2 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。

※ 「1 自己評価及び外部評価結果」を評価機関から受領した時点で、3「サービス評価の実施と活用状況(振り返り)」と併せて作成します。

【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	7	寝たきりの方や意思表示が困難な方、皮膚状態が弱くなってきている方が増えてきている。職員が意図的ではなくとも利用者様の意に反したケアや瘡ができてしまうことがある。	利用者本人の状態や思いを汲み取りながら、利用者様に負担をかけないケアの実践を継続的に行う。	利用者様の身体的な状態や特徴、病状などを把握した上でケアにあたるよう情報収集や申し送りの徹底、個人ファイルの確認の習慣化を図る。また介護技術の習得を職員間で教え合いながら学ぶ機会を継続的にも設ける。	6ヶ月
2	13	研修を実施してはいるが、その場限りの知識となっている現状があり、周知徹底や伝達、習得まではまだ弱い面がある。また職員数の面からも外部研修への派遣が難しい現状もある。	外部研修への派遣数を増やし、内部での伝達研修の機会を多くしていく。また自主的に学ぶ意欲と機会を高めていく。	勤務時間の調整などで勤務中に派遣する機会を増やす。また月1回の学習会などでの内部研修時に伝達研修を増やし、職員が自分で時間を見つけて学ぶよう意識付けしていく。	12ヶ月
3	26	計画作成担当者が作るプランを原案としてカンファレンスを行っているが、他職員が原案に流されてしまい、そのまま実施されてしまうことがあり、家族より指摘される場合もある。	全職員が、ケアプランについての理解を深め、自分の意見を出し合いながら利用者様にとってより良いケアの実践ができるようにする。	計画作成担当者の内部会議にも交代で全職員が出席し、知識を深める機会を設け、アセスメント時から全職員が関わっていくなど計画作成者との情報交換を今まで以上に密にしていく。それによってカンファレンスでの活発な意見交換が可能となる。	6ヶ月
4	32	終末期の対応等は家族や主治医との連携を図っているが、職員に経験者が少なく、実感を持って対応しきれっていない。	職場内での看取りに関する共通した情報や対応を共有し、職員全員が家族や主治医対応、本人へのケアを遜色なく実施できる。	職場内の他ユニットでの看取りの取り組みや状況を人事交流等で実際に体験し、自分たちのユニットでの実施において話し合いを持ち、知識とスキルの向上を図っていく。また家族や主治医への的確な報告ができるよう情報の共有を文書化して記録する。	12ヶ月
5	34	災害に対する研修や訓練は行っているが、地域連携が不十分な面がある。	地域の方との連携を図り、避難訓練時に地域の方に参加いただく。	運営推進会議で話し合いを持ち、地域との連携について探っていく。また避難訓練時には周辺住民へのお知らせと共に協力依頼を働き掛ける。その際に町内会や民生委員等との話し合いを事前に行い、協力関係を構築していく。	12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、行を挿入して下さい。なお、挿入した際は、印字状態を必ず確認して下さい。