

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 | 5 | 運営推進会議で事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように働きかけているが、地域へ還元できる取り組みを更に行えるようにしたい。 | 市町村と連携をとりながら、事業所の機能を活用しニーズに沿える活動が実施出来るように働きかける。頂いた情報を基に実施出来るように努める。 | 運営推進会議で情報交換を行い、地域へ還元する取り組みについて意見を伺う。地域の認知症カフェの活動に参加し、交流の機会を設け、実施可能な取り組みを検討する。 | 3ヶ月 |
| 2 | 20 | 馴染みの人や友人との面会交流については、家族の意向や入所時に聞き取りを行い、関係が途切れないようにしている。馴染みの人や場所から、以前の話を引き出し、日々の支援に活かす取り組みが求められる。 | 馴染みの人や場所との繋がりを大切にし、日常の生活支援に活かせる働きかけをする。 | 日常生活場面において、家族や友人に聞き取りを行いながら事業所の活動に参加してもらい、以前の暮らし方や関係性を回想する活動を提供し、繋がりを感ぜられる支援を行う。 | 3ヶ月 |
| 3 | 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、アセスメントシートを用いて課題分析を行っているが、IADL(手段的日常生活動作)についての検討を深め、よりよい支援につなげたい。 | 現存能力や潜在能力を引き出し、個々の力を発揮できる支援が行えるようアセスメントの充実を図る | 機能状態の要因が加齢によるものか、認知症によるものか専用のアセスメントツールを用いて検討し、状態に合った支援を行う。 | 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、行を挿入してください。