

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	20 23	ご利用者様お一人おひとりの、想いや暮らし方の意向、馴染みの関係などについて、それらをご自身から明確に示すことができる(話せる)方は、ごく一部の方のみであり、意思表示が困難な方への支援が課題として挙げられる。	想いの把握について、日頃の関わりから推測し検討している現状を、より深く(多角的に)おひとりお一人の想いを推察することができる。又、それらの情報を共有して、日々のサービス提供が行える。	認知症介護実践リーダー研修受講済者(管理者と各ユニット1名ずつ在籍)が中心となり、ツール等を用いながら演習を交え、ご利用者様について、主担当職員がご家族様等の協力も得ながら、現状よりもより知ることができるように取り組む。	6～9ヶ月
2	27	ご利用者様ごと、個別の記録に関してサービス計画書に基づく支援を記載する中にも、要点をまとめられることや、記録(間接業務)と直接支援のバランスが保たれる策を講じていかなければならない。	モニタリングおよび介護計画書見直し等実施の円滑化が図れる。	介護記録方法に関する周知伝達と、記録書式等の検証を行う。(管理者と介護主任が主体となり実施)	3～6ヶ月
3	33	重度化した場合や終末期における支援について、法人内医療機関(医師・看護師)と連携しているが、チームで支援していく上で今後も、それら対応力の向上が必要と感じている。	チーム支援を展開していく中で、職員個々にも意識を高められるよう、方針を共有化(確認)しながら、携わることができる。	職員会議等の場で、(重度化・終末期ケアに率先して取り組んでいる)母体医療機関の職員より指導・助言を受けながら、一方で支援における振り返りや見直しを行い、チームで支え展開していく力を高める。	6～12ヶ月
4					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。