

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	0874300841		
法人名	アサヒケアサービス株式会社		
事業所名	グループホーム みやびの里 1階		
所在地	茨城県古河市駒羽根1420-1		
自己評価作成日	平成28年11月30日	評価結果市町村受理日	平成29年4月6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/08/index.php?action=kouhvu_detail_2012_022_kani=true&JisvosvoCd=0874300841-00&PrefCd=08&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人認知症ケア研究所
所在地	茨城県水戸市酒門町字千束4637-2
訪問調査日	平成29年1月28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)】

家庭的な環境づくりと笑顔が絶えない個々にあった自立支援

【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)】

地域との交流の機会を積極的に持ち、ホームに迎えるだけでなく出かける事も心がけている。ホームのバス旅行には地域の方も参加していて、外出の機会が少ない要介護の方、家族に喜ばれている。職員も地域密着を意識し、地域住民の理解も得られ着実に地域に根差したホームとなっている。ひとりの排泄の自立により行動範囲が広がったことで、職員の意識が変わり、モチベーションの向上にまで広がってきた。職員の聴き取りでは、更に上級の技術取得に取り組みたいという積極的な発言があった。綿密な研修計画と確実に実施されている事で、ケアの質の向上につながっている。管理者は、利用者のみならず、職員に対して何事もチャレンジを後押ししている。時には適切なアドバイスもあり、職員からの信頼も厚い。ホーム全体が一致した方向に向かっていく様子が窺われる。
--

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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
60	利用者は、戸外に行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	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
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)	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
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 (参考項目:28)		

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	解説当初から職員と共に作成した理念がホールに掲示され毎朝利用者と唱和している。	開設当初からの理念を受け継ぎ、接遇に力を入れながら実践に繋げている。みやびの理念は利用者が毛筆で書いたものを掲示、皆で共有している。どの様な方でも断らないをモットーにしている。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	自治会に加入している。	年3回、ホームで企画したバス旅行を実施し、地域の方も参加している。車いすでも乗れる特殊バスで、介護が必要でも参加できる。地域の人に呼びかけ演歌歌謡ショーと一緒に楽しんだり、介護相談を行うなどしながら地域と関わるようになった。	
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	地域清掃に参加。随時見学可能。 祭りの招待 認知症相談窓口(認知症ケア専門士在中)		
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	2カ月に1回開催。 介護保険課 区長さんと情報を頂き取り組む事もある。	土曜日開催。デイ、ショート、訪問と法人全体のサービスリーダーも参加する。区長は市からのパンフレットやハザードマップを持参し情報提供してくれる。安全のために、ホームの周辺は時速30km制限区域であることを地域に周知させてくれるなど、とても協力的である。	
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	グループホームでの事例を話したりして相談をしている。	会議以外でも窓口に訪れるなどして、良好な関係が出来ている。	
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	社内研修が年2回ある。	職員が講師で年2回実施。社内研修は新人向け年2回、中堅向け1回、全体2回、医療研修、など年間計画で組み入れ実施している。身体拘束は新人研修で必須。パンフを回覧する等職員に徹底、利用者本人のやりたいことは自由に、行動を制限しないようにしている。	
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	会議中申し送り等にて職員同士呼びかけ合い防止に努めている。		

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	研修 会議等にて、随時おこなっている。		
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	契約時内容を説明している。 疑問点はその場にて解消できるよう努めている。		
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 面会時等で何でも言ってもらえる様 雰囲気づくりに留意し、出された意見、要望 等を職員会議、責任者会議で話し合い反映 されていくようにしている。	家族からの意見に対しては、丁寧に説明して理解してもらっている。請求金額について問い合わせあり、医療費との違い説明した。それをきっかけに職員もコストを意識するようになり、パットを減らす運動をしている。パットから布パンツになり、コスト減だけでなくADL向上にもつながり、やればできるという自信にもなっている。	
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	月1回各部署のリーダーが集まり会議を行っている。リーダーはその会議の前に職員に要望等をきいている。	新人に対しては役員が就業規則について説明をおこなう。各部署のミーティングで要望をまとめて作成し、リーダーに提出し、まとめてリーダー会議を行う。会議では売上の報告もある。提案されたものは、まず一定期間試してみて、次回会議で結果について話し合う。	
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	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	各職員のスキルアップして欲しい研修に参加を進めている。 自主的に行っている。学んだ事をレポート提出してもらい、ミーティングに発表してもらっている。		
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	他施設で開催した勉強会や色々な事例発表や勉強会をおこなっている。		

