

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	2393600024		
法人名	株式会社サカイ		
事業所名	グループホームあじさい「ほてい」		
所在地	愛知県江南市五明町太子堂133		
自己評価作成日	平成23年10月5日	評価結果市町村受理日	平成23年12月16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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 ケア・ウィル		
所在地	愛知県名古屋市中村区椿町21-2 第2太閤ビルディング9階		
訪問調査日	平成23年10月18日	評価確定日	平成23年11月20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)】

同一建物内に隣接している小規模多機能型居宅介護事業所と連携することにより、グループホームでありながら、常に外部から人の出入りがあり、地域との接点の確保や、小規模多機能型居宅介護利用者との交流など、開放的なホームづくりに活かされている。できるだけ自立した生活、自分のことは自分で行える環境作りに取り組んでいる。また、寄り添うことで一人ではない、孤独ではないと思って頂けるよう支援している。

【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)】

職員の異動があり若い職員が多いホームである。自己評価は全職員が取り組み、日常のサービスを振り返った。職員が管理者やリーダーに対して話しやすい職場風土ができており、職員の提案が運営に反映され、職員のやりがいや介護の質の向上に繋がっている。グループホームは9人という少人数ではあるが、集団の良さを活かしながらも、入居者一人ひとりの生活スタイルを大切にしている。ホーム側の都合(職員の配置等の都合)で入居者を動かすことがないよう努力している。訪問時には、リビングで談話を楽しんだり、居室で過ごされたりなど、それぞれのペースで生活している様子がうかがえた。入居者一人ひとりをまず知る事、そして理解することに努め、想いや希望をくみ取り実現できるように職員間で話し合い情報を共有している。今年から個別のレクリエーションに取り組み始め、生活の充実を図っている。また、季節毎の行事や外出、外食は入居者も楽しみにしている。秋にはさんまを七輪で焼くなど旬の味覚を堪能している。

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 ↓該当するものに○印		項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
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 (参考項目:23,24,25)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない	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 (参考項目:9,10,19)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○	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	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 (参考項目:2,20)	○	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
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	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拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	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
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 (参考項目:36,37)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、生き活きと働いている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3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2/3くらいが 3. 利用者の1/3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 (参考項目:30,31)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3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2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
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、安心して暮らしている (参考項目:28)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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	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
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	事務所に掲示しており、唱和する等で浸透を図っている。しかし、継続的な話の場は設けていない。	理念と目標を朝礼で唱和するとともに、「慣れ」にならないよう管理者は、職員に毎日の目標を持つように話をしている。職員が退勤する時には、目標に対しての取り組み状況を確認し、達成できなかった時には次に向けて原因を考えている。	職員の入れ替わりがあり理念を職員一人ひとりが意識しながらケアにあたっている。今後は、理念を共有しながら互いに高め実践に繋げていくことを期待したい。
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	毎日の買い物、自治体の行事等に参加しているが、十分ではない。また、散歩時などは、こちらからあいさつを交わすように取り組んでいる。	地域の行事には、入居者に希望を募り出かけている。散歩時に畑を通ると、近所の方から声をかけてもらったり、おすそ分けをいただいたりすることがある等、良好な関係を築いている。食材を買いに入居者と一緒に毎日かけており、地域との関わりを大切にしている。	今まで地域に出ていくことを重点においていたが、今後は地域の方に来てもらうことができる関係を目指していることから、今後の取り組みに期待される。
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	地域の方への発信方法を探している段階であり、取り組みはまだ不十分である。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 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	外部からの意見を取り入れ、朝礼などで周知できるようにしている。盆踊りの時には、会議内で参加について打ち合わせができ、特別席などを設けて頂いた。	地域代表のメンバーの協力により、地域との関係が拡がり、理解や支援が得られるようになった。市の担当者は年1回出席し、地域包括支援センターの担当者は毎回参加している。メンバーから意見やアドバイスをもらい運営に反映している。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と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	市の担当者とは連絡を随時行い、疑義のある場合等も協議を重ねている。	管理者が頻繁に市の担当者を訪問しており、相談しやすい関係ができている。時には入居者と一緒に市役所に出かけ、話をすることもある。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指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	日中(9:00~18:00)は玄関の施錠はせず、夜間のみ防犯の意味から施錠している。ただ、身体拘束の正しい意味などはこれから勉強会などを開いて周知していく必要がある。	玄関の施錠は日中は行わず開放している。身体拘束については、職員の周知には至っていない。職員が拘束の意味を理解できるように勉強会を検討している。身近なところでは言葉による抑制「まって」「～はだめ」などについて、出てしまった場合には管理者がその場で話をして改善するよう努めている。	言葉の抑制は、現場ではつい出てしまう場面や状況も考えられる。相手に不快感や抑制をしないケアの実践に取り組んでいることから、今後も継続した取り組みに期待される。
7		○虐待の防止の徹底 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に注意を払い、防止に努めている	会議等で、虐待にあたる行為について話し合う機会を設けているが、学ぶ機会については不十分である。		

