

# 目標達成計画

事業所名 グループホーム吉井マリル

作成日 平成 28年 9月 30日

項目 26	チームで作る介護計画とモニタリング
内容	本人がよりよく暮らすための課題とケアのあり方について、本人・家族・必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成する
自己評価	計画作成担当者またはケアマネが介護計画を立てる上で本人・職員に聞き取を行う。またご家族様の思いも反映できるよう話し合っている
外部評価	<p>実践状況</p> <p>問題がなければ、4か月に一回支援経過からケアマネージャーが主にスタッフと相談して作成している。ケアプラン、問題に対しての援助内容として作成する傾向にある。ニーズと援助内容は近い距離にあるので目標化しにくく、今後には長期、短期目標を考え作成したいと考えている</p> <p>次のステップ</p> <p>ケアプラン作成のプロセスを見直し、生活課題・長期・短期目標の設定を明確にされ、支援内容は目標に向かう手段として職員間で共有活用できることに期待したい</p>

## 目標達成に向けた具体的な取り組み内容

### 1 施設全体が指摘事項について考える。

ケアプランが指示書になっている(最終形態)のでその前の段階を文字に起こす

ニーズが聴取しにくく、現実からほど遠くあってもそのニーズを掴み添えるような目標とする

ケアプラン作成にどのような形であっても参加していくよう努める

### 2 目標達成するための具体案

#### ① 職員への意識付け

#### ② 計画作成担当者 ケアプラン作成について

サービス内容は指示書でなくそのひとつ前の段階を書き込む

目標はあくまで目標。

## 目標達成に要する期間

4か月以内、またその後も継続して後退しないように心がける。

## 目標達成したと考えられる具体的な内容

ケアプラン作成の意見書を添付。