

グループホーム 憩

自己評価・運営推進会議を活用した評価結果および目標達成計画

開催場所 広島県広島市南区翠4丁目7番38号

開催日時 令和6年4月30日 月曜日 午後1時～午後1時30分

出席者 施設の代表（総務部長 川田健太郎）ご家族代表、地域の代表（民生委員2名）、行政の代表（翠町地域包括支援センター職員）
計5名

目標達成計画作成日 令和6年5月10日

自己評価・外部評価・運営推進会議活用ツール

No.	タイトル	評価項目	自己評価	記述	運営推進会議で話しあった内容	外部評価	記述
I. 理念・安心と安全に基づく運営							
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	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	再度理念の共有と実践に励んでいきたい。			
2	事業所と地域とのつきあい	事業所は、利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、認知症の人の理解や支援の方法などを共有し、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	町内会に入会してはいるが、それ以上のお付き合いはない。地域の一員としての交流がない	外出の機会は減っているが、行事、イベントはできるだけ参加したいと思います。今後は計画を立てていこうと思っています。		
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	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	一般介護職員は運営推進会議に出席しないため、本内容についての理解が不足している 運営推進会議で出た意見は運営に反映させている(訪問マッサージ希望者への対応等)	外部の方、家族様との相互交流は必要だと思う。 会議の場で意見交換ができればよい。		
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取り組んでいる	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	市町村との連携は主に部長が行っているため、一般介護職員は実情を知らない。事業所としては積極的に協力関係を築けていると思っている。	施設として連携が取れていることは分かった。		
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「介護保険法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	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	身体拘束研修を3か月に1度実施し、正しいケアを職員が自覚して実践できるよう『不適切なケア』『身体拘束』『虐待』がおこなわれていないかをチェックシートを作成をし実践している。3点柵やミトン手袋等、拘束の理解、研修はできている。しかし玄関の施錠はせざるを得ない時がある。		A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	マニュアルや研修、身体拘束的成果委員会を開催し、身体拘束防止や高齢者虐待、接遇等を学び、拘束や虐待のないケアに努めている。外出したい方には、職員が同行して外出したりして、気分転換に努めている。
6	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されることがないように注意を払い、防止に努めている	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	多くの職員は注意を払い、防止に努めているが、まだ理解不足の職員がいるので、今後も研修棟で理解を促していく		A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	マニュアルに沿ったケアを行っています。また、入浴時や更衣時に確認をしています。

7	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	A. 充分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	今後も理解を深めるための研修を行う			
8	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	A. 充分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	担当は部長。質問やクレームはないと思います。理由は家族さん等が理解、納得しているからだと思います。			
9	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	A. 充分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	多くの職員はできていると感じている		A. 充分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	
10	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	A. 充分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	日常の申し送り等で出た運営に関する意見、提案はその都度検討している。			
11	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	A. 充分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	異変を感じたら話し合うようにしている		A. 充分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	会議時や申し送り時に職員からの意見や提案を聞く機会を設けている。日常業務中、管理職が積極的に職員に声を掛け、職員の不満や相談事を言いやすい環境づくりに取り組んでいます。
12	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	A. 充分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	外部研修等の広報を掲示している。また会社からアセッサー研修や実践者研修など出席をお願いしている。またオンライン研修も導入した。		A. 充分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	
13	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	A. 充分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	同業他社との交流はないが、社内の他事業所とケアについての勉強会、相互訪問等をしている			
14	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	A. 充分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	スタッフ間のレベル差が激しい。今後の検討課題。			

15	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	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	面会は玄関先に行き、電話は受ける、かけるに関して自由に使用していただいている。年賀状も出している	家族との交流はできている。本人さんのニーズに合わせて行っていく		
II. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント							
16	思いや意向の把握	一人ひとりの思いや暮らし方、生活環境、一日の過ごし方の希望や意向の把握に努めている。	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	暮らし方や環境について、意志の表出や、意思の疎通のできる方が少ない。			
17	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	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	意見交換、カンファレンスの場が少ない チームとしてのモニタリングが不十分	日々の生活の観察から各人の課題、問題点を抽出し、目標を立ててチームでケアを行っていく	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	基本的には計画作成担当者を中心に「介護記録」「生活状況記録」「業務日誌」を参考にし、3ヶ月に一回モニタリング、カンファレンスを開催し、本人や家族の意向、主治医、看護師、管理者、職員等の意見を参考に話し合い、6ヶ月毎に介護計画を作成している。利用者の状態に変化が生じたり、必要に応じてその都度見直しをし、現状に即した介護計画を作成している。
18	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	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	出来ている		A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	日々の様子を個別記録に残し、毎朝夕の申し送り時に報告している。変更点や改善点等、職員間で連携を図るため伝達ノートを活用している。ケアプラン更新時にはこれらの情報を集約し、計画書に反映させています。
19	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	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	本人の状況はわかるが、家族様の状況までは把握できない。必要なケアと本人のニーズに差があるため柔軟な対応は難しい	計画作成担当者利用者との面談を増やすと良いのではないかと。ニーズを探り、各人にあったサービスを提供する。		
20	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	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	外出の機会がなくなり、地域資源の把握はできていない。安全確保に集中しているため安全ではあるが、豊かな暮らしを楽しむことが難しい	地域交流はできていないが、フォーマルな資源は対応できている。(医療、介護) 施設内に外部の人が入れればボランティア等を利用したい。		
21	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	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	出来ている			

