

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	13	利用者の情報を共有し、支援の方法、対応の統一を図っているが、個々の介護職員がご利用者それぞれの認知症の状態を把握し、支援の考え方や状況に応じて対応を出来るまでには至っていない。	ご利用者の認知症の症状およびその背景・状況を理解し、その人らしさを大切にケアプランの作成・生活の支援を行う。そのツールとしてセンター方式の定着・活用を図り、より本人らしさを求めていく。	ケアプラン会議(ケースカンファレンス)での個人毎の生活の状況および支援方法の検討→介護計画策定→ケア実行→モニタリングを行い、チーム(ユニット)として、よりよい支援を行いサービスを向上させる。	12ヶ月
2	31	ご利用者およびご家族に、より安心してご利用していただけるよう、医療、訪問看護ステーションと連携を図り、重度化・看取り対応をしていかなければならない。	ご利用者の健康状態の把握に努め、早めの気づき、そして対応を進め、ご利用者・ご家族が安心でき、そしてスタッフも安心して支援していけるようにする。	平成23年1月より医療連携を開始し、今後訪問看護ステーションとの連携を密にしていく他、医療面での研修等を実施し、より良いご利用者への支援を進めていく。	12ヶ月
3					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。