

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	4370103592		
法人名	医療法人 吉村会		
事業所名	グループホーム 萌		
所在地	熊本県熊本市会富町 1120		
自己評価作成日	平成21年10月13日	評価結果市町村報告日	平成21年11月27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://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 九州評価機構		
所在地	熊本市上通町3-15 ステラ上通4F		
訪問調査日	平成21年10月29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)】

併設のあきた病院や在宅事業所の一角に位置しており、医療面では安心して過ごせます。近隣には公園や子供館があり、四季折々の行事では、子供たちや地域の方々と共に、家族の方々と一諸に過ごしています。今年の4月からは、縁側を利用してボランティアの方々と過ごす時間も増えてきました。利用者やボランティアの方々の協力を得て家庭菜園も行う

【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)】

隣接する医療機関の一角に位置するホームであるため医療との連携体制も整っており、入居者や家族の安心に繋がっている。周囲は田畑などの自然が残されており、ホームの家庭菜園にも地域の方から頂いた苗が植えられている。近隣の児童館利用者や地域ボランティアの訪問数も増え、地域との関係構築が強固なものになってきている。入居者と職員との信頼関係に基づいた個人の能力に応じた支援も行われている。今後は職員の外部研修への参加によって得られた情報を、ホーム独自のケアシステムとして活用し、良質で効率的な介護事務に活かすことが望まれる。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 (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	在宅の朝のミーティングに参加。在宅勉強会[月に1回]、萌のカンファレンス[毎日13:30~14:00]	ホームの理念を玄関やリビングの目につくところに掲示し、新任職員にも説明している。朝礼時に唱和し、日頃より理念にそったケアを心がけている。	
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	入居者様と一緒に近隣を散歩し地域の方々と交流している。	近隣を散歩したり、縁側増築により地域の方の訪問者も増え、活発な交流が図られている。	
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	相談や入居希望に来訪された方々に支援方法のアドバイスをしたり、緊急を要する状況であれば、関係事業所や包括支援センターへ相談し対応してもらう。		
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	運営推進協議会で現状報告し意見やアドバイスを受けている。	ホームの状況報告や活動報告を主に行い、その質疑応答を行っている。その時出された意見は、次回までに検討し報告を行うようにしている。	
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取り組んでいる	市町村との連携はまだ不十分である。	法人を通じた情報交換を行っている。	窓口機能として法人在宅部が連携を図っているが、ホーム独自としても行政との連携がとれることが期待されま
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	理解し、勉強会やカンファレンスで、実際の事例を通して再度確認勉強している。	職員は外部研修やその報告会で身体拘束の理解ができており、日頃より身体拘束を行わない方針でケアを行っている。	
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	外部研修に参加している。管理者は、18人の一人一人の入居者様との会話時間をつくっている。		

グループホーム萌

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	必要性を感じた場合は、包括支援センターのスタッフに相談している。		
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	契約時は、十分に説明し納得して頂いたうえで入居されている。		
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	第三者評価を受け支援や運営に反映している。	担当者による写真付のお便りを毎月送付したり、面会時にも家族の意見を聞くよう心がけている。家族会終了後にはアンケートをとって、意見を出してもらうよう工夫している。	
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	年に二回在宅部長との意見交換や月1回の責任者会議での報告の場があり意見提案している。	管理者は職員とのコミュニケーションを図り、意見や要望を把握している。毎月の責任者会議や在宅部長との意見交換も定期的に設けられている。	
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	新人研修や入社から三ヶ月間の間に2回在宅部長との面接を取り入れている。		
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	認知症の実践研修、近隣施設との音楽療法の勉強会、縁側事業でのサロン活動で意見交換で質の向上をはかり、職員への啓蒙活動を行っている		

