

令和5年度 福光グリーンホーム 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	法人ハンドブックが職員全員に配布されており、ユニット会議等で勉強会や利用者ケアの向かうべき方向性で活用している。			
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、事業所自体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. ほとんどできていない D. あまりできていない	法人内のちいき食堂「One ぱくキッチン」や児童センターへ手芸品等のプレゼントをしたり、地域イベントも徐々に参加していくようにしている。	わんぱくキッチンにプレゼントとしてアクリルたわしやシュシュ等の制作し渡している。利用者の希望に合わせて地域のサークル活動への参加ができるようにしている。		
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	書面開催のみになっているが行政、自治会長、班長、民生委員、日赤奉仕団、包括、家族代表、利用者代表等の意見を取り入れながら改善している。	現在、対面開催となりより多くの皆様の意見を取り入れて改善できれば良いと考えている		
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	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. あまりできていない	必要に応じて連絡をしながら迅速な解決に努めている。積極的な情報発信は出来ていないが場合により文書にて報告している。	制度的の部分や事故や感染対策等電話やメールでのやり取りはさせて頂いてる。 (意見) 連絡を頂ければ、制度上で分からないことは何でも聞いてください。		
5 (1)	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	年2回は研修会を実施し、身体拘束等適正化に関する指針を整備し、身体拘束適正委員会を開催している。		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	特に意見無し
6 (2)	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	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	年2回の研修会を実施し、高齢者虐待防止・身体拘束廃止委員会で、法人内でも情報共有を図っている。		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	特に意見無し

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. 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、対象になる利用者がいないこともあり、学ぶ機会を持つことができていない。			
	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. 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	契約には理解・納得をして署名・捺印をしていただいている。家族が疑問に思われたことは、その度に説明させていただいている。		
9 (3)	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. 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	利用者や家族等の要望を聞きながら日常生活の過ごし方や運営に反映できるよう検討し、提案できるように努めている。		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	特に意見無し
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. 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	運営に関することや業務の改善事項について提案用紙を配付し、出た意見はフィードバックし改善に努めている。			
	11 (4)	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. 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	業績評価シート・目標管理シートを用いて個々の目標を設定し、面談を行い、管理者や職員のやりがいに繋がるような職場環境・条件整備に努めている。	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	特に意見無し
12 (5)	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. 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	法人内外の研修受講や研修制度を設けながら、誰もがスキルアップがしていけるような環境整備を行っている。		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	特に意見無し
	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. 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	他事業所と多職種交流ができる機会を作り、LINEWORKS や Zoom 等も活用しながらネットワークづくりに努めている。		
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. 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	それぞれのできることできないことをアセスメントしながら、共同生活の中で共助の関係性ができるように努めている。			

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	感染のリスクもあり十分とはいえないが、本人の思いを聞きながらできる範囲内で馴染みの場所や人に会う機会を設けている。	ご家族から暮らしのシートを入居時に書いていただき情報収集し、ご本人からコミュニケーションから得た情報を記録に残し共有できるようにしている。場合によってはポイントカードを作成し、本人の生きがいになる取り組みにつなげたりしている。		
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	普段のコミュニケーションにて意向を把握しながら、サービス担当者会議などでも家族からも希望や意向の把握に努めている。			
17 (6)	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	利用者・家族へのヒアリングや日々の暮らしの中から個々の課題を見つけて計画を作成した。カンファレンスにて職員間の情報交換も行いプランに反映した。	3ヶ月に1回利用者やご家族にケアプランの更新にあたり電話連絡し、要望等を聞きながら計画の見直しを行っている。	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	特に意見無し
	18 (7)	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	ケース記録などを用いて気づきや変化の記録に努めているが十分とは言えない。またユニット会議にて情報共有、検討を行い必要に応じケアプランの見直しを行っている。	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	特に意見無し
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	意向を傾聴した上で、個別に実施の可能性を考慮し、できることは行えるよう職員間で情報共有しながら取り組むよう努めている。多機能化まではできていない。	月に1回病院の管理栄養士と栄養ミーティングを開催し、そこでの情報を現場に情報発信し日常の健康管理に努めているが十分に浸透が出来ていない。今後場合によっては個別の栄養指導等も検討している。個別リハについては3ヶ月に1回アセスメントを行いセラピストと担当職員で本人ニーズに対して話し合いの場を持ちながらリハビリプランを検討している。		
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	A. 十分にできている B. ほぼできている	地域資源が把握できていない部分がある。安全に暮らしを楽しむ	それぞれの利用者の暮らしの情報は収集出来てはいるが、ケアに活かされていなくてと感じてい		

