

事業所名: グループホーム秋桜  
作成日: 2024 年 10 月 15 日

## 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】 注)「項目番号」の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。 |          |                                                                                    |                                                          |                                                                                                                                               |                |
|----------------------------------------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 優先<br>順位                                     | 項目<br>番号 | 次のステップに向けて取り組みたい内容                                                                 | 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<br>要する期間 |
| 1                                            | 26       | ①アセスメント時に、センター方式を活用しながら「できること」「できそうなこと」「各活動の要望」等を活かし、第2表の「ニーズ」に繋げていき、具体化していく予定である。 | 入居者の「できること」、「できそうなこと」に目を向けて、長期・短期目標を設定し、ケアプランを作成する。      | ・モニタリングやアセスメントを行い、「できること」に目を向けて、その方に合った生活目標や日常生活習慣を目標に取り入れる。                                                                                  | 24 ヶ月          |
| 2                                            | 26       | ②介護計画の心理・行動障害等の書き方を見直し、ご本人が読まれて前向きになれる表現を心掛けていく予定である。                              | 分かりやすく、前向きな表現でプラン作成する。                                   | ・専門用語の使用は控えて、分かりやすい表現で記載する。<br>・ご本人やご家族が読んだ際に、前向きになれるような表現を心がける。                                                                              | 24 ヶ月          |
| 3                                            | 26       | ③介護計画作成に際し、専門用語を減らし、分かりやすい表現を心がけるとともに、家族との話し合いの機会を増やしていく予定である。                     | 介護計画作成時に、ご家族や入居者の要望を介護計画書に落とし込み、カンファレンスを通して職員への意識付けができる。 | ・カンファレンスを6か月ごとに開催する。ご家族にも参加していただき、情報共有を図る。<br>・職員でケアの統一、意識付けを行う。<br>・ご家族へ日常の写真を送ったり、行事時の様子などを報告し、介護計画書作成時のみではなく、LINEや電話なども活用しコミュニケーションを図っていく。 | 24 ヶ月          |
| 4                                            | 33       | 職員の入れ替わりもあり、今後も医師・訪問看護師と一緒に看とりについての職員の思いや不安などについて話し合う機会を作り、勉強会等を実施していく予定である。       | 職員の思いや不安などについて話し合う機会を作り、勉強会等を実施していく。                     | ・看とりケア委員会にもご協力いただきながら、看とりケア指針についての協議や勉強会などを進めていく。                                                                                             | 24 ヶ月          |
| 5                                            | 36       | 今後も職員個々の言動を振り返り、更なるレベルアップに向けた目標等を明示し、日々の「頑張り」と「反省」を自己評価していく予定である。                  | 職員の言動や対応を振り返り、サービスの質の向上を図る。                              | ・身体拘束委員会にもご協力いただきながら、チェックリストを活用し、職員が自分自身の行動を振り返る機会を作る。<br>・人事考課の自己評価を活用しながら、面談等でも話をしていく。                                                      | 24 ヶ月          |