

## 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		
所在地	茨城県古河市駒羽根1420-1		
自己評価作成日	平成22年2月22日	評価結果市町村受理日	平成22年9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	<a href="http://ibaraki-kouhyou.as.wakwak.ne.jp/kouhyou/infomationPublic.do?JCD=0874300841&amp;SCD=370">http://ibaraki-kouhyou.as.wakwak.ne.jp/kouhyou/infomationPublic.do?JCD=0874300841&amp;SCD=370</a>
----------	---

## 【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22年3月25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)】

残存機能を生かした自立支援。
----------------

## 【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)】

住宅街の中に立地しながらも、病院や交番、公共施設が近隣にある。広大な敷地内には、四季折々の草花が咲き、畑では農作物の作る楽しみ等が工夫されている。また、日々の生活をリハビリと考え、一日の流れが自立に繋がるように利用者一人一人に支援している。残存機能を生かす支援として、車椅子から歩行へ、オムツからリハビリパンツ、日々の点呼から読み書きへの支援に繋げている。

## 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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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、生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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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	開設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一緒に唱和している。	開設時に事業所と職員と共に考えた理念である。理念は、各ユニットフロアーに掲げている。毎朝の体操後に、利用者と共に唱和している。	
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	自治会・老人会に加入している。	自治会や老人会に加入し、近隣の公民館で行われる踊りや和太鼓祭りに参加している。また、季節ごとの行事や、地域ボランティアの参加により敷地内で雛祭り、夏祭りを開催している。月に1度地域新聞を配布している。	
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	地域の清掃に参加している。		
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	5月に開催する予定。	5月に開催予定となっている。2家族の参加が決定しているが、詳細について決定していない。	運営推進会議について、再検討し目的の再確認を希望します。また、行政、地域との関わりの必要性についても検討をお願いしたいと考えます。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	生活保護担当の市職員の訪問は月に1～2回あり、スタッフ・担当職員が状況(生活の様子)について報告している。	市町村の生活保護担当者が、訪問し連携を執っている。幼稚園、小学校の学習見学を、年に1、2回利用者と共に対話を楽しんでいる。	
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	3ヶ月に1回身体拘束会議をおこなっている。建物の構造上危険を伴うところがある為に、やむをえず施錠しているところもある。	身体拘束は行っていないが、危険防止の為に階段のドアは施錠している。また、転倒転落防止のために家族からの同意のもと4点柵を行っている。車椅子利用者が5名の為、適宜点検をしている。必要に応じて、話し合いを行っている。	
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	会議・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・会議等にて随時行っている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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。疑問点はその場で解消（施設長、ケアマネ） 解約時は退去後の事を家族と話し合い相談し本人にとって最良の方法を取っている。		
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	家族会・面会時等で何でも言ってもらえるような雰囲気作りに留意し、出された意見・要望等を職員会議・責任者会議で話し合い、反映させていくようにしている。	年に1回の家族会を開催している。面会時に意見等を聞くようにしている。意見が出た場合は、施設長同席のもとミーティングで話し合い検討し運営に反映している。	
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	ミーティングにて行っている→意見、提案を責任者会議にて話し解決に向け努力をしている。	月に1回ミーティングを行い意見や提案をまとめ、責任者会議を開催している。報告内容、連絡事項は、その都度掲示板や業務日誌に記入し共有している。研修受講後は、報告書を提出しユニット毎にミーティングで再確認している。	ユニット同士の利用者の情報交換、協力体制や職員間の交流、研修会の共有を深めていただきたい。
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	※		
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ほしい研修に参加を勧めている。自主的にも行っている。学んできた事をレポート提出。ミーティングにて発表を行っている。		
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	他施設との交流がある。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	実施調査にうかがっている。		
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	面会時電話等で傾聴を行い受け止めている。(手紙も含む)		
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.施設長.ケアマネ必要であれば管理者との話し合いの中からGH入居が適しているか十分検討している。		
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.人生を知り.個別支援を行い職員と共有。利用者の居場所作りを行っている。		
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のお願いをしている。		
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	近所に住んでいた人や昔の仲間等家族に呼びかけてもらっている。	友人の面会を受け入れている。家族の協力を得ながら、10年ぶりの面会の支援を行うことができた。家族の希望により、お墓参りや週末の外泊支援を行っている。	
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	利用者同士助け合っている。職員には頼めないが利用者同士なら頼める。職員には拒否するが仲間と言われると素直になる。		

