心感が持てるように努めている。                       |                                                                                                                                                       |                   |
| 16                  |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、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            | 初期段階(1, 3, 6か月目)までは特に、ご家族との連絡を密にとり、本人が不安に思う事や混乱が起きることの原因を探るようにしている。家族面会時には、細やかな状況を報告したり、柔軟に対応している。感染症予防時においても、電話や面会機会を作り、より本人が安心して生活出来るように支援している。 |                                                                                                                                                       |                   |
| 17                  |     | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスを導入する段階で、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        | 相談があった時点で、グループホームを利用することでご本人、ご家族が本当に安らげるようになるのか、在宅での支援が続けられないのか、経済的に無理なく暮らせるか、などを関係者からの意見を収集し、具体的な説明を行った上で判断していただくようにしている。                        |                                                                                                                                                       |                   |
| 18                  |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                        | 利用者一人一人の個性に合わせた支援となるよう、日々の観察の中で「本人が一人でもできること」「何らかのフォローやきつかけがあればできること」を探り発見し、暮らしの中で役割を持つことで、職員と利用者で助け合い共生する関係性を持つよう心掛けている。                         |                                                                                                                                                       |                   |
| 19                  |     | ○本人と共に支えあう家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場におかず、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         | カンファレンス・電話・面会・手紙などで利用者の状態や事業所の状況を報告し、ご本人と会話できる環境を作り、理解を深められるよう情報の共有と、家族受診による関わりや、心からの安心感が得られるように家族の方の支援と協力を得るよう努めている。                             |                                                                                                                                                       |                   |
| 20                  | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>本人がこれまで大切にしてい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                     | 感染症発症者による感染予防対策時以外は、今までの知人や地域でつながりのあった方々との関係が継続できるよう、来所しやすい事業所作りを目指し、家族や知人と過ごせる面会スペースを設け、馴染みの方や親族の方との時間を過ごせるように支援している。                            | コロナ禍でも家族の面会は制限しない方向で対応していた。近隣住民は高齢化し、移動手段が「自転車位」とのことで、入居者の友人などの面会はほぼ無いが、家族の面会時は子どもや孫も来所、その折に外出されて馴染の場所を訪れたり、外食をされている。入居者の中には携帯電話を所持され、親しい人への連絡も可能である。 |                   |
| 21                  |     | ○利用者同士の関係の支援<br>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                 | 自室に引きこもりにならないよう、日中は活動参加を促し、リビングや廊下で自然と人と話ができる空間を作り、座席にも配慮している。職員も間に入りながら、共同生活でのより良い人間関係を構築できるように努めている。                                            |                                                                                                                                                       |                   |
| 22                  |     | ○関係を断ち切らない取り組み<br>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 | 管理者やケアマネからの状況報告の機会を作ったり、本人の生活環境や介護現場での状態と本人の思いを伝えるようにし、本人の事で家族や親族の方が、何か聞きたい時にはいつでも相談支援出来る雰囲気づくりを大切にしている。                                          |                                                                                                                                                       | 3/8               |