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
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	外部研修等の参加は促しているが、事業所内での学ぶ機会、話し合い等は行なわれていない。		
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	管理者及び担当者が行っている。		
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	面会時等を活用して、意見、要望、苦情等を吸い上げられるよう、働きかけている。	家族の来訪は多く、来訪時には気軽に話をしてもらえるよう雰囲気づくりに努めている。アンケートの結果からも家族との良好な関係がうかがえる。毎月ホームだよりを送付している。運営推進会議の議事録も家族全員に送付し内容を報告している。	
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	会議等で、意見や提案ができる機会を設けている。	月1回会議を行い、業務の確認や入居者の状況について、職員の意見を気軽に出せる機会となっている。ケア内容については週1回の会議等で別に時間をとって話し合い、意見を出し合っている。資格取得については会社で支援しており、補助を受けることができる。会議に欠席した場合は議事録を配り周知を図っている。	
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	職員個々が相談できる環境ではあるが、やりがい、職場環境の整備等については不十分である。職員によっては業務時間内に業務が終了しないので、業務内容の見直しを含めて検討が必要。		
13		○職員を育てる取り組み 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	ヘルパー2級講座や外部研修などの機会を設けている。また、新入社員にはチェックシートを活用し、業務の習熟度にあわせた指導を行うなど、段階的な社内研修の導入について取り組んでいる。		
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	外部研修等へ参加した際、交流することができるが、取組としては十分ではない。		
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	導入時の情報をファイルにまとめ、その情報を土台に本人との関係づくりを行っている。		

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
16		○初期に築く家族等との信頼関係 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	導入時の情報をファイルにまとめ、その情報を土台に、面会時等に家族との関係づくりを行っている。		
17		○初期対応の見極めと支援 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	管理者、担当者、家族間で方向性を確認し、カンファレンス等で情報を共有している。		
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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	一部では、協働する関係性が作られているが、他方では、介護に偏重してしまっている側面もある。		
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	家族との関係を築きながら、本人を中心としつつも、家族と本人との関係性にも配慮しているが十分とはいえない。		
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、知人等の面会等、知人宅への訪問の支援を通じて、関係性の継続が図られているが、積極的な働きかけや取り組みとしては不足している。	家族の訪問はもちろん、知人が訪ねてきている。職員から話を切り出し希望をくみ取るようにしている。墓参りや地元の行事に参加するなど、今までの生活の延長であるよう努力している。	
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	お茶やレクの時間など食事以外に集まれる時間を設けている。利用者様同士が対立しそうなときは、職員が間に入れるように努めている。		
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	退去された利用者様の家族より、ボランティア訪問の申し出があり、二か月に一度の頻度でボランティアに来て頂いている。		
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	本人との話し合い、日常会話から、一人一人の思い・意向に沿えるようカンファレンス等を行って検討している。	少人数ではあっても集団生活の中で一人ひとりの生活スタイルを確保できるよう日々努力している。職員と入居者が1対1の時には日頃聞けない本音が出てくることが多い。職員は聞いたことを会議で共有し実現できることは実践に向け取り組み、介護計画の中にも反映させるようにしている。	

