

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	3471503718		
法人名	医療法人社団 ひがしの会		
事業所名	グループホーム えんじゅ久松台		
所在地	福山市久松台1丁目4-8		
自己評価作成日	平成22年8月10日	評価結果市町村受理日	平成23年1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.hiroshima-fukushi.net/kohyo/index.html
----------	---

【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 あしすと
所在地	福山市三吉町南一丁目11番31号大福ビル三吉201号
訪問調査日	平成22年9月15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)】

地域との交流で、中学校行事・小学校行事への参加と、町内会の行事への参加。 ケアプランの実施 ボール体操の実施
--

【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)】

福山市の高台にあり、リビングからは市内が見渡せ利用者にとっては日々心地よい空間での暮らしとなっている。母体が医療法人湖山会という事もあり事業所理念や職員研修は充実していて医療機関との連携も十分にできている。職員の介護意識も高く実践評価票を作成し、自己評価を5段階に分析し自己啓発している。更に、利用者の看取りについては全職員周知していて、家族から良い評価を得た経緯もある。地域に向けては今後の課題もあるが、学校関係との関わりや公民館行事への参加等積極的な働き掛けを行っている。
--

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、安心して暮らせている (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	事業所の目標は地域との関わりを重点に作成してる。また、共有はミーティング等で話をし実践にむけて取り組んでる。	法人理念をベースに毎年地域との関わりを意識して理念を作っている。職員は管理者と理念を共有し、それに添った個人目標を作っている。	
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	地域で開催される、敬老会・小学校の運動会・中学校のチャレンジワークの受け入れ・公民館で開かれるふれ合い喫茶への参加等お客様と共に参加	公民館行事への参加や、小学校で福祉に関する話を行ったり、中学生のチャレンジワークを受け入れたりしている。事業所主催の夏祭りへの招待や行事等を地域に回覧し、地域との交流に努めている。	
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	特に活かしかれていない。		
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	家族会等で話をしているが、特に意見が出る事が少ない。	2カ月毎家族の参加により行事を兼ねて開催している。利用者の現況報告や家族との意見交換等を行っている。	会議が殆ど家族会といった内容のものとなっている。様々な分野の方に参加を働きかけられ、充実した内容とされる事を期待したい。
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	出来ていない。	市町村担当者や包括支援センターとのネットワーク作りに取り組む姿勢はあるが、実現に至ってない。	市町村や包括支援センターへ事業所の困難事例等現状報告を積極的に行い、情報収集や相談をするなどして行政と密な関係を築かれるよう期待したい。
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	身体拘束については その都度話を出している。玄関の施錠は夜のみ行っている。	身体拘束排除については、全職員が理解している。身体拘束に繋がる状況に直面した時は、その都度話し合い見守りの強化に努めている。	
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	特に学ぶ機会は設けていないが、事業所内では虐待防止に努めている。		

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	該当者がいないので 今現在は何もしていない。		
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	契約時に納得出来るように話をしている。		
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	玄関に意見箱を設置している。また、運営推進会議等が出た意見・要望はミーティング等で話し合い反映させている。	毎年1回利用者の家族に対し無記名で、「お客様アンケート」をお願いしている。出された意見・要望については職員で早急に検討し、実践に向け取り組んでいる。	
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	年度初めにキックオフミーティング等で提案を行い、反映している。	管理者は3～4か月毎の職員の個人面談や、年度初めのキックオフミーティングで意見や提案を聴取している。聴取した内容については、検討し日頃のケアに取り入れている。	
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	毎年 上期下期にて目標を作成しそれを基に上司が個人面談を行っている。		
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	内部では年間を通して研修企画委員が企画している。また、新人研修・中途入職研修も行っている。外部研修は 必要に応じて参加している。		
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	地域ネットワーク会議に参加している。		

