

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	1	介護計画は全職員で共有し、日々の話し合いの中でアセスメントやモニタリングを行ない、利用者やご家族の状態変化に対応できる介護計画である必要がある。	定期的に会議を行ない、職員全員で介護計画の作成に取り組んでいく。	ご家族、担当職員、棟のリーダー等を交えて、カンファレンスを行ない、現状に即した介護計画を立てる。	3ヶ月
2	40	地域密着型サービスとして、地域との関係を理念に示す必要がある。	地域密着の理念を盛り込み、ご近所との交流を深める。	職員全員で検討を行ない、現在の理念に地域密着の理念を組み入れると共に、日頃の散歩でご近所を訪問し、顔馴染みの関係作りを努力する。	3ヶ月
3	26	外注食となっているため利用者の方と一緒に料理作りを行なっていない。昼食時、職員は持参した弁当を利用者と一緒に食べている。	利用者の方と一緒に、楽しい雰囲気の中で同じ物を食べる機会を多く持つ。	おやつ作りの回数を増やし、利用者と一緒に食べ物を作ったり、職員も一緒に同じ物を楽しく頂く。また外食や行事食などで、同じ食事を摂る機会も増やす。	6ヶ月
4	33	利用者の状態に合わせて重度化や終末期に向けた話し合いはしているが、口頭での説明のみで正式な記録用紙は用意していない。	重度化・終末期に関して、入居時に利用者・ご家族の要望を確認すると共に、ホームでの方針を文書化することで、終末化に向けた方針を明確化する。	重度化・終末期についての方針を記した文書を作成する。利用者・ご家族の希望を聴きながら、ホームで出来ること、出来ないことをきちんと伝えていく。	6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。