

目標達成計画

【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	日常的に入居者との関わりを大切にしており、何気ない会話からも本人の希望や意向を汲み取るよう努めている。また、意思の伝達が困難な方に対しては表情や反応を大切に、小さなサインを逃さないよう配慮している。時には家族からも情報を得ながら意向の把握に努めている。そういった取り組みの中で、本人の終末期の過ごし方や、最期の迎え方といった看取りに対する具体的なアセスメントが重要となっている。	厚生労働省によって策定された“人生の終末段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン”を踏まえ、各入居者の終末期や看取りに関する具体的な希望や意向についてアセスメントを行っていく。知り得た情報・アセスメント結果については、ケアプランや日常のケアに活かし、最期まで本人の生き方(=人生)を尊重した対応を行えるよう努めていく。	・本人に対する心理的影響に配慮しながら終末期や看取りについてアセスメントを行っていく。 ・他入居者の看取りの場面や、TVや新聞などで報道された有名人の逝去といった機械など、タイミングを見計らってアセスメントを行っていく。 ・本人が自らの意思を伝えられない状態である場合には、本人の信頼できる家族等に対しアセスメントを行っていく。 ・知り得た情報やアセスメント結果については随時介護記録等に記録する。また、計画作成者はケアプランの第1表にある“本人様の要望/希望”欄などに記載する。 ・本人の意思は変化しうるものであることや、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることを踏まえアセスメントや話し合いを行っていく。	1年間
2					
3					

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入して下さい。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加して下さい。