

## 目標達成計画

作成日：平成 24年 3月 18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	23	(1F) ケアプラン作成時のアセスメントが出来ていない。	アセスメントをきちんと行うことができ、ひとりひとりの思いや、それぞれの課題に沿ったケアプランが作成できる。	アセスメントのありかたを再度ケアマネジャー・計画作成者を中心に他職員に指導していく。また、アセスメントシートを記入するクセをつけ、いつでも記入できるようにアセスメント専用ファイルにセットする。	6ヶ月
2	23	(1F) 担当者会議において、スタッフひとりひとり意見の収集量が少ない。	スタッフひとりひとりがケアプラン内容を把握した上で、担当者会議に望んで日々のケアからケアプラン内容を意識したケアを行うことができる。	ケアプラン内容をきちんと把握しているか日頃からスタッフに確認をとって行く。又、常にケアプランが見直せるように記録を一緒に説明し目立つようにして行く。	6ヶ月
3	23	(2F) 全職員がアセスメントシートの記入方法を十分に理解していない。	アセスメント方法を理解した上で記入できるようにしたい。	管理者(リーダー)がアセスメントシートの記入方法・活用の流れを職員に説明することで理解し、実施する。	1ヶ月
4	23	(2F) アセスメントで抽出した課題を分析できていないため、利用者一人ひとりの思いや意向を把握できていない。	全職員が意見を共有し、課題を抽出・分析することで利用者一人ひとりの意向に合わせた支援をしていきたい。	ケアの中での気づきを随時アセスメントシートに記入していき、その内容を担当者会議で話し合う。	6ヶ月
5	20	毎日の買い物や散歩では地域の方との交流はできているが、その他の面で地域資源を有効に活用できていない。	全利用者が年に1度は地域の店や取り組みに足を運び内容を充実したものにしたい。	地域のある店や行事を調べ、利用者を選択肢を与えることで少人数で取り組んでいく。	12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。