

# 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	2371501046		
法人名	(有)スリーハンズ		
事業所名	グループホーム なでしこ 2階		
所在地	名古屋市名東区社口2-906		
自己評価作成日	平成22年12月30日	評価結果市町村受理日	平成23年3月7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://www.kaigo-kouhyou-aichi.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2371501046&amp;SCD=320">http://www.kaigo-kouhyou-aichi.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2371501046&amp;SCD=320</a>
----------	---

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人『サークル・福寿草』
所在地	愛知県名古屋市中村区松原町一丁目24番地 COMBi本陣S101号室
訪問調査日	平成23年1月21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)】

なでしこの花言葉のように「細やかな思いやり」をもって、入居者様の目線に立ち本人主体の生活支援をサポート出来るケアを目指しています。なでしこでは、家族や地域との交流を深める為夏祭りや餅つき大会等のイベントを企画し、家族様や近隣の方との楽しく過ごせる時間を大切にしています。また、開催時には家族会にも参加して頂き、意見交換等も行っており、地域での関わり、家族との関係を大切にしています。今後は、「終末期ケアに対する医療との連携や職員間でのチームケアに重点をおき、入居者さまにとって最期まで安心して過ごせる「家」として機能するよう、職員が一丸となって寄り添うケアを実践していきたいと思ひます。

## 【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) ○	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) ○
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) ○	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) ○
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) ○	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) ○
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) ○	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12) ○
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) ○	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 ○
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) ○	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 ○
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、安心して暮らせている (参考項目:28) ○		

## 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	目の届くところに理念を掲示し、スタッフミーティングで読み上げ理念を共有しケアに繋げている。新人教育のオリエンテーションなどで意義を伝えている。		
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	地域の自治会に加入して行事への参加、回覧の配布、また地域での一斉掃除などに参加している。近所の方に週1回買い物等のお手伝いをして頂いている。		
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	日々散歩等で挨拶や声かけをして認知症への理解をしてもらえるような働きかけをしている。近所の方のご協力により離設した方が施設に戻る、などのことも数回ある。		
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	入居者へ提供している食事を参加者で食べたり、施設での体験なども取り入れている。参加者からの声に重点を置き発言しやすいような場をつくるように取り組んでいる。		
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	行政の指導を受けサービス内容を確認している。包括支援センターに運営推進会議への参加をしてもらい協力を得ている。		
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	職員全員が方針に基づき拘束をしないケアを目指している。リスクなどを考慮して止むを得ない場合には本人または家族より書面による説明、同意をいただき期間を設定し見直しや検討をしている。		
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	研修やスタッフミーティングなどで虐待についての勉強会を行い、全体での介護方針の理解、認識ができるように取り組んでいる。		

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	管理者、一部職員は把握できているが職員全体では把握不足である。活用している方については支援している。		
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	契約時に入居希望者、家族に重要事項を書面、口頭での説明を行っている。事項の改訂時には十分な話し合いをし、また説明を行っている。		
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	気軽に意見や要望がもらえるよう管理者、職員からの声かけを行っている。また、苦情相談窓口を設けて、年2回の家族会などを開催し幅広い意見をもらえ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	年に2回夏と冬に人事考課を行い、必要とあれば個別面談を行っている。管理者から声かけ、アンケートを使用し職員の意見把握に取り組んでいる。		
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	研修への積極的な参加の取り組みや、職員の勤務状況、実績などの把握している。介護職員処遇改善交付金を活用している。		
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	職員の実績や力量などの把握により個々にあった研修へ参加できるよう取り組んでいる。職員全体の介護技術の向上のためミーティングでの勉強会にも取り組んでいる。		
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	他施設の管理者へ運営推進会議への参加を呼び掛けている。また研修などで交流のあった同業者とのネットワークづくりに取り組んでいる。		

