

目標達成計画

作成日：平成22年2月8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	6	ベッドからの転落を避ける為に、本人がベッドで臥床している時間帯のみ、柵を2本設置している。ご家族としても希望しており、止む得ず行っている状況も、本人の自由という観点からの課題。また、転倒防止を目的に、単独で居室(自室)に出入りできない様、ドアを施錠している。	環境整備、業務改善を行い、また事業所の意識改革も行い、出来る限り、現状が改善できる様にしたい。事故を防げる事を前提とした対策、方法を考えていきたい。	①毎月のケースカンファレンスで課題として取り上げる。(環境改善や業務の見直しで解決できないか検討、実践を試みる) ②サービス担当者会議で家族の意向を再度確認する ③運営推進会議で意見交換する、助言を頂く。	12ヶ月
2	33	医療面について①認知症の相談をする関係機関を特定していない(認知症の主治医を置いていない)②終末期(ターミナルケア)についての事業所としての方針・指針が明確にされていない。③急変時の対応についてのご家族の意向(意思確認)の確認が全ての家族から取れていない。	①認知症の相談をする専門医療機関を位置づける様にし随時相談できるような環境をつくる。②当事業所で終末期(ターミナルケア)の支援ができる事が可能かどうかについてできるだけ早期に話し合いをし、事業所の方針・指針を策定する。③急変時の対応について定期的に家族と面談し、意思確認所(仮)をとる。	①家族の意見を聞く、またその上で主治医に相談する ②ご家族への終末期について、考え、意向の確認をとるためアンケートを実施する。現場スタッフと意見交換する。その上で事業所を中心に関係機関を集め、話し合いの場を持つ。環境が整った時点でケアプランに反映させる。③現場で意見交換を行い、その上で主治医を初め、訪問看護等、関係機関との話し合いの場を持つ。	12ヶ月
3	35	災害退散について・・・年に2回、義務付けられた回数をこなしてはいるも、より実践的な訓練ができていないという自己評価をしている。上部階の住人に、訓練の認定を伝えるも、一緒に訓練に参加してもらえない為の相談もしておらず、実際に一緒に参加してもらった事がない。それ以外に隣のマンション等への協力依頼、相談をきちんと行っていない。	年に1階、同じ建物の住人参加型の避難訓練を実施したい。隣のマンションの住人への協力依頼をし、可能であれば、非難訓練にも参加して頂く。災害時の死亡者0。	①近隣(特に隣のマンションの住民、管理人)への挨拶まわりをする。その際には自治会に相談する。②上部階の住人の皆さんに改めて、災害時の協力依頼を行う。その際に、事業所の概要、入居者の状況、できれば、認知症についての説明も行っていきたい。	12ヶ月

目標達成計画

作成日：平成22年2月8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
4	20 49	散歩等、周辺の環境、社会資源を上手く活用できていない。馴染みの人や場所との関係について…これまで、本人の馴染みの場所に連れて行きたいという話が上がり、家族に相談するも、消極的な反応であった為、馴染みの場所への外出支援ができていなかった。本人より、家族の意向を重要視していた感があった。	天気の良い日には気軽に近くの公園に散歩に出かけ、地域の方々と交流できる様にしたい。馴染みの場所に行ける、会いたい人に会う事ができる。 ※本人の意向が大前提	①安全に外出ができる様、移動手段に工夫する。外出できる体制づくりをする(業務の改善)。②日常の会話から本人の意向、(行きたい場所、会いたい人等々)をさりげなく聞きとりする。③家族が考える心配要素を除去する。	12ヶ月
5	26	ケアプランの整備が不十分である。ケアプランの見直し、更新について、必要最小限になっている現状がある。ケアプランをもっと充実させる様にしたい。	本人、家族の意向をきめ細かく反映させたケアプランを作成、ケア内容を実践する。	①毎月のケースカンファレンスの実施。 ②モニタリングを中心おして介護計画の担当正の確立 ③ケアプランの整備・実施経過記録様式の見直し…	12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。