

## 目標達成計画

作成日: 令和 1 年 11 月 18 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	18 20 23	利用者を介護される人ではなく、地域の中で生活し、共に暮らす人として、自立支援をするという視点が不十分である。	自立支援を意識しICFの活動と参加を盛り込んだケアプランを作成する。	①本人の思い、これまでの暮らし、本人の好きなこと、できることやできないこと、強味、弱み、家族の思いを再度アセスメントする。 ②本人の自立支援や自己決定を意識した計画を作成する(ケアマネや担当で事前相談を十分にする)。 ③自己決定を意識し、ケアプランを本人に説明し了承を得る過程を記録する。 ④本人の行きたい場所や馴染みの場所に行き、その時の様子や本人の言った言葉や表情を記録する。 ⑤評価は記録から効果がわかるように記載し、本人の意見もきいて記載する(ケアマネは次のケアプラン作成のために確認する)。	1年間
2	6 7 13	言葉使いが乱れたり、利用者への態度が威圧的になる場面がみられる。	職員間で不適切ケアを抑止できる。	①チームを作成して言葉使いマニュアルの見直しを行う(1月から3月)。 ②ヒヤリハット発生時は多面的に原因と対策を考え、統一したケアを行うために、まず書き方を揃える(カンファレンス学習から)。 ③コミュニケーションの基本を本を基に、カンファレンス時に10分学習会を行う。 ④アセッサーによる評価を取り入れ、排泄に関するレベル評価を全員が取得する(4月以降順次行う)。	1年間
3	19	利用者家族アンケートの自由記載の中で、「親身になるのでなく離れて見てください」という回答があった。職員によって家族への対応に差があることが見て取れた。	家族も支援の対象であり、いろんな家族のあり方を受け入れながら、本人の社会的関係の再生を目標とする(過度な感情移入で自分が一番理解者であると錯覚しない)。	①各利用者の家族間の関係性や背景を把握し職員間で共有する。 ②家族に対しても支援者であるので、言葉使いやマナーを守り、見られているという意識を持つ。(コミュニケーション学習会を行う)。 ③家族が訪問した時に笑顔で迎え、本人の最近の様子をその日に出ている職員が説明しコミュニケーションを取る。その時の本人の様子や家族の様子も記録する。	1年間

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、行を挿入して下さい。