22	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、また、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。	<input checked="" type="radio"/> A. 充分にできている <input type="radio"/> B. ほぼできている <input type="radio"/> C. あまりできていない <input type="radio"/> D. ほとんどできていない	入院時当日、または翌日には病院に情報提供書を提出。退院前には看護師、相談員と密に打ち合わせをしている。	<input checked="" type="radio"/> A. 充分にできている <input type="radio"/> B. ほぼできている <input type="radio"/> C. あまりできていない <input type="radio"/> D. ほとんどできていない	
23	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	<input checked="" type="radio"/> A. 充分にできている <input type="radio"/> B. ほぼできている <input type="radio"/> C. あまりできていない <input type="radio"/> D. ほとんどできていない	入居時、ご家族へ「口から食べ物や水分が入らなくなったら入院となります」と了解を得ている。また、検査、治療方針に対してアンケートを実施し、ご家族の意思確認を行っています。	<input checked="" type="radio"/> A. 充分にできている <input type="radio"/> B. ほぼできている <input type="radio"/> C. あまりできていない <input type="radio"/> D. ほとんどできていない	重度化や終末期に向けた指針があり、契約時に本人、家族に説明している。重度化した場合は、家族や主治医、看護師等、職員、管理者等関係者で話し合い、方針を決めて共有して取り組んでいる。重度化した場合、医師からご家族へ説明してもらい、ご家族の意向を聞き、医療機関や他施設への移転等、関係者で話し合い、方針を決めて共有し、チームで支援に取り組んでいる。
24	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	<input type="radio"/> A. 充分にできている <input checked="" type="radio"/> B. ほぼできている <input type="radio"/> C. あまりできていない <input type="radio"/> D. ほとんどできていない	研修を行っている		
25	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	<input type="radio"/> A. 充分にできている <input type="radio"/> B. ほぼできている <input checked="" type="radio"/> C. あまりできていない <input type="radio"/> D. ほとんどできていない	避難訓練を行っているが、不安に思っている職員が多くいることが分かった。再度しっかりと研修を行う。地域の協力体制はない。	<input type="radio"/> A. 充分にできている <input type="radio"/> B. ほぼできている <input checked="" type="radio"/> C. あまりできていない <input type="radio"/> D. ほとんどできていない	年2回、昼・夜想定避難訓練、通報訓練、消火訓練、避難経路の確認等を実施し、反省会を開催している。停電に備えてガソリン式自家発電機を準備している。また、非常食の備蓄もしている。
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援						
26	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	<input type="radio"/> A. 充分にできている <input checked="" type="radio"/> B. ほぼできている <input type="radio"/> C. あまりできていない <input type="radio"/> D. ほとんどできていない	これからも職員に働きかけていく	<input type="radio"/> A. 充分にできている <input checked="" type="radio"/> B. ほぼできている <input type="radio"/> C. あまりできていない <input type="radio"/> D. ほとんどできていない	研修で学ぶとともに、一人一人の人格を尊重し、プライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。管理者は全職、研修棟で利用者への言葉かけの大切さを話し、不適切な対応があればその都度注意をしている。
27	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、一人ひとりの日常生活における希望や意向、暮らしのペースを大切に、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	<input type="radio"/> A. 充分にできている <input checked="" type="radio"/> B. ほぼできている <input type="radio"/> C. あまりできていない <input type="radio"/> D. ほとんどできていない	個別対応を大切にしている。精神的に不安定な時に強い刺激があると、帰所してから不穏が続くので見極めが大切		
28	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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	<input type="radio"/> A. 充分にできている <input type="radio"/> B. ほぼできている <input type="radio"/> C. あまりできていない <input checked="" type="radio"/> D. ほとんどできていない	入居者様の半分は車いすです。独歩の方は数人のみ。また、精神状態が不安定な方も多く、現状一緒に行くことは難しい	<input type="radio"/> A. 充分にできている <input type="radio"/> B. ほぼできている <input type="radio"/> C. あまりできていない <input checked="" type="radio"/> D. ほとんどできていない	3食とも給食業者の食事を温めて提供し、ご飯は事業所で炊いている。独歩の利用者様にはテーブル拭き等、出来ることを職員と一緒にやっている。食事レクリエーションではお好み焼きを作って食

