

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	6(5)	施錠による心理的な圧迫感を与えないことが望ましく、必要時に見守りの職員を増員できる体制を考慮するとともに、不穏な状態を引き起こす要因と対応についての十分な検討が望まれる。	全職員が共通認識を持ちながら鍵に頼らないケアが提供できるように努力して徘徊の要因にも目を向けて、施設全体で身守る。	身体拘束のマニュアルの内容を認識しながら、徘徊の要因に目を向けて施設全体で身守り、鍵に頼らないようになるべく解錠出来るようにしていく。	6ヶ月
2	10(6)	定期的にアンケートを行ったり、気軽に家族会を開くなどして、意見要望を表せる機会を作り、運営に反映させて欲しい。	利用者や家族が意見、要望等を管理者や介護支援専門員、職員に気軽に聞くことができる。	定期的にアンケートを行ったり、また、家族が気軽に集まり意見を出しやすいように家族会の開催を検討し運営に反映できるようにしていく。	6ヶ月
3	23(9)	本人本位のケアをおこなえるように、その人らしい思いが感じられた内容を記録し、職員間で共有しながらケアに反映していくことが望まれる。	本人本位のケアに向けて新しい情報を職員間で共有してアセスメントツールを活用し介護計画に活かすことが出来る。	職員間で共有して利用者と接する中で知り得た情報をアセスメントツールを活用して記録しながら 本人本位のケアに向けて介護計画に活かすことに取り組んでいる。	6ヶ月
4	26(10)	個々の状況把握のためのアセスメントを充実させるよう職員全体で取り組み、職員間で共有し活用できる個別性のある計画の作成を期待する。	その人らしさが発揮できるような介護計画が作成できるように日常の状況把握を含め全職員で取り組み介護計画を作成していく。	職員間で共有して利用者と接する中で知り得た情報をアセスメントツールを活用して記録しながら 本人本位のケアに向けて介護計画に活かすことに取り組む本人がより良く暮らすための課題と話し合いで意見やアイデアを出し合い現状に即した介護計画を作成する。	6ヶ月
5	40(15)	ケアの一環として準備、食事、片付けを職員と共に行い機能維持や役割を持った張り合いのある生活が出来ることが望まれる。湯呑や茶碗は普段家庭で使うものを使用したい。	利用者一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に食事の準備や片付けを行えるようにする。食器も普段家庭で使用する器に変えていく。	利用者と食事はもちろん食事の準備や片付けは利用者のケアの一環としてともに行うようにする。そして機能維持や役割を持ち張り合いのある生活が送れるようにしていく。湯呑や茶碗も家庭の環境に近づける様に普段家庭で使うものを使用出来るように少ずつ変えていく。	3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、行を挿入して下さい。