

## 目標達成計画

作成日: 平成 23 年 10 月 12 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        | 1    | 理念は利用者本位を基本に職員で作成されているが、地域密着型の意義をふまえた内容としては十分とは言えない。実践内容としては、職員は傾聴に力を入れ本人の意向を重視し、利用者尊重の理念に反する言葉遣いには互いに注意している。  | 職員全員が地域密着型サービス事業所の役割や意義を理解し、理念と共に地域において利用者が生活できる具体的なケアについても考察ができる。 | 日々の申し送りや職員会議、接遇研修等、(言葉かけ、態度、介護記録等)で振り返り、理念やケアに反映されているか確認していく。          | 12ヶ月       |
| 2        | 20   | 利用者の生活歴はアセスメントで確認している。ドライブ等で利用者の自宅近くに寄ることもある。利用者が以前通っていたデイサービスの友人に会いに行く方もいるが、馴染みの人や場との関係継続の支援としての位置づけには至っていない。 | 利用者の生活歴を踏まえ、地域で家族やそれ以外との関係性を途切れないように支援する。                          | 利用者の生活歴の再アセスメントを行い、馴染みの関係・場所を見つける。支援の継続がはかれるよう具体的な計画を立てる。              | 6ヶ月        |
| 3        | 33   | 「できるだけホームで暮らしたい」との家族の要望で、医師も含めた話し合いを続け、利用者の状態にぎりぎりまで対応し、病院へとつないだ経緯がある。看取りを行う方向で、対応しているが、看取りについての方針の統一はこれからである。 | 事業所として支援方法を踏まえ、家族・本人の安心と納得が得られるよう、説明し職員全員での方針の共有を図る。               | 家族や本人に対して、終末期や緊急時には、入居中のケアの方針(意思確認書等)の作成を行い、事業所として最大限の支援方法を確認しながら取り組む。 | 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、行を挿入してください。