

事業所名: ライフケア大手門 グループホーム

作成日: 令和6 年 4 月 5 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 順位	項目 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 要する期間
1	1	今後も施設全体で多職種連携を継続し、「連携」という言葉の意味を深めていく予定にしている。職員全体で連携・実行に繋げていくために、職員全体でチーム会議の時に運営理念と事業所理念を唱和・確認していく予定である。	運営理念を理解したうえで、他職種と連携しながら業務を行う事ができる。	月一回の全体朝礼に加えて、チーム会議でも運営理念の唱和を行い共通理解を持つ。また、理念を読み解いたりそれぞれの考える「連携」について考える機会を持つ。ご家族もケアチームのメンバーであるため、ぐるーぷほーむ通信に毎回事業所理念を掲げてご家族も触れられるようにする。連携が取れているかのアンケートを実施し、達成度を評価する。	12 ヶ月
2	28	①今後もアセスメント用紙の改善等の検討を行う予定である。 ②今後も専門用語の記載を控え、ご本人・家族に伝わる表現で、目標を具体化、大きめの文字などの記載に留意していく予定である。	ケアプラン作成には、ご本人やご家族の意向や発言をアセスメントに反映させて状態に即した内容とし、ご本人(ご家族)にとってわかりやすいよう作成する。	ケアプラン更新・作成時には、意向や発言を必ず追記する。プランの内容は、難しく記載せずに行っていることをそのまま抽象的に書き、専門用語は無くす。更に第二表を一部変更することで字を大きくする。	12 ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月