

### 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	4373000431		
法人名	有限会社 紫おん福祉の家		
事業所名	紫おん福祉の家		
所在地	熊本県葦北郡芦北町鶴木山1288-5		
自己評価作成日	平成23年10月1日	評価結果市町村受理日	平成23年11月24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://search.kaigo-kyouyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do">http://search.kaigo-kyouyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do</a>
----------	---

【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23年10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)】

<p>四季を感じる自然環境 家庭的な雰囲気での暮らしぶり 経験と力量のある職員                  地域交流・・・行事介護予防教室 音楽療法 14年にわたる積み重ね</p>
---

【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)】

<p>眼下には芦北の海浜公園、隣接して自然体感ができる公園があり山海を一望することができる自然環境で、四季の変遷を肌で感じられることができる。地元や菜園の新鮮な食材が使われた食卓は、充実した食事内容で入居者の楽しみとなっていると共に職員との関係を深める充実した時間となっている。音楽療法・園芸療法の継続や主催の行事にも地域住民の参加が多く、地域との関係も良好である。ここ数年職員の入れ替わりもなく、大家族のよう穏やかな雰囲気でのホーム生活が送られている。様々な研修への参加も定着しており、地域の他のグループホームとの関わりも行われており、職員のモチベーションを保つ取り組みが実施されている。地域への認知度も高く、益々認知症介護の拠点としての期待できるホームである。</p>
--

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)	<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、生き生きと働いている (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している (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
<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	安心安全 自立 基本的人権の尊重を旨として、個々に会った支援を行っている。事業所内研修や申し送り、記録によって実践につないでいる。	設立当初からの理念を具現化に努め、会議や業務中で、理念の「安心安全」「自立」など具体的にどうということか、職員間で意見を出し合い管理者と職員は、業務に反映させている。	
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	民生委員さんを中心に地域出身の職員2名によりつながりがよくできている。包括センターの介護予防教室、運動会、そうめん流し、音楽療法等々により交流ができています。町の文化祭にも出品する。地域から食材の魚、野菜の差し入れもよくある。	地域との関係は良好で、日常的に食材の差し入れ等があり、ホーム行事にも多くの参加があり交流している。	
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	前項の行事で認知症予防や理解を深めるようにしている。		
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	運営推進会議では月行事や利用者の近況をこまやかに報告している。いただいたご意見をサービス向上に活かしている。家族代表2名、民生委員、地域区長、消防団代表、行政職員の構成である。	医師、民生委員、行政職員、区長、消防団職員、家族、ホーム職員で構成され、事業報告、入居者の状況報告などされている。メンバーからの提案や意見交換が活発に行われており、サービスに反映されている。	
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	町役場担当者との連携はよくとれていると思う。町役場担当者には確認していないが、役場によく出向く。	運営推進会議への参加や、役場へ出向き相談や情報交換を行っている。	
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	身体拘束はしない。点滴の場合にでも職員、家族がつきそう。	職員は研修参加やホームでの勉強会開催により、身体拘束の弊害について理解しており、拘束のないケアに努めている。	
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逃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	包括センターのネットワーク虐待防止研修会に参加して学んでいる。		

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	包括センターと連携をとり必要に応じて相談もしている。		
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	十分説明している。		
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	NO1と2のとおり。月初めの行事予定、先月の行事報告も推進委員会のご意見から始まった。	面会時に家族の意見を出しやすい雰囲気作りに努め、入居者の健康状態やホームでの暮らしぶりなどを報告している。又、月1回「ホームでの生活だより」を送付し、入居者の食事、排泄、入浴、医療、楽しみなどについて報告し家族に好評である。	
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	意見や、提案を聞いている。毎月1回の事業所内研修会にて意見や提案を聞いている。	月1回の会議で職員の意見やアイデアを聞く機会としている。業務中でも意見を言える雰囲気である。出された意見は出来るだけ早く解決に向けて話し合うようにし、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	気持ちと、努力はおしまないが原資がないのが苦しい。		
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	事業所内研修会で努めている。		
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る	交流研修を2年前から行っている。		

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
<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	本人や、家族から良く聞く。		
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	家族の不安や、金銭のことは良く聞く		
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	医療連携、終末介護のことも相談に応じている。		
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	努力はしているが、スタッフや時間が足りなくて現実は厳しい。		
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	全ては難しいが、共に支え合う関係もできている家族もある。		
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	家族や親戚または地域のかたに交流をお願いしている。故郷訪問 ドライブ気分で自宅へお連れする。人や場所の関係が途切れないように支援している。	馴染みの関係や場所を大切に考えており、知人の面会や訪問は歓迎し、ふるさと訪問も行っている。ホームの入居者同士の微笑ましい支え合いが見られるようになっている。	
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	食事やおやつの座席の考慮でいい関係ができています。		

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
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	よくできている。		
<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	ケアプラン作成時に希望や思いを把握している。ケアプラン(1)に記載して共通認識に努める	日頃の関わりやケアプラン作成時に入居者や家族の希望や意見を聞き、プランに反映させている。困難な方は会話の中でしぐさや反応から理解するようにしている。	
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	家族や本人にから聞き取り把握に努めている。		
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	毎朝のミーティング、毎夕の引き継ぎにて把握している。記録もとっている		
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	毎月の研修会や朝の話し合いで介護計画に反映させている。	職員の意見を取り入れ介護計画作成者を中心に介護計画を作成している。定期的にモニタリングを実施し、半年毎に計画を見直し、現状に即した計画をたてている。	質の高いケアの実施のためにも確かな情報の共有と、介護計画に沿った記録が期待されます。
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	業務日誌・ケース記録・申し送りノート等にて介護計画に活かしている。		
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	一人一人の状況に柔軟に支援している。		

