

## 2 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次のステップへ向けて取り組む目標を職員一同で話し合いながら作成します。  
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	[チームでつくる介護計画とモニタリング] 利用者を知る家族や利用者と、本人本位で話し合い、気づきや意見・要望を反映した介護計画の作成を期待したい。	利用者様のご家族や関係者様の要望や意見を確認して、その気持ちが介護計画に反映される様に取り組めます。	ご家族との面談時に介護計画へのご希望を必ず確認し介護計画に反映致します。	3カ月
2	33	[重度化や終末期に向けた方針の共有と支援] 家族や利用者と方針を共有するためにも、重度化した場合の取り扱い方針を策定することを期待したい。	重度化した場合を想定し現行の体制での対応状況を事前に説明し、ご家族の理解を得られる様に取り組めます。	現在あるユニット間で入居者様の状況を共有しそれぞれの状況にあったユニットへ配置の転換を図り重度化への対応を行う。 (通院状況や特浴の利用状況などの対応を図る)	3カ月
3					
4					
5					

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。