

目標達成計画

作成日: 令和 8 年 8 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		ケアプランが介護上の課題や支援内容を中心とした記載になっており、本人のやりたいことや楽しみ、生活上の目標を十分に反映できていない。	本人の思いや希望を踏まえ、その人らしい暮らしにつながる目標をケアプランに反映する。	日々の関わりや家族からの聞き取りを通じて本人の希望や楽しみを把握し、ケアプランの目標に具体的に反映する。モニタリング時にも目標の達成状況や本人の思いを確認し、必要に応じて見直す。	6ヶ月
2		家族から意見や希望を聞き取る機会は設けているが、本人・家族・職員が一緒に生活や支援について考える機会が十分とは言えない。	本人・家族・職員が思いや希望を共有し、より本人主体の支援につなげる。	ケアプランの作成・見直し等に、必要に応じて家族を交えたカンファレンスを実施し、本人の生活や今後の希望について意見を聞く機会を設ける。共有した内容をケアプランや日々の支援に反映する。	6ヶ月
3		身体機能等の低下等により、これまでできていた生活が難しくなった場合、現在の支援方法を継続するだけでなく、本人・家族の希望を踏まえた生活継続の方法を検討する必要がある。	心身の状態が変化しても、本人・家族の意向を確認しながら、できる限り本人らしい生活を継続できる支援を行う。	入浴等の日常生活において、本人の希望を確認するとともに、福祉用具や介助方法、他サービスの活用等について多職種で検討する。状態変化時には家族とも支援方法や今後の生活場所について話し合い、本人・家族の意思決定を支援する。	6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。