

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	2070500448		
法人名	宗教法人 天理教 市丸分教会		
事業所名	グループホーム陽気		
所在地	飯田市鼎下山270-1		
自己評価作成日	平成23年10月1日	評価結果市町村受理日	平成24年5月15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	株式会社マスネットワーク 医療福祉事業部		
所在地	長野県松本市巾上13-6		
訪問調査日	平成23年11月30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>家族で住んでいる様な 家庭的な生活と 陽気で明るい日々を過ごせる様に。</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>開所して12年目を迎え、当初からの、家庭的な雰囲気の中で、歳をとっても認知症であっても、ホームで楽しく暮らしていただくという姿勢は変わらない。事業者は宗教法人で、管理者家族もここで暮らし早朝や夜間は介護に携わっており、ホーム全体が大きな家族のようになっている。ホームの存在は地域のなかに溶け込んでおり、介護の相談も受けている。特に災害時の相互協力は支援を受けるだけではなく、法人の建物を活用して、避難場所や食事の提供等を行うことを申し出ており、地域にとっても必要な法人となっている。評価を定期的に受けることにより、少しずつ改善していく努力も見られる。今後も、利用者一人ひとりの望まれる生活が継続できるよう支援されることを期待できる。</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

ユニット名()							
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 ↓該当する項目に○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、活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している (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 (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	毎週 月、木には職員会議でその理念について読み合わせ、実践に向けた話しをし、運営推進委員会でも理念について話しをしている。	宗教法人であり、信仰の理念をホームの理念に活かし、家庭的な生活を通して、歳をとっても陽気に暮らし続けるように支援していくことをめざしている。毎朝の職員会議のうち、月曜と木曜には理念の読み合わせをして、介護実践につなげるよう話をしている。	
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	宗教法人は以前から地域の中にあり、地区の活動にも参加しているので、事業所も同じように交流している。	法人が営む教会と地域との関係が深く、管理者家族の住居もあり、ホームもあわせて、一般的なつきあいがされてる。地域の人が用で来訪したときなど、利用者と一緒にお茶を飲んだり、いただき物があったりと、交流している。	
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	認知症や介護について地域の人々の相談にのっている。		
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	会議メンバーの方々から良い意見を出して頂いているので、サービス向上に活かしたい。	2ヶ月に1回定期的に開催され、地区民生委員、地区理事、家族、地域包括支援センター等の参加がある。入居者の状況や、サービス状況の報告、運営理念、ホームへの要望等について話されている。一緒に避難訓練をした際、2階に非常階段をつけたほうがよいのではと提案があり、検討を始めている。	
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取り組んでいる	介護高齢課の窓口や事業所連絡会にも出席して、情報を取り入れている。	必要などときには、介護高齢課に出向き相談したり、事業者連絡会に出席して、情報交換できるよう努めている。	

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
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	時に応じて、職員会議で話し合い、理解を深めている。	管理者が身体拘束や高齢者虐待について学び、職員に話をしている。必要な時には言葉づかいも含めて、具体的に注意をしている。	
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	時に応じて、虐待防止について話し合い、防止に努めている。		
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	時に応じて、権利擁護について話し合い、理解を深めている。		
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	入居時によく説明し、理解して頂いている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員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	利用者、家族等の意見を良く聞いて、運営推進委員会等で表わしている。	七夕会などの行事の際に家族にも呼びかけて、話を聞く機会を設けている。毎月のお便りでは本人の様子を知らせ、来訪時には、話を聞くように心がけている。運営推進会議においても、家族の参加があり、意見や要望を聞く場となっている。	
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	毎日の職員会議で、意見等を出して頂いている。	毎朝の職員会議において、要望や意見を聞いている。入浴日の人員配置について、要望があり、人員増をするなど改善がされている。	

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
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	女性の就業者には、働きやすい様に時間帯など工夫している。		
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	法人内外の研修を受ける機会を確保している。		
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	飯伊地区グループホームの集いに参加して勉強会をしている。		
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	自宅訪問等をして本人、家族との信頼を築くようにしている。		
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	家庭訪問をする中で、家族の希望等を聞き、対応している。		
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	良く家族の希望と意見を聞いている。		