		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	C. あまりできていない D. ほとんどできていない	ための資源を把握していくよう努めていきたい。	る。施設周囲の地域資源は回覧板等で情報を得てはいるが、もう少し運営推進会議等で情報収集し活用できたらと考えている。 (意見) 地域でいつまでも関り、暮らせるように「チームオレンジ」を結成する準備をしており、何か活動ができないかを考えています。		
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し、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	法人外であっても主治医との情報共有を行い、利用者の支援を行える。家族対応の受診時には家族に情報を伝達できている。			
22 (8)	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。	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	入院時は介護サマリーを入院先に届け情報提供を行っている。また医療連携相談室との情報交換を密にし、円滑に方向性を調整できるように努めている。		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	特に意見無し
23 (9)	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	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	入居時から重度化した時、終末期について意向を聞き、家族本人に説明している。しかし地域との連携は改善が必要である。		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	地域の関係者と共に支援とは何をしたら取り組めるのか具体的に考えるといいのかもしれませんが。
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	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	事故・急変時の様々なパターンを予測し、訓練する必要がある。転倒、外傷であれば対応可能だが、イレギュラーなことがあると困惑してしまう職員もいる。			
25 (10)	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	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	BCPを周知すると共に、年2回防災訓練を実施し、日中・夜間想定訓練を1回ずつ行っている。ただし地域連携した訓練は行っていない。	昨年度は感染症の関係で積極的な関わりが出来なかった。今年度に入り、ようやく地域の方にも声かけをしていただいて防災訓練に参加して頂けた。今後も地域の方との関係を深めていきたい。 (意見) ・今回の能登地震を見て、地震はいつ起こるか分からない。BCPの対応	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	「地域」がキーワードのようです。連携できると最高なのですが…

					を全部しっかりやろうと思うとしても、実際に災害が起きた時は難しいのではと感じさせられた。 ・能登地震から災害が起きたら施設だけでは対応できないのではと感じる。地域との連携もちろん、行政を含め対策をもう一度考えていく必要があると思った。 ・災害が起きたとき、利用者様はどこで生活することになるのか。今一度確認したい。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援		
26 (11)	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	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	1人ひとりを尊重した声かけや対応に心がけているが、人格の尊重、プライバシーの配慮が十分だとは言えない。		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	職員一人一人の考え方に寄ってしまっただけではないのでセミナーの開催等必要ではないでしょうか。
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	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	希望を聞いた上で縫い物や編み物、散歩などを行えるように努めている。それが日常的にできるように努めていきたい。			
28 (12)	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	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	席替えや落ち着いて食べられない時には個室に誘導するなどの配慮をしている。準備や片付けも利用者と一緒に行っている。		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	素晴らしいと思います。是非継続して頂きたいです。
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	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	利用者の病状に合わせた水分摂取量や食の嗜好に合わせた食事を提供することで確保している。必要時は管理栄養士に相談をし、助言を頂いている。			
30 (13)	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	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	毎日の口腔ケアの声かけや介助を行っている。必要な人には毎月の歯科往診で相談をしている。		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	特に意見無し

31 (14)	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	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	排泄記録で状況把握している。自立の方は本人の習慣に合わせ、誘導が必要な方には適時に誘導。便秘の方は看護師に相談しながら、個々に合わせ対応している		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	特に意見無し
	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	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	入浴時間の制限があり好きな時間に対応することは難しいが、入りたくない場合は日にちを変えたり個別で介入方法を変えたりと、個々の希望に合わせた対応をしている。			
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	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	日中は、利用者の状況に合わせてながら居室や自席で自由に休めるようにしている。夜間は照明を調整する等安楽な睡眠が促されるよう支援している。			
	34 (15)	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	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	個別ファイルに服薬情報を入れ周知できるように努めている。服薬については複数の職員で確認し、服薬後変化がないか様子観察している。	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	特に意見無し
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	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	その人の趣味や生活歴に合わせた活動を提供できるよう心掛けているが、決まったものになってしまっている。役割活動や趣味活動の幅を広げていきたい。	全員ではないがその方の趣味等を活かした取り組みができるようにはなっては来ている。来年度に向け園芸・お菓子・手芸クラブを立ち上げ計画をしている。それぞれの趣味に合った参加ができるように努めている。		
	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. 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	利用者に行きたい所や食べたい物等の希望を聞き取り、感染対策をしっかりと行った上でランチやドライブへ、日にちを決め外出している。	誕生日の時には対象者のリクエストを聞きながら食事のイベントを考えたり、外出時の場所や喫茶店等も馴染みの場所等も利用者に聞きながら選択している。	
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. 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	外食や買い物の機会は作ったが、金銭管理は職員が実施している。利用者の能力を見極め、可			

