

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	○チームでつくる介護計画とモニタリング	利用者様や家族、職員から得た利用者様の情報を把握して、職員の知恵を集めた介護計画作成を目指す。ケース記録は計画項目に沿って記入を行い、定期的なモニタリングを行う。	・職員会議を二ヶ月に一度に変更して、利用者様に関する会議、介護計画の見直しを行う。 又、各利用者様の担当職員を決めてチームとして目標達成に取り組む。 ・管理者、介護主任、計画作成担当者は介護計画に基づいたケース記録を適正にモニタリング	8ヶ月
2	20	○馴染みの人や場との関係継続の支援	・利用者様との会話から得た情報をケース記録に記入して職員間で共有する。 ・収集した情報を活用して、地域社会との関係の継続支援を行う。	・家族、友人等の面会だけでなく、月一回程度、友人宅や地域社会の社交場に行けるように職員が準備をして支援を行う。	8ヶ月
3	33	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援	・GHゆりかごでは老衰による重度化や終末期の対応が出来ない事を入居時に本人様、家族様に説明を行い、理解、了解を得る。	・認知症の方の受け入れを行う病院が少ないのが現状ですが、市役所、地域包括センター、医療機関との連携を行う。	8ヶ月
4	40	○食事を楽しむことのできる支援	利用者様の意見を聞き、栄養バランスも考慮してメニュー作成の参考にする。	利用者様の食事に関する意見を聞き、好みを把握する。栄養バランスを考慮してメニューを作成する。	2ヶ月
5	6	○身体拘束をしないケアの実践	玄関の施錠も含めて身体拘束しないケアを行い、法令を遵守する。	何が身体拘束に繋がるのか職員会議の時に検討して身体拘束廃止のマニュアルをチームで作成する。	4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。