

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	28	ひもときシートを活用を活かしながら、更なる個別性のある計画作成に結びついていない。	生活歴や既往歴、楽しみごと等、これまでの暮らしに関する情報を集約し、個別のより良い暮らしの実現に向けた情報を整理し介護計画への反映に努める。	今後もひもときシートを活用し、まずは入居者様の事を知り理解すること。職員一人一人が日々の状態を把握しコミュニケーションを築き、個別性のある介護計画目標達成に向けて取り組んでいきたいと思ひます。	日々継続
2	45	個別の排泄パターン、サイン等を会議にて検討、共有することで、個別性のある自立に向けた支援へと結びつけていけない。	排泄パターンを一人一人の状態を把握して紙オムツ、パットを使用しない(使わない)努力工夫を行っていく事。	ミーティング、会議、カンファレンス、にて検討してアイデアを職員一人一人に考えてもらい情報を共有することでスキルアップにも繋がりがより良い、質の良い介護サービスの提供に繋がる個別支援に、取り組んでいきたいと思ひます。	18ヶ月
3		施設にて活用している用紙の見直し改善。用紙が重複していたり、業務の効率性も悪い為。	効率性も良く使いやすく、一目で見て状態が把握しやすいように改善見直し検討する。	職員一人一人の意見を確認して、事業所としてこれからも自信持てる記録内容の提供がご家族様にできるように、又情報共有がしっかりと整えていけるように取り組んでいきたいと思ひます。	3ヶ月
4		アセスメントだけでは入居者の全体像の把握が出来にくい。	ケアプラン作成においてケアマネだけではなく、介護職員や家族と情報が共有出来る。	可能な限り、ご家族や職員同士で情報交換が出来る時間を作り、ケアプランの反映に活用する。フェイスシートの作成を行い、家族構成や生活歴等の把握が職員全員が出来るように取り組む。	12ヶ月
5		職員が業務に追われ、介助の必要な入居者様とのコミュニケーションは比較的とれているが、ほぼ自立で生活出来ている入居者様とのコミュニケーションがあまりとれず、入居者様が自分の思いを遠慮して言わないときがある。	日々、少しの時間でも入居者皆様に声をかけ自発的に自分の思いが言えるように支援を行う。	記録用紙や業務内容等の見直しを行い、業務の効率化を図ると共に、職員一人一人が意識して入居者様とコミュニケーションを取り、信頼関係が築けるようにする。	日々継続

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。