

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	2373900469		
法人名	有限会社 愛敬		
事業所名	グループホームみどり (1階)		
所在地	愛知県稲沢市北島5丁目55番地		
自己評価作成日	平成25年10月10日	評価結果市町村受理日	平成26年 2月 5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	http://www.kai.gokensaku.jp/23/index.php?action=kouhvu_detail_2012_022_kani=true&JiyosyoCd=2373900469-00&PrefCd=23&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市長区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成25年11月26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)】

<p>リハビリ体操を毎日行っている。 散歩に出掛けている。 レクリエーションに力を入れている。</p>

【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)】

<p>地域に暮らす職員が、利用者の昔馴染みをホームに誘い、利用者と再会を果たした事例がある。若い頃から描いてきた絵画の趣味を、今でも継続している事例など、本人の暮らしてきた趣味や特技を活かす支援がある。 重度化に伴い、終末期を支援した実績がある。終末期の支援については、家族の意向を第一に考えて支援している。 アセスメントなど、介護計画に関係する記録物については、仕組みの構築が整備されておらず、工夫が望まれる。本人が話した内容などを記録して、職員間で共有する仕組みの構築が必要といえる。 これからのホームの発展を期待したい。</p>

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 3. 利用者の1/3くらい 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る (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、生き活きと働けている (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	利用者様を主体とし、尊敬をもって接し誇りをもって仕事ができるよう心がけている。	理念を基に、利用者の尊厳と誇りを大切にすることをケアに向けて取り組んでいる。重度化に伴い、職員の主導で生活リズムを整えて支援している。	
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	町内の桜まつり、公園掃除・左義長など参加している。	町内に住む職員が、近所に暮らす利用者の知人をホームに招いている。これをきっかけに、地域と交流する機会ができています。近隣住民が野菜を届けてくれることも増え、近所付き合いが定着しつつある。	
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	夏に行われるグループホームでのお祭りに利用者さまご家族や地域の方へ参加呼びかけをし、理解支援していただいている。		
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	利用者様、利用者様のご家族、地域の役員に参加していただき意見交換 話し合いをしています。	2ヶ月に一度の運営推進会議が実現している。利用者、家族、市役所、消防署、地域が参加し、メンバーも増えている。参加メンバーが少ない時には、レクレーションを兼ねて開催しており、和やかな雰囲気での会議である。	
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取り組んでいる	施設長、管理者、事務長が地域行事(ごみゼロ運動・グランド清掃など)や運営推進会議を通じて市役所、総代区長、区長等と連絡をとっている。	運営推進会議では、行政担当者からホームの運営方法を聞くなどの意見交換している。市町村と直接連携した事例は少ない。	
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	十分理解しているが、利用者様の安全を確保するため、(興奮状態になってしまい屋外で事故の危険がある方がいる。)事務長が不在の場合、玄関を施錠している。	利用者は居室と共用部分を自由に行き来している。転倒の危険がある利用者には、布団を敷いて転落を防ぐ配慮がある。玄関は、安全面の視点から時間に応じて施錠している。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	利用者様の不穏時対応方法など、ミーティングで話し合い、注意・防止につとめている。		

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
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	活用されている利用者様がいるが理解できている職員は少ない。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	入所時、改定時の際は家族会を開催し、出席できない方には手紙、電話など個別に説明を行い理解が得られるよう努めている。不安、疑問があるときはその都度説明させていただいている。		
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	家族会、運営推進会議、施設へ来所された際にご意見をいただいている。看取りについての相談などをいただいている。	家族アンケートからは、「アットホームなところがよい」など感謝の声が上がっている。その一方で、「徐々に元気がなくなっていく姿を見るのがつらい」という、家族の正直な思いも上がっている。	
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	ミーティング、ユニット会議でスタッフの意見を直接、代表者、管理者が聞いている。	職員によって、業務の流れや支援方法にばらつきが生じている。これにより、職員会議を開き、業務の統一・改善に向けて、話し合いを進めている。	
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	各階の勤務の流動について繰り返し説明を行い、理解を得られるよう努めている。スタッフの個々の負担軽減のため日中の出勤を3人体制にしている。事務長・管理者が現場をフォローする。残業はほぼゼロ。		
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	外部研修を受ける機会があり、内部研修で報告、振り返りの機会があり、視野を広げ、知識、技術を学ぶことができている。資格取得を推進するとともに、受講等の知らせがその都度スタッフの目に入る場所に置かれている。		
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	外部研修を受ける機会があり、スタッフ同士情報交換をする機会はあったが、スタッフは活用することが出来ていない。		

