

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	20 (8)	長い人生を生きて来た利用者が今グループホームで人生の最後の時を過ごしている。かつて仲良くしていた友人、仕事仲間、趣味の友達、可愛がっていた甥や姪、もう一度会いたいと思っている。生まれた家、前に済んでいた家、先祖のお墓、仕事をしていたところ、いつも見ていた祭りや桜の名所、もう一度行ってみたい。このようなもう一度会いたい人、もう一度行きたい場所への支援をする事が望まれる。	グループホームに入居する前に住んでいた場所に行き懐かしい思い出話を聞き、グループホームに持ち帰り支援出来る事は、今後職員全員で情報を共有し支援に繋げる様にする。	情報をもとに、思いでの場所への外出支援を実施する。	6ヶ月
2	23 (9)	長い人生を過ごしてきた利用者のグループホームでの暮らしを支援する為には利用者を深く理解する事が欠かせない。生まれた所、父母や兄弟姉妹等生家のこと、子供時代、現役の時の仕事や趣味、仕事仲間や友人、夫や妻の仕事、子供の事、結婚生活等、利用者の生活歴の情報を収集する事が望まれる。	利用者さんの再アセスメントの実施、生活歴の情報を細かく聴き取り、ケア会議などで情報の共有、会話その他で支援に繋げていく。	新しいケアプランの作成、それにより利用者さんの表情の変化など記録に残し、サービス計画に繋げて行く。	6ヶ月
3	26 (10)	介護計画は身体介護だけでなく、一日の暮らし方やその人だけの楽しみ(俳句、大正琴等)、その人しか出来ない役割(味付け等)の生活介護の項目、認知症の不安や混乱についての対応の項目、以上のような項目を入れる事、記録は生活のデータと利用者の様子だけでなく、介護計画を実施した時の利用者の発言や表情、拒否があればその要因を書き、モニタリングの根拠となる様にする事以上の2点がのぞまれる。	サービス項目が支援できているか、利用者さんの混乱が生じた時の対応など職員間で共有しているかなど、モニタリングを通じて確認し合い、サービス項目の見直しをしていく。	利用者さんにとってより良いサービスの実施が出来る様に、職員間で記録の充実、ケア会議で見直しをする。	6ヶ月
4					ヶ月