

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 (1 4)	方言を交えながらのコミュニケーションをしているが、「しなっせ」「せなんたい」のどの命令口調が無意識の中から発してしまう場面がある。介護者としての立場と、利用者が人生の先輩であるとの敬意が反転してしまう。 認知症の重度化による言動に介護者が対応できずストレスを感じてしまい、つい、命令型の口調になってしまう。	親しい後輩として、方言を使ったコミュニケーションを大切にしながらも利用者が日々楽しく生活を送れるケアを目指したい。	県内の方言でも、やさしい表現と、ぶっきらぼうな表現が地方によっては存在し、介護者自身も気付かないことがある。運営者を含めて、持続的な勉強会を実施し、会話力を深めていきたい。	随時
2	4 (3)	運営推進会議は定期的実施しているが、家族参加が固定化されている。出席されない家族によっては、直接介護と無関係な相談やホームへの不理解が多かったりする。	リスクと、ひやりはっと報告を前面に、より時間を使用して当時の具他の内容説明を行っているが、家族理解(出席されない)を得られていない。精力的な参加呼びかけを行ない、ホーム・家族が一体となった運営にしたい。	毎回、会議開催通知を行っている。参加家族の固定化は否めないが、徐々に参加ができるよう継続し通信誌や、案内文書で積極的参加を促したい。	偶数月
3	27	介護記録の記録方法は、記入した職員名を併記することで、利用者との関り及び記録者責任を明確にした。かなり改善されたが、記録付けに個人名が生じている。詳細を記録できる者、口頭だけで、記録に残せない者。)全員がこまめな記録を付ける事は困難だが、誰が見ても記録内容が把握できるよう、今後も記録付けに努力したい。	個別の介護記録は、利用者の生活行動・排泄パターン・服薬・バイタルなど利用者個々の心身状態が把握できることから医療機関受診の際にも十分活用できるものとなっているた、記録方法の統一性を行わない。	申し送り等で更に記録の重要性を伝えたい。なお、利用者の異変・変調等は、家族や医療きかんへその都度、記録票そのものを提示しているが、特に「摂食」「バイタル」「排泄」「言動内容」は、約立っており、家族の安心感にもなっており。	随時
4					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。