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
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	ご自宅や入居先に伺い実施調査を行っている。		
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	面会時や電話等で傾聴し受け止め改善出来るものは改善へ随時検討している。		
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	実施調査に伺い、相談者との話し合いの中からGH入居が適しているかどうか十分に検討している。		
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	個々の生活を知り個別支援を行い職員と共有している。利用者の居場所づくりをおこなっている。		
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	情報の聞き出しをしながら面会時には外出される時もある。		
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	面会時に呼びかけている。	自宅で使っていたものを持ちこみ、自宅での雰囲気が出せるようにしている。電話や手紙のやりとりの支援も行い、支障のない範囲内でダイレクトメールで注文する人もいる。近所の方が散歩途中にふらっと立ち寄ったり、元区長をされていた方への面会が多くある。墓参りに行きたいとの声もあり家族への働きかけをしている。	
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	入居者同士が助け合っている。		

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
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	利用者(家族も含む)が望めば随時対応している。		
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	家族、本人、本人情報を確認しながら情報を確認しながら情報を集めを随時行っている。 より良い関係づくり、暮らしができるように。	元高校の先生が川柳を詠み、書道の先生が清書して廊下に掲示される。末期がんといわれ、車椅子で利用開始された方が、体力回復され、趣味の川柳を作れるようになった。外食、バス旅行にも参加している。更に、流しそうめんを隣の人にとって上げるまで元気になっている。	
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	家族、知人、友人の面会の交流を深めて情報の共有を行っている。		
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	毎朝のバイタルチェック、排泄、食事状況を夜勤者から申し送り事項を把握し各入居者に合った1日になる様に支援している。		
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、入居者の要望を尊重し職員と話し合い入居者にとって良い暮らしが出来るケアプランを作成しモニタリング等で検討。 毎月1回会議がありそこでモニタリングを行っている。	2ユニット合同ミーティングを行っている。毎月利用者毎にモニタリングをし、全体を把握できるように合同にしている。アセスメント→計画作成→ミーティングでモニタリング→担当者が作成。担当者会議は訪問診療に合わせて家族も参加して行う。	
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	日中 夜間の個別ケース記録を残し共有する。 業務日報もある。		
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	デイサービス 介護タクシー等使用している。		

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	慰問(大正琴) 防災訓練 救急救命の参加		
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	随時の訪問診療 2週間に1回の訪問診療。	ホームの訪問診療で健康管理は出来ている。全体の訪問や、自宅に訪問していた歯科医が継続してホームに訪問してくれる。他の専門外来は職員が受診支援。緊急時の往診も迅速に対応してくれる。「利用者の心身の変化に気づく介護」を目指している。	
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	24時間体制で訪問看護に連絡可能		
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。	入院される時はケアマネが家族と話し合いの場を持ち病院に介護サマリーを渡し退院まえにはソーシャルワーカー 看護師 家族 ケアマネと話し合い、看護サマリーや情報を頂く。		
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、本人の希望を重視 医師との連携をとりターミナル期のケアプランをたて職員で共有し支援している。	ターミナルにむけては、ターミナルケアプランを作成し、担当者会議で方針を決めている。救急の研修は、ショートの看護師の協力あり。訪問看護が医療面では全面的に支援してくれる。「声かけ」「体を触る」など徹底して最後まで見る姿勢を貫いている。家族が持参した音楽を流しながら、家族と一緒に見送る事ができた。友人が看取りの場に立ち会うなど地域密着の良さを実感している。	
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	社内研修や看護師 消防による講習 訓練を受けている。		

