

自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 30 年 4 月 11 日

【事業所概要【事業所記入】】

事業所番号	3491500454		
法人名	株式会社 ニチイ学館		
事業所名	ニチイケアセンター松永		
所在地	広島県福山市松永町3丁目1番22号		
	電話番号	084-930-4051	
自己評価作成日	平成 30年 2月 8 日	評価結果市町村受理日	平成 30 年 7 月 10 日

※事業所の基本情報は、介護サービス公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	
----------	--

【外部評価機関概要【評価機関記入】】

評価機関名	一般社団法人 みらい
所在地	広島県福山市山手町1020番地3
訪問調査日	平成 30 年 3 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)】

謙虚さと思いやりを持ち お客様の立場に立つ。

【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)】

町の中心部にあり、近くに西部市民センターがある。又、駅も近く、交通の便が良い。周りは商業地帯であるが、比較的静かな環境である。少し離れているが図書館もあり、時折利用されている。利用者もこの地の方が多く、馴染みの場所で安心して、自分らしく、過す事ができる。また、地域との関わりも民生委員や地域の各役員の方の協力があり、情報や助言等が得られ、地域の一員として交流が深められている。ケアに関しても利用者の立場にたったケアと居心地の良いホームを目指し全職員が統一したケアに取り組まれ、常に一人ひとりの尊厳を大切に思いやりと優しさを持って対応すると共に其の人の持てる機能を活かし出来る事は共に行い、張りのある生活にも繋げられている。リスクに対しても拘束せず、色々な工夫を凝らし自由に暮らしてもらう様取り組まれている。医療面も協力医療機関との連携も構築され、24時間何時でも指示が得られる体制で安心である。外出支援も市民センターの行事や四季のお出かけなどで気分転換や五感刺激、楽しみごと、思い出づくりの支援に取り組まれている。管理者や職員の信頼関係が築かれ、何事も相談しながらより良いケアができる様日々努力されている。今では地域に根付き、信頼できる事業所となっている。

自己評価および外部評価結果

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	各ユニットのリビングのよく見えるところに貼り、理念の共有 実践に努めている。	ミーティングや会議等で周知し、一人ひとりが自覚を持って、日々のケアに理念が活かされる様取り組んでいる。居心地の良い優しく思いやりのある支援を共有し実践している。	
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	市民センターでの行事や地域での催しがあれば積極的に参加している。	ボランティアや中学生の体験学習等の受け入れを積極的に行うと共に市民センターの催し、地域行事等に参加し交流されている。民生委員の協力が、地域の情報が沢山得られている。今後認知症カフェに参加する予定である。	
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	運営推進会議などでホームの現状報告や勉強会を開いている。		
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	運営推進会議で 参加者に 報告 意見をもらっている。	家族、民生委員、福祉を高める会、行政、包括支援センター等の参加の下、現状を多岐にわたり報告され、参加者全員に意見を頂き、サービスに活かしている。民生委員や福祉を高める会長等から地域の情報を伝えてもらい地域との関わりに繋げている。	
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	運営推進会議で 参加者に 報告 意見をもらっている。	更新手続きや運営推進会議の報告書等を提出する際に、現状を伝え、アドバイスや情報提供等が得られている。又疑問点がある場合も相談され、協力関係を築くよう努めている。	
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	不定期だが 身体拘束について研修し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	基本身体拘束はしない方針であり、リスクに対してはお布団や靴に鈴をつける、また、立ち上がりには、家具用のイスを置いている。家具用の椅子は定感があり、しっかりしている。色んな状況に対し、工夫を凝らし、抑圧しない支援をされている。研修も事例を基にしている。	
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	不定期だが、高齢者虐待防止について研修し防止に努めている。		

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
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	職員は学ぶ機会をなかなか持てていない。		
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	契約時 解約時には十分な説明を行っている。		
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	運営推進会議 又は直接意見を頂き運営に反映させている。	訪問時や運営推進会議等で状況報告をする際、意見や要望を聞くように努めている。遠方の家族には定期的に電話され、聞いている。年1回満足度調査を実施し、意見や要望を把握し、それらは運営に反映すると共に結果報告もされている。	
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	ホーム会議 ユニット会議等で意見を言える時間を設けている。個人面談は不定期だが行っている。	日々気付きがあれば聞いている。又会議の中でも聞く機会を設け、意見が出やすい環境づくりもされ、多くの意見を得る様に取り組まれている。個人面談の機会もある。	
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	職場環境 条件の整備に努めている。		
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よう勧め機会を設けている		
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	同サービス事業所を尋ね 情報交換には努めている。		

