

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るような、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	23-9	・思いや意向の把握 職員全体での情報の共有	ケアの共有化ができる。	・ケアの変更は、個別シート、日勤簿等に記載。 毎月、個別カンパレンスを実施する。 問題発生時は、たばちりにカンパレンスで行なう	6ヶ月
2	26-10	・チームで作る介護計画のモニタリング。 本人や家族の意向の聴取、 介護計画のチームでの作成と実践、活用。	利用者本人や家族の意向が反映された ケアプランの作成と、その実践。	・面会や連絡簿、家族と話す際、状況報告を行ない、 意向の確認をする。 得た情報を、ケアマネジャーと相談し、 ケアプランへの導入と実施を図る。	6ヶ月
3	33-12	・重度化、終末期に向けた方針の共有と支援。 早い段階での意向の把握。 それによる支援の継続と、個々の支援の方向性を スタッフで共有化する。	看取りまでの支援が継続的に行われる。 利用者本人や家族が不安や苦痛なく過ごせる。	・契約時に看取りにかかる説明を行なう。 ・協力医と相談し、医師より、看取りにかかる話や 検討される段階で、家族へ説明、受診に同行して貰い、 医師より、状況説明を行なって貰った後、看取りへの導入を図る。	3ヶ月
4	35-13	・災害対策 訓練時等に、近隣住民や消防団等の 協力を得る。	災害時に安全な避難ができる	・地域の自治会長と、避難時の協力や、 避難所の使用について相談する。 ・避難訓練の際、消防団に協力して貰えるよう、 相談する。	3ヶ月
5	43	・排泄の自立支援 自立度の把握と、支援方法の共有化。	自立度にあわせた排泄支援ができる。	利用者個々のADL値と評価し、機能が 維持できるような支援方法への変更を図る。	6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、行を挿入して下さい。