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・本人)が望めば随時対応している。		
<b>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</b>					
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集めをしている。	利用者の嗜好は、無理せず希望に沿っている。関西出身の方が関西弁を使用することで、思いを表出するようになった。就寝時間の延長を希望する方に時間を合わせている。手話を必要とする利用者に対して職員で手話を覚えて関わっている。	
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・友人の面会時交流を深め情報を入し職員で共有し支援をお古行っている。		
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	朝バイタルチェック・排泄状況食事を確認し夜勤者より状況を引き継ぎその人の合った1日を支援している。		
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・利用者の要望を尊重し職員と話し合い利用者にとってより良い生活が出来るケアプランを作成し・モニタリングで毎日評価している。	家族、利用者の意見、希望を聞き課題のあり方について話し合いプランを作成し家族に承諾を得ている。モニタリングを、毎日行い評価につなげている。	
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	日中・夜間と個別ケース記録に残し共有する為業務日報・伝言板で連絡。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	デーサービスの利用(書道等) 介護タクシーの利用。		

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	傾聴ボランティア。慰問(踊り、演奏等) 地域小学生の学習(訪問) 防災訓練。救命講習の参加		
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	1週間に1回の訪問看護。2週間に1回の訪問診療。	2週間に1度の往診、1週間に1回の訪問看護診療を受けている。かかりつけ医の受診は、家族が付き添っている。他科、専門医への受診は、紹介状を持って家族と共に職員が付き添っている。	家族の付き添いができない場合の他科、専門医への受診結果は、報告内容を利用者の診療記録に残していただきたい。
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	1週間1回訪問看護はあり。利用者によっては随時来られる。24時間体制でナースステーションに連絡可能。		
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。	ほとんど訪問主治医の紹介された病院に入院の為連絡は密。職員が入院先に訪ねていく。		
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。本人の希望を重視し。医師との連携を取り。ターミナル期のケアプランを立て職員で共有し支援している。	家族、医師、職員と話し合いを行い、家族、利用者の希望に沿うような支援をしている。重度化に向けた同意書を使用している。終末期については、職員間での共有を図り、検討して生きたい。	
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	定期的に消防による訓練を受けている。		
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	利用者。職員全員にて本番さながらの避難訓練を行っている。。	年に1回消防署立会いの元、避難訓練を行っている。今後は、夜間想定での訓練を検討している。	夜間想定での避難訓練の実施を、お願いします。また、備蓄の確認、広域の避難場所の確認をお願いします。

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	新スタッフには入社後権利擁護等のオリエンテーションを行っている。職員は意識して支援している。	入居時に、写真や掲示物についての同意を得ている。個人情報の介入について、職員間で共有している。	
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	本人の希望、想いを普段の会話の中から表出し易い様心がけ、色々な話(提案)をし、自己決定出来る様支援している。		
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	個別支援、自立支援の重要性を職員全員が把握しその人に添った支援を行っている。		
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	月1回の理容 鏡台がありお化粧する人もいる。		
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	毎日行なっている。	利用者の好む食器やコップ、御箸を使用し、食事を楽しめる工夫をしている。また、利用者一人一人が職員と共に準備に携わっている。2か月に1度、おやつ作りを行っている。	
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	水分量、食事量の記入。一人ひとり食事量も違いお粥刻みの人と個々に対応している。栄養士の献立がある。		
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。(自分で出来ない人は介助している。)		

