

目標達成計画

作成日: 平成28年5月3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	33	医療的処置や対応できない場合、終末期の対応に於いては、入居時ご家族に、説明しているが、施設の指針や、重要事項説明書等に定めていない。	施設の指針を作成する若しくは、重要事項に定め、説明のご同意を頂く。	法人事務局と検討し、指針の作成、重要事項に追記にて改訂する。又改定後、次回6月の運営推進会議で、現ご入居者、ご家族に説明報告の実施を行う。	3ヶ月
2	26	介護計画作成時、ご家族やご本人の要望等取り入れて作成しているが、ご利用者本人が、認知症であることから、要望がつかみにくいので、職員による意見が大きく反映してしまう。	ご本人の、様子や、気持ちをくみ取り、職員の観察力を高める。又記録に落とし、活かした介護計画のレベルアップを図る。	記録に、様子や、発言が盛り込めるように、職員に研修、指導を行い、担当者会議、モニタリングに反映できるように成る。又集団ケアだけに位置づけず、個別にも注力した、より良いプランづくりが出来るようになる。	6ヶ月
3	34	急変や事故発生時、速やかに対応できる様、ご本の個人ケース以外に、急搬ケースを利用者ごとに作成し、対応時利用しているが、随時変更出来ていないことがある。	変更が有れば、随時変更出来ているように、仕組みづくりを行う。又、特に延命に関するご本人やご家族の意向を、定期的に確認行う。	職員会議等にて、誰が、いつ、どのように行うか検討し決める。延命に関する意向は、定期的に確認する。又お考えに変わりある場合は、ご本人、ご家族にもお伝え頂けるようお願いし、ケアプラン変更時にも、計画作成者より確認を取る。	6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。