							べたり、誕生日ケーキと一緒に作って楽しませている。
29	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	<input checked="" type="radio"/> A. 十分にできている <input type="radio"/> B. ほぼできている <input type="radio"/> C. あまりできていない <input type="radio"/> D. ほとんどできていない	日々、状態を把握し、食事形態や好きな飲み物の把握に努めている			
30	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	<input checked="" type="radio"/> A. 十分にできている <input type="radio"/> B. ほぼできている <input type="radio"/> C. あまりできていない <input type="radio"/> D. ほとんどできていない	毎週歯科往診があり、月に一度口腔ケア勉強会も行っている。		<input checked="" type="radio"/> A. 十分にできている <input type="radio"/> B. ほぼできている <input type="radio"/> C. あまりできていない <input type="radio"/> D. ほとんどできていない	毎食後、口腔ケアを行っています。口腔内や義歯に異常がある場合、訪問歯科の診察を受けていただいております。
31	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、便秘の予防等、個々に応じた予防に取り組んでいる	<input type="radio"/> A. 十分にできている <input checked="" type="radio"/> B. ほぼできている <input type="radio"/> C. あまりできていない <input type="radio"/> D. ほとんどできていない	排泄パターンの把握、可能な限りトイレでの排泄、便秘予防等、看護師と介護職員と話し合いながら対応している		<input type="radio"/> A. 十分にできている <input checked="" type="radio"/> B. ほぼできている <input type="radio"/> C. あまりできていない <input type="radio"/> D. ほとんどできていない	排泄チェック表を活用し、職員間で様々な工夫を行い、利用者一人一人に応じた声掛けや誘導でトイレでの排泄や排泄自立に向けた支援を行っている。特に歩行に不安のある方は、夜間のみポータブルトイレを使用している。
32	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	<input type="radio"/> A. 十分にできている <input checked="" type="radio"/> B. ほぼできている <input type="radio"/> C. あまりできていない <input type="radio"/> D. ほとんどできていない	一応、入るスケジュールは組んでいるが、本人の拒否や血圧等で随時変更している			
33	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	<input type="radio"/> A. 十分にできている <input checked="" type="radio"/> B. ほぼできている <input type="radio"/> C. あまりできていない <input type="radio"/> D. ほとんどできていない	本人の想いや希望に職員が気づくように研修している。(声なき声を聴く努力)			
34	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	<input checked="" type="radio"/> A. 十分にできている <input type="radio"/> B. ほぼできている <input type="radio"/> C. あまりできていない <input type="radio"/> D. ほとんどできていない	薬一覧ファイルの中に現在内服している情報を保管しています。内服薬などに変更があれば伝達ノートに記入し、全職員への周知徹底に努めています。		<input checked="" type="radio"/> A. 十分にできている <input type="radio"/> B. ほぼできている <input type="radio"/> C. あまりできていない <input type="radio"/> D. ほとんどできていない	
35	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	<input type="radio"/> A. 十分にできている <input type="radio"/> B. ほぼできている <input checked="" type="radio"/> C. あまりできていない <input type="radio"/> D. ほとんどできていない	居室対応時は個別対応できるが、レクリエーションなどは個々を理解していても個別支援は難しい(1人の職員が9人前後を対応している)	個別対応を理念に支援を行っているが、各人のADLに差があり、一緒に行うことが難しい。今後はより創意工夫が必要となる。		