| 自己                          | 外部   | 項目                                                                                                      | 自己評価<br>実践状況                                                                                                                      | 外部評価                                                                                                                   | 実践状況                                                                                                   | 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<br>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                                            | カンファレンスや日頃の会話の中での本人の言葉や思い、要望等を大切に、ケース記録に残すようにしている。家族や兄弟など本人の事をよく知る人からの思い出話から以前の姿を想像し、本人の希望や生きがいにつながるように努めている。                     |                                                                                                                        | 意思表示が困難な入居者の思いを汲み取るケアを心がけている。時間がある時は昔の話を聞き、入居者の思いを汲み取り、支援に繋げている。家族からも情報を得て、カンファレンスで情報を共有し、支援計画に活かしている。 |                   |
| 24                          |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                        | 家族からの申し送りと、フェイスシートで本人のこれまでの生活歴や生活習慣を職員全員が確認できるようにしている。本人が落ち着けるよう、居室の環境作りも馴染みある生活道具の持ち込みを推奨し、今までの暮らしや自宅の雰囲気を受け継承できるように支援している。      |                                                                                                                        |                                                                                                        |                   |
| 25                          |      | ○暮らしの現状の把握<br>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                                                      | 毎日の様子を介護記録へ具体的に記載し、その情報を元にカンファレンスを実施し、ケアプランに反映させている。今の生活支援が本人に適しているのか各担当者で確認し、必要な場合にはケアプランを柔軟に変更している。                             |                                                                                                                        |                                                                                                        |                   |
| 26                          | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | 利用者の各担当職員、ケアマネジャーとのモニタリング、カンファレンスの実施、サービス内容のポイントは職員会議でも情報共有し、その経過はどうか再度検討する機会を設け、必要時は家族にも状況説明を行い、本人にとって暮らしやすい安心出来る介護計画を第一にしている。   | 介護支援専門員と担当職員や職員がモニタリング・カンファレンスを実施、日常生活の些細なことは迅速に対応し、モニタリングを繰り返している。朝礼やケアワーク会議で周知を徹底し、共有する。必要な時は家族にも参加してもらい、説明・同意を得ている。 |                                                                                                        |                   |
| 27                          |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                         | 24時間を通して5HIWを基本に本人の希望や要望などは、本人の言葉でわかりやすい記録にするように日頃から気を付けている。気づきの欄には各職員から、こうしてみてもどうかという意見を、次期プランの内容に反映するようにしている。                   |                                                                                                                        |                                                                                                        |                   |
| 28                          |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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                | 感染予防のため、人の少ない場所や地域まち散策など利用者の気分転換を心掛けて、事業所内でも可能な娯楽やレクリエーションを選ぶことで喜びを得られるようにしている。利用者一人一人が出来る事を考えて日々の暮らしにおいて楽しみや生き甲斐が見つかる様に模索検討している。 |                                                                                                                        |                                                                                                        |                   |

| 自己 | 外部   | 項目                                                                                                                  | 自己評価                                                                                                                        |                                                                                                                         | 外部評価              |  |
|----|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--|
|    |      |                                                                                                                     | 実践状況                                                                                                                        | 実践状況                                                                                                                    | 次のステップに向けて期待したい内容 |  |
| 29 |      | ○地域資源との協働<br>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                                      | 本年度は地域資源としての役割はほとんど果たすことは出来なかった。しかしながら利用者の事業所での感染予防や認知症ケアの観点で生活支援や地域利用相談を考えた時、安全安心な地域資源としての支援には繋がっていると考えている。                |                                                                                                                         |                   |  |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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                                 | 主治医による月1回の往診を行っている。また、本人や家族が今までのかかりつけ医との関係を大切にし、つながりを継続していけるように、連携支援を行っている。かかりつけ医がいけない場合や遠い場合は、本人に適した地域医療機関や支援体制の提案を行っている。  | 地域の診療所の医師が往診している。受診は専門外来受診が必要な入居者が多く、かかりつけ医受診では対応ができない。遠方の家族が対応できないことが多く、隣接する特養のリハビリで事業所が病院での受診対応をしている。住診医師が診療情報提供書を作成。 |                   |  |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>介護職は、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                          | 気になる症状やいつもと違うと感じる時は必ず看護士に口頭もしくは記録に残すなど相談して異常の早期発見や早期対応に心掛けていく。月に1回の定住往診日や必要な受診にはケアマネージャーや管理者が家族と連絡を取り合い、適切な医療が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<br>利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、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。あるいは、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。 | 管理者・ケアマネージャー・他部署の看護職員が連携し、入退院時の状態変化に対応できるよう、地域医療連携室とも連絡を取り合い、退院カンファレンスへの参加、事業所の主治医との連携も行い、全職員が情報共有し安心して退院出来るように支援している。      |                                                                                                                         |                   |  |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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  | 入居時から重度化や終末期の意向を確認している。常に医療行為が必要な場合を除き、本人・家族にとっても希望される終末期ケアへ移行できるように、十分に主治医と相談を重ね検討し、介護・看護・医療と連携し、看取りケアへ取り組めるように体制に努めている。   | 家族の意向を尊重して、病院での治療を希望される場合、ホームで看取りを希望される場合の対応ができる限り行っている。ホームで看取る場合は、地域の診療所の医師に往診に来てもらっている。                               |                   |  |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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                                              | 毎年消防署救急隊員による緊急時対応の蘇生術およびAED使用の実践研修を行い、急変時においては、状況をスムーズに報告できる連絡体制の確認シートを作成している。また、応急手当や初期対応などは新人研修時に学ぶ機会を作っている。              |                                                                                                                         |                   |  |
| 35 | (13) | ○災害対策<br>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                                              | 避難訓練を昼・夜どちらの想定でも年に2回実施している。BCP(災害時事業継続計画)を策定し、防火・防災委員会を開催して事業所の地域特性に合わせたより現実的対応ができるものに見直しも行い、水害避難訓練に活かし、災害時に備えている。          | 法人でBPC計画を作成している。隣接の特養とは通用品で行き来ができ、有事の際は双方での協力体制ができる。昼夜ケースを想定した避難訓練も一緒に年に2回実施。徒歩5分以内の消防署の立ち合いを要請している。                    |                   |  |