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
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	管理者夫妻がホームに住み込んでいるので、家族の様な関係になっている。		
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	家族等には、月に一度の来訪を促し、入居者支援をお願いしている。		
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	いつでも友人知人の来訪を歓迎している。	家族の協力で生まれ育った場所に行ったり、希望で墓参りに行くなど取り組んできた。以前勤めていた知人が訪ねてくることもあり、来訪者は歓迎している。	
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	炊事の共同作業やリクリエーションを通して、利用者同士の和を図っている。		
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	いつでも相談を受け付けている。		
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	入所前の家庭訪問で、その人らしい生活状況を把握し、ホームでの生活に活かしている。	職員会において、日々の様子を話し合い、一人ひとりの利用者に向けた介護ができるように行っている。	今後、さらに意識的に取り組めるように、アセスメントシートの充実、職員一人ひとりが利用者について気づいたことを記録するなど、利用者の希望や意向の把握に努力されることが望まれる。

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	入所前の家庭訪問で、生活状況もわかり、サービス利用に活かしている。		
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	毎日の入居者の様子を把握し、サービス利用に活かしている。		
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	毎日の職員会議が有効に活かしている。	前回の評価の目標に「本人がより良く暮らすためのケアプラン作成を心がける」とあり、介護支援専門員が中心となって、介護計画の作成、モニタリング等を行っている。毎朝の職員会でプランについて確認はされている。	職員間で、介護計画について話し合う時間をつくり、日々の気づきを出し合い、利用者の状況や思いにあったプランを作成し、そのプランに沿ってケアをしてどうだったのか等振り返ることが望まれる。そして、モニタリング・介護計画の見直し・作成をされることを期待したい。
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	日々の記録を活かして介護ケアをしている。		
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	家族の希望や本人の希望を良く聞いて努力している。		
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	中学生の福祉体験学習やシニア大学のボランティアの受け入れを通して、地域の方々と触れ合う様になっている。		

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
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	かかりつけ医に往診して頂き、常日頃の健康管理にアドバイス頂いている。	現在は、本人や家族の希望もあり、提携医がかかりつけ医となり月2回の往診を受け健康管理がされている。入院が必要な時にも、かかりつけ医の紹介で適切な医療が受けられ、緊急時にも対応できている。	
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	ケアマネージャーが看護師なので、早めの対応ができてありがたい。		
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。	かかりつけ医によって、入院等もスムーズにできている。		
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	入居時に家族と相談している、又かかりつけ医の協力も受けている。	前回の評価の課題・目標に「終末期ケアマニュアルの作成」があり、承諾書や今後の対応、逝去時について等詳しい内容の終末期ケアの基準を準備中である。現在、高齢で寝たきりの利用者の家族とは、話し合いをして、かかりつけ医とも相談して支援している。	今後、今の本人や家族の希望等を聞いて話し合いを持ち、マニュアルを活かしなが進められることを期待したい。また、職員全体で検討を行い、方針を共有され取り組まれることが望まれる。
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	看護師とかかりつけ医との協力で対応している。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	年に数回避難訓練を行い、地域の方にも協力して頂いている。	2ヶ月に1回位をめぐりに、訓練を行っている。推進委員会にあわせて行い、状況を見てもらったり、日中、実際外に出るなど全員避難する訓練も体験している。また、地域相互協定を結び、地域との協力体制もできている。	夜間は、管理者家族が中心となって勤務しているが、2階に利用者が居住していることあり、今後、夜間想定シミュレーションや訓練を行われることが望まれる。

