

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	2	事業所と地域のつきあい。利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	地域の方々の協力の下、地域における社会資源のひとつとしての積極的な活動。	地域密着型施設として、自治会主催行事に積極的に参加をする。「昔あそび」「お散歩会」等	12ヶ月
2	26	チームでつくる介護計画とモニタリング	ご家族様と直接会えない場合は事前に連絡し意見や希望をお聞きし、日々のケアでは個人記録にケアプランという欄をつくり、日々のケアの中で気づいたことや発見したことプランに活かそうなことをすぐに記入できるようにし介護計画にいかしていく。	介護職員の観察力を高め、更なる本人本位の介護計画書の作成継続に努める。	12ヶ月
3	33	重度化や終末期に向けた方針の共有と支援	重度化・終末期の状況が生じた場合、御家族様の意向・入居者様にとっての望ましいケアを取り組むように努める。	御家族様との信頼感を深くする(コミュニケーション・ケア技術向上等)後、訪問看護の充実性。	12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。

