

## 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	24	一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努める必要がある。	本人、家族からこれまでの生活ぶり、サービス利用の経過等の情報を収集しフェースシートを作成し支援に繋がるようにする。	これまでの生活歴や馴染みの暮らしぶりを本人や家族から情報を収集する。その情報を踏まえてケアプランを作成する。	12ヶ月
2	27	日々の関わりの中で、気付きや職員間で話し合った事柄、本人様の思いや家族様の要望、医師や関係者の意見等を文書に残す必要がある。	本人や家族の意向を十分に考慮した介護計画を作成し実践に繋げる。	サービス担当者会議、定例会議で話し合った事柄は記録に残しているが、それ以外で職員間で話し合った事や気付きや工夫をケース記録に残す。困みをし見やすくする。収集した事柄をプランの見直しに反映する。	12ヶ月
3	27	職員は、個々の生活全般におけるニーズや目的の把握、またプランに沿った記録を行う必要がある。	一人ひとりの思いや要望などニーズの把握に努め日々の生活の様子を記録に残す。	職員は休み時間などを活用し個々の介護計画の把握に努める。(9人分のファイルをまとめて閉じている) 実地の状況を記録に残す。	12ヶ月
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、行を挿入してください。