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
<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	生活歴や病歴を把握して、今までの生活が継続できるように、不安や要望に耳を傾け、本人が安心して生活できる環境作りに努めて信頼関係を築いている。		
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	面談を何度も行い、家族の要望や不安を聴き取り安心して生活できる環境とケアに関する情報を提供して、信頼関係を築けるように努めている。		
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	在宅や施設で受けていたサービス等をアセスメントし、「今何が必要か」「何を優先すべきか」を見極め、本人、家族が希望しているサービスが利用できるように支援している。		
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	できること出来ないことを見極め、できることを行い、できないことは援助を受けながら、共に暮らし、支え合う仲間としての関係を築いている。		
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	家族来訪時には介護記録を読んでもらい、職員からも本人の状況の説明を行っている。2ヶ月に一度運営推進会議などで意見交換をしたりイベントなどへの参加も呼びかけている。来訪の少ない家族に対しては電話での連絡を行っている。		
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よう、支援に努めている	手紙が来た場合は手渡ししながら声かけし、電話や返信を促している。外出するための支援を行い、馴染みの場所に出かけられるように取り組んでいる。		
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	アクティビティなどを通し共同作業をしたり一緒に散歩を楽しむ支援をしている。交流の難しい方には職員が仲介して仲間同士で関わり合いができる関係作りに努めている。		

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	サービス利用が終了した家族からの連絡があった場合も状況を聞き取りながら、相談支援に努めこれまでの関係が継続できるように来訪の支援などに取り組んでいる。		
<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	初期の段階では本人、家族の希望や意向はセンター方式のアセスメント表を使用し、思いを把握している。毎月のケアカンファレンスでスタッフ間で情報を提供、検討しプランに反映している。		
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	アセスメントにより生活歴や馴染みの暮らし方、サービス利用の経過を把握して、これまでの生活の継続を大切にしながらその人らしい暮らしができるように支援している。		
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	一人ひとりの潜在能力や活動する力に着目し、心身の状態を毎日チェックして家事やアクティビティへの参加を働きかけている。個々に合った生活のリズムを大切にして支援している。		
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	ケアカンファレンスを毎月行い、スタッフ全員で課題や対応方法について検討し計画作成者がまとめている。モニタリングは三ヶ月に一回行い、変化があれば見直し検討している。		
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	事実を客観的にありのまま記録し、その時の状態、対応した内容などを記録してスタッフ間で情報を共有している。記録から得た情報を検討し、日々のケアに活かしている。		
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、その時々にも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	個々のニーズに対応するため、家族、医療関係者との連携、地域の方の協力を得て、サービスの多機能化に取り組んでいる。		

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
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	運営推進会議には民生委員、北部地域包括支援センターの職員に出席してもらい地域資源との連携に努めている。地域のイベントに参加し、地域の方とのふれあいを楽しみ、連携を深めている。		
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	訪問診療による往診医との連携を取りながら他科受診による専門医との連携も図り、以前の受診先の担当医から往診医にスムーズに移行できるように家族の了解を得ながら支援している。		
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	週に1度の訪問看護を利用している。また24時間体制の為、夜間の急変時にも連絡し指示を得るなど、常に連絡、連携がとれるよう取り組んでいる。		
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。	入院先にも出向き状況の把握に努めている。退院後の受け入れ体制を十分に行うため往診医との連携を図り、退院時の対応にも備えている。		
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	本人、家族の希望を聞き要望に沿った説明を行っている。アンケートなどでも意向の確認をしている。終末期の説明には看護師からの協力も仰いでいる。職員の間でもケアの在り方について話し合っている。		
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	事故や急変時のマニュアルを作成し、ミーティングで対応方法を検討している。応急手当の方法は研修で学んで情報の共有はしているが、訓練までには至っていない。		
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	年に7回の避難訓練を行っている。夜間を想定した避難訓練も行っている。地域を含めた防災訓練はまだ実施していないが近所の方には協力を得られるように努めている。		

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>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	会話をする時の姿勢や名前を呼ぶ時の声かけは、人としての尊重した対応をしている。トイレ排泄時、居室でのおむつ交換時には羞恥心に注意して、タオルをかけるなどして対応。居室掃除をする時は個々に声かけし了解を得ている。		
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	日常会話の中で個々の要望、希望を聴き取る。または表すことができるように時間をかけて傾聴することを大切にしている。自己決定が困難な方に対しては、家族からの意見を参考にして、よりよい方法で決定できるように支援している。		
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	食事、入浴の要望、外出の希望など、個々の要望に沿った支援を行い、一人ひとりのペースを大切に好きなこと興味のあることをできるだけ行い、充実できるように支援している。		
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	訪問理美容によるお洒落なヘアの支援。外出する時の洋服の選択、お洒落な小物の使い方、化粧品選びの支援など、その人に合った支援に取り組んでいる。		
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	普通食が食べれない方のミキサー食、刻み食の支援。食べ物の好みを尋ねたり食べれない物のチェック、食べやすい盛り付け方配膳も工夫している。食事作りは下準備を手伝ったり、配膳、下膳、洗い物を手伝っている。		
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	毎食ごとに献立と栄養のバランス表を記入、栄養の配分を考慮しながら、不足しているものを調整し、個々に合った量で摂取できるように支援、毎日水分摂取量記録し一日1200CC以上を目標にしている。		
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	自己にてできる方には声かけ、困難な方は介助して歯磨きを実施している。自歯、義歯の確認、痛みなどにも注意している。義歯の管理は洗浄液を容器に入れ保管している。		

