

目標達成計画

作成日：平成 29年 12月 12日

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	外出する機会が少なく一人ひとりの馴染みの人や場所との関係の維持が難しい。 また、外出の機会が少ない入居者のストレスがある。	<ul style="list-style-type: none"> 家族や職員と一緒に出かけ食事をしたり等ができる。 入居者の方の地域で開催される行事等に参加し馴染みの方と交流ができる。 	<ul style="list-style-type: none"> 計画を立て、外食を兼ねてドライブに行く。 あらかじめ家族や地域の方に行事等を聞き可能な行事に参加できるように計画する。 家族との交流を兼ねて外出の機会をお願いする。 親しい人と交流できる機会を定期的に作る。 	12ヶ月
2	26	サービス計画作成における本人、家族、職員の話し合いの機会が少ない。	<ul style="list-style-type: none"> モニタリングは毎月担当職員が行い、家族連絡表で郵送している。 ケアプランを作成する際、話し合いの機会を作る。 	<ul style="list-style-type: none"> 個々のケアプランの中のケア内容の評価を家族連絡表に記入し、行事等での様子や写真を入れて郵送し、日々の様子を理解視してもらう。 面会を兼ねて話し合いの機会を作るように計画し、意見やアイデアの盛り込めた介護計画にする。 担当職員以外の職員でも家族への伝達、意見や要望が聞けるようにする。 	12ヶ月
3	27	新人職員、パート職員が多く、個別記録の記入内容が徹底できていない。 介護計画を有効に活用できていない。	<ul style="list-style-type: none"> ミーティング等で介護計画書について習得でき、利用者さんのより良く生活ができるための課題やケア内容について話し合いができ実践できる。 	<ul style="list-style-type: none"> 個人ファイルの置き場を検討し、職員が把握でき、意識が高まりケアの実践に繋がるように指導する。 再度、介護計画書の把握ができるようにケアマネが説明し毎日の介護記録に反映できるような内容の検討を行う。 	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、行を挿入して下さい。