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	
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	傾聴を心がけている		
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	面会時や 電話で随時家族からの意見を聞くよう努めている。		
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	本人の要望も聞きながら状況を見極めカンファレンスをしサービス提供している。・		
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	家族のように生活支援している。		
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	家族には 報告 連絡 相談するよう勧め本人様の支援を共に考えていただいている。		
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	面会・電話、手紙などを通して関係を保っている。	知人や家族、親せき等の訪問も多く、お正月には日帰りされる方や家族と共にお墓参りされたり、以前住んでいた場所へ希望でドライブする事もある。病院で馴染みの医師と再会できた方もいる。できるだけ馴染みの場や人との関係が継続できる様柔軟な支援に努めている。	
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	リビングの席を工夫しスタッフも間に入りお客様同士が係わり合いを持てる様心がけている。また訪室してコミュニケーションに努めている。		

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
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	退去後も相談や困りごとがあればうけつける旨伝えている。また実際にしている。		
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	入居時、ケアプラン見直し時には 本人様にきぼうや意向を聞いている。	日常の会話の中や個別対応(入浴、夜間)時などで、昔話から把握する事がある。色々な場面で把握したことは特記事項欄に記入し職員に周知し、可能な限り思いに沿うようにしている。表出困難な方には声かけや選択肢を出しその時の表情で把握し、検討され対応している。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	入居前に 本人様、ご家族、利用サービス事業所より情報収集している。		
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	個人で介護記録し 昼夜状態が把握できるようにしている。また 朝、夕2回口頭での申し送りも行っている。		
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	申し送りや カンファレンスで意見を出し合い介護計画を作成している。	介護記録やモニタリング、家族の要望等を基にカンファレンスや担当者会議で検討し、現状に即した柔軟な計画を作成している。モニタリングや見直しは6ヶ月となっている。変化があればその都度見直されている。家族にも説明し承諾も得ている。	
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 個々の特別な変化や気づきは介護記録や申し送りに記入、口頭でも伝えている。		
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	新しいニーズが出てきたら、カンファレンスを開き個々に応じたサービスの提供に取り組んでいる。		

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		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	民生委員、警察 消防などと協力しながら支援している。		
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	家族様には入居前に提携医の説明をしたうえで、主治医の選択をしてもらい、適切な医療が受けれるよう支援している。	利用開始時希望を聞いている。協力医療機関の往診が2週間に1回、訪問歯科支援もある。他科も往診してもらえる科もある。かかりつけ医の受診支援も行い、結果等も家族に報告し共有している。夜間や緊急時にも医師の指示が得られ、安心である。	
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	スタッフは看護師に情報を伝え、適切な受診が受けれるよう支援している。		
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。	入院中、もしくは退院に向け家族や本人の希望も交え、医療機関と密に連絡を取るよう努めている。		
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	家族には入居時十分に説明している。	利用開始時指針を基に説明し理解が得られている。重度化した場合は医師から家族に説明され、家族の思いに沿った対応をされている。看取り希望があれば主治医と連携を取り、方針を共有し家族の協力を得、チームで支援に取り組まれる。以前看取り体験もされている。	
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	不定期だが 社内、外の訓練や講習を受け、実践力をみにつけている。		
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	避難訓練を年2回は行い、地域の方にも参加していただいている。	年2回(消防署指導、自主)通報、消火、避難誘導等の訓練を実施している。1回は運営推進会議の中で実施し、事業所内の状況を把握してもらう事と実施後の意見や地域との連携強化を図る様取り組まれている。	

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
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	認知症についての研修をし理解し、ケアに当たってもらっている。	人生の先輩であり、個々の尊厳を大切に言葉かけや対応をする様心掛けています。又、馴れ合いになっても節度ある言葉遣いをするよう周知し、職員間で気づいた時には御互いに注意し合っている。プライバシー、個人情報、接遇等の研修もされている。	
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	思いや希望を引き出し、選択できるような声掛けに勤めている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	なるべく本人の意向に沿え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	自分で着る服を選んでいただくなど、なるべく本人様の希望を聞いている。		
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	食べたい物を尋ねたり、出来る範囲で調理に参加してもらっている。	身体状況に合わせた食事形態で急がさず個々のペースで食を促す声かけや介助をしながら、楽しみの時間となる様努めている。力量により下ごしらえやお皿拭き等の手伝いをされている方もいる。利用者同士会話をされながら楽しく食べられている。	
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	1日の水分量食事量はチェックし記録に残している。個々に応じた支援を行っている。		
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	毎食後個々に合わせた口腔ケアを行っている。また全員ではないが、月1回歯科衛生士による口腔内チェックあり。またお客様の負担にならない様訪問歯科にも来て頂いている。		

