

## 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】 注)「項目番号」の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。					
優先順位	項目番号	次のステップに向けて取り組みたい内容	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-(1)	○災害対策 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり管理者と職員はその理念を共有して実践に繋げている。	朝のミーティングで理念を唱和し笑顔で挨拶・利用者への言葉かけ、明るい職場環境を目指す。	チームケアがされていない為チームでケアをするということを再認識しまずは主任会議で話合った。	ヶ月
2	4-(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では利用者やサービスの実践、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行いそこでの意見をサービス向上に活かしている。	年間の議題・担当者を決める。地域の方に参加して頂くように努力する。	挨拶回りをして地域の特殊な区分けがわかり当施設の値する区の会長さんに協力を依頼し数回/年は参加して頂いているが今後も関係を保ちつつ更に深めたい。	6 ヶ月
3	10-(6)	○運営に関する利用者・家族等意見の反映 利用者や家族等が意見・要望を管理者や職員」ならびに外部者へ表せる機会を設けそれらを運営に反映させている。	多くの家族に家族会に参加してもらうよう試みる。	家族招待行事を開きその時に家族会議を開催しているが参加される家族が固定化しつつありもっと開催日時の工夫が必要である。	12 ヶ月
4	11-(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け反映させている。	月1回のケア会議を持続し職員全員が意見を言い合えるような会議にする。	研修会への参加を全職員まんべんなく参加し個々の知識や技術を高めそれを実践に発揮する。	ヶ月
5	26-(10)	○チームで作る介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアの在り方について本人、家族、必要な関係者と話し合いそれぞれの意見やアイデアを反映し現状に即した会議計画を作成している。	職員全員で計画内容を共有し個々のケアの仕方を把握しチームで統一した介護を目標とする。	ケアプランに基づき統一されたケアが出来るようにするために情報の共有を徹底したいことからアセスメント・日課表・サービス計画書・モニタリングをそれぞれ分別し各利用者さん毎に区別しつつでも閲覧できるよう所定の場所に設置する。	6 ヶ月

優先順位	項目番号	次のステップに向けて取り組みたい内容	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
6	35-(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に昼夜を問わず利用者が避難出来る方法を全職員が身につけるとともに地域との協力体制を築いている。	利用者さんの高齢化に伴い安全・迅速に避難できる方法を検討する。	車椅子利用者も増加しスロープの増築など早急に取り組み、1ヶ所しかないスロープの出入りに避難が集中せず分散できるようにする。更に停電時の問題点(施設内・外)を把握し対策を講じる。	6ヶ月
7					ヶ月
8					ヶ月
9					ヶ月
10					ヶ月
11					ヶ月