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
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	様子・態度から汲み取り、過ごしやすい場になるよう努めている。職員の技術が低く、要望に対応しきれず本人まかせになっていることもある。		
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	入所受け入れの際はご家族様の思いをお聞きし、抱えている問題・要望を受け止め安心していただけるよう努めている。利用者様の様子を電話でお伝えしたり、来所の際にお話をお聞きするなどの支援をしている。		
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	申し込み時、初期面談時のアセスメントをスタッフに報告し、ご本人様・ご家族様の求めるサービスが自施設で提供できるサービスの範囲であるか、話し合いを行っている。		
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	一緒にコーヒーを飲んだり、おやつを食べる時間がある。掃除ができる方はスタッフと一緒にモップがけ、雑巾がけなどして下さる。		
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	ご家族様が来所の際はスタッフはご本人様の報告だけにせず、ご家族様との会話も大切にしている。		
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	神社やショッピングセンター、喫茶店、図書館などに出掛けられるよう支援をしている。	昔勤めていた会社の同僚がボランティアで偶然来訪し、再会を果たした事例がある。また、若い頃から続けている絵画を、ホームに入居してからも継続している。	
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	スタッフは入居者様同士の相性を把握しトラブルが起きないように努めている。一人で過ごすことが多い方にもレクリエーションや行事の際に声掛けを行い、孤独にならないよう支援している。		

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
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	入院された際も病院での病状把握に努めご家族、ご本人の相談に応じています。退所された方の配偶者の方が入所された。		
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	日中落ち着いて過ごせる場所や外出が好きか嫌いかなど、入居者様の立場に立って考え思いを汲み取って支援をしている。	職員は、毎日の会話の中から利用者の思いをつかみ取っている。把握した情報を共有する仕組みが構築されておらず、職員ごとの記憶にとどまっている。	利用者の思いを共有するために、つかみ取った情報をアセスメント記録等に残す工夫が望まれる。
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	生活歴の情報などは個別記録にファイルしてあり情報の共用ができるほか、普段の関わりの中からもアセスメントをし入居者様の把握に努めている。		
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	入居者様の日課や過ごし方は担当者会議だけでなくフロア会議、全体会議でも話し合い、サービス計画書にまとめ個別ファイルにはさんで共有できるようにしている。		
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	担当者会議への参加はできていないが、主治医、訪問看護師、PTからも助言をいただき、反映させている。	介護計画立案の際には、家族・主治医・職員など、関係者の意見を聞き、介護計画に取り入れている。家族へ報告しているものの、モニタリング等の記録の整備が遅れている。	
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	毎日記録をしている。経過を振り返るときに活用している。		
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	センサーの使用や転倒を防止するために音の鳴る暖簾を作るなどしている。		

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 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	コンビニ、喫茶店、ショッピングモールへ出掛けている。町内の行事(花見・コンサート・餅つき・祭り・もちつきなど)に参加して頂けるものにはしていただいている。		
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	施設主治医に2週間に1回往診して頂いているほか、週2回FAXで入居者様の状態を報告している。医師と24時間連絡が取れる体制になっており、特変時は適切な指示がもらえ、対応できている。	ホームの協力医による往診を信頼しており、ほとんどの利用者が受診している。受診内容は、月に1度の「みどり便り」で家族へ報告している。	
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	訪問看護ステーションと連携をとり24時間連絡がとれる体制になっている。週2回FAXで入居者様の状態を報告しており、週2回の訪問がある。看護に関する助言のほか、血圧の測り方などの社内研修もしていただいている。		
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、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。	入院された時は生活状況を関係者に伝えるとともに、認知症の悪化、ADL低下防止のため医師、ワーカー、看護師などと相談し早期退院に努めている。		
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	家族会などで施設でできることを説明している。状態変化、悪化が考えられるときは個別に十分な説明をさせていただき、理解を得られるよう努め、今後について主治医、訪問看護師とも相談をしてご本人様、ご家族様の意向に沿った支援に取り組んでいる。	入居の際に、家族に重度化した場合のホームの方針を伝え、家族の意向を確認している。家族の希望を優先し、終末期の方針を検討している。終末期をホームで迎える場合には、家族との時間を持てるように配慮し、利用者の気持ちに寄り添う支援がある。	
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	マニュアルを作成し研修をしているが、経験が浅いスタッフが多く実践に不安を抱えている者もいる。スタッフの経験・技術を把握し急変・事故発生時に管理者がフォローしている。研修を繰り返し実践力を身につけられるように努めている。		
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	備品・備蓄の確保、昼間・夜間想定での避難訓練を随時行っている。	行政からのアドバイスを受け、災害用品の備蓄をしている。災害時には、ホームで待機できるように、環境整備している。	

