

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。

※ 「1 自己評価及び外部評価結果」を評価機関から受領した時点で、3「サービス評価の実施と活用状況(振り返り)」と併せて作成します。

【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」 認知症の進行により、お一人おひとりの思いや意向を確認できない方が多く、本人の性格やこれまでの暮らし方から思いをくみ取り、より具体的な本人の思いが詰まったプラン作成が難しくなっている。	ご本人、ご家族、スタッフ皆で話し合い、より具体的な、その人だけのケアプランを作成し、充実した生活が送れる様支援していく。	スタッフ、ご家族様だけでなく、可能な方には本人の意向を確認し、楽しみごとや希望などを取り入れ、具体的なプランを作成していく。 見直しの際には、ご家族様も参加できるような体制づくりと、郵送でサインではなく、全スタッフがご家族様にプランを説明できるようにしていく。	12ヶ月
2	33	「急変や事故発生時の備え」 管理者や看護師不在時や対応困難な時に、どのような対応をしなければならないのか、不安な所がある。	管理者、看護師の対応が困難な時でも、入居者様の急変時には、早急に応急手当を行い、必要時には救急搬送や受診を迅速に行えるようにし、入居者様の健康維持を図っていく。	お一人おひとりの現病を確認し、どんな急変が考えられるのかを把握する。また、その急変にどう対応するかシミュレーションをしておく。 受診や救急搬送の際には、慌てず必要な事を伝えられるよう、個人ファイルの整備を行っていく。	12ヶ月
3					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、行を挿入して下さい。なお、挿入した際は、印字状態を必ず確認して下さい。