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
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	事前訪問を元にリーダーや職員と話し合い、又、アセスメントも重視し、お客様が安心してなじめるように努力している。		
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	事前訪問を元にリーダーや職員と話し合っ て、ご家族安心出来るように努めている。		
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	事前訪問時 ケアマネージャー・ご家族等話し合い		
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	洗濯もの干し等出来る範囲でお手伝いをお願いしている。		
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	面会時・家族会等 細かなことでも報告を行い。また 間に入ったりしてコミュニケーションが円滑に行えるよう支援してる。		
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	入居される事より馴染みの方へ来て頂いているが、馴染みの場所へなかなかいかれていない。	知人との関係作りの支援はできている。個々への対応は行っているが、介護度も進み現状的には交流が困難になりつつある。	
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	行事等を通じて お客様同士が交流出来るように努めている		

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	契約が終了すると 家族からも連絡が無くなるし、こちらからもなかなか連絡をしていない状況。		
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	職員からは声掛けを行っているが、なかなか表に出る事が少ない。	レクレーションを行う時等は強要する事無く、本人の気持ちを優先させた対応を行っている。意思表示が難しい場合は家族からの情報を基に、日頃の行動や表情から思いを汲み取っている。	
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	事前訪問時、又はご家族の面会時にお話をいろいろ聞かせて頂いている。時にはお客様から話が聴ける時もある。		
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	ミニカンファ等利用しお客様の現状を把握するように努力している。		
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	お客様担当を職員全員が持ち、担当者がお客様、ご家族の要望を聴き、担当者・リーダー・ケアマネ等が話し合い計画を作成している。	利用者毎に担当者を決め、本人・家族の要望を聞いて職員間で検討し、リーダー・ケアマネージャーと共に作成している。見直しは基本3か月毎となっているが状況に応じて柔軟な対応をしている。	
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	日々の様子等は生活記録記入し別に申し送りノート・医療ノート・ミニカンファ等で情報を共有している。		
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	緊急時は本人・家族の要望をふまえ受診等行っている。		

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
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	できていない。		
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	かかりつけ医の定期的な往診もあり、また皮膚科・歯科等の往診もある。	利用者が希望する内科医の定期的な往診や、歯科・皮膚科の往診もある。本人・家族が要望するの病院への通院同行や、協力医療機関との連携も出来ていて、適切な支援が行われている。	
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	お客様の状態の変化はすぐに訪問看護師に相談を行い受診している。又、医療面に関しては申し送りノートを別に作成し情報を共有している。		
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。	入院の際は 病院へ情報提供し、入院後は定期的なドクター・看護師へ状況		
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	医療行為が必要な場合を除き家族からの要望があれば受け入れる体制となっており、要望があれば話し合いを行いながらすすめて行く。	重度化した場合や終末期の在り方については、事業所としての看取りの指針があり、医療機関との連携も取れている。職員は医師の指示や家族の意向を共有し、看護師による24時間体制も出来ている。	
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	勉強会などで行っているが、定期的には訓練は行っていない。		
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2回避難消防訓練を行っている。地域へ声掛けするが時間帯の問題もあり参加が難しい。	概ね年2回の避難訓練は利用者参加の下行われている。職員は避難誘導の優先順位等は周知している。	火災やあらゆる災害に向けて地域との協力が不可欠であり今後も引き続きお願いをされ地域との協力体制の強化に努められるよう期待したい。

