

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		ケアプランについて、ご家族様が「説明は受けたが話し合っていない」と思われる方がおられる	ケアプラン作成時のご家族様との話し合いの充実	お会いできないご家族様とは、事前に電話で話し合いをしたり、聴き取りシートを十分に活用していく	6ヶ月
2		あまり面会に来られないご家族様には、ケアプラン更新時や特変のあった時のみの連絡・報告になっている	ご家族様に定期的に入居者様のご様子や近況報告をする	定期的に(概ね年3回)写真を添えたお便りをお届けしたり、LINEによるビデオ通話(テレビ電話)を通じて日々の暮らしの様子や近況をお知らせする	12ヶ月
3		申し送りノートへの記載やヒヤリハット(気づきも含む)の記載が漏れる事があり、些細な事実は記載されていないこともある	連絡・報告・予定など、もれなく記載することで、意識して準備でき、未然の事故防止につながる 職員間で情報を共有し、継続的なケアを提供する事にもつながる	些細な事も もれなく誰もがすぐに記載できる方法にして、いつでも閲覧できる場所に置くようにする	6ヶ月
4		介護記録(カルテ)の記入漏れや、記入の仕方に統一性がなく、記入する人としていない人に偏りがある	ケアプランのサービス内容を意識して職員全員が再認識し介護記録をつけ、情報を共有し、次へのケアプラン更新につなげる	日々の暮らしの様子やサービス内容について特に変化のあったことは記入する サービス内容の記号の他に本人の気持ち・感情を記入する (K-◎喜び・嬉しかった K-△不満・嫌がった K-▲怒った)	6ヶ月
5					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。