

2 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次のステップへ向けて取り組む目標を職員一同で話し合いながら作成します。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	ケアプランを利用者の既往症歴や医師からの助言を入れながら更新・変更を3ヶ月ごとに行っているが、日常生活に大きな変化が見えない場合にも利用者本位を念頭に置き、より本人らしく生活できるような視点でのケアプラン作りには不十分である。	利用者が本人らしく生活できるよう、本人や家族等からの新たな要望や状況の変化がないようでも、新鮮な目で見てモニタリングを行い、ケアプラン作りに繋げる。	3ヵ月ごとのケアプラン評価の際は、家族・本人に意向を伺うだけではなく、これまでの生活歴や嗜好等を考慮し、外食の機会や季節の畑仕事を取り入れていく。また、地域との関わりも重視し、催し物への参加や企画、参加を加えたケアプランに繋げる。	1年
2	33	重度化への対応や看取りに向けた方針・支援方法が整備されておらず、改善事項のひとつである。施設内外研修を通じ職員の資質向上に努めているがまだまだ重度期・終末期に備え職員の勉強会不足である。	看取りを踏まえた重度の介護状態になっても利用者や、家族が安心して過ごせる環境の整備を行う。	介護の重度化は今後も予想されており、看取りの対応は重要項目である。指針等の整備を行う。また、新たに地域の病院からの講師を依頼し看護師を交えての施設外研修を行う。従来の施設内の看護師の研修も継続し職員の研修の機会を増やしていく。	1年
3					
4					
5					

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。