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	言葉かけなど職員同士でお互いに指摘しあっている。排泄時も注意し独自のこやまケアを行っている。	職員は人権尊重の意識を持って利用者一人一人に接している。言葉掛けについては職員同士で注意をし合い、利用者を傷つけない支援を行っている。個人ファイルの管理も出来ている。	
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	職員が声掛けを行うが、なかなか表に出て来ない部分もある。		
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	職員側の都合で決めているところもあるが、出来るだけゆったりと1日の流れはお客様ペースで行っている。		
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	その人らしい身だしなみとまでは行かないが、理美容を定期的にもっている。また、個人的にいきなれた美容院へご家族の方と行かれる方もおられる。		
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	テーブル拭き、お膳拭き、下膳など行ってもらっているが楽しみの一つになっているかどうかは不明である。	食事作りは、専門の担当者により献立や調理をするシステムである。利用者は出来る範囲で手伝っている。食事中は職員も食卓を囲み介助中心となっている。又言葉掛けに努め、楽しい時間となるよう工夫をしている。	
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	食事摂取・水分量等チェック表があり、一人ひとり確認を行っている。		
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	朝・夕と食事後口腔ケアを行っている。また、夕食後夜間は 義歯をされている方は預かっている。		

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
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	排泄チェック表で確認を行いながら トイレ誘導・夜間のパット交換等を行っている。	利用者の排泄パターンはチェックリストにより把握している。日中は車椅子の方を含めてトイレ誘導し、排泄の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	便秘に効くように 毎朝ヨーグルト・牛乳を提供している。		
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	どうしても職員の都合で時間は決めてしまいがちだが、臨機応変に必要時には午前中でも入浴の対応をしている。	基本は午後からの入浴となっていて、利用者の希望や状態により調整しながら対応している。拒否の方は無理強いせず、声かけ等により本人の希望に添った支援をしている。	
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	ご自分で居室戻られる方は居室にて過ごされるように自由に過ごされている。		
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	職員一人一人が把握できるように薬のセットは全員で行っている。また、医療ノートを活用して薬の変更など全員が周知できるように記入している。		
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	一人一人アセスメントをしっかりと聞き楽しみを見つけるように支援している。		
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	行事として外出していることはあるが、個人的に決まった方のみになっている。	外出支援は行事の一環として家族参加の下、花見・ばら公園・動物園・鞆等への定期的な外出となっている。日常的には限られた利用者のみとなっている。	

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
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	ご自分でお金を持っておられる方もいるが、買い物へいくことまではできていない。		
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	手紙を書ける方は少ないので、手紙は出せていないが、電話できる方はしているが、中には家族から電話の許可がでない方もおられる。		
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	担当者を決めて少しずつ季節感のある空間にしていっている。	利用者が集うリビングは不快な音や光等もなく、思い思いに過ごせる設えとなっている。一階・二階共ベランダからは市内の景観が見渡せ開放的な設計となっている。壁には利用者の写真や作品が飾られていて心安らぐ空間となっている。	
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	共有空間では一人になれる場所はないが、気のあったお客様同士では会話ができる場所はある。		
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	できるだけ使い慣れた物をおいてある。中には 仏壇を持って来られているお客様もいる。	利用者の状態に合わせたベッドやテレビ等が置かれていて明るく広々とし、室内には大きな押し入れがあり、整然としている。	
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	できない事は声掛けを行い やっていただき できることは見守りのみで行動されている。		

目標達成計画

作成日: 平成 23 年 12 月 25 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	I 4 (3)	2か月に1回、定期的な運営推進会議の実施が出来ていない。	2か月に1回定期的に運営推進会議を実施する。	・運営推進会議内容(おおまかに何をするか?)の年間スケジュールを立てておく。 ・地域・行事担当・リーダー・管理者で定期的に2か月に1回のミーティングを設け早目に話し合う。	12カ月
2	I 2 (2)	事業所側から地域へ出向いていくことが少ない。地域との関わりは少ない。	地域との関わりを持つ為、えんじゅ久松台から地域に積極的に出向いて行く。	・地域行事への参加 ・まずは公民館へ毎月2回、第1、3土曜日「ふれあい喫茶」への参加	6カ月
3	VI 49 (18)	ケアプランのサービス内容に散歩等組み入れても目標達成できていない。 ・スタッフの日常的な外出支援に対して、お客様への声かけ不足。	日常的な外出の機会を増やす。	・業務の中にお客様の散歩を取りこみ実施していく。	6カ月
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。