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
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	初期の情報を土台としながら、本人、家族等から随時得られた情報を共有し把握に努めているが、新人スタッフが多く、共有しきれていない。		
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	ケース記録、個人ノート等に状況を記入し、共有と把握に努めている。ただ、居室にて過ごす時間が長い方への取り組みは十分とはいえない。		
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	モニタリングのための会議を行い検討している。作成に関しては、計画作成担当者に委ねられている。	入居者にはそれぞれ担当の職員を配置しているが、介護計画は全員で作るとの方針のもと、会議で介護計画と本人の現状について話し合い、意見やアイデアを出している。それらを計画作成担当者がまとめ新しい介護計画を作成している。	
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	ケース記録、個人用のノート等に基づいて、不定期にカンファレンスを行い、実践に活かしている。但し、職員により記録への記入のばらつきがあり、今後はばらつきをなくす取り組みが必要。		
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	必要に応じて柔軟に対応する方針であるが、現在のところ十分ではない。		
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	個別に働きかけているが、事業所内で完結してしまう傾向にある。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 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	かかりつけ医を中心として、その他の医療との連携を図っている。	入居時に医療機関変更同意書を交わし、ホーム協力医による往診が月2回ある。本人、家族の希望があれば、かかりつけ医に受診可能である。かかりつけ医の場合は、受診情報を家族から聞き、家族が付き添う場合は情報提供するなど支援している。	
31		○看護職との協働 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	訪問看護師等と、日常的な報告、相談を行うことにより連携を図っているが、連携が十分ではない。		

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
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、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。	入院時は、管理者、担当者が定期的に足を運び、本人の容体の把握、関係者との情報交換等に努めている。今後、今以上に関係作りを行う必要がある。		
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	結果的に終末を迎える事があっても、ターミナルに取り組むには、環境的に難しいのが現状である。	重度化した場合における対応に係わる指針について入居時に説明し、同意書を交わしている。本人や家族の希望、ホームでできること等、主治医や職員と話し合いを重ね、その人がその人らしく生きるために支えていきたいと考えている。	重度化や終末期への対応については、ホームとして直面する課題と考えている。会議、勉強会等での話し合いや学びの機会を持ち、職員間での協力体制づくりに期待したい。
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	不定期に会議などで勉強会を行っているが、全ての職員が適切な処置を行えるようになるには、更なる取り組みが必要である。		
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	避難訓練は定期的(年2回)に行われているが、地域との協力体制は十分ではない。運営推進会議にて話し合い協力体制を築きつつある。	避難訓練は年2回、消防署の立会で昼夜を問わず併設の小規模多機能と合同で行っている。何かあれば近隣住民の協力を得られる体制があり、災害時に備えて約3日分の非常食も準備してある。	災害時の備蓄品(食品、薬、おむつ、下着類等)もう少し長い日数分用意する必要性を感じていることから実現に向け期待したい。

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 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	会議、カンファレンスで取り上げ、適宜指導を行っているが、場面によっては十分でない場合がある。	管理者は入居者に接する時の注意事項を念頭におき、職員に「自分がされたら、言われたらどうか」という事を会議で取り上げたり、日々の介護時にそういう場を見たら、その都度注意し、声かけや対応の仕方を指導している。トイレ誘導に対する声かけは、入居者の尊厳を傷つけないように十分配慮し、居室に入る時は「失礼します」と声をかける等、入居者との人間関係を大切にしている。	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は、これで良いということはない。常にどうすればもっとよい言葉かけや対応ができるのかを考えており、実現に向け期待したい。
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	職員個人個人が心がけて、できるだけ自己決定できるように働きかけている。		
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	できる限り、本人の希望に沿えるよう、支援しているが、他の業務の方に合わせてしまう部分が多く、改善が必要である。		
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	理美容院等も含め、本人の希望に沿うよう支援している。本人の思いが表出しがたい方への支援は十分ではない。		

