

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本人、家族と話し合い居室担当、計画作成者が中心になって現状に即した計画を作成しているが自立支援に繋がるような視点が介護計画に活かされていない。	チーム全員で介護計画を検討しその人にとっての自立支援を考える。	職員一人ひとりが介護計画に沿った実践を通しての気づきを個別記録に記入し確認し合う。3ヶ月毎にチームでモニタリングを行い意見を出し合いその人の希望に沿った自立支援に繋がる介護計画を作成する。	6ヶ月
2	33	利用者の重度化が進んでおり終末ケアをすることが増えているが、状態の変化に伴い、ケア内容の変化もあり職員の技術知識不足からの不安が精神的負担になっている。	研修やミーティングを通して全職員が終末ケアに関する共通認識を持ち施設として最期まで本人、家族の思いの寄り添った終末ケアが出来る。	研修参加の機会を増やし職員のレベルアップを図っていく。毎日ミーティングを行い情報を共有しチームとしてよいケアができるよう関わる。職員も面会時など家族と話す機会を多く持ち、より信頼関係を築くことで本人や家族の思いを感じる。	12ヶ月
3					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。