

## 2 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。

※ 「1 自己評価及び外部評価結果」を評価機関から受領した時点で、3「サービス評価の実施と活用状況(振り返り)」と併せて作成します。

| 【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        | 1    | 【理念の共有と実践】<br>グループホーム独自の理念であるため、職員全員が常に共有し、目標であることを認識できるように、事務所等に掲示する。                                                                      | 早急な取り組みの実施。                                                                          | 作成し、事務所内に掲示終了する。また、利用者身も、グループホームでの生活が継続出来る目標(希望)にし、各ユニットのフロアに掲示した。                                                                                             | 0ヶ月        |
| 2        |      | 【重度化や終末期に向けた方針の共有と支援】<br>1. 重度化した場合や終末支援のあり方について、家族や本人の思い・希望を把握する。<br>2. 状況変化に応じ、家族や医療関係者や職員と、対応方針について段階的に話し合いが出来ることを明確にするとともに、話し合える機会を設ける。 | ①医療関係者および家族との信頼関係作り。<br>②利用者一人ひとりの、重度化や終末期に向けた方針の確立。<br>・利用者ケアの充実。<br>・居宅サービス計画書の充実。 | 1. について<br>①新規入所時には、家族より確認し把握する。<br>②居宅サービス計画書見直し時期に、家族および本人より確認・把握し、計画書へ記載する。<br>2. について<br>①段階的に話し合いが出来る旨を、重要事項説明書へ記載する。<br>1. 2. について<br>個人別に記入し、一冊の台帳化にする。 | 6～12ヶ月     |
| 3        |      |                                                                                                                                             |                                                                                      |                                                                                                                                                                | 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、行を挿入して下さい。なお、挿入した際は、印字状態を必ず確認して下さい。