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
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	担当者が会話しながらアセスメントして関係を深めている。		
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	家族関係が悪くなり入居のかたちが多く面会が遠のきになりがちなので、状況報告を兼ねて電話を月に2回いれて家族からのお話をきいている。		
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	必要な時はデイサービスに参加したりリハビリ通院も支援している。		
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	その方にできる事が何かを見極めてスタッフと共にするように努力している。		
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	家族の方の面会が本人にとって一番の喜び、励みになる旨を伝え、写真に残すようにしている。		
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	家族面会ノートを作成し、家族やなじみの人との関係が途切れないようにしている。	入居前からの友人が訪問し囲碁を楽しんだり、近所の方にはボランティアで話し相手に来てもらうなど、継続した訪問を支援している。	
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	食事の時の椅子の位置は常に考え変更しながら環境には気を配り、一人一人の居場所の有無も把握している。		

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	在宅へ帰られた方に対しては、ご家族に一ヶ月に1回電話をして経過をきいている。		
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	出来る限り本人の意向につとめている。しかし、困難時は家族の方の協力も得ることがある。	本人の意向を聞きとるようにしている。意思表示が困難な方の場合は家族からの情報や本人の表情や行動から感じとるように努めている。	
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	アセスメントシートからその方の生活歴や生活環境を知り会話につながる話題作りに努めている。		
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	毎日のバイタルチェックし排泄面ではチェック表にて把握している。		
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	家族の面会時間を利用して担当者会議をしている。必要に応じて理学療法士・言語療法士・音楽療法士に参加して頂き行う	入居時は様子を見て暫定プランを作成し、職員の意見を加味して計画作成担当者が完成させている。定期的なモニタリングを実施し見直しも行い状況に応じた介護計画作成に務めている。	介護計画にそった経過記録の記載方法や目標の立て方など、ケアの統一を図るためにも再度職員間で検討されることが望まれます。
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	経過記録表を利用し、モニタリングや計画の見直しに活用している。		
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	スタッフの増員と時差出勤を行い柔軟な対応ができる体制づくりをしている。		

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
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	近隣に在宅の各事業所があるので顔なじみになるよう散歩を増やしている。		
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、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	受診に関しては、本人・家族の希望を聞き、あきた病院以外の受診は家族同伴で受診して頂く。	入居者や家族の希望するかかりつけ医に受診の支援を行っている。受診後は報告を行い、情報を共有している。	
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	今年より看護師不在時は連携室にナースハートをかけすぐ対応できるシステム作りをしている。		
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。	あきた病院入院中は二日に1回訪問し現状は把握に努めている。そして、一週間経過後に看護師は主治医に経過を聞きスムーズな流れをつくっている。		
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	契約時に説明し署名して頂くが、重度化した時点で再度家族に確認し、本人と家族の意向に添う支援をしている。	重度化や終末期については入居時に説明をし、重度化した時に再度家族と話し合い、希望に添うような支援に努めている。	
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	すべての職員が急変・事故発生時に対応できるように、今後の勉強会にとりいれていく。		
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	近隣の方に火災訓練に参加頂けるように声かけをしている段階にある。実際は、母体の病院に協力体制を受けるシステムになっている。	法人全体の避難訓練は年2回、その他年に3回は入居者も参加したホーム独自の夜間設定訓練も実施している。	

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	排泄の誘導の声かけに気を配り気分を害させずに介助している。入浴拒否の方には、2～30分前から関わりをして気持ち良く入浴して頂けるよう努力している。		
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	自分から思いを表出されない方に対しては、居室に訪室し会話の時間をつくりできるだけ思いを引き出せるように問いかけている。		
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	一人一人の生活のペースを大切にしながらゆえに、起床時間・朝食時間に少しズレが生じてくる。しかし、生活のリズムにメリハリがあるように支援・介助している。		
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	入浴時は、自分の好みの服を選んで頂く。起床時は、うがいや洗面介助し髪もくしをとす。そして、パジャマから私服に更衣介助している。月に1回資生堂ボランティアの方が訪問されお化粧などを楽しんで頂いている。		
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	メニュー・献立は入居者様と一緒に決め、買い物も一緒に行っている。準備や調理に関しても出来る方と一緒にしている。	入居者の好みを取り入れながらユニット毎にその日のメニューを決めている。入居者の能力に応じて調理や後片付けなどを一緒に行っている。	
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	食事摂取量チェックし、水分は食間にミルクやお茶などで補給している。水分摂取が少ない方に対しては、高カロリーゼリーなどで補給している。		
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、はみがき、うがい、義歯洗浄を介助又は、声かけ見守りをしている。一週間に1回歯科往診がある。		