| 自己                        | 外部   | 項目                                                                                | 自己評価                                                                                                                                       |                                                                                                               | 外部評価 |  |
|---------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--|
|                           |      |                                                                                   | 実践状況                                                                                                                                       | 実践状況                                                                                                          |      |  |
| IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 |      |                                                                                   |                                                                                                                                            |                                                                                                               |      |  |
| 36                        | (14) | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保<br>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                    | 人権研修や言葉による拘束となる「スピーチロック」の研修を実施し、職員同士で言葉がけに気を付け、介護職としての接遇マナー研修の機会を設けている。利用者を尊重した笑顔でのコミュニケーションを心がけ、個人のプライバシーを配慮した関わりを持つように努めている。             | 年長者としてのプライドを傷つけないように注意を払い、馴れ合いではなく馴染みの関係の構築に努め、親しみのある対応を心がけている。言葉遣いについては方言も大切に、理解される言葉で接するようになっている。と聞き取る。     |      |  |
| 37                        |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                      | 認知症による症状の状態を十分考慮し、本人が望む生活に近づくように、本人自身が意思決定しそれを尊重するために本人の思いを発言、意思表示を出来る様に、話しやすい場所作り、本人と個別で思いや希望を聴いてカンファレンスに活かし、自己決定できる環境作りを行っている。           |                                                                                                               |      |  |
| 38                        |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 職員都合にならないように、職員会議や日々のミーティングで話し合い、利用者の生活を中心にした考え方を身に付け、個々の状態・思いに合わせた暮らしの支援を目指している。活動や行事の参加は自由であり、居室や居間など、思い思いの場所ですごせるように支援している。             |                                                                                                               |      |  |
| 39                        |      | ○身だしなみやおしゃやれの支援<br>その人らしい身だしなみやおしゃやれができるように支援している                                 | 日用品は希望のものがあれば購入したり、家族に相談して本人の必要な状態や状況に合わせた服装や身だしなみができるように職員が支援している。利用者の好みに合わせ、季節によっても職員がアドバイスも行っている。理美容からの出張サービスによるカットやカラーも受けられるように手配している。 |                                                                                                               |      |  |
| 40                        | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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      | 食事づくりにおいて、利用者にも可能な限り役割をもってもらって職員とともに準備・盛り付け・後片づけを行い、支援している。日々の味付けを工夫し、月1回の季節の行事や誕生会では献立も工夫し、手作りの物で季節感や懐かしい思い出話で楽しくすごせる時間を企画している。           | 主食・汁物はホームで調理し、昼食は届いた食材で手作りしている。朝夕の副食は調理済みの物を温め盛り付けている。秋祭りには模擬店もあり家族と一緒に楽しまれ、行事・楽しみごとに合わせて美味しい物を楽しく食べる食事支援もある。 |      |  |
| 41                        |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日の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           | 栄養や水分に関して、通常は月1回の管理栄養士の訪問時に相談し、必要時はかかりつけ医に相談も行い、個々に応じた食事形態・食事量での健康維持を目指し支援している。食事量・水分量の記録を残し、看護師とも情報共有している。                                |                                                                                                               |      |  |
| 42                        |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                    | 希望者は月に2回程度歯科衛生士の訪問を推奨し、利用者の口腔ケアの支援や、職員へのアドバイスも行っている。食後の口腔ケアも自身では出来ない方は口腔衛生維持、肺炎等の病氣予防に努めている。また本年度は個別での歯科医師の往診治療も積極的にを行っている。                |                                                                                                               |      |  |