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	地域区長、民生委員、消防団の協力を得て安心安全の支援に努めている。		
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	内科一月2回の訪問診療または状況に応じて通院 歯科一状況に応じて通院	入居前のかかりつけ医の医療を受診できるようにしている。月2回訪問診療を受けている入居者もいる。町内の医療機関には職員で通院介助をしている。町外等の診療は家族の通院介助を基本とし情報の共有は確実にしている。	
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	看護師は常勤であり受診も介護も連携がよくできている。		
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。	病院との情報の交換、相談は看護師を中心に良い関係ができている。		
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	特に終末期には医師、家族、GHの3者にて協議を重ねて取り組んでいる。H12年より3例の経験あり。重度化、週末期には家族とよく話し合い方針をケアプランにてチームで取り組む	入居時に重度化や終末期について家族や本人に話はしている。時期が来ると、かかりつけ医、家族、ホームと話し合いを重ね、連携を図りながら出来る範囲で家族の協力を得ながら取り組んでいる。	
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	看護師は常勤であり指導、指示により対応・訓練は定期的に行っていない。		
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	消防団、地域住民の協力体制ができている。火災通報装置 22年設置済。スプリンクラー 23年設置予定。	年2回入居者参加で昼・夜間想定で避難訓練を実施している。地域の協力を得られるようにしており、協力体制は構築されている。	ホームが高台に在ることを考慮して、災害に関する訓練やシミュレーションの継続が期待されます。

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	経営理念に一人一人を大切に・自立・安心安全基本に言葉かけを気をつけている。	入居者一人ひとりの尊厳やプライドを尊重し、言葉使いや対応に努めている。気がついた時には職員間で注意しあっている。	
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	一人一人の状況に柔軟に支援している。		
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	一人一人の状況に応じて、できるだけ希望に添って支援している。		
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	季節にあった洋服、整髪、おしゃれに気をつけている。		
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	季節の食材・家庭料理・行事食に気を遣い、利用者もできる範囲で一緒にやっている。	入居者の好みを反映した献立をたてて季節や食材を考慮して、食事が楽しく語らいの場となるように支援している。各入居者の嚥下能力に応じた食事形態とし、盛りつけ後形態を変えるようにしている。できる入居者とともに下拵えや片付けを行っている。	
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	食事や水分の摂取量を記録している。		
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	食事の後歯磨きの励行、一人ひとり職員が指導している。		

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	食事摂取量、水分摂取量を記録し習慣やシグナルを注視して自立に向けた支援を行っている。排泄の項目別の記録して自立支援をしている。	入居者の排泄パターンを把握しており、各入居者に合わせた排泄支援を行っている。時間や排泄サインを見極め、トイレへの誘導や声かけを行っている。できるだけトイレでの排泄支援に努めている。	
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	飲食物の工夫はもとより、協力医や薬剤師に相談しながら薬や摘便により便管理に取り組んでいる。		
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	「紫おん温泉」といって入浴を楽しめるように個々にそった支援をしている。	基本、一日置きに入浴されている。毎日入浴される方もいる。拒否の方には言葉かけを変えたり、かわりを工夫し気持ち良く入浴できるようにし、清潔保持に努めている。	
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	難しいが柔軟に対応し眠れるように支援している。		
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	薬剤師、看護師を中心に全職員が共通理解して良くできている。		
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	柔軟に良くできている。		
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	家族の協力を得ながらできている方もある。	身体的に外出が難しくなっているものの、ホーム外での日光浴や散歩など行っている。買物や花見、ドライブに出かけることもある。	



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
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	お金の管理ができない方は、雑費として預かっている。		
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	電話や手紙のやりとりができるように支援している。		
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	七夕・クリスマス・行事の写真等生活感、季節感を表現している。	行事の写真や花など季節を感じることができる装飾をしている。共有空間には独りになったり、何人かで過ごせる場所の確保がしてあり、居心地の良い生活空間を支援するように努めている。	
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	良くできている。		
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	利用者と家族と一緒に宿泊できるようお願いしているが現実には難しい	入居前に使用されていた生活用品や家具、電化製品が多く持ち込まれている。日常の様子を考慮して家具の持込の提案をするなど、個性的な居室作りの支援がしてある。居室での生活を考するための身体機能を考えたレイアウトにしている。	
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	経営理念に一人一人の尊重・自立・安心安全を目標に、普通の生活がおくれるように工夫・支援している。		

## 目標達成計画

作成日: 平成 23 年 11 月 24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	26	介護計画作成が、更新時、見直し時に遅れがちである。介護記録を記入する際、確認しながら記入すると向上のための発見があると思う	介護計画に添った活動と記録の徹底・職員の技量向上	・介護計画が更新時、見直し時にできあがり、表示できる。・記録の時、介護計画のどの項目かを確認する。	3ヶ月
2	35	海に近い高台にホームがあるので、火災、地震、津波などの災害に対するマニュアル、訓練が必要である。	災害時には利用者、職員の安全を確保出来る。地域住民の協力要請の確保が出来る。	年2回の火災非難訓練実施。・地震、津波時の避難マニュアル作成と職員への周知徹底。・スプリンクラーの設置。	3ヶ月
3	48	2ヶ月に1回、専門家による音楽リハビリを実施しているが、職員により、ホームの中に音楽を取り入れた活動をやりたい。	月に1～2回の音楽活動ができる。	音楽リハの研修参加。・音楽リハの教本から具体策をねる。・職員の技量向上。	12ヶ月
4	19	家族の日を設定したい。	1日、家族と一緒に過ごしてもらおう。家庭・ホームでも食事を共にしてもらおう。	年、1～2回程度。	12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。