グループホーム萌

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	排泄チェック表に記入し、その方の排泄パターンで声かけ誘導・介助している。できる部分は見守りとする。	排泄チェック表を活用し声かけ・誘導を行っている。できる限り見守りに徹し、自立に向けた支援を行っている。	
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	便秘予防として、排便チェック表に記入し、食物繊維の食品を取り入れながら、個々にあった食事形態にしている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴は、本人の希望される時間・曜日に行っている。毎日入浴される方もいる。	入居者の希望に応じた入浴支援を行い、入浴拒否の方にも無理強いせず、声かけに配慮しながら気持ちよく入浴できるよう工夫している。	
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	起床時間が早い時は、10時頃1回休息の声かけをする。お昼寝は午後1時頃から1時間程度休息時間を設ける。		
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	服薬に関しては、食後にひとり一人確実に服用されるのを確認する。口腔内まで介助を必要とする方には、オブラート代わりにゼリーで飲みやすくする。		
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	その方にできる事、楽しみごと、役割に合わせて、声かけ又は自分からしたくなるような環境づくりに努めている。		
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	お墓参りや施設入居されている兄弟との面会などの希望に対しては、家族などの協力を得て支援している。	散歩や買物などで外気浴ができるよう日常的に支援している。季節の花の見学などで外出も支援し、入居者の気晴しになっている。	

グループホーム萌

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	お買い物を楽しみにされている方で計算ができる方には自分で支払い頂きスタッフは見守る。		
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	電話を希望される時は、スタッフが電話番号をひとつずつ教え、自分で番号を押して頂く方もいる。手紙ではないが、日記を書かれる方は、本人了解のもとに家族に見せ、会話の題材・本人の思いを知る事にもつながっている		
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	その方の居場所作りに努めている。季節感に関しては、花や貼り絵・置物、食事に取り入れている。	リビングには昔ながらの足踏みミシンなど馴染みのものを飾ったり、季節の花で季節感を大切にしている。縁側には椅子とテーブルを配置しお茶を楽しむなど思い思いに過ごせるように配慮されている。	
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	テレビやソファの位置などを変えたりして空間作りに努力している。		
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	居室には、使い慣れたタンスや座椅子・仏壇などを持ち込み可能とし活用している。	仏壇やテレビ・椅子・筆筒など、入居者の馴染みのものを持ち込むことで、一人ひとりの生活に応じた支援を行っている。	
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	出来る部分を大切に、介助し過ぎず見守るように努力している。フロア内はできるだけ物を置かないようにしている。		

目標達成計画

作成日：平成 21年 11月 26日

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		定期的なモニタリングができていない。	3か月に1回のモニタリングと計画の見直しをする。	①スタッフ一人一人がケアプランを熟知し、プランに沿ったサービスを提供する②記録の整理を心がけ評価に生かす。③ケアプランやモニタリングについてスタッフが学ぶ。	6ヶ月
2		スタッフの入れ替わりがあり、認知症の知識・技術に個人差がある。	サービスの質の向上に努める。	①在宅勉強会(人間力の向上)への参加を呼びかける②萌の勉強会(具体的な介護技術・知識の習得)	12ヶ月
3		転倒事故が多い。	スタッフ1人での介護時間を少なくする。	①早出出勤者の出勤時間の見直し②時差出勤の開始③19時以降は人員を増やす④ヒヤリハットの活用	3ヶ月
4		入居様と関わる時間が少ない。	10時・15時のお茶の時間には入居様と共にスタッフもお茶を飲み、談話や関わりを持つ。	①お茶の時間が確保できるようにスタッフ一人一人が意識して仕事を行う②業務の見直しを行い、できるものは簡素化して関わる時間を確保する③入居様の興味のある話題を提供し、楽しい時間を過ごせるように心がける	3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。