

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	介護計画の更新時や利用者様の状態の変化があった際の再アセスメントの記録がない。 より利用者本位の介護計画書を目指す。	利用者様の生活歴や状態の変化に合わせて、再アセスメントした記録を残す。 ご家族と相談しながら希望に沿った介護計画を立て、実行していく。	入居後のアセスメントシートの見直し ご家族の要望シートの活用し、要望を引き出す。	12ヶ月
2	49	利用者個々の馴染みの場所に外出する機会がない。ADLが低下されている方の外出機会がADLが自立している人と比べて少ない。	利用者が馴染みの場所に外出できるように支援する。 ADLが低下している方の外出機会を増やす。	本人や家族から馴染みの場所で行きたいところをリサーチし、外出を立案・実行する。 日常的な外出はADLが低下している方にも意識して外出してもらうようにする。	12ヶ月
3	2	バザーや夏祭りなどで地域に施設を開放したり、トライやるウィークなど中学校、幼稚園の訪問がある。福祉センターでの行事に参加している。ボランティアの受け入れもある。認知症サポーター講座を実施している。	ホームを地域の資源として、地域密着型サービスの理解と浸透を図る。	地域包括支援センターなどと連携を図り、地域ケア会議などで地域に対してできることを提案・実行していく	12ヶ月
4					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。