

## 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	52	リビングのテーブルの配置が1列で全員で囲んで座るようになっていた為、他者の様子や行動が目につきやすい状態であった。他者の会話が気になったり、行動に注意・指摘を行ったりしていた。	テーブルの配置の変更や、リビング以外のスペースの活用等で、互いに居心地良く過ごせるように配慮する。	テーブルの配置を二つに分けて、認知症の状態や、気の合う方同士で座れるようにグループ分けを行った。他者の行動が気になる方とは背中合わせで座れるようにテーブルの向きを工夫した。	0ヶ月
2	6	食事の時に、みんなの食事が揃い全員で「いただきます」を言うまで待ってもらっていたが、待つことができず食べ始めようとする利用者「ちょっと待って」と声かけを行っていた。利用者の行動を妨げるようになっていた。	日常の言葉かけの中でも、利用者の行動を拘束しないようにする。 利用者の個々の状態に合わせたケアができるようにする。	テーブルの配置を二つに分けて、認知症の状態やに合わせたケアができるようにした。 待てない方にも行動を妨げる事がないよう、他者から注意されることがないように配慮を行った。 食事以外でも言葉の拘束を行っていないか振り返り、今後のケアについて話し合う。	1ヶ月
3	26	介護計画の目標が達成困難なものとなっているものがある。 担当者会議での内容や、日々の状態の変化等が計画書から見えにくい。	計画書の目標を手の届く所に設定する。担当者会議での検討内容や、日々の状態の変化、利用者の個性・特徴が計画書からも読み取れるものにする。	計画書を見直し、目標を手の届くところに設定する。 利用者個人の状態が見える計画書を作成する。 利用者・介護スタッフにもわかりやすい目標に設定し、目標達成を目指していく。	6ヶ月
4	23	支援経過の内容が、ケアした内容のみの記入となっており、本人の思いや意向が記録されていない。 各利用者の個性が見える記録となっていない。	日々の関わりの中での本人の思いや意向や言葉をそのまま記録する。個人の思いを職員全員で把握できるようになる。 本人の思いや意向を把握し、介護計画に反映させることができる。	支援経過には、本人の言葉をそのまま記入する。 関わりの中でスタッフが気付いた事も記入する。 個々の利用者の個性・思いが見える記録を残す。 職員全員で情報を共有する。	3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。