

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	36 37	ケアプランに添った、生活記録となるように、今年度、生活記録を変更しているが、さらに、ケアプランに添った生活記録となるように、思案していく必要がある。	現状の生活記録から、もうワンステップ、ケアプランに添った生活記録となる。	①ケアプランが見やすい生活記録ファイルにする。 ②現状の生活記録にケアプランの内容について記載していることがわかるように変更していく。(会議の場で、職員へ説明しながら)	12ヶ月
2	18	職員の異動や入退職に関して、家族が現状の職員の顔と名前が一致できていない。	家族が、職員の名前と顔が一致できるようになる。	①入居者と担当職員と一緒に写真を撮り、11月のはまぼうふう便りに掲載していく。 ②12月の家族会で、名札および自己紹介をし、再確認していただく。	3ヶ月
3	20	法人内の交流はあるが、法人外の同業者との交流する機会が少ない。	定期的に、法人外の同業者との交流機会を持つ。	①定期的に、法人外の同業者との交流機会が持てるように、段取りをしていく。	3ヶ月～ 6ヶ月毎
4	47	重度化、緊急時においては、方針を決めているが、終末期においては、はっきりした方針は、思案中の段階である。	終末期の方針を定め、その方針に向けた取り組みができる。	①かかりつけ医へ往診ができないか相談をしていく。 ②往診ができる先生を探していく。 ③職員の理解と知識を深め、訪問看護との連携をより密に図っていく。	12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。