

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	3	運営推進会議において、利用者状況・行事・事故報告等の報告は行えているが、職員研修報告や御家族との意見交換は行えておらず、サービス向上に役立つ意見も頂けていない。議事録を御家族へ送付できていない。	運営推進会議に御家族も参加していただき議事録を送付する。 職員研修の報告を行うとともに、サービス向上にむけて参加者の方々からの意見をいただけるようにする。	請求書郵送時に御家族へ運営推進会議の案内・議事録を同封し、当日は職員研修の資料準備、参加者の方々からサービス向上にむけての意見をいただけるよう提議を行っていく。	6ヶ月
2	8	馴染みの人や場との関係継続の支援として本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう支援に努めているが、御家族以外との関係性があまり取れていない。	御家族以外の方や馴染みの場所に出かけることができるように取り組んでいく。	コロナ禍の鎮静とともに御家族を通じ連絡方法をとり、入居前後の人間関係が希薄しないように支援していく。	12ヶ月
3	9	一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握が出来るように努めているが、生活歴は非常に少ない情報量であり、施設利用に対する利用者の意向は丁寧に聞けてない方が多い。	フェイスシート等の情報に加え御家族からの詳細な情報の聞き取り、利用者の意向を丁寧に伺うように取り組んでいく。	結婚後の情報だけでなく出生された頃からの話を聞き取り職員間で共有できるようにするとともに、利用者の意向を詳細までくみ取れるように取り組んでいく。困難な場合はカンファレンスで検討していく。	6ヶ月
4	10	様々な利用者の個々に合った介護計画が作成されていない。介護計画の実施記録がない。モニタリングは介護計画の評価になっていない。	個々の特徴を捉え介護計画が作成できるように取り組んでいく。	固有の介護計画の作成。意向を踏まえる。身体介護、生活の楽しみ、認知症対応の項目を入れる。介護計画の実施記録の作成。介護計画の評価。について取り組んでいく。	12ヶ月
5					ヶ月

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