| 自己 | 外部   | 項目                                                                                                          | 自己評価                                                                                                                                         |                                                                                                                       | 外部評価              |  |
|----|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--|
|    |      |                                                                                                             | 実践状況                                                                                                                                         | 実践状況                                                                                                                  | 次のステップに向けて期待したい内容 |  |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>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むけた支援を行っている                              | 24時間の尿量・回数・パターンの記録をつけ、早期に状況を把握し、本人の習慣を重視した排泄支援やトイレ誘導を行い、家族にも協力を得てパットの使用状況やパット交換を自分でも出来るものに変えて自立支援に努めている。                                     | 排泄パターンに合わせて自立の人、定時・随時にトイレ誘導する人等個別に対応しながら快適性の支援に努めている。担当職員と一緒に排泄用品の見直しを実施。市の助成もあり家族が持参されているが、他県に住む家族に代わって施設が対応することもある。 |                   |  |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>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                                              | 日常的に水分摂取の必要性を職員が理解し支援している。又、乳製品摂取の検討、体操や運動による自力での便通を促すよう工夫している。排便チェックシートにより、便秘に関する情報をしっかりと確認し、便秘時は主治医と連携しながら支援している。                          |                                                                                                                       |                   |  |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しむように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている                         | 本人の入浴に関する希望や思いを尊重し、無理を強いることのないように、声掛けの仕方やタイミングを考慮し支援している。介護度が上がり一般浴への入浴が困難な場合は、併設する特養の特殊浴槽を使用することで苦痛なく入浴できるように支援している。                        | 本人の意向を尊重し同性介助で支援している。午前・午後にも小人数で対応可能である。身体機能に合わせた浴槽の設備が整い、安全と安心の対策が同える。乾燥肌対策等スキルアップ予防にも努めている。                         |                   |  |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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                                              | 利用者の個々24時間の生活リズムに合わせて安眠休息できるよう支援している。不眠状態が続く場合は、主治医や医療機関と連携し、十分な睡眠の支援に努めている。また、安眠を促す支援の一つとして、日光浴や活動時間に運動や体操を取り入れ、安心して休めるように話を聞いたり環境整備に努めている。 |                                                                                                                       |                   |  |
| 47 |      | ○服薬支援<br>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                                          | 母日の服薬支援では複数職員で確認をし、内容に変更がある場合は情報提供と伝達に努めている。服薬内容については定期往診時などで主治医と連携して相談調整を行い、看護職員、介護職員が協力し、支援している。服薬指導では薬剤師との連携も密に行っている。                     |                                                                                                                       |                   |  |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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                             | 本人の認知状況に合わせて、家事の一部を役割分担したり、出来ることや個人の好みの活動を取り入れたりと、本人にとって生活の中での生きがいや楽しみが見つかる様に職員と一緒に共同作業で作品を製作したり、出来ることを見つけられる様に支援している。                       |                                                                                                                       |                   |  |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>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。又、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 | 日常的な外出支援は感染予防対策時以外においては、家族との外出、本人が外出を希望される場合には可能な限りの外出支援を行っている。また、他部署とも連携し、全体で調整を行い、外出支援を推奨し気分転換を図れるように支援している。                               | 天気の良い日は車イスの人と一緒に近くの寺院に散歩に出かけていたが、最近では感染対策・体調面を考慮して施設周辺を散歩することが多いと聞く。法人のリフト車でドライブ外出することもある。家族の協力で懐かしい場所や墓参り等に出かけられている。 |                   |  |

| 自己 | 外部   | 項目                                                                                                                               | 自己評価<br>実践状況                                                                                                                                      | 外部評価                                                                                                                                      |                   |
|----|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|    |      |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                   | 実践状況                                                                                                                                      | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 50 |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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                                                  | 家族確認を行い、ご本人の状態により、希望時に少額は保持していただいている。本人が買い物などで外出時や支払い時は付き添い、現実的な内容になっているか確認したり買い過ぎには注意を払っている。                                                     |                                                                                                                                           |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>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                                                                           | 希望される時は出来る限り家族等へ電話や連絡を取れるよう支援し、不安なく生活できるように全職員が対応できる体制を作っている。携帯電話で自由に住居から家族に電話されている方もある。                                                          |                                                                                                                                           |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 居室やリビング全般的に安全に利用できることを第一と考え、毎日の清掃や整理整頓を心掛け安心安全な環境を目指している。季節に合ったフロアや玄関の装飾や居室においては日光量、室温など清潔で心地よい空間作りに努めている。                                        | リビングは和風の設えで、日差しが入り明るくて落ち着いた雰囲気生活されている。壁面飾りや掲示物からは、今日の日付や季節の確認ができ見当識への配慮がある。裁縫の得意な人と一緒に作成された作品もある。食後はソファに座り替えてテレビを観る等多くの人がリビングで過ごされてる。と聞く。 |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>共用空間の中で、独りになったり、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                                                      | 気の合う利用者同士で座席配置したり、自由に座席変更したりできるようにしている。また、一人になりたい利用者には居室や廊下のソファ等で静かに過ごせるよう環境配慮している。                                                               |                                                                                                                                           |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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                                           | 入居前の本人の家具を含めた馴染みがある持ち物で本人の部屋を作れるように支援を行い、また定期的に本人も含め、各担当職員が居室の空間づくりを支援している。季節ごとにエアコンの温度調整、換気、加湿を行い、部屋には思い出しの写真や制作物、花など飾ったりと個人個人の生活空間になるように配慮している。 | ベッド以外は持ち込み可能である。入居時に家族と一緒にレイアウトを考えている。大切な物、写真・時計・テレビ等が置かれ、その人らしい部屋になっている。クローゼット・ハンガー・デスクがあり今日着る服を自己選択・自己決定できる。できる力を得ながら寝具の清潔に努めている。       |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけの自立した生活が送れるように工夫している                                            | 本人が一人でもなるべく移動ができるよう、必要箇所の手すりや案内表示、その他安全スペースを確保している。居室やリビングでも車椅子で自走のしやすいスペースの確保にも気を付けて環境づくりを行っている。                                                 |                                                                                                                                           |                   |

