

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	2570100509	
法人名	医療法人湖青会	
事業所名	高齢者グループホーム南志賀の里	
所在地	滋賀県大津市南志賀三丁目1-18	
自己評価作成日	平成23年2月5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.shigasyakyo.jp/kohyo/index.html
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	ナルク滋賀福祉調査センター
所在地	滋賀県大津市和邇中浜432 株式会社平和堂和邇店2階
訪問調査日	平成23年2月18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)】

平成13年3月の開設以来、長期で入所されている入居者が多く、医療法人の強みとして、医療連携を緊密にとり、重度化の対応や看取りに取り組んでいる。「ゆっくりと 一緒に楽しく いきいきと」の理念のもと、本人を中心に、家族の意向を丁寧に聴きながらの支援を大切にしたいと考えて取り組んでいる。又、併設する認知症対応型通所施設と連携したレクリエーションの提供、ボランティアグループや幼稚園の子供たちとの交流等地域との交流も継続して行っている。

【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)】

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、活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、安心して暮らしている (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	地域や自分を取り巻く人とともに生活していくという意味から「ゆっくりと一緒にたのしくいきいき」との理念の下、個々の思いをくみとり支援につなげるようにしている。		
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、事業所自体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、文化祭に出品したり、地域のボランティア団体と交流している。公民館やサロンの行事にも参加している。		
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	認知症相談窓口事業に登録。地域住民からの相談も数件ではあるが受け付けているが、積極的には活かしきれしていない。		
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	今年度は、入居家族が年に数回づつ会議に参加し、広く意見がいただけるようにした。		
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	制度上の疑問点を確認したり、利用者の権利擁護やケア内容について、担当者に相談している。		
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	玄関の施錠は、夜間のみ。身体拘束行為は行っていない。法令順守について、又身体拘束について研修し、理解する必要があると考える。		
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	地域包括支援センターの職員を講師にまねき学習会を開いたり、新聞記事を回覧するなど利用者の尊厳について考える機会をもうけている。		

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
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	権利擁護については具体的な支援が必要な入居者については、適切な支援ができるよう社会福祉協議会や地域包括の担当者に相談し連携をとるようにしている。職員が理解し家族の相談を受けられるよう学習が必要		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	利用者や家族の思いを丁寧に聴けるよう時間をとり、コンセンサスを得られるように配慮している。		
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	苦情箱や苦情受付担当者を設置。家族会を開催し意見交換を行った。面会時には、管理者も出会い日常の様子を伝え、家族の思いを聴き取れるようにつとめている。		
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	毎月の法人全体会議で代表者に伝える機会がある。事業所全体会議や日々の職場においても職員とよく話し合い、意見や提案を受けやすい関係作りに努め運営に生かすようにしている。		
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	入居者の状況に応じた人員配置をおこなったり、資格手当、処遇改善手当を支給し、個人の努力や実情を評価、反映させている。休憩時間の確保や残業を減らせるように業務内容を見直している。		
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	適任者には認知症実践者研修等の参加をすすめたり、講習案内を掲示、全員に周知している。外部の研修は勤務体制もあり、参加できにくい現状があるが、法人内の理学療法士にアドバイスをうけケアに活かす等OJTを行う機会はある。		
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	淡海グループホーム協議会に加盟し、職員間研修や管理者間で情報交換している。ホーム間の交流は継続的には行っていない。		

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
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	入居間もない利用者とは、生活歴や家族からの情報を参考にしながら、本人の思いを表出できるよう個別にゆっくりかかわり信頼関係を築いていくように努めている。		
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	入居相談時より、困っていることや不安を聞き取るようにしている。入居当初は特に、不安や要望を伝えていただけるよう面会時等に話し合う時間を大切にしている。		
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	相談時に優先的に必要と考えられる時は、地域包括支援センターの相談や認知症専門医への受診の提案、デイサービスの利用等をすすめている。		
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	個々に丁寧に対応するように心がけているが、重度化が進む中で、利用者が受け身の立場になってしまうことが増えてきている。人として対等な関係を意識した関わりについて振り返る必要がある。		
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	面会時には近況を伝えたり、家族歴に配慮しながら利用者の生活を支えるために家族としてどのような関わりを大切にしていけるか、一緒に考えていきたい…という事を家族に伝え可能な限り協力を得ている。		
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	教会の礼拝や、受診時に家の前を通る事をたのしみにされる姿もある。		
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	座席の工夫や、職員が間にはいって話やすい雰囲気作りをするなど配慮している。ホールでの見守りや体調不良者への声掛けなどの場面がみられる。重度化により利用者同士の交流が困難になってきている。		
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	退去された方から、看取り時の思いを記した本を頂いたり、認知症のご家族の相談をうけることがある。		

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
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	利用者の入退去があり、個々の生活の意向や思いを聞き取り信頼関係が気づけるように努めた。重度の利用者に対してはこれまで経験から本人の思いを推し量り支えている。		
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	入居時に独自のシートを用いて生活歴等を家族に記入していただいたり、本人や家族に聞くなどして細かく把握するようにしている。		
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	日常の経過記録を各項目ごとに記載できるように工夫、改善し、変化を把握しやすいようにしている。毎月の職員会議で意見交換し、情報・ケアの方向性について共有、検討している。		
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	細かい見直しについては、毎月のカンファレンスでケア内容について検討し、カンファレンスシートで修正、家族には口頭や手紙で伝えている。3ヶ月ごとにプランを開示、面会時に家族に相談し要望や意見を聴くようにしている。		
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	経過記録はプランと連動しており、毎月モニタリングを行っている。カンファレンス以外にも利用者情報ノートを利用して情報やケア内容の共有に努めている。必要があればそのつど口頭で話し合い確認している。		
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	家族の希望による宿泊の受け入れや、家族宅への宿泊の送迎、デイ利用の家族との交流等ニーズがあれば出来るだけ個々に対応するようにしている。		

