

2 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	26	一人ひとりが日常生活の中で抱えている課題を明確にし、残存機能等を理解した上で、長期・短期目標を設定し、介護計画と支援方法の統一を図り、より良いケアを提供する必要がある。	職員一人ひとりが、介護計画の支援内容を把握し、課題や目標を理解した上でケアプランに沿った統一支援ができる。	<ul style="list-style-type: none"> ・毎月のカンファレンスを有効活用し、現状や課題等意見を出し合い、介護計画に沿った継続支援又は見直しについてしっかり検討していく。 ・介護計画は本人・家族の意向を理解しやすい内容にし、相互が達成状況を確認しやすいものにする。 	2ヶ月
2	23	入所者の70%が90歳以上になり、個々の尊重をくみ取り、住み慣れた地域で活動的な支援が計画的に実施できていないのが現状である。共通認識はされているものの、各職員の意識によって支援に偏りがみられる。	高齢となり集団外出は難しくなっている。個々の生活の意向や思いに添えるよう幅広い選択肢を提供できる体制、職員の意識付けを行い、日々偏りのない支援を提供できる。	<ul style="list-style-type: none"> ・畑作業や外出等、個別支援できる職員体制の構築(8割整備) ・体制を生かした支援に向け問題点・課題を明確化し、今後の支援に反映させる。 ・日々、計画的に偏りなく、希望や意向に沿ったより良い支援に繋がるよう努める。 	3ヶ月
3	36	日常生活支援の中で、ご利用者の行動に対し、理由を探ろうとせず安易な対応により、尊重をしっかりと受け入れられていない。	個々のご入居者一人ひとりの尊厳やプライバシーについて基本に戻り、日々の行動を観察する中で意見交換を図り、統一支援を実践する。	<ul style="list-style-type: none"> ・日頃のちょっとした行動の中で、簡単な事例を取り上げ、一人ひとりの「尊重・プライバシー」について考える。 ・個々の行動を事例にし、毎月のカンファレンスで支援方針を統一する。 	6ヶ月
4	30	入居者の殆どが吾妻脳外を主治医とし往診されている。入居前にかかりつけ医について、本人、家族に確認し、希望に沿うよう努めているが、選択の自由を改めて伝えていく。	入居前、入居後の健康状態を把握した中で、本人、家族の意向を踏まえ主治医を選択できる。	<ul style="list-style-type: none"> ・吾妻脳外以外の主治医に対しても円滑な情報共有を図れる体制づくりに努める。専門外来等、健康状況によって受診先が変わるが、その都度、「相談・報告を」を徹底する。 	12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。