

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	7	○事業所と地域のつきあい 地域住民からグループホームとして十分に認知されるよう入居者が地域とのつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域との一員として日常的に交流や協力関係の構築ができていない。	1. 地域住民が参加しやすい事業所内でのイベントを開催し、参加を呼び掛けていき日常的な交流を深めていく。	1. 地域自治体へ加入し、地域の清掃や花植え作業・敬老会などの地域活動への参加を継続して行う。 2. 年間行事計画に事業所内での招待行事を盛り込み、入居者ご家族だけではなく地域住民へも参加を呼び掛けていく。 3. 食材の買い物に入居者と一緒に行くようにし、地域社会へでる機会を持つ事で地域とのつながりを実感できるようになる。	12ヶ月
2	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合いながら、現状に即した支援を実施しているが、その事がケアプランに反映されていない。	1. 個々にあった介護計画を作成し、モニタリングと評価を定期的に行いながら、現状に即した支援を全職員で統一したケアができるようにする。	1. 本人と話し合いそれを元に本人を含めて、家族、職員、関係者で検討した支援計画を作成する。 2. 3か月にモニタリングと評価を行い、職員間で情報の共有をしながら介護計画の見直しをする。 3. 個人個人の状態の変化によって支援方法が変更になった場合には、ケアプランも変更し、6ヶ月に1回はケアプランの見直しをする。	12ヶ月
3	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、本人、家族との話し合いを持ったことがない。又、看取り加算事業所の申請と書面上の指針・方針も未完成のままである。	1. 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族と話し合いを行い事業所の指針・方針を説明し書面上での同意を得る。	1. 家族会(個別面談)を計画し、本人、家族と話し合いを行い、事業所のできる事を十分に説明しながら方針を共有し終末期のあり方を確認する。 2. 一人ひとりの重度化した場合の思いを聞き取り、職員が把握しながら、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいく。	12ヶ月
4					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。