

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あ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	共に暮らすという法人理念は浸透している。前回の目標達成計画に掲げたホーム独自の理念が、職員、利用者、家族、地域の方に浸透していない。	職員、利用者、家族、地域の方に対して、理念の浸透を目指しより良いサービスが提供できる。	機関紙(たより)の名前に『補い、助け合い、支え合う』を追加する。独自の理念や五常心など目のつきやすい場所に掲げる。	12ヶ月
2	26	介護計画の目標設定とチームとしての介護計画のあり方を見直し、利用者、家族、職員にとって、より身近な介護計画になるような方法が必要である。	利用者個々にあった、目標設定を行った介護計画に基づき、サービスの提供、モニタリング及び評価ができるようになる。	介護計画書の様式の変更	12ヶ月
3	33	家族、利用者に対し、重度化や終末期に向けた方針の共通理解を図り、安心した暮らしが保証されるような方法が必要である。	重度化や終末期に対し、利用者、家族、職員が共通理解し安心したサービスが提供できるようになる。	家族会などでの意見交換 契約時での説明	12ヶ月
4	23 24	日常支援において必要な、生活背景などを通し、ホームにおける認知症ケアがより専門的なケアができるようになる必要がある。	利用者の個別性をより具体化し、認知症ケアがより専門的で質の高いものになるようにする。	生活背景を知る必要性を周知する。 利用者の日々の会話やご家族の面会時での会話をもとに、ケース記録に入力し波乱万丈シートを作成、一定期間でプリントアウトし介護計画に結びつける。	12ヶ月
5					ヶ月

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入してください。項目が足りない場合は、行を挿入してください。