

目標達成計画

作成日：平成26年 5月20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	26	本人、家族から意見をいただき、適時の介護計画作成が出来ていない。サービス計画作成者が作成したケアプランをチームで理解し、サービス内容に繋がられていない。	定期的なモニタリングを行い、適時アセスメントを行い、カンファレンスを実施。職員それぞれがケアプランを理解し、サービス内容の展開が出来るようになる。	本人、家族から意見を聞き、随時、本人へのアセスメント、モニタリングを実施、評価しニーズを引き出す。定期的なカンファレンスを行い、ケアプランに沿ったサービス内容を把握し、日々の援助へ繋げる。	6ヶ月
2	31	認知症という病気の為、本人が疼痛の訴えが上手く出来ない場合があり、早期の医療機関へ繋げる事が出来ない場合がある。	各職員がフィジカルアセスメントを行えるようになり、ご利用者の異変に気付けるようになり、医療機関と早期に連携を図れるようになる。	フィジカルアセスメントを学び、それぞれの症状への具体的アプローチを考え、看護師への報告・連絡・相談が出来るようになる。	12ヶ月
3	33	ご利用者の終末期に向けた対応について、家族や関係医療機関への話し合いがきちんと出来ない。	ご利用者の終末期対応について連携を図り円滑な移行が出来るようになる為に関係医療機関と協議を重ね、マニュアル化や対処指針を策定する。	時間をかけ、様々な終末期ケアの実践を調べ情報収集を重ねる。早期に対応は出来ないが、各職員へ看取りケアの実体験に向かえるよう意識付けを行う。	12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。