

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	10(6)	利用者及び家族、外部者への表せる機会の減少	来訪される家族、そうでない家族への情報差を無くす。	健康状態を含め、再度、日々の生活や外出の情報発信(ペーパーベース)を常に行い、家族へ理解して頂く。	12ヶ月
2	18 21 23 48 49	本人と共に支えあう関係や支援	常に変化するケア情報や介護記録を解説し、支える支援関係構築	年齢と共に病状が変化中、記録が大切になってくるため、統一ケアを含め、細かい気づき、発見を見出し、より良い関係を維持又向上。	12ヶ月
3	43	自立支援	個々のレベルやパターンに合わせたケア	病状、状態により、変化する為、より一層声掛けや見守りを基本とし、個人の現状維持や向上。	12ヶ月
4	26 27 28	介護計画、記録、実践、柔軟な支援サービス	家族の希望、気づき、モニタリング記録、実践、サービス等の多機能	統一ケアを心がけ、全てである介護記録を元に家族からの聴取も含め、常に早期に気づき、早期発見をめざし常に実践。	12ヶ月
5	50 51	外出支援や家族からの支援	外出の機会を増やしたり、病状及び症状に合わせた支援	金銭管理は現状とし、体調や症状に合わせて買い物や散歩等と行い、不穏時や状態により家族と理解し合い、協力をして頂き、ケアに努める。	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、行を挿入してください。