

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	介護計画書において、本人様がより良く暮らすための課題とケアのあり方を話し合い、意見やアイデアを反映させる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族様にわかりやすく説明し、一緒に内容を確認していると捉える事ができる。</li> <li>・ケアプラン説明を受けてケアが実践していると認識できる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①介護計画(ケアプラン)作成に関するご家族様意見・意向表を全家族様を対象に説明、配布してケアプランに反映する。</li> <li>②ケアプラン説明は、意見・意向表と併せて伝えて内容に疑問が無いか確認する。</li> <li>③口頭説明が難しい場合(遠方等)、連絡説明、面会時に再説明を行う。現状も実施しているが、意見・意向表を活用して具体的なイメージができるよう互いに確認する。</li> </ul>	12ヶ月
2	23	介護計画書内容において、抽象的な部分があり具体的な内容することが必要。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・支援サービス内容、目標が漠然とした事では無く、本人様、家族様が望まれる支援内容となる。</li> <li>・具体的な内容にする為、日々の関わりにおいて利用者様の言葉、行動をケース記録に残す事ができる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①各ニーズ項目から具体的な物にする指導を進めて行く。</li> <li>②日々の記録物において、本人から発した言葉を拾うことを意識して記録として残しモニタリング、ケアプランに反省する。</li> </ul>	12ヶ月
3					
4					
5					

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。