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
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	概ね実行している。利用者様の現在まで歩んで来られたところを出来るだけ多く知りそれに応じた対応をしている。	人格を尊重し、利用者の思いに配慮した支援に向けた取り組みがある。職員の支援の中には、高齢者のプライバシーに対する知識が低い事例もあった。	認知症の介護には、本人のプライバシーを知った上で支援が必要な場合もある。プライバシーを外部に漏らさないための知識を周知・徹底する取り組みが必要といえる。
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	声かけをなるべく多くし利用者様のその時々々の思いを受け止め利用者様の望む方向に極力合わせる。		
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	利用者さまの希望に合わせて対応している。		
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	絶えず清潔を保てるよう支援している。お化粧、マニキュアもする。		
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	食べていただいた後、好みを判断したり聞き取りする。片付けの手伝いをしていただく。	食器拭きや片付けは、利用者が率先して行っている。庭の畑で利用者が栽培して収穫した大根を食材として活用している。利用者の意向から、外食に出かけた事例もある。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	食事摂取量・水分摂取量はチェック表にて把握している。嚥下困難の方はとろみをつけ食事介助時も誤嚥予防に努めている。		
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	毎食後入居者様の状態にあわせてガーゼ、ガーグル等を使用し介助する方もいる。水を飲みこんでしまう方のために緑茶をうがい用に使用している。声掛けも忘れないよう注意している		

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
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	排泄チェック表にて把握に努めている。寝たきりの方もトイレでの排泄ができるので、排泄のリズムを把握し介助している。	これまでの定時のトイレ誘導から、本人のタイミングを観察して誘導するように改善した取り組みが始まっている。夜間、トイレまで遠い利用者には、希望により尿器を活用している例もある。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	排泄チェック表と水分チェック表にて排便の把握に努めている。便秘になりやすい方は水分摂取量を増やせるよう、飲料水の種類を工夫し薬に頼らない支援をしている。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている	各フロア1日おきにお湯はりをしているが、希望があれば毎日入浴ができる。仲の良い入居者様同士入浴して頂けるよう支援している。拒否の強い方は無理な入浴をせず、清拭など他の方法で清潔保持に努めている。	重度化した利用者には職員が2名で入浴支援をしており、安全に配慮した支援がある。順番に声をかけているものの、拒否がある場合には時間を改めて声をかけている。	
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	ソファで過ごすことが好きな方は健康管理に十分気を付けてソファで過ごしていただいている。		
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	処方薬の説明用紙を毎回いただき個別記録にファイルして把握に努めている。処方に変更があるときは、日報・個別記録に記入して情報の共有をしている。		
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	庭、畑の草取り、抹茶を点てるなどの他、カラオケの好きな方はカラオケを行う時に参加して頂けるよう声を掛けて参加して頂いている。		
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。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	出掛けることが好きな方には散歩・喫茶店・外食に出掛けられるよう定期的に企画し支援している。絵の具がなくなったり、新しい衣類が欲しいと入居者様から要望されるときはその都度外出支援を行っている。年二回遠足を企画しご家族と一緒に出かけている。	外出の機会を持てるように、喫茶店や外食に出かけている。家族と同伴で自宅へ帰って宿泊する利用者には、ホームで送迎する支援がある。	

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
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	認知症の症状が進行し、所持していたお金をたびたびなくされるようになったので、現在は所持されている方は少ない。自己管理、自己責任で持って頂いている方はいる。		
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	みどり便りを毎月発行していて、ご家族にご自分の暮らしの様子を書かれる方もいる。郵便が届いたときなどはお礼の電話をしていただけるよう支援をしている。携帯電話を持ちメールや電話をしている方もいる。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 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	家庭的な雰囲気づくりを心掛けている。季節感のある飾りをコーディネートして飾っている。	広々としたリビングにゆったりくつろげるソファがおいてあり、仲のよい利用者同士が談笑している。趣味で利用者が描いた水彩画が、個展のように廊下に展示してあり、ホーム内を明るくしている。	
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	仲の良い方同士過ごしたり、相手の方が休みたいときは自室で休んでいただき、一方の方とスタッフと過ごしたり、他の気の合う方と過ごしていただけるよう支援している。		
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	家具は使い慣れたものを持ってきていただいで使われている。	入居の際に、自宅から大切なたんすを持ち込んでいる利用者がある。たんすの中には、冠婚葬祭の記録があり、入居当初の本人の思いが伝わってくる。	
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」「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	入浴日が分かるように札を掛けている。日にちが分かりやすいように日めくりカレンダーを壁に掛けている。		

