

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	利用者の馴染みの人や場所との関係支援が不十分である。	本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう支援する。	項目23の情報を基になじみの物事を整理する。そのうえで、本人や家族との希望を実現する。 大きなイベントとして次毎に対象の方を割り振り、計画的に実施する。日常的に行えることは即実行する。	12ヶ月
2	23	利用者情報が、要介護状態や認知症になってからのことしか記録がなく、生活歴の情報が非常に少ない。	利用者を深く理解するために生活歴を再度収集する。(一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握をする。)	出身地、生家、父や母、兄弟姉妹のこと、子供時代、現役の時の仕事、活動、友人、仕事仲間、夫や妻の仕事や子どものこと、結婚生活などの生活歴情報を本人や家族から収集する。	6ヶ月
3	26	介護計画が利用者の「思い」に沿ったものではなく、暮らしの中の楽しみの項目が入っていない。介護記録は毎日のデータと利用者の様子を書いており、介護計画の実施記録になっていない。	介護記録がケアのためのツールとして実働する事。全職員が内容を熟知し実践に向けてチームワークで行動する。	介護計画が利用者の「思い」に沿ったものにする。 暮らしの中の「楽しみ」の項目を全員に設定する。 それらをチームで実現する。 介護記録を介護計画の実施記録にする	12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。