

## 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	26	介護プランに沿った内容を介護記録に記録出来る。	介護計画に基づいてサービスを提供し、記録を残す。	・介護計画を把握し、内容に沿った結果を記録する。 ・内部及び外部研修に取り組み、記録技術を向上させる。	12ヶ月
2	20	利用者・家族と職員で利用者にとっての馴染みの関係について話し合い、継続出来るような取り組みをする。	利用者にとっての馴染みの関係を継続する。	・利用者・家族と職員で話し合い、家族や友人の面会、手紙や電話の対応を行う。 ・利用者とは日頃の会話から情報を得て、家族には面会時に話を伺い、利用者の馴染みの関係を継続出来るようにする。	12ヶ月
3	10	運営に関する具体的な事柄について意見や要望が話せるよう投げかけるなど、家族が運営に対して意識が向くような取り組みをする。	日常の会話の中から利用者の要望を汲み取ったり、面会時や電話の際に要望を聞き取りを行う。それらの内容を申し送りノートに記録したり、ミーティングで話し合う。	家族が来所した際や電話で具体的な運営に関する質問を投げかけ、意見・要望を頂く。	12ヶ月
4	1	理念について、日々のケアとの結びつきを職員全員で話し合い、サービスの実践を振り返り、共有出来る理念に沿ったサービスが出来るようにする。	理念と基本方針に沿ったケアと心掛ける。	月1回のミーティングで日頃のケアをどうしていくか、どのように接するかなど具体的なケアを踏まえ、日頃から理念に触れながら対応していく。	12ヶ月
5	33	看取りに関してのチーム作りを、訪問看護師などの専門職を含めて話し合いが出来るようにする。	本人、家族からの意向を定期的に確認し、必要に応じてかかりつけ医、訪問看護師、家族、職員で話し合う。	必要に応じて、主治医、訪問看護師、家族、職員で話し合い、支援計画を作成する。	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。