

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	1190400364
法人名	株式会社ウイズネット
事業所名	グループホームみんなの家・川越たかしな
所在地	埼玉県川越市砂新田3-6-1
自己評価作成日	令和元年 8月28日
評価結果市町村受理日	

※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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/11/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社ケアシステムズ
所在地	東京都千代田区麹町1-5-4-712
訪問調査日	令和元年9月6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)】

個々のペースで生活ができるよう、支援を行っています。穏やかで笑顔をたくさん見せて頂けるような、環境作りに取り組んでおります。簡単な調理、おやつ作りなど皆様と一緒にやる機会を設けています。

利用者一人ひとりの意向に沿ったケアの実践に取り組んでおり、利用者・家族とのコミュニケーションを図りながら意向や要望の把握に努めている。利用者の個性を尊重し、心の中を読み取り、さらに利用者の家族も大切にすることが心がけられており、職員へのヒヤリングにおいても確認できている。職員間の連携においても、一人ひとりの職員が尊重しあいながら、利用者支援に努めている。

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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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、活き活きと働いている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	事業所理念を掲示し、共有できるようにしている。	毎月の職員会議で事業所理念について振り返りを行っている。利用者一人ひとりへの対応について職員にアンケートを実施し、事業所理念に基づいたケアの実践に努めている。	
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	ノーア体操は、事業所内で実施するだけでなく近隣の参加者を募っている。オレンジカフェを月1回行っている。	定期的開催するオレンジカフェのチラシを、玄関の掲示板に張り出し、地域住民の参加を募っている。オレンジカフェではヨガや体操、ボランティアによる催し物などがあり利用者も地域住民とともに楽しんでいる。	
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	ノーア体操、オレンジカフェにより近隣の方との交流。お散歩に行った際に近隣の方への挨拶をする。		
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	運営推進会議にてご報告を行っている。	定期的な運営推進会議では、利用者家族、地域住民の参加も見られており、意見交換の場となっている。議事録はホーム1階入り口に設置し、不参加の家族が訪問時に確認できるようにしている。	
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に取り組んでいる	地域連絡会に参加している。又、重大事故が起きた際には行政報告書の提出を行っている。昨年度は実地指導が行われ、アドバイスを受けました。	地域包括の主催での地域連絡会では、地域の医師や居宅専門員、民生委員、グループホームの管理者などが参加し意見交換をしている。市役所主催の勉強会もあり、協力関係を築くように取り組んでいる。	
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	月1回身体拘束廃止委員会を開催している。身体拘束を行わないケアを実施している。	本部研修に参加し、その資料を使って事業所内でも研修を行なっている。研修後は、職員が報告書を作成、提出する流れとなっており、振り返りの機会が持てるように取り組んでいる。	
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	月1回高齢者虐待防止委員会を開催している。		

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
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	本部の研修会に参加している。		
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	入居契約時に説明を行っている。又、料金等の改定があった際には、都度書面を送付している。		
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	家族会やご面会時にご意見を伺っている。	家族会や訪問時には、家族からの意見や要望を把握できるように取り組んでいる。訪問できない家族には、電話や手紙で要望等を確認し、できる限り運営に反映できるように取り組んでいる。	
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	月1回職員会議を開催している。又、日頃より提案や意見を言いやすい環境作りに努めている。	職員会議や個別面談だけでなく、アンケートでも意見を募るなど意見を出しやすい環境作りを行いながら、職員からの意見や提案を事業所運営に反映できるように取り組んでいる。	
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	年2回人事考課を行っている。資格取得支援や研修への参加を勧めている。		
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	本部での研修へ参加している。		
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	地域の研修会への参加。		

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	実調時の情報や入居後の様子や訴えをもとに個々に合わせた支援を行っている。		
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	実調、入居時などに要望やご意見を伺っている。		
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	その方に合ったサービスが提供できるよう努めている。		
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	同じ空間で食事を一緒に摂ったり、家事活動を行ったりしている。		
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	変化があった際にはご連絡をしたり、外出や通院の支援を行っている。		
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う、支援に努めている	面会の支援、行事の案内を送付しホームへ来て頂いている。	行きつけの美容院や歯科医院に家族と出かけたり、手紙などで知人との関係が途切れないうような支援に努めている。携帯電話も持ち込みも可能となっている。	
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	食事、お茶の時間、おやつの中には皆様ホールに出てきて頂けるようお声掛けを行っている。		

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
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	ご相談があれば適宜対応をしていく。		
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	入居以前の生活環境や習慣を大切に、出来る限り意向に沿った生活が出来るよう努めている。	利用開始時のアセスメントで心身状況をはじめ性格や生活歴を把握している。積極的に訴えられる人、遠慮がちな人、それぞれ個別の対応で意向をくみ取っている。日常の関わりの中からも把握することに取り組んでいる。	アセスメントは定期的に見直し、必要に応じて加筆訂正することを習慣化されたい。
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	入居前にカンファレンスを行っている。		
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	生活記録を記入、申し送りをし職員間で共有できるようにしている。		
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	生活状況を把握。情報を共有に意見を聞き良いサービスが提供できるようにしている。	法人で計画統一したモニタリングシートをもとに、3・6か月毎に家族や本人に意向の確認をしている。また、計画担当者は介護担当者からのヒアリングによってケアプランの進捗状況を詳しく把握することに努めている。	モニタリングを実施する際には、介護担当者と一緒に進んだり、カンファレンスにおいて達成状況を確認し、家族からもヒアリングによって満足度を確認し、記録することが必要とされる。
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	生活記録にプランの番号を記入して実践状況等を把握できるようにしている。		
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	受診対応など柔軟に行っている。		