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
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	個々の状況に応じて排泄介助を行っている。	個々の時間帯で日中は声かけトイレでの排泄に努め、生活習慣を活かした取り組みをされている。自立の方もおられる。排便チェックもし、不穩にならない支援に努めている。	
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	食事の工夫、下剤を使わない工夫、個々に合わせた運動、かかりつけ医との連携をはかり便秘解消に努めている。		
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	本人の意向も聞きながら入浴回数、時間を調整している。	基本週3回、時間帯は決めているが、本人の身体状況や希望(湯温、順番)等に合わせ柔軟に対応している。拒否の方にはタイミングや声かけの工夫をし清潔保持に努めている。毎日着替えをしてもらっている。	
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	昼間の休息を取り入れたり、個々の状況に応じて休息、睡眠を支援している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	薬の説明書を各自保管し、内容把握に努めている。内服確認、内服による容態変化を記録し提携医と連絡、相談している。		
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	楽しみを増やし 気晴らしに散歩や行事を取り入れるように努めている。		
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	なるべく希望に添えるように努めている。家族の協力も仰ぎ外出してもらっている。	四季の外出(桜、初詣、バラ)や近くのサービスエリアに行かれ、外食されたり、西部支所の行事や図書館等に出かけ、気分転換、楽しみごと、五感刺激となるよう努めている。又、散歩は日課とし、外気に触れる機会も持たれている。希望で買い物に行かれる方もいる。家族と出かけられる事もある。	

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	民生委員、警察 消防などと協力しながら支援している。		
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	要望に応じて 電話や手紙のやり取りをしている。		
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	食堂や廊下では状況に応じて光量を調節し、音は生活音が聞こえるようにしている。季節ごとの飾りつけもしている。	廊下には季節が感じられる作品があり、外出時の写真も飾れている。畳スペースもあり、落ち着いた雰囲気である。また、広いテラスがあり、気候の良い日には、そこで御茶を楽しまれることもある。不快な匂いや死角もなく、食事準備の音や匂いが五感刺激となると共に生活感のある共有の場となっている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	全室個室。畳のまで日中横になりくつろぐお客様もいる。		
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、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	ご家族の写真はできるだけ貼っている。	本人の好みの家具や家族写真、作成されたぬり絵、テレビもあり、清潔に保たれ、整理整頓されている。自宅に近い環境づくりで違和感なく落ちついて過ごせるよう工夫されている。	
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	トイレを探している様子があればすぐに誘導している。		

V. サービスの成果に関する項目【アウトカム項目】

項目		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		①ほぼすべての利用者の	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています		①ほぼすべての家族と
		○	②利用者の2／3くらいの			○	②家族の2／3くらいと
			③利用者の1／3くらいの				③家族の1／3くらいと
			④ほとんど掴んでいない				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		①毎日ある	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている		①ほぼ毎日のように
			②数日に一度程度ある				②数日に1回
		○	③たまにある			○	③たまに
			④ほとんどない				④ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている	○	①ほぼすべての利用者が	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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている		①大いに増えている
			②利用者の2／3くらいが			○	②少しずつ増えている
			③利用者の1／3くらいが				③あまり増えていない
			④ほとんどない				④全くいない
59	利用者は、職員が支援することで生き活きた表情や姿が見られている		①ほぼすべての利用者が	66	職員は生き活きと働けている		①ほぼ全ての職員が
		○	②利用者の2／3くらいが			○	②職員の2／3くらいが
			③利用者の1／3くらいが				③職員の1／3くらいが
			④ほとんどない				④ほとんどない
60	利用者は戸外の行きたい所へでかけている		①ほぼすべての利用者が	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			○	②利用者の2／3くらいが
		○	③利用者の1／3くらいが				③利用者の1／3くらいが
			④ほとんどない				④ほとんどない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごさせている	○	①ほぼすべての利用者が	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利用者の2／3くらいが			○	②家族等の2／3くらいが
			③利用者の1／3くらいが				③家族等の1／3くらいが
			④ほとんどない				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、安心して暮らせている		①ほぼすべての利用者が				
		○	②利用者の2／3くらいが				
			③利用者の1／3くらいが				
			④ほとんどない				

(別紙4(2))

事業所名: ニチイケアセンター松永

作成日: 平成 30 年 5 月 25 日

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	声のかけ方を考える。	一人ひとりの尊重とプライバシーの確保。	認知症ケアについて研修会を開く。思いや希望を引き出し、選択できる様な声かけに努める。	6ヶ月
2	38	業務に追われている時がある。	日々のその人らしい暮らし。	なるべく本人の意向に添えるように努める。	6ヶ月
3					
4					
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、行を挿入してください。