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	排泄パターンを把握するため、排泄の時間やオムツ内の汚染状態をボードに記録しトイレ誘導して汚染を少なくすることに取り組んでいる。トイレでの排泄を目指したケアに対して職員間の連携も大切にして支援している。		
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	食物は繊維質の多い物を工夫し、水分は摂取量を増やすための飲料水の活用を行っている。軽い体操や歩行運動を取り入れ体を動かすことで便秘予防に努めている。便秘の方に対して陰洗など刺激を与え対応している。		
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ず、個々にそった支援をしている	個々に合わせた入浴方法を取り入れている。毎日、一日おき等入浴する時間を本人の希望に合わせている。体調不良時には全身または部分清拭、足浴などを行い、浴槽に入ることが困難な方にはシャワーキャリーを使った入浴を行っている。		
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	個々に合わせた休息と入床時間を取り入れており不眠の方に対する対応を検討し支援している。体調不良時には居室での臥床と見守りを行っている。		
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	処方薬説明書を確認し、服薬する時は本人に薬の確認を行ってもらって内服している。薬が変更になった場合は、名称、目的、個数を確認し職員も情報を共有し症状の変化などにも注意している。		
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	好きなこと、できる事を行えるように支援している。散歩やドライブ等をして気分転換をする。家事の手伝い、買い物なども役割を持って行えるよう個々にあった支援をしている。		
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	毎日の散歩を取り入れている。買い物の同行も行っている。家族との外出や外食の支援、ドライブ、地域のイベント参加にも地域の方の協力を得ながら支援している。		

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
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	お小遣い程度の少額を自己管理できる方は買い物同行で支払いをしてもらうなどの支援をしている。お金の管理が困難な方は使うことはないが所持している方もいるので金銭管理は支援している。		
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	電話をかけたいと要望がある時は番号、電話のかけ方などを支援している。手紙が届いた時の返事を出す支援も行っている。携帯電話を所持している方もおり、要望があれば使い方などを説明する時もある。		
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	居室とよく似たドアの為「台所」「トイレ」との表示がある。壁飾りには季節の飾りなどを月ごとに換え大きな日めくりで日付を確認している。加湿器を使用し過ごしやすい環境を整えている。		
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	ソファやテーブルの配置を工夫して個々に過ごすことができる居場所づくりを行っている。和室も自由に使えるように座布団やテーブル、テレビを置いて工夫している。		
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	馴染みの家具、寝具、装飾品を居室に持ち込み使い慣れたもの、見慣れたものを活かして落ちついた生活ができるように配慮している。TVは本人の希望により持ち込み可能である。		
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	各トイレ、浴室、台所には名称を掲げてわかりやすくしている通路、フロアなど、通行する場所には安全に移動できるように、環境整備に努めている。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム なでしこ

## 目標達成計画

作成日: 平成 22年 12月 25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		日常生活の中で、個々に合ったケアに対しての見直し、介護技術向上に向けて取り組む	職員全員が同じ様なケアができるようにする	チェックシート(トイレ介助、お風呂介助、食事介助、就寝介助に分けて)を作り、3か月毎に確認し、合否をつけて次のケアに取り組む	12ヶ月
2		認知症への理解をより深め、問題行動への対応	問題行動(徘徊、介護拒否等)意味あるサインと捉え、問題点を少しでも理解ができるようにする	認知症対応等の研修への参加。職場内のミーティングでの勉強会を開き、職員全体の方針、考え方(ケアカンで話合った問題点)の統一を図る	12ヶ月
3		薬に関する重要性を認識する	薬の内容の把握。本人にとって何故その薬が必要か?を理解する。	ケアカンファレンスなどで勉強会を行う。医師、看護師、薬剤師などからの指導や説明を受ける。	12ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月