## 2 目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む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て課題が焦点化できなくなってしまうよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

| 【目標達成計画】 |          |                                                                                                                  |                                                                                   |                |
|----------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 優先<br>順位 | 項目<br>番号 | 現状における問題点、課題                                                                                                     | 目標                                                                                | 目標達成に<br>要する期間 |
| 1        | 36       | 日常的に業務優先での生活支援になりがちで一人ひとりの認知症の症状に合わせた声のかけ方や、本人本位の生活ペースに合わせた支援がなかなかできていない現状がある。また最近では認知症の症状により対応能力の向上も必要になってきている。 | 一人ひとりの各認知症の症状の違いの理解をし、本人の思いと生活支援のペースを無理のない範囲で行えるように安心感が与えられる声掛けと認知症ケアへ取り組む。       | 12ヶ月           |
| 2        | 49       | 家族や知人などによる外出機会がある方はとても少なく、施設外などへの外出行事も少なかつた為、外へ出ることが少なく、季節感や気分転換ができていない。                                         | 普段の日常生活の中で、職員と一緒に外気に触れる機会を作り、自分から歩くことにより、気分転換と下肢筋力維持回復に努める。                       | 12ヶ月           |
| 3        | 13       | 新型コロナウイルスやインフルエンザ、胃腸風邪、ノロウイルスなど最近の感染症対策予防において、急な発生では職員間での対応が追いつかず、認知症利用者の個別隔離は極めて困難であり、感染が拡大しやすい。                | 体調不良者などがある場合、新規定感染症を疑い早期に予防と対策できるように、常日頃から感染症発生時のコミュニケーションと対策意識を共有し予防強化、改善策に取り組む。 | 12ヶ月           |
| 4        | 42       | 自立されている方への口腔ケアへの支援がまだまだ不十分である。                                                                                   | 利用者への口腔ケアの声掛けと口腔確認を行い、口腔環境改善と実施の向上に努める。                                           | 12ヶ月           |
| 5        |          |                                                                                                                  |                                                                                   | ヶ月             |

注)項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。

### 3 サービス評価の実施と活用状況

サービス評価の振り返りでは、今回の事業所の取り組み状況について振り返ります。「目標達成計画」を作成した時点で記入します。

#### 【サービス評価の実施と活かし方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し合った                      |
|                      |   | ②利用者へ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の説明とともに、どのように評価機関を選じたか、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、職員全員で話し合った                |
|                      | ○ | 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し合った    |
|                      |   | 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ふまえて、評価調査員と率直に意見交換ができた                    |
|                      | ○ | ③対話から、事業所の努力・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( )                                             |
|                      |   | 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                          |
| 4 評価結果(自己評価、外部評価)の公開 |   | 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市区町村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( )                                             |
|                      |   | ①職員全員で次のステップに向けた目標を話し合い、「目標達成計画」を作成した               |
| 5 サービス評価の活用          | ○ | ②「目標達成計画」を利用者、利用者家族や運営推進会議で説明し、協力やモニター依頼した(する)      |
|                      | ○ | ③「目標達成計画」を市区町村へ説明、提出した(する)                          |
|                      | ○ | ④「目標達成計画」に則り、目標をめざして取り組んだ(取り組む)                     |
|                      |   | ⑤その他( )                                             |