36	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。また、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	A. 充分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	家族支援のある方は可能。今の人員基準と入居者様の自立度を考えると、職員だけで対応するのは難しい	現在、利用者様は意欲低下により外出意欲を感じられない。今後は本人さんに外出の意思の確認をし、外出の機会を増やしていきたい。ADLの個人差が激しいため、全体での外出は難しい。		
37	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	A. 充分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	お金を所持していないと不安になる方にはお渡ししているが、他の方の現金は事務所で預かりし、欲しい物の訴えがあった時にはすぐに対応している			
38	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	A. 充分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	本人さんからの訴えがあった場合にはすぐに対応している			
39	居心地のよい共用空間づくり	建物内部は一人ひとりの身体機能やわかる力を活かして、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。共用の空間が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、一人ひとりが居心地よく過ごせるような工夫をしている	A. 充分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	利用者本位で考え、安全かつ自立した生活が送れるように、立ち上がり補助のためにベッドサイドに手すりを置いたり、工夫をしている。また、季節感を取り入れたレクリエーションや制作活動をしている。	A. 充分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	食堂兼リビングは、利用者同士の会話や一人一人の手作業が効果的にできるよう、テーブルや椅子、ソファの配置を考慮してあり、利用者それぞれが思い思いのことをしながら過ごしている。テレビを見たり、台所から聞こえてくる調理の音や料理の匂いで生活感を感じることができる。壁には季節感を取り入れたレクリエーションで作成した季節飾りや作品、行事時の写真を貼って飾っている。また、季節を感じる花を活けて、音や温度、湿度、換気に配慮し、居心地の良い空間づくりを工夫している	
IV. 本人の暮らしの状況把握・確認項目(利用者一人ひとりの確認項目)							
40	本人主体の暮らし	本人は、自分の思い、願い、日々の暮らし方の意向に沿った暮らしができている	A. 充分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	本人から直接暮らし方の意向を聞くのが難しいため、職員が話し合い、生活の質の向上に努めている			
41		本人は、自分の生活歴や友人関係、暮らしの習慣、特徴など様々な情報をもとに、ケア・支援を受けることができている	A. 充分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	入居時のフェースシートを参考にしている。個別支援、個別対応が基本なので、友人や習慣は大切にしながら支援している			

42		本人は、自分の健康面・医療面・安全面・環境面について、日々の状況をもとに、ケア・支援を受けることができています	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	本人判断は難しいので、介護職員、看護師で日々の状況を話し合い、ケア、支援につなげている		A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	
43		本人は、自分のペースで、これまでの暮らしの習慣にあった生活ができています	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	基本的な食事の時間や就寝時間は決めてあるが、本人の希望を優先している。			
44	生活の継続性	本人は、自分のなじみのものや、大切にしているものを、身近(自室等)に持つことができています	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	居室は自由に使用してもらっている。		A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	
45		本人は、自分の意向、希望によって、戸外に出かけることや、催(祭)事に参加することができています	A. 十分にできている B. ほぼできている C. ほとんどできていない D. ほとんどできていない	ご家族の協力のある方は可能だが、そうでない方は外出も難しい	外出は今後の検討課題と感じる。地域の祭りも施設から眺める位で参加はできていない。今後は希望を聞いて、取り組んでいきたい。		
46	本人が持つ力の活用	本人は、自分ができること・できないこと、わかること・わからないことを踏まえた、役割や、楽しみごとを行うことができています	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	利用者様によって個人差が大きい。職員が利用者様の残存機能・残存能力に合わせて役割や楽しみの提供はできている			
47		本人は、自分がいきいきと過ごす会話のひと時や、活動場面を日々の暮らしの中で得ることができています	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	職員が利用者様の趣向に合わせて会話したり、レクリエーションの提供をしている		A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	
48		本人は、自分なりに近隣や地域の人々と関わったり、交流することができています	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	現在、外部との関りはほとんどない(家族や友人とは面会している)	外部との関りはボランティアと面会に来てくれる家族、知人のみ。自分なりに色々できる方は入所していない。		
49	総合	本人は、この GH にいることで、職員や地域の人々と親しみ、安心の日々、よりよい日々をおくることができています	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	多くの方は自宅で暮らせなくなってから施設に入居します。それまで転倒が多く骨折していたり、尿汚染がひどかったり、という方が多いので、GHに入居したことで見守りがあり、日常を安全・安心	地域との関わりはできていないが、当事業所内では理念に基づいて「その方の満足に近づける」生活を守っていくようにしている	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	

			に過ごせるようになった。また職員と馴染みの関係となり、不満や不安を傾聴することにより、職員に対しては親しみを感じ、信頼関係が構築され、より良い日々を送ることができている。			
--	--	--	---	--	--	--

(参考様式4)

事業所名 グループホーム 憩

目標達成計画

作成日: 令和 6 年 5 月 10 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	17	チームで創る介護計画とモニタリング	利用者様、一人一人のニーズを探る	アセスメントするため、職員全員に情報共有が出来るよう、気づいたことを記入するノートを作成する。その中から課題抽出し、月1回、会議で話し合い計画を立て、モニタリングする	6 ヶ月
2	35	役割、楽しみごとの支援	一人一人の趣味、好み、ニーズを再考する	「何ができて、何ができない、何がしたい？」を職員が決めつけず、積極的に取り組む。役割の分担を工夫してみる。	6 ヶ月
3	36	日常的な外出支援	個別対応で戸外へ出る。気持ちが外に向くようにする(閉じこもり老人にしない)	個々のニーズや好みを探り、興味のある場所に外出してみる。例えば公園、駄菓子屋、郷土資料館等。	6 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。