

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	2	事業所と近隣の自治会の方々との交流が限られたものの地域で支援とご協力をいただく方との交流する機会を作る	自治会の方々との交流は自治会の活動や子供会の活動に通じて交流が絶たれていた時の空白を埋めていきたい	廃品回収など子供会や自治会など協力できるときは交流を図り地域に繋ぐことで高齢者のグループホームとしての持たされた地域性を活かしていく	3ヶ月
2	10	家族との交流が家族会のかたちで実施できておらず個別の対応だけとなっている	以前の家族会の開催ができるように職員の協力や一貫した施設の考え方で協力をもってつくりあげたい	花見を計画してこの機会に家族にも呼び掛けており、家族会の実施によりやくたどり着くことができ、家族との交流ができた。ご家族も意見交換を全体で実施でき、思いのたけを時間の許す限り話し合うことが出来た。	1ヶ月
3	20	○馴染みの人や場との関係継続の支援 面会の要望などその家族に合わせて対応を行う	面会の時間が利用者重複した場合はフロアが分かれていることは各フロアで面会を行いフロアが重複した場合各々の居室で過ごして頂きます	先日、他県よりお孫さんの6名の対応を行う。利用者本人とは面識はなかったが会話をされていく中で少しずつ賑やかな時間を過ごしていただくことが出来た。	1ヶ月
4		○思いや意向の把握 ADLの低下が顕著な方、行状に変化は各々により進行がはやい利用者、おそい利用者にとり離床することも大切であるが起きることの重圧も本人にとりとても大きいので定期的な臥床を促す	午前午後の時間を決めて臥床を促している本人の倦怠感や時間の経過とともに臀部への圧力がかかることで除圧を行う必要があるため定期的な臥床を実施する	ケアプランにおいても実施していること、自分で欲することが出来ない状態であることであることではスタッフサイドでの気づきでの臥床を促している	3ヶ月
5		○チームでつくる介護計画とモニタリング 利用者のお一人おひとりに担当をつけての評価を行っている	評価を実施する機関を3カ月もしくは6カ月で行っている。状態の変化が顕著な方を3ヶ月としている。また、状態の安定が継続している方を6ヶ月としている	担当者の年間計画としてもモニタリングできるように一覧表にして担当者が取り組みやすいように対応する	6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。