

目標達成計画

作成日: 令和2年3月15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	26	ケアプランは3~4ヶ月毎にモニタリングし見直している。その人がどうありたいのか、望む生活の追求、アセスメントが不足。その人の思いを取り入れたケアプラン作成が行えていない。	ご家族・本人の思いを活かしたケアプランを作成できる。	アセスメントシートの見直しをする。ご家族来訪、カンファレンス時にご家族の思い、希望するサービス内容について聞き取りする。ご利用者の思いをくみ取るため、傾聴力をつけ、心の声や思い、やりたい事をケアプランに取り入れ、個性あるプランを作成する。	12ヶ月
2	27	日々の様子、ケアの実践、気づき等を介護記録に記入している。ご利用者の思いは赤ペンで介護記録に記入し思いをより深く追求するようにしているが、ケアプランに活かしてない。	言葉で表現できないご利用者に対しても表情、日常の様子より思いを追求し、どうありたいのかをケアプランに活かせる。	言葉で発せられない方は表情、態度を介護記録に赤ペンで簡潔に記入する。ご利用者に寄り添い、発した言葉、その時の状況、環境に配慮し、本人の気持ちをより深く感じ取り記録する。赤ペンでの記録から気持ちを読み取りその人の望むその人らしい特徴あるプランを作成する。	12ヶ月
3					
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。