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	2373900469		
法人名	有限会社 愛敬		
事業所名	グループホームみどり (2階)		
所在地	愛知県稲沢市北島5丁目55番地		
自己評価作成日	平成25年10月 1日	評価結果市町村受理日	平成26年 2月 5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	http://www.kaijokensaku.jp/23/index.php?action=kouhvu_detail_2012_022_kani=true&JkyosyoCd=2373900469-00&PrefCd=23&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市長区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成25年11月26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)】

ユニット毎に目標を決めて取り組んでいる。 ・明るく楽しく笑顔で過ごせる。 ・傾聴・共有・共感。 ・専門職という責任と自覚をもつ。

【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)】

--

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 3. 利用者の1/3くらい 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る (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、生き活きと働けている (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	毎朝申し送り後、理念を読み上げてから仕事を始めています。仕事の基本に会社の理念をおいて考えています。		
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	ごみゼロ運動や、地域の祭り・行事に参加しています。また夏祭りを開き近所の方に遊びに来ていただいています。		
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	今年度は施設が主催した講習会などは行っていない。		
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	入居者様の身体状況、待機者状況、職員研修、行った支援の報告を行っている。		
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	施設長、管理者、事務長が随時行っている。いただいた意見は検討し活用させていただいている。		
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	玄関の自動ドアは現在安全面を考慮し施錠している。昼間の時間帯は解錠する方向で調整している。		
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	学ぶ機会はある。全スタッフに周知していく。		

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	制度について理解し利用されている入居者様もいる。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	家族会、面会時に説明を行っている。契約変更時、十分説明し理解していただいた上でサインを頂いている。		
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、家族会、日常生活の中や面会時に意見交換をしている。ご家族からの要望はできるだけ早く反映させている。		
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	施設長に直接意見を聞いてもらえる機会が月に1回は必ずある。階別フロアミーティングの機会もある。大抵のことは反映される。		
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	資格試験の誘いや研修に参加するなど、個々の職員に応じて対応している。		
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	実際は外部施設実習などを行っているが、ステップアップ支援制度や実技の向上などの勉強会がないと感じている。		
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	外部研修に参加し交流する場をもつことができている。		

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
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	『私の心と身体シート』を使い、皆で小さな気付き等記入し本人の要望を見つけていくよう努めている。		
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	面談時、入居後、面会時にご本人様とは別にお話を聞き、ご家族様側からの要望をうかがい安心して利用して頂けるよう努めている。		
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	面談時に説明を行い、ご本人様、ご家族様、現場スタッフの意見を聞いてご本人様にホームでの生活支援でよいか見極め、そうでない時は他サービス利用の提案・相談を行っている。		
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	自社の理念のとおり『入居者が主人公』と考えお互い助け合える関係づくりをしています。		
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	毎月、みどり便りを発行。イベント参加の呼びかけ、春と秋の遠足、家族会・夏祭り等関心をもってもらえるように努力している。		
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	馴染みの場所に出かけたり、好きに出かけていただいたりする。		
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	利用者同士の関係を把握し、支え合えるよう努めている。食堂の席替え、グループ分け等。		

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
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	奥様が退所された後、ご主人が入所された。入院し退院後までフォローしていく方針です。		
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	レクリエーションの参加などは無理強いせず一人ひとりのお好みを大事にしています。食事の時間変更、起床就寝時間等ある程度希望に合わせています。		
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	居室は入居者様個々の馴染みのもの(小物など)を置いていただいている。生活歴は記録用紙に記入し個別ファイルにファイルしており、スタッフが共有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	変化があれば業務日報に記入し皆で把握できるよう努めている。		
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	スタッフ、ご本人、ご家族、訪問看護師、PT、主治医の意見を聞いて話し合い介護計画を作成し実行している。		
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	気づいたこと、改善提案などは、フロアミーティングの議題にあげ皆で話しあい都度見直しをしている。		
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	自立者を対象とした設備と入居者様の身体状態にギャップがある。あまり開放的ではない気がする。		

