

目標達成計画

作成日：平成 26年 2月 15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	59	限られた人員の中、業務もこなしながらの支援となり、利用者様お一人お一人と関わる時間が多く持てない。	ご本人はもちろんの事、ご家族様からもホームでの生活で「生き生き」とした表情・姿を感じて貰えるようにする。	業務内容は決まっているが、業務に追われるのではなく、各勤務帯で分担できる所は分担しながら利用者様と関わる時間を増やしていく。個々に合わせた支援を行い、QOLの向上を目指す。	6ヶ月
2	3	地域の人々にとって当施設が認知症対応型の施設だという認知が少しずつ広がってきてはいるが、まだまだ知らない人も多い為、理解が得られていない。	まず当施設が認知症対応型のグループホームであることを地域の方々に周知。地域の方々との交流を通じ、交流の中で認知症の方への理解、支援方法を伝えていく。	・普段行っている買い物、散歩中でも地域の方と交流し話しをしたり出きる場をなるべく設ける。それ以外の場へも行ける機会を作る。 ・運営推進会議へ来てくれる地域の方を増やす。	6ヶ月
3	29	現時点では買い物に行く店など限られた地域資源しか利用できていなく、その他の地域資源の把握に至っていない。	利用できる地域資源を職員全員が把握できるようにする。 その中でご利用者様に合った地域資源を探し活用する。	ボランティアなど、利用できる値域資源の情報を職員それぞれが集める。→各職員で共有→ご利用者様のニーズに合った物を探し活用できるようにする。(日課・レクなど)	6ヶ月
4	26	ケアプランの一連の流れ自体を理解できていない職員も多い。勉強会も行っているが実際に計画作成に携わらないと難しいのが現状。またあまり来設されないご家族にプランの説明、捺印を頂くまでに時間がかかっている。	職員全員がケアプランの重要性やアセスメントからモニタリングまでの一連の流れを理解できるようにする。ご家族には必ず連絡をし、要望などについても聞きながら、来設して頂き、説明・捺印を頂く。	施設内で再度研修を行い、チーム全体でケアプランを作り上げているという意識を持つ。研修を通して理解を深められるようにする。理解が不十分な職員には個別で伝える機会を設け、そのままにしない。	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。