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
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	食事の準備、片付け等が可能な利用者と職員とで一緒に行っている。片付けに関して、食器洗いを職員が全て行ってしまふことが目立つ。	入居者の希望を聞き、その日に献立を決めている。誕生日にはその人の食べたい物を聞き、ケーキ等も手作りしている。買い出しは毎日入居者と一緒に行き、能力に応じて皮をむいたり切ったり一緒に調理や配膳をしている。家庭菜園も行われ、その日のメニューに使われたりする。外食にも出かけ、食事を楽しんでいる。	
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	カロリーは厳密に考えてはいないが、食事量、水分量を記録し把握に努めている。足りていない方への支援が十分でない場合が見られる。		
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	本人の力に応じた口腔ケアを行っているが、利用者様によっては本人任せになってしまい、確認ができていないことがある。		
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むけた支援を行っている	時間帯による排泄を記録して把握に努め、本人の様子によって働きかけている。	職員は一人ひとりの排泄パターンを把握するため、1時間ごとに排泄チェック表を記入している。トイレ誘導時の声かけもその人に合わせている。おむつからリハビリパンツへ、そして布パンツへ移行した入居者もいる。一人ひとりの力や排泄パターン、習慣を把握することでトイレでの排泄や排泄に向けた自立支援に努めている。	
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	排便の間隔を確認し、必要に応じて下剤を使用しているが、予防に関する取り組みは十分ではない。		
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ず、個々にそった支援をしている	毎日、長時間入浴可能なため、本人の希望によって入浴できるよう支援がなされているが、他者との兼ね合いで我慢を強いられている時もある。	毎日午後2時～8時まで入浴することができる。家庭用の浴室ではあるが、浴槽が広く気持ち良く入浴できる。職員と1対1での入浴で、コミュニケーションの場になっている。季節に応じて柚子湯、菖蒲湯など取り入れられている。入浴拒否の方には無理強いせず、再度の声かけやコミュニケーションをとりながら入浴意欲を高め、入浴してもらっている。	
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	自室、リビング等、希望に応じて休息出来る様支援している。また、夜間は定時の巡視にて安心して頂けるように努めている。		
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	薬の内容や用法、用量については、個人ノート、申し送りによって把握、確認に努めているが、職員によってはまだまだ意識が足りない。		

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らないよう、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	13	経験年数の少ない(当事業所が初めて)スタッフが多いため、認知症の理解等が低く、誤った対応をしてしまう場面が見られる。	全スタッフが認知症についての知識を身につけ、場面にあった対応ができるようになる。	月1回、ユニット会議にて勉強会を行い、知識の研鑽に努める。また、外部研修への参加を奨励し、知識・技術の習得を目指す。	6ヶ月
2	35	避難訓練は定期的に行われているが、消防署や地域との協力体制は十分ではない。また、非常用食料や内服薬等の確保についてもホーム内で意見交換するには至っていない。	消防署や地域等との連携を図り、災害時は地区の消防団等と協力して対応でき、備蓄品については、備蓄量や管理方法について整備することを目指す。	避難訓練については継続して定期的に行い、消防署、地域との連携については、今後の協力体制や備蓄品の管理等を含め、ホーム内で検討する。	6ヶ月
3	26	現場のケアにケアプランが十分に活かされていない。	スタッフ一人ひとりがプランの内容を理解し、プランに沿ったケアができるようになる。	利用者様一人にスタッフ一人が「ケース担当」として付き、「ケース担当者」を中心にプランの浸透を図る。また、モニタリング時にノート等を活用して全スタッフの意見を反映し、皆がプラン作成に参加しているという意識を持てるように努める。	6ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月
6					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。