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	地域のボランティアグループの協力を得て、外出支援や地域の行事に参加している。身体状況に応じて社協の福祉用具を借りたり、権利擁護事業を適切に利用できるよう支援している。		
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	家族の同意のもと、法人の医師が主治医となり、緊密に連携をとっている。安心して過ごしていただけるよう必要時医師と家族との面談も調整している。又、認知症専門医等の受診に同行、適切に受診できるよう支援している。		
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	法人の訪問看護ステーションや併設するデイサービスの看護師に相談、医師とも連携をとり、疾病の早期発見や適切な処置、看取りにいたるまで情報を共有し、チームで支援している。		
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。	入院の際にはGHでの生活の様子をケアプランを用いる等して情報提供している。主治医や相談員と連絡をとり、本人や家族の意向もふまえ退院後の受け入れもおこなっている。認知症専門病院の相談員との連携もとれている。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化した場合や看取りの体制については家族会で家族に説明している。状況に応じて適宜医師を交えて説明する機会を設けている。		
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	今年度は救命救急の講習は実施出来ていない。急変や重度化の対応については会議で繰り返し確認するとともに、経験の少ない職員については個別に対応を伝えている。		
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	夜間時の火災を想定した避難訓練をおこなっている。地域のボランティアグループの緊急連絡網があり、協力を得られ、訓練にも参加されている。		

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
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	理念の下、個々の人格を尊重した対応の大切さを伝えている。日々のケアの中で、おざなりになっている事もあるので、具体的な研修を通した振り返りが必要であると考えている。		
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	利用者はフランクに自分の思いを伝えている場面はあるが、十分な個々の希望の実現には至っていない事もある。困難な方についてもアイコンタクト等用いゆっくり話しかけるようにしている。		
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	決まったスケジュールがなく、利用者はホーム内で自分のペースで生活されているが、重度化された方への身体的なケアが増え、タイムリーに希望に応じた支援が難しくなってきた。		
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	外出時には衣類を整えたり、アクセサリーを選んだりできるよう手伝っている。散髪は従来の髪形を大切に出来るよう業者に伝えている。		
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	日常的に食事の準備はしていないが、時々季節の料理やおやつ作りをしている。ボランティアやデイと一緒に料理をしたり、外食する機会も時々設けている。		
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	チェック表で把握。とろみをつけたり、寒天で固めるなど工夫している。夜間、アクエリアス飲用の習慣があるかたは、希望に応じ提供している。		
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	訪問歯科を利用されている方もあり、勉強会を設け、口腔内の改善に取り組んでいる。毎食後の口腔ケアも行っている。		

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	排泄チェック表により、個人のパターンをつかんでトイレ誘導している。紙パンツやパットの使用に関しても種類を工夫する等混乱されないように工夫している。		
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	寒天入りや乳酸菌入り飲料、腹部マッサージをおこない排便誘導しているが、便意のない方もおおく自然排便が難しく主治医や看護師と相談しながら緩下剤も使用している。		
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	入浴は概ね3日毎に午後に入浴している。リフト浴に関してはデイ、他ユニットとの兼ね合いがあり、木、日の午前中に行っている。		
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	午前午後休息の必要な方や、ホールのソファで休まれる方、比較的夜遅くまで起きておられる方等個々の体調やペースを優先している。		
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	往診時の指示や服薬の変更については記録を回覧し周知できるようにしている。症状の変化については管理者が朝夕確認したり、注意が必要なときは口頭やノートで情報の共有ができるようにしている。		
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	ホールの見守りや家族との外出支援、好きな歌手のビデオを楽しんだり、興味のもてるような行事へ参加するなど個々の力や体調に応じていきいきと生活できるようにと考えている。理念の中での「いきいきと」の実践は課題である。		
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	タイムリーな対応は難しいこともあるが、ボランティアの協力を得て、食事やドライブに外出したり、希望があれば家族との外出支援もしている。その日の希望による外出支援は十分対応できていない。		

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
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	現状で買い物や現金の所持を希望される方はおられないが、外出時にはおこづかいがある事を伝え買い物ができるよう支援している。		
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	本人の写真入の年賀状をだしたり、家族や親戚に電話をしたり、取り次いだりして交流ができるよう支援している。		
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	不快なおいや音には留意し、明るく清潔に保てるよう心がけている。花をかざったり、季節の壁紙をつくって飾っている。障害物や異食をまねくことがないように整理整頓をこころがけている。		
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	テーブルの周囲にソファをおいたり、玄関脇にベンチをおく等してコーナーをつくっている。		
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	入居時になじみの家具や家族の写真等飾る等して、自分の居場所が作れるよう依頼している。		
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	移動しやすいように手すりを b つけたり、表札、トイレの名札等認識しやすい工夫をしている。新しい入居者の部屋にスタッフの写真を貼っている。		

事業所名 _____

作成日：平成 年 月 日 _____

2 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					ヶ月
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、行を挿入して下さい。