

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	36	利用者一人ひとりの尊重について、職員間で共通認識不足がある。全職員がその人それぞれの尊重について理解していなければ、不快な思いをさせてしまう。	入居者様一人ひとりの「尊厳」「プライバシー」「人格の尊重」について考え、話し合いを行う。 全職員が統一した支援方法でケアの実践に繋げる。	・職員間で話し合い意見をまとめる(実施中) ・話し合いにて提起された問題・課題についてさらに見直し、今後のケアに反映させる。 ・ケアに反映させた後、一定期間後(約1,2か月)その内容がきちんと改善されているか・その他に新たな発見や気付きはあったか等を話し合い、より良い支援へと繋がるよう努める。	3ヶ月
2	26	まずは一人ひとりが抱える生活の課題を明らかにする。その為の援助方針、長期目標・短期目標を、全職員が日常的に援助する内容とリンクしなければ、良い支援に繋がらない。	ケアプランについて少しでも興味・関心を持って理解を深めると共に、一人ひとりが抱える課題・目標をそれぞれが考えながら、ケアプランの内容に沿ったより良い支援を行う。	・『ケアプラン』についての勉強会を行う。 ・カンファレンス前には全職員がその方に対する課題や現状についてそれぞれ考え、提案する事で意識付けを行っていく。 ・プラン内には理解しやすく支援に繋げやすい内容を取り込む。	3ヶ月
3	33	重度化や終末期の生活意向の確認は出来るだけ早い段階に行う必要がある。ご本人・ご家族へ意向を確認しておく事で、その人らしく終末期を迎えられる。	ご本人やご家族に、重度化・終末期の生活意向について聞き取りを行い、意向が反映できるように医療機関との連携・連絡体制を整えておく。	・改めて重度化・終末期の生活意向について聞き取りを行い、その内容は全職員周知として行く。 ・介護保険更新の際には同時に、意向についても再度確認し意向確認書類も更新する。 ・関係医療機関・担当NS・主治医へは聞き取り内容を伝えておき連携・連絡体制を整える。	12ヶ月
					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、行を挿入してください。