

目標達成計画

作成日: 平成 28 年 9 月 27 日

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	1	理念の共有と実践 3つの理念を職員全員が暗記できるように努力する	職員が、いつでも見える場所に掲示し、常に読んで理念を理解し、理念に沿うような意識を持つ。	朝の申し送り当で全員で理念を声に出して暗記できるようにする。	3ヶ月
2	3	運営推進会議の今後の課題 推進委員一人ひとりの意見を聞く(聞き出す)	二カ月に一回の推進会議には委員全員が参加しているのでマンネリ化を防ぐためにも個人の思いや意見を出させる工夫を行う。	議事録の作成にあたり各委員の皆さんにも協力を頂き多面的な意見を出し合えるような方法を探す。(進行役が一人ひとりに聞く)	2ヶ月
3	6	運営に関する利用者、家族等意見の反映 面会時や敬老会、各種行事の時などに家族の気持ちや意見などを聞く時間が少ない	利用者の皆さんの意見、要望などは日々聞いて要望に応えられるような取り組みを行っている。(買い物、ドライブ等)	利用者の皆さんはどのような生活を送りたいのかなどアンケートを取り、利用者の考えを職員間で情報の共有化を図る。家族にもアンケート調査を行い何が足りて何が足りないかを調べ足りないものを互いに協力して行く。	3ヶ月
4	10	チームでつくる介護計画とモニタリング 介護計画作成者がほとんど一人で作成している。これからは本人、家族、職員による課題と今後のケアのあり方などを話し合い介護計画書の作成にあたる。	家族の面会時などにすぐにひな形の計画書を準備し、家族、本人との三者面談等を行い介護計画書に活かせる工夫を行う。	面会の少ない家族にもなるべく来所してもらい本も含め今後の生活の方針などを話し合う場を作る。	3ヶ月
5	12	重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 利用者の重度化にどう対応するか常に家族との話し合いそれを書面で残し家族と施設との確約書を作る(退所後も保存いつでも開示できるようにする)	入所時に本人、家族、主治医、ケアマネ、管理者が集まり今後の方針などを決める。体調変化とは主治医に連絡し指示を仰ぎ、同様に家族にも連絡を行う。	緊急時の同意は契約時に書面であるが、今後は重度化になった場合も予想されることから重度化にはどうするか検討し家族との書面による同意も得るようにする。	2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。