

目標達成計画

作成日: 平成23年2月10日

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	(1)	理念は地域密着型サービス事業所に寄せられる期待と役割を認識し、日々のケアの拠り所となるよう職員間で検討していくことが望まれる。	地域密着型サービスの意義や役割を理解し、事業所全体の理念を揚げ、実践に繋げる。	①職員間で地域密着型サービスの意義や役割についての勉強会を行い、理解を深める。 ②職員間で話し合いをもち、事業所全体の理念を決定する。	12ヶ月
2	(10)	著しい状態変化がなく維持継続している事の確認や 些細な変化の見落としがないモニタリングは毎月行う事が望ましい。其の上で 状態の変化や現状に即した介護計画を見直し、職員の共通確認を経て 日常生活支援の展開が望まれる。	利用者の状態変化や現状に即した介護計画を見直し、日常生活の支援を行う。	①毎月または必要に応じて、居室担当者によりモニタリングや要望等の聞き取りを行う。 ②ミーティング時には、全職員で確認や支援内容の検討を行う。 ③変化のある時は、再アセスメント、介護計画の見直しを行う。	12ヶ月
3	(12)	状態が安定している時期から「重度化や終末期の対応」を利用者家族の意向を確認し、関連医療機関の方針や職員間で対応可能な業務を検討し、個々の利用者家族の意向に沿った支援を関係医療機関と施設が提供出来るよう話し合いを継続することに期待する。	重度化や看取りに関しての方針を明文化し、利用者家族へ説明し意思確認を行う。また、職員への理解を深め連携を図る取り組みを行う。	①早期(3ヶ月以内)に代表者、職員で話し合いをもち、重度化や看取りに関しての方針を明文化する。 ②協力医療機関とどこまで連携ができるか確認する。 ③終末期、看取りに関する利用者家族の意思確認書を年度初めにもらう。 ④職員、家族合同で看取りの勉強会(栗山医師の研修資料を基に)を行う。	12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。