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	介護職員の接遇マナーの読み合わせ等をして、対応に工夫している。	夏頃、運営推進委員会で、外部者が聞くと職員の言葉づかいが強く聞こえることがあると指摘され、接遇マナーマニュアルを作成し、みんなで読み合わせをするなどして、改善に努めてきている。職員も、人生の先輩としての対応、目線を低くして話す、本人に問いかけながら気持ちを確認するなど配慮している。	
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	本人の意向を良く聞く様にしている。		
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	共同生活の良さを活かして、本人の希望になるべく添う様にしている。		
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	理・美容など清潔を保つように心がけている。		
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	食材準備の手伝い等できることから一緒にさせて頂いている。	おはぎや寿司など、季節にあわせた献立にしたり、実際に作った献立を栄養士に見てもらいアドバイスをもらっている。下ごしらえなどは、午後のお茶のあと、職員と一緒にいるなどしている。	
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	栄養士さんからのアドバイスを頂きながら、日々献立に苦心している。		

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
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	看護師を中心に清潔保持に努めている。		
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むけた支援を行っている	その人に応じた自立支援に心がけている。	夜間は、ポータブルトイレを使うが、できるだけ日中はトイレで排泄できるよう、一人ひとりにあわせて声をかけ誘導するように努めている。寝たきりの利用者はオムツを使用しているが、排泄間隔にあわせて対応している。	
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	かかりつけ医の指示や水分摂取、運動等で気を付けている。		
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、個々にそった支援をしている	入浴日を決める中で、体調に合わせた支援をしている。	入浴日は月曜日と木曜日になっており、順番表を作って声をかけ、気持ちよく入浴できるようにしている。入れない場合は清拭をしたり、車いすの利用者も福祉用具を使って安全に入れるようにするなど工夫している。	
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	一人ひとりに合わせて対応している。		

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
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	看護師を中心に支援している。		
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	ホームの生活が楽しみになる様に工夫しながら支援をしている。		
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。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	家族との外出をお願いしながら、散歩等支援している。	天気の良い日などは、ホームの敷地内で散歩をしている。お花見ドライブや家族の協力を得て、生まれ故郷に行くなど支援している。最近車いす利用の方が増え、なかなか外出できないので、人員を確保して車いすの人も一緒に近所へ散歩できるよう計画している。	
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	認知状況に応じて支援している。		
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	家族状況に応じて対応している。		
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	家族と同じような雰囲気に対応している。	窓にペアガラスを使用し、暑さ・寒さ対策になっている。居間兼食堂は花や観葉植物等が多く、調度品も人形や食器等家庭的な雰囲気となっている。	

外部評価結果(グループホーム陽気)

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
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	自由に一人ひとりの希望に添って対応している。		
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	入居者が、居室に自分の持ち物を入れて生活している。	当初は、畳に和床の人や持ち込みのベッドを使っていたが、現在は畳にカーペットを敷いて、介護用ベッドを使用するなど、利用者の身体状況に合わせた居室になっている。使いたなくなったダンスや鏡台、仏壇、また絵画やカレンダー、飾り物など好みを活かして居心地よく過ごす場となっている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「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	認知の程度に添って対応している。		

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	23	アセスメントシートの充実 利用者の希望や意向の把握	利用者の記録の充実	職員一人ひとりの気づきをアセスメントシートや日誌に反映させる。	1ヶ月
2	26	介護計画についてケアマネージャー中心に職員全員で検討し、作成する。	利用者の状況を全職員で話し合う機会を持ち介護計画に活かす。	ケアプランにそってのケアとその後の振り返りも合わせて話し合い、介護計画の見直し、作成する。	1ヶ月
3	33	終末期マニュアル等について全入居者との話し合いが進んでいない。	終末期ケアマニュアルの説明を全入居者の家族に行い、相談・支援をする。	かかりつけ医との協力のもと終末期ケアマニュアルの承諾書などを家族の希望に添って作成する。	3～6ヶ月
4	35	昼間の訓練は行っているが、夜間等の訓練が出来ていない。	年に1～2回 夜間の訓練も計画し実施する。	地域の方々とも相談して夜間の避難について検討し実行してみる。	12ヶ月
5					

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、行を挿入して下さい。
目標達成計画