

## 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	4	運営推進が2月までは開催できていたが、コロナ対策の為、4・6・8・10月の開催は活動報告の案内しかお知らせが出来ていなかった。今年の自治会長は仕事がある為、会議の出席が難しい。	コロナ対策中は、家族様(18名)や地域包括、自治会からのご意見・ご要望をホームに来苑された時や、活動報告を持って行った時にお聞きしていく。	コロナ対策中は、書面での対応になる為、家族様(18名)からのご意見やご要望はホームに来られた時にお聞きする。地域包括には、活動報告を持参した時にご意見をいただく。その内容を議事録にしてお伝えしていく。事故報告は内容や対策も記入しておく。自治会とのつながりをもっていく為、会長様には、会議の議事録や活動報告・『ほほえみ通信』を持っていきホームの様子をお知らせする事でつながりも持てるように努めていく。	6ヶ月
2	6	身体拘束の中でセンサーマットは拘束に当たらない為、見直しが出来ていなかった。	センサーマット使用の見直しを定期的におこなっていく。	毎月の身体拘束研修の中で、センサーマット使用について見直していく。	1ヶ月
3	23	センター方式を利用しているが、何を望んでいるのか把握する為に、B-1・C-1の気持ちシートを全員には利用できていなかった。	シートを利用しながら、本人本位の支援をしていく。	職員にも書いてもらいながら、みんなで気持ちを汲み取っていく	6ヶ月
4	26	状態があまり変わらない時の短期目標が6か月の方もおられ、モニタリングも6か月でおこなっていた。もっと具体的に現状の即した課題をケアプランに作成していない	短期目標が6か月の場合でも、モニタリングは3か月で一度見直していく。お客様の生活に対する意向は、毎回変えていく	モニタリングが最長でも3か月で見直して記録に残していく。介護計画書のお客様の生活に対する意向は毎回変えていく。総合的な援助方針には、一番大切な事と毎日しなければならぬ事、その方に必要な事の3項目を入れる。	6ヶ月
5	40	ホームの中で外食の支援が出来ていない	個別の外食を計画してみる	少人数の対応で行きたいお店(回転ずし等)を計画して実施していく。(コロナ終息後)	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、行を挿入して下さい。