

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 | 26 | ○チームでつくる介護計画とモニタリング 職員一人ひとりが介護計画に関心を持ち、意見を出し合いながら、介護計画をつくる、変更するという意識をもてるようになる。 | 担当者会議、ケア会議、ユニット会議などで介護計画に関しての意見交換を行い、チームの全員が、自分も介護計画作成に参加しているという意識をもてるようにする。 | 毎月末に行っているケアプランの評価を更に詳細に行い、計画作成担当者中心に、他職種で共有でき、各職員が連携して支援が行えるように介護計画を見直していく。 | 6ヶ月 |
| 2 | 23 | ○思いや意向の把握 ケアの統一ができていないところがある。 情報発信・情報把握の統一ができていない。 | 個別ケアの記録と実践へ反映をし、個別ケアの充実へ繋げる。 家族様の意見や希望も更に収集しケアに反映する。 | 24時間シートを作成し3ヶ月ごとに見直しをする。 家族様への満足度調査を実施し、相談員中心にその結果を精査して、チームケアに反映する。 | 12ヶ月 |
| 3 | 33 | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 看取り介護を希望される利用者も多く、本人の希望を職員全員が共有する。慢性的な病気に対しての理解も深めて支援していく。 | 重度化や終末期を迎えられても、ご本人に最後まで安心して生活していただけるように他職種連携して支援する。 | 利用者の既往歴や高齢者特有の病気に対する知識を深めるために、看護師を中心として、勉強会を行い、出席できなかった職員も共有できるように、記録に残して伝え、疑問に感じたことは自ら質問できるようにする。 | 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、行を挿入してください。