

## 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	37	傾聴・受容・共感を基本として利用者さんとの会話に臨む様に全員心がけて、希望をうまく表出できない方であっても、自己決定に至るように、会話・相談を工夫しているが、職員の声掛けにより活動されている方が多いことは否めない。	あいむでの日々の生活活動を、自発的に行っていただく。	①マネージャー職員が中心となり、日々の生活の核となっているみんなでの共同生活作業において、自発的な参画に繋がるような接し方を探り出す。	0-2ヶ月	
				②マネージャー職員が中心となり、数人グループで行う共同生活行為において、自発的な参画に繋がるような接し方を探り出す。		
				③マネージャー職員が、収集した様々な接し方について協議して、全体運用に繋げるための説明資料を作成する。		0-2.5ヶ月
				④マネージャー職員は作成した資料を基に、介護職員に対して説明を行い、順次全体運用をスタートする。		0.5-3ヶ月
				⑤マネージャー職員は、補助職員に対しても同様の説明を行い、全職員による本格的運用を行い定着させる。		1-4ヶ月
				⑥みんなでの共同生活作業において実際の運用が行われているか、QC会議において検証する。		3-5ヶ月
⑦数人グループで行う共同生活行為において実際の運用が行われているか、QC会議において検証する。						
2	23	入所時は、アセスメントにおいてご本人、ご家族の思いや意向を把握して介護計画を作成しているが、当初はあいむでの生活を順調にスタートしていたが、入所後は会話や寄添いの中からご本人の思いを聞き取って介護計画に反映していく様に努めているが、生活に沿った漫然としたものである感は否めない。	認知症の方であっても、要所要所の時期においては、これからの生き方についての思いを可能な限り窺って自己決定に基づいた共同生活介護計画を作成して日々の支援を行い、その方のQOLの向上に繋げたい。	①入居後3か月以上経過してあいむの生活に馴染まれた時期に、今後の生き方についてご本人の思いを可能な限り聞き取って介護計画を作成する。	2ヶ月	
				②心身の状況変化が低下傾向(一過性のものでない)となった時期に、本人の思いを可能な限り聞き取ってこれからの介護計画を作成する。		
				③この計画に基づいて、その方に適したあいむ共同生活介護計画を策定し日々の支援を行う。		4ヶ月
				④ご本人の思いを多く取り入れた介護計画に基づく支援により、暮らしぶりや表情に変化が現れているか、QC会議において効果を検証する。		6-8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。