

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		<p>1. ケアの質的向上 1-1. 教育・研修</p> <p>現在の職員は、経験の浅い人もいれば、中堅どころの職員もあり、また、リーダーになった人もいる。画一的な教育・研修ではなく、その職員に合った教育をする必要がある。</p>	<p>①経験の浅い職員 認知症の基本(知識・技術)の修得</p> <p>②中堅職員 高度な認知症技術の修得および実践</p> <p>③リーダー職員 職員の教育・指導にあたるだけのスキルと技術を積み上げる</p>	<p>a. 接遇教育(あいさつ、髪の色・長さ、言葉遣い、服装)</p> <p>b. 認知症(基礎、中核・周辺症状、対応方法、最新情報)研修・自己啓発</p> <p>c. 神戸市実践者研修への参加</p> <p>d. 身体ケアの技術習得(勉強会・研修)</p> <p>e. リーダー研修実施による組織力の強化</p>	1年
2		<p>1. ケアの質的向上 1-2. 入居者主体の介護</p> <p>施設の都合や職員の都合を優先させたケアではなく、入居者の思いを主に置いたケアを目指して行く。</p>	<p>①入居者様一人ひとりの特性を理解し、先まで読んだケアを行う。</p> <p>②健康・安全管理の徹底。</p>	<p>①-1. 全身の状態、清潔の保持</p> <p>①-2. 歩行、移動の見守り、介助</p> <p>①-3. 水分摂取、食事形態の配慮</p> <p>②-1. 排便コントロール(入居者の排便有無の確認)</p> <p>②-2. 訪問看護ステーションとの連携強化(情報の共有を密に)</p> <p>②-3. バイタル値(血圧等)の把握。異常時の気づき等、観察の重要性を周知徹底する。</p> <p>②-4. 転倒に対する危険性の意識向上を図る。</p>	1年
3		<p>1. ケアの質的向上 1-3. 全職員が介護計画作成に沿って毎日のケアを行う</p>	<p>①全員参加の介護計画書を作成し、それをもとに、職員がチームプレイにより、職員ごとにむらのないケアを行う。</p>	<p>a. アセスメントの実施 センター方式により確実に実施する。</p> <p>b. カンファレンスの実施 職員全員が、off日職員を含め一堂に会議室に集まり、カンファレンスや問題点、トラブル等について、話しあう。</p>	1年
4		<p>2. 地域資源の活用 昨年より、できる限り、外出を増やし、地域の中で暮らしている生活感を得られるようように努力する。</p>	<p>①外出のやり方を改善</p>	<p>以前のように、全員の入居者を一度に、連れて行くのではなく、2回、3回に分けて、一回の負担を軽減し、出かける。</p>	1年

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。