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 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	ホームセンターや衣料品店、スーパーや喫茶店へ行かれるよう支援している。身体的に重度の方も支援できるよう努めている。		
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	それぞれのかかりつけ医の受診を支援している。ご家族様が通院を付き添われる際はご本人様の施設での様子を先生に伝えていただけるよう、手紙を渡している。		
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	週2回FAXにて入居者様の状態報告と来訪時に精神状態もお伝えしている。		
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、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。	入院時には面会だけでなく、回復の状態を病院関係者から聞いたり施設での状態を伝えたり、情報交換を行うとともに、早期退院できるよう関係者と相談しご家族様ご本人様の不安を解消できるよう努めている。		
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	看取りを経験し、終末期の段階には医師から家族へ説明していただき、どうしていくかを皆で話し合いスタッフでできることを伝えている。		
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	急変時のマニュアルはできている。救急救命講習を順次受講する。		
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	避難訓練は定期的に行っているが、全職員が身につけているとは言えない。		

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
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	スタッフ一人一人が意識し声掛けなど工夫している。		
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	声掛けやレクリエーション等コミュニケーションにより本人の希望や自己決定を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	体調をみて休んで頂いたり、散歩に出掛けたり、行事に参加して頂いたり、一人ひとりの生活リズムに合わせた支援が出来るように努めている。		
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	ご家族様に好みの衣類を用意していただいたり、クッションなどもかわいいご本人様好みのものを使用していただいている。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食事メニューは利用者様の希望を聞いて決めている。食後に、食器拭きをしていただいている。		
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	食事摂取量や水分摂取量をチェック表に記入し把握に努めている。		
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	歯ブラシによるブラッシングを基本とし、自歯・義歯もない方は口腔ケア用ガーゼで残渣を取り除く。うがいには緑茶を使用しています。		

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
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	リハビリパンツを使用されている方はいるが、おむつを使用している入居者様はいない。寝たきりに近い方もトイレにて排泄をしている。		
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	排泄チェック表で排便の間隔の把握、水分摂取量が少ない方は好みのものを出して飲んでもらえるよう努めている。		
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、個々にそった支援をしている	入浴日を予め決めているが、本人の希望により入浴ができるよう支援している。		
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	エアコンと布団などで調整。夜間は一時間毎に訪室し入眠状態を確認している。		
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	服用している薬の説明書を個別ファイルにとじ、共有できるようにしているが、職員一人一人はすべての薬について把握していない。		
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	カラオケ機材を利用したり抹茶を点て振る舞ってもらうなど趣味と実用を兼ねた気分転換の支援をしている。天気の良い日は、敷地内のデッキでお茶や食事を楽しむ。		
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。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	年に2回は車で1時間ほどのところに出掛ける企画を立て、ご家族様に参加を呼びかけ一緒に出掛ける支援をしている。		

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
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	買い物に出かけることのできる方には一緒に買物に行きご自分の好きなモノを買っていただいている。ヤクルトを宅配してもらっている。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	みどりだよりに近況をご自身で書いていただいている。ご家族様への依存が強い方はご家族様と相談をしながら、ご家族様に負担がかからないよう配慮し電話をしていただいている。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 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	テレビの音は大きくなり過ぎないように気をつけ、エアコンの温度も利用者さまに合わせている。日めくりカレンダーや季節の飾り物(七夕・十五夜・クリスマスなど)をしています。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	ご自分のお気に入りの場所に座布団を置いたり、足を挙上できるようにしている。施設内は自由に過ごしていただいている。		
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	馴染みの家具などを持ち込んでいただいている。お持ちいただいた手すりを設置した。		
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」「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	フロアで入浴がある日がわかるように札を掛けている。		

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	36	認知症について職員の知識が浅い。	職員の認知症についての知識を深める。	社内研修の内容を見直し、職員一人一人が認知症についての知識を深める事が出来るようにする。	12ヶ月
2	23	一人一人の職員が知り得た利用者の情報を全員が共有することができていない。	利用者の情報を全員が共有し、統一したケアが出来る。	利用者の一日の過ごし方がわかりやすいよう日課計画表の記入方法を改善する。	12ヶ月
3	2	地域行事に参加し地域に受け入れてもらっているが、施設側から地域の方への交流の呼びかけが行えていない。	地域の方が誰でも立ち寄れる施設になる。	定期的に施設見学の催したり、施設行事の招待状を送り参加を呼び掛ける。	12ヶ月
4	5	市町村と直接連携した避難訓練や認知症についての情報提供ができていない。	市町村と一緒に避難訓練、災害時の対策等を取り組み実行出来るようにする。	市町村と連携し認知症ケア講習会や避難訓練等を施設で開催する。	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。