				能な方はご自身で支払いなどできるよう介入したい。			
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. 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	電話やオンライン電話を使用し、要望があれば家族に繋ぐことができている。			
39 (16)	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、入居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. 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	その人に応じた居室環境づくりを心がけ安全に自身で動きやすいように支援したり、利用者同士の相性も見ながら席配置を行っている。季節感を味わえるような飾りを利用者と一緒に行っている。		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	特に意見無し
IV. 本人暮らしの状況把握・確認項目(入居者一人ひとりの確認項目)					IV. 本人暮らしの状況把握・確認項目(入居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. 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. あまりできていない	介護者主体の生活になっている部分があり自身の思いをなかなか伝えられない利用者様に対し、個々に対するヒアリングは常に必要だと思って努めている。			
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. 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. あまりできていない	入居前、入居時に情報収集、また入居後もサービス担当者会議などで情報を収集し、現在の生活の中で実現できることはできるように努めている。			
42 (17)		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	利用者の意思を伺いながら、健康面、医療面については主治医や訪問看護と連携し、安全面、環境面についてはセラピストと連携しながら、ケアに活かしている。		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	特に意見無し

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る	A. 十分にできている B. ほぼできている C. ③あまりできていない D. ほとんどできていない	利用者の生活習慣や過ごしてきた環境を本人や家人から情報収集し、本人の意向に沿った暮らしができるよう努めている。			
		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る	A. 十分にできている B. ③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	入居当初から馴染みの家具を持ってきて頂いている。話の聞き取りの中で、自身の馴染みの物がある場合はその都度家族に依頼している		A. 十分にできている B. ③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	特に意見無し
44 (18)	生活の継続性	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る	A. 十分にできている B. ほぼできている C. ③あまりできていない D. ほとんどできていない	意思、意向の確認がしやすい人に偏ってしまっている。意思疎通が難しい人が何を望むのか慎重に聞き出し、本人が楽しみとして施設外でのアクティビティに興味を持たれるようなら、参加の機会を作りたい。	自分の意向が伝えられる方については、本人の声を聞きながら実現していくところはやれてはいるが、意思疎通が難しい方への情報収集の仕方や要望の捉え方が今後の課題になると考えている。		
45		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る	A. 十分にできている B. ③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	本人のできる事できない事を把握し、できない事は一緒に行い出来たときの喜びなどが感じられるように支援するように心がけている。			
46		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る	A. 十分にできている B. ③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	日常生活の中で他の利用者や職員といきいきと話す機会が確保できるよう環境を整えると共に、希望に応じた活動が行えるように支援している。			
47 (19)	本人が持つ力の活用	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る	A. 十分にできている B. ③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	消極的ではあるが感染状況の中で事業所としてできる範囲での関わりとして、触れ合う以外での関わりは行ってきた。今後は地域の外に出ていく計画を感染状況も見ながら行っていく予定をしている。			
48		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できている	A. 十分にできている B. ③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	利用者が笑顔でお話し、声を出して笑ったり、時には穏やかにすごし、他者との関わりながら良い表情をして生活を送れるよう支援している。	これまで暮らしてきた生活がグループホームでも継続していけるような支援を目指し、充実感のある生活を送って頂けるようしていきたい。(意見)	A. 十分にできている B. ③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	特に意見無し
49 (20)	総合						

					利用者が取り組める活動をいろいろとされていると感じました。		
--	--	--	--	--	-------------------------------	--	--

目標達成計画

作成日: 令和 6年 3月 28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	25	<災害対策> 昨年度については感染対策もあり、地域の方との連携を図ることができなかった。コロナが5類に緩和されたことで地域住民とできる範囲での連携を図りたい。	施設防災訓練に地域住民の方に参加してもらったり、地域の防災訓練に参加できる。	運営推進会議等で情報収集したり情報発信をしながら、防災訓練に参加する機会を作る。	12ヶ月
2	41	<本人主体の暮らし> これまでも本人の声を聞き取りながら本人の暮らしのペースに合わせた生活や楽しみの支援に努めるようにはしてきたが、十分とは言えない。	一人一人の利用者が満足した生活をおくることができる。	日々のコミュニケーションによりニーズをケース記録に残し、本人の楽しみにつながるポイントシート等を活用したニーズの実現をする。	12ヶ月
3					12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。