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
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	入居者 職員 地域の人で本番さながらの避難訓練を行っている。(夜間想定 日中想定)	年2回、夜間想定も含めて実施している。推進会議のメンバーにも声掛けをしている。水害に関しては、2階や屋上へ、火災では2階は無理に降ろさないなどのアドバイスを受ける。広域避難場所までの移動は困難。厨房の火、家電のコンセントの清掃点検を行う。区長の呼びかけで、路上駐車もなくなった。備蓄有り。近隣の一次避難場所として地域に発信している。	避難経路は周知されているが、災害や気象に関する言葉を整理し、避難行動について臨機応変に判断できるよう検討することで、更に利用者の安全確保が期待される。
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	新人職員は入社時オリエンテーションとして権利擁護の知識も含む研修を行っている。古い職員等にも勉強会等にてさせる様になっている。	人格の尊重という意味では特に言葉使いに配慮し、接遇委員会を通じ、言葉使い、挨拶について話し合っている。職員意識の改革を促し、利用者各人に合った声のかけ方に注意している。対応に疑問を感じたら、その場で注意をする。	
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	本人の希望、想いを普段の会話の中から表出し易いよう心掛けている。		
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	自立支援の重要性を職員全員が把握しその入居者に添った支援を心掛けている。		
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	月1回の美容室		
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	毎日行っている。	昼はデイと一緒に厨房で作る。利用者のための給食委員会あり。行事食、郷土食(ご当地メニュー)希望者に合わせた食事作りと外食は月1回。コロッケ、お好み焼き、そうめん、おやつにホットケーキ、など。外食では回転すしが人気。誕生日ケーキを提供することもある。毎食パン希望の方にも希望通り提供している。	

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
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	水分量、食事量の記入、一人ひとりの食事量 食事形態も違うので個別に対応している。 栄養士が献立を作成している。		
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	毎食後行っている。		
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	残存機能 低下を防ぐ為にトイレの使用を行う様支援している。	パット使用量について家族から問い合わせあり、減らす運動に取り組んでいる。排泄チェック表を参考に声掛けも意識し、トイレでの排泄を目指す事で、オムツから布パンツになり、立位が取れ、歩行まで出来るようになった例がある。職員も手ごたえを感じ、意欲にもつながっている。	
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	排泄チェック表にて確認している。		
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	希望にも沿って行っている。	ショートの浴室の大浴場を希望される方がいる。リフト付きもあるので、重度化した方の対応も出来る。風呂嫌いの方は時間を変える等、誘導の工夫をしている。強制はせず、入れなくても着替えは毎日行っている。また、入りたい時はいつでも入れるよう準備している。	
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	本人の希望 体調に応じて就寝時間が個々に違う。		
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	薬の変更は随時連絡、個々の処方ファイルがあり確認できる様になっている。		
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	食事作り、おやつ作り外食を随時おこなっている。		

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
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	散歩は随時おこなっている。	ネーブルパークの菊まつり、権現堂のあじさい、野木のひまわり等の花を楽しむ外出あり。道の駅にある金屋ホテルのパン屋さんに行きたいという希望にこたえて出かけた。正月には初詣にも行った。	
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	個々の金銭管理は事務所でやっている。		
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	本人の希望があれば電話をしている。		
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	職員 入居者 家族で話し合い心地よい居場所づくりを心掛け随時検討している。	ダイニングは皆が集まる場所となっていて、隣の人がいないと気になる。家族が面会に来て、みんなのいるダイニングで談話している。トイレなどの共用スペースは清掃も行き届いている。社長こだわりの消臭対策もあり快適な空間となっている。	
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	居間のソファを利用。 ご夫婦が日中お互いの居室に尋ねて過ごされる。		
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	本人の馴染みの品があり 個々のカラーがでている。	各居室にはヘルメットが設置されている。自宅で利用していた家具、寝具を継続して使用したり、仏壇を持ってきている方もいる。季節柄加湿器を置いている方など、それぞれが過ごしやすい配置をしている。居室の消臭対策も出来ている。	
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	PTトイレの設置 整理タンスがあり服を自分で入れたり出したりできる自立支援している。		

(別紙4(2))

事業所名: アサヒケアサービス(株)グループホームみやびの里

目標達成計画

作成日: 平成 29 年 4 月 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	35	日常における地域の繋がりをより一層強化し今までの関係を継続し火災・震災・風災・水害等の防災訓練も地域との協力体制を築いていく。	行政や地域(推進委員会)等の関わりが深くなる事で地域社会と密接・連携した生活を送れ安全・安心に暮らせる。28年度6回目の推進委員会に地域の区長・民生委員の方達に地域と施設の災害時用連絡網を作成し協力体制を作る話が出来た。	問題は夜間時に避難する時に人手が無い為地域関係者との避難連絡網を作り、その流れで夜間想定 of 避難訓練を実施する。	12月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					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。