

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		<ul style="list-style-type: none"> 『何でも帳』が介護計画へ反映されない。 家族との共有ができてない。 	<ul style="list-style-type: none"> 『何でも帳』を介護計画へ反映させる。 家族との共有を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> 『何でも帳』の内容をケアチェック表に反映し介護計画へ取り入れる。 担当者会議の際に『何でも帳』の内容を家族と施設で確認し内容を深める。 	1ヶ月
1		入居者様の健康状態や病院の受診状況の記録を家族に渡していない。	健康状態や受診の状況等はその都度口頭にてお伝えしている為、今後も継続して行っていく。	ケアプラン説明時(3ヶ月に1度)に健康状態についてご家族様へお伝えする。また、体調に変化があった時や病院を受診する時はその都度連絡し報告する。(現行の対応を継続していく)	1ヶ月
3		地域との連携体制が不十分である。	地域の方に認知症の高齢者がいる施設だということを知ってもらう。	運営推進会議で、民生委員、区長等に災害時の連携体制について協力を求める。	3ヶ月
4		重度化した場合や終末期のあり方について明文化できてない。	重度化した場合・終末期のあり方について明文化する。	他の施設の取り組みについて学び重度化した場合の方針を作成し具体的な対応内容を定めるとともにカンファレンス等で家族希望等の情報収集を行う。また施設体制等を共有していく。	6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。