

目標達成計画

作成日：平成 26 年 7 月 18 日

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	本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について話し合い介護計画を作成しているが、作成後のモニタリング、評価の積み重ねが十分でない。	1カ月に1回モニタリングと評価を行います。評価をもとに担当者会議を持ち、必要のなくなった支援や新たに必要な支援を検討します。検討した結果、介護計画を継続、或いは変更し、次の支援につなげます。	モニタリングと評価は、ソフトの「モニタリング表」を利用します。担当の介護職員が月末にその月の様子を記入します。記入されたモニタリング表はケアマネがチェックし、担当者会議を持ちます。各担当者はその結果を介護計画書に加筆訂正し、新たな支援につなげていきます。	12ヶ月
2	20	本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	日頃の交流を図りながら、ご希望に沿って月に1回外出やドライブの中で、馴染みのある場所に出かけるよう計画立てます。	入居者の家を見に出かけたり以前、利用していたデイサービスに訪問をしていく計画を立てます。手紙を書き昔の友人などと交流を図っていただいたり、県外の方がいるので、電話などで昔のことを思い出していただくよう支援していきます。	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月