

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 | 26 | <p>【チームでつくる介護計画とモニタリング】 介護計画書は基本的に6ヶ月で見直しを行っている。生活(暮らし)アセスメントは担当者が作成し、利用者家族の意見や要望は面会時に把握し、モニタリング表での5段階評価を行い、現状に即したサービス提供が出来るように取り組んでいる。</p> <p>⇒介護計画書を職員間で共有し、介護記録に反映させ更に活用していく工夫を期待する。</p> | <p>現在介護記録は各入居者毎に1週間単位で記録している。入居者の高齢化と認知症の重度化に伴い記録より細かく記入(食事量、水分量、排泄状態等)できるようになっている。アセスメント作成ではニーズの見極めが出来るよう、アセスメントの重要性和ケアの質向上のためのスキルアップを行う必要がある。ケアプランでは担当者会議での検討内容のフィードバック、特変時には家族や主治医、看護師の参加を促したい。またサービス内容についてモニタリングをチーム全体でチェック出来るよう、アセスメントとケアプランの連動性をもたせ、より入居者が「自分らしく」日々過ごせるよう工夫し更に充実した内容となるようにしたい。</p> | <p>各職員のアセスメント能力の向上にむけて、研修等への積極的な参加や施設内研修の充実により、ケアの質向上を図るとともにケアプランの重要性を再認識し、プランに沿ったケア内容が求められる。 また入居者の状態変化に合わせ担当者会議を実施し、家族や看護師の参加にて事例に対しより良い対応が出来るようにする。 各担当者、職員全体でモニタリングしやすいよう記録の工夫を行う。</p> | 6ヶ月 |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |

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。