

## 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   | 介護計画については、利用者の現状を把握したうえで、職員とモニタリングを行い課題を明らかにし作成しているが、家族の意向については面会時に尋ねてはいるが、必ずしも作成前に意向を伺う機会が設けられている状態ではない。 | 介護計画を作成する前に、家族との話し合いをする機会を設けるか、希望調査票を送付し意向を踏まえたうえでの、介護計画を作成する。                       | 介護計画作成の1か月前には、希望調査票を送付し家族の意向の確認を行う。家族の希望を反映しながら、モニタリングを行い介護計画を作成する。 | 1ヶ月        |
| 2        | 2    | 地域との交流が、少しずつ確実に増えてきているので、今後も地域行事への参加、広報誌配布、事業所主催の行事への招請など継続的に取り組んでいく。                                     | 地域行事には参加させて頂いているが、地域の一員として奉仕作業等には参加できていない為、今後運営推進会議を通して予定を把握し参加可能な行事等には積極的に参加していきたい。 | 運営推進会議を通し、地域の予定を把握させて頂き、参加可能な限り地域住民として参加していく。                       | 6ヶ月        |
| 3        | 5    | 普段から、事業所の事情やケアサービスの取り組み状況を市町担当者に直接伝え情報共有を図る機会が少ない。  | 事業所の事情やケアサービスの取り組み状況を市町担当者に直接伝え情報の共有を図る。   | 運営推進会議を定着させ、地域包括だけでなく市町担当者にも資料の送付を行い、情報の提供を行っていく。                   | 6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 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。