

## 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        | 26   | <チームで作る介護計画とモニタリング><br>ご本人様や家族様から生活に関する意向を聞きケアプランを作成しているが望んでいる暮らしづくりの支援に至っていないのではないか。さらにチームで情報共有しケアプラン作成に取り組む。 | ご本人様の深い思いを汲み取りチームとして支援できるようなケアプラン作りをする。職員のケアの質の向上を目指す。 | 担当者を中心に1ヶ月ごとの評価を行う。また6か月ごとにアセスメントシート、ライフサポートシートの見直しを行う。必要に応じて24時間シート、姿シートを作成。職員間で情報共有をはかる。家族カンファレンスを持ち情報収集に努める。職員は施設での勉強会や外部研修に参加し質の向上を目指す。 | 12ヶ月       |
| 2        | 3    | <事業所の力を活かした地域貢献実践><br>実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を地域の方に向けて活かされていない。  | 地域の行事に参加し、事業所自体は地域の一員として交流できている。今後は事業所の力を活かした地域貢献を目指す。 | 地域行事にはこれまで通り参加する。又地域の方がいつでも来れるように喫茶室の活用 施設をより知って頂くためと地域の方々との交流のため行事を企画し実施する。また地域の方の意見を聞き一緒に作り上げていく。認知症の人の理解や支援の方法を発信する機会をつくる。               | 12ヶ月       |
| 3        |      |  |  |   | 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。