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
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	残存機能を生かす為にトイレの使用ができるように支援している。	残存機能を生かす自立支援として、オムツからリハビリパンツへの支援、トイレへの支援を行っている。	
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	排泄チェック表がある。水分。食べ物で様子を見て4日以上経つと下剤対応(医師に連絡する。)		
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	希望に沿って行っている。(男性職員は嫌。1番風呂は嫌等)	2日に1回の入浴支援を行っている。介護度の高い利用者については、職員が2人で付き添って支援している。	
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	就寝時間が個々違い本人の希望にそって行っている。体調に応じて対応している。		
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	既往歴を把握し、一人ひとりの処方箋ファイルで確認できる。薬の変更があればその都度文章にて連絡。薬の役割辞典がおいてある。		
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	月1回の食事作り おやつ作り 外食を行っている。		
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	季節に応じて出かける様心掛けている。(初詣、桜祭り、桃祭り等) 散歩は随時行なっている。	ユニット別に、1月に1回外食支援を行っている。天候が良い日は、毎日近隣への散歩に出かけている。	



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
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	個々のお金の管理は事務所で行っている。買い物に行く時は事務所から個人の小使いをもらい個人で持っていく。		
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	本人の希望があったり職員の判断で家族の声を聞かせてあげたいと思った時はかけることもある。		
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・家族と話し合いを持ち、居場所が心地よく、活動しやすい工夫がされている。	共用の空間は、混乱がないように工夫されている。また、危険がなく行動が見渡せるような工夫がされている。	
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	エレベーター前と居間ソファを置き利用者同士職員と利用者で談話したりしている。南廊下奥富士山の眺めが良いので椅子を置いてある。1階は何回か試したがしっくりくる場所がない。		
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出ている。家族には自由に使って良い事を話している。	利用者の馴染みの家具を使用し、また、テレビが居室に置かれ居心地良く過ごせる工夫がされている。	
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	PTイレの設置。整理ダンスがあり服等をしまったり出したりと自立支援をしている。		

## 目標達成計画

作成日: 平成 22年 9月 5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	4	運営推進会議について、再検討し目的の再確認をしていない。また、行政、地域との関わりの必要性についても検討をしていない。	運営推進会議を開催し、行政や地域と円滑な関わりを持ち、より良い関係が築けるようにする。	5月に運営推進会議を開催した。とりあえず半年に1回開催予定(年2回)が望ましいということにした。夜間想定防災訓練の実施方法について少しふれ、施設内の見学をしていただいた。詳しい話しは次回以降としている。	5ヶ月
2	11	ユニット同士の利用者の情報交換、協力体制や職員間の交流、研修会の共有がされていない。	各ユニット長だけでも話し合いの時間を作って情報の共有を行い、各ユニットの職員に浸透させていく。その後グループホーム全体の会議(話し合い)を作り、協力体制・交流・共有の場にしていきたい。	話し合いの場を作り(1日30分程度)各ユニットの入居者の相談をしたり、注意点について話し合っている。全体の会議についてはまだ思案中。	3ヶ月
3	35	夜間想定避難訓練ができていない。	みやびの里周辺地域の協力を得た形の夜間想定防災訓練の実施。	10月の防災訓練に関しては日中対応とし、地域住民の見学をしてもらい、避難の仕組み等をみていただけるよう検討中。その後運営推進会議で駒羽根区長様に呼びかけ夜間想定防災訓練について検討していく。	12ヶ月
4	30	施設かかりつけの医師以外への受診結果は、報告内容を利用者の診療記録に残していない。	受診結果の報告書を作成し記録として残していく。	訪問医の受診報告・他医療機関への受診報告は報告書を作成し、家族のはんこうを頂いている。面会に来れない家族には電話での報告になってしまうが記録として残すようにしている。	0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、行を挿入して下さい。