

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	2	重度化に伴い、その日の体調にも左右されたり、車椅子使用者が多く、なかなか地区の行事に参加できにくい。	少人数でも地区に出かけていく機会を設ける。	個別で、利用者の状態に合わせた外出プランを立てる。文化祭にも参加させていただいたり、少人数で出かけたりする。声を掛けていただき、これからも、交流を深めていけるよう支援していく。	6ヶ月
2	23	日々の気づきを共有することを重要視しているが、今までの慣れ、親しみがあ、マンネリ化しつつある。	毎日の利用者様の変化に気づくことができる。それを言葉にしたり、文章に残すことができる。	普段の利用者様の状態、状況を一人一人把握し、体調が良くなったり、悪くなったり、言葉が出た、一人でできたなどの情報を共有することで、早期対応ができる。職員から、スキンシップや時間を共に過ごす機会を持ち、ケアプランに反映する気づきがあるように努める。	6ヶ月
3	43	利用者様に合ったオムツ、パットの使用を見直し、排泄の失敗を減らすようにする。	失禁をなくし、利用者様に合ったオムツ、パットを使用する。	オムツ、パットの見直しから始める。利用者様に合ったものを提供し、失禁の多い方には、交換の時間を短くしたり、当て方を工夫したり、なぜ漏れるのか、なぜオムツを外されるのか原因を探り、根本から勉強し直す。定期的にトイレ誘導し、排泄の習慣を促すよう努める。	6ヶ月
4	40	機能がある方には声掛け、見守りにて食事、おやつ準備、あとかたづけを役割、一員として手伝っていただくようにする。	残存機能を維持しながら、新鮮な、季節の食材での食事を提供することで、楽しみのある食事の時間を過ごしていただく。	今までの日常生活に近づけるよう、できることはしていただくよう支援する。役割を見つけ、できる範囲で活躍していただく。天気の良い日には、外での食事を楽しんでいただきたい。個別の外出、外食支援を計画する。	6ヶ月
5	26	職員全体に介護計画がなかなか浸透してなかった。分かりやすく、実践し易い介護計画を立てるようにする。	家族の日時に合わせながら参加を呼びかけ、思い、意見を聞けるよう調整をする。	家族、職員、主治医など関わりのある多くの関係者の方の参加で担当者会議が開催できるよう取り組んでいくように努める。	6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。