

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	6	○身体拘束をしないケアの実践 土地柄特有の言葉使いがスピーチロックと判断されかねない。研修を行い言葉かけや接遇の大切さを職員全員で確認するなど、質の向上に務める。	ご利用者様の望む介護を踏まえて、スピーチロックゼロに務める。	3ヵ月間の施設目標と、それをより具体化したフロア目標を立てて実践している。これをPDCサイクルに乗せて、スピーチロックゼロに務める。	12ヶ月
2	26	○チームでつくる介護計画とモニタリング 介護支援専門員が2名になり、細かなところまで支援内容がわかるようになった。職員全員が支援計画を考え、自分達の考えで介護していく事が期待される。	職員全員が主体的な仕事をする為に、支援計画を考え自分達の考えで介護していく。	職員全員が介護支援計画を立てられるように、指導していく。また計画通り実践できる様、職員間の協力を強化していく。	12ヶ月
3	10	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	現在、面会禁止である。ご利用者様やご家族様のご意見・要望を伺いながら、出来る支援を取り組んでいく。	手紙の交換、毎月汽笛便りや写真の送付を行っている。今後はテレビ電話の活用や、ホームページ再活用に取り組み、ご利用者様とご家族様のコミュニケーションを支援していく。	12ヶ月
4	49	○日常的な外出支援 遠くまでは行けないが散歩に出かける人もおり、今までよりも外出する頻度が多くなった。	職員配置が整っている時に、安全で計画的な外出支援を行う。	普段の生活の中で、外出支援が行える時に、進んで外へ行く。	12ヶ月
5	41	○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。	介護記録をデータベース化して分析し、担当医や看護師・薬剤師からのアドバイスを頂き、介護の質を上げていく。	ケア記録アプリを導入し、二年経過した。蓄積データを生かし、医療と介護の業務連携の底上げを行っている。	12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、行を挿入して下さい。