

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	Ⅲ-28	課題や目標、支援内容が同一で繰り返している。	本人の思いや意向、家族の意向を反映させて個々に応じた介護計画を作成する。	普段の会話から本人の思いや意向を把握すると共に、家族の来所時等に意向を確認し、毎月の職場会議でモニタリングを基に話し合いを行い、介護計画に反映させる。	3ヶ月
2	I-10	利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員に表せる機会がすくない。	ケアプランに署名、印鑑を頂くときに、家族からの要望書を同封して、書面での意見を頂く。	家族からの意見や要望を具体的な書面で頂く。	3ヶ月
3	Ⅲ-29	個別の記録や往診記録が時系列になっておらず、過去の記録を見るのに、時間がかかる。	個別の記録や往診記録が一つのシステムで、誰でも見れる様にしていく。	ケアプランや個別記録、往診記録をタブレットを使った電子記録に変更して、一つのシステムで管理して行く。	6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、行を挿入して下さい。

注) 完成したら市町村及び評価機関に提出して下さい。