

目標達成計画

作成日：平成 22 年 3 月 5 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	40	母体から提供されている食事の中から自分たちで出来る範囲で行えることを栄養士とも相談し、主食はホームで準備し、副食の下ごしらえ等を行っているが、簡易調理用の台所のため、食事の準備、調理まですべての工程は実施していない。	月に1回、利用者と献立を考え、買物をしホームでも可能な調理を行ことで、利用者の持てる力を十分に発揮できる場面を作ると共に、利用者の食事という生活風景から、利用者の”こだわり”を支援することができる。	利用者に食べたい物を聞き、一緒に献立を決め、食材の買物を行う。母体からも食事を提供してもらい、メニューの中の数品を調理するなど栄養バランスも考えながら食事作りを支援する。	3ヶ月
2	20	施設周辺地域との交流は行事等を通し定期的に行っているが、利用者出身地との交流は少ないのでホーム行事で「ふるさと訪問」を行っている。	事業所のある地域との交流も継続しながら、他地域出身の利用者や家族に協力して頂きながらどのような行事があるのか把握し行事参加への意向を確認し訪問する機会を作る。	ご家族にも協力をしていただきながら住んでいた地域で参加可能な行事を把握する。利用者自身にも地域での行事参加について意向を確認し、ホームから地域にも積極的にアプローチしていく。ふるさと訪問は継続して定期的実施する。	6ヶ月
3	26	介護計画の評価を毎月行っているが、反映されていない。	利用者、家族の要望を具体的に介護計画へ盛り込み、評価では意見等が反映できるようにする。	介護計画は利用者、家族の要望を具体的に作成し、評価では現状、次の課題等を意見やアイデアなど記録に詳しく残し介護計画へ反映されるよう支援していく	3ヶ月
4	33	重度化における指針を説明し同意を得ている。協力医療機関とも話し合い出来るだけ対応していく方針であるが、現時点では看取りは行っていない。	どのような終末期を迎えたいか把握し、スタッフ間で対応できることを話し合い、利用者、家族へ具体的にホームの現状を踏まえ、出来ることを話し合い、重度化における方針を確立していく。	利用者、家族がどのような終末を迎えたいか確認する。また利用者の体調に応じその都度、話し合いを持ち相互で納得できるようにする。現状では看取りは行っていないが、スタッフ間で対応出来る事を話し合い研修等も開催する。	6ヶ月