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	近隣の商店に買い物へ行ったり、散歩に行ったりしている。		
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	月2回、内科医、歯科医の訪問診療を受けて頂いている。変化があった際には医師とご家族様と関係を取っている。	適切に医療的な支援が受けられる仕組みは整っており、必要に応じて家族への報告もなされている。また、内科医の指示によって専門科目の受診が必要な際には家族と連携を図り通院支援もなされている。	医療的な支援内容について家族に連絡・報告を行った際には記録を残し、フォローできる仕組みを作ることが必要とされる。
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	医療連携看護師が月4回訪問している。		
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。	適時、相談を受けている。		
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	お看取りの同意を取っているご入居者様がいます。	現在、事業所には重篤な利用者はおらず、看取りは行っていない。今後の方針として、本人や家族の要望を優先し主治医の協力を得ながら柔軟に対応する体制を整えている。急変が明らかな場合は救急搬送をしている。	
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	緊急時の対応マニュアルを準備している。又、慌てずに対応できるよう指導を行っている。		
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	年2回、避難訓練を行っている。アルソックの防犯訓練を実施。	年2回、災害を想定した避難訓練を実施している。夜間を想定した訓練も実施している。	災害対策については一般的な避難訓練に留まらず、荒天時の対応、食品備蓄、利用者情報(避難時に最低限持参するがいる)など、包括的に取り組むことが必要とされる。

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	更衣や排泄の際には扉を閉める。排泄のお声かけも他入居者に聞こえないようにするなどしている。	法人本部研修を活かし、プライバシー対応検討を実施。全居室の小窓に目隠しのテープを貼ることをはじめ、入浴や排せつでは必要に応じて同性介助に取り組んでいる。脱衣室ではカーテンを用いて配慮している。	
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	帰宅願望や不安の訴えなど否定する事なくじっくりお話を伺うようにしている。		
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	無理せず自身のペースで生活できるよう支援を行っている。		
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	季節に合った洋服を選んだり、髪を整えて差しあげている。ご希望時にはパーマや白髪染めをして頂いている。		
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	食事形態や姿勢などに注意しながら、おいしく食事が出来るよう支援している。また、ご入居者様よりリクエストのあった食べ物をレクで作り召し上がって頂く機会を設けている。	厨房運営を外注しているため、利用者が食事作りに参加することはなく、下膳や片づけなどを職員と一緒にこなすようにしている。また、利用者の要望に応じておやつ時間に餃子などを作って楽しんでいる。	
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	食事量、水分量を記録し適時調整を行っている。		
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に、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。歯科医師、歯科衛生士と連携しケアを行っている。		

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
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	お声かけ、介助が必要な方は適時行っている。出来るだけ失敗が少なくなるように、時間の間隔など配慮している。	排泄表をつけ、各利用者の排泄パターンを把握し、定時や随時(2時間毎の声掛けなど)の排泄介助に取り組み、利用者一人ひとりの個別排泄に取り組んでいる。	さらに排泄チェック表を検証し、より自立した排泄支援に取り組むことが望まれる。
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	水分をおすすめしたり、ヨーグルトなどの提供などを行っている。		
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	体調や頻度などを確認しながら入浴して頂いている。	入浴は3日ごとに実施することを原則としており、さらに夏期などは間隔を短くすることになっている。また、入浴拒否の利用者について、声掛けや時間帯を工夫して対応することになっている。	
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	室温や掛物、明るさの調節。様子をみながら適時休んで頂けるようお声かけを行っている。		
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	薬情を個別に管理し確認を行っている。薬剤師とも連携が取れている。		
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	個々の好みに合ったものを、適時提供している。		
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	散歩、買い物などに行っている。	天気や体調を考慮しながら、近隣への散歩や買い物などに出かけることにしている。外気浴をすることで、気分転換になっている。利用者や家族の希望に応じて、個別の外出支援の頻度を高めることを目指している。	

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
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	消耗品が無くなった際などに、一緒に買い物へ行っている。		
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	希望時、必要に応じて電話を使用している。		
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	清潔で安全な空間で生活して頂けるよう努めている。季節を感じて頂けるようなレイアウトを考えている。	各フロアには季節感のある掲示物を展示したり、廊下には利用者の日々の生活の様子の写真を貼ったりしている。それらは職員と利用者との共同作業の作品が多い。心温まる空間作りに力を入れている。	
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	ホールのソファでおしゃべりをされたり、仲の良い方の居室でおしゃべりをされている。		
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	使い慣れた家具などをお持ちになられている。	どの居室も概ね清潔が保たれており、約半数の利用者はTVやラジオを持ち込んでいる。また、利用者が作成したものを飾っているが、利用者の状態によっては居室へ持ち込む物品の制限にも取り組んでいる。	
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	廊下などに物を置かず、安全に移動出来るようにしている。		

(別紙4(2))

事業所名 : グループホームみんなの家・川越たかしな

作成日 : 令和 2年2月8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	13	災害対策について様々な事を予測し物品を準備できていない。	様々な災害について何が必要かを考え、準備が出来る。	食品、水以外の物品をそろえる。(養生テープ、アルミマット等。)	6ヶ月
2	9	アセスメントを定期的に見直せていない。	定期的に見直し、より良いサービスの提供ができるようにする。	定期的に住居担当者による見直しを行う。又、会議などで情報を共有し検討をする。	6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。