

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	2	事業所と地域とのつながりについて、介護事業所を地域住民から見れば、小規模の老人ホームとし、認知症状の方を見れば、変な人、としか見ておりません、入居に拘わった方、ボランティアとして協力していただいている方、運営推進会議委員になっている団体の方は事業所に対して理解されているが、他の一般住民の方達は理解されていないように思われる、この様な状況の中で、気軽に訪問できる介護事業所にはまだまだ時間を要します。	地域住民は誰でも訪問し、気軽に利用者に話しかけるなど、又地域住民は介護に関する事、福祉に関する事など相談出来る、地域福祉、介護相談窓口として、地域とのつながりを持てる事業所になることは、地域として必要になり、たえず視野に入れておく必要がある。	◆ 事業所は町の中心部に位置し、道路を通る人々は何をしている所か解るような啓発、掲示板を作成し理解できる体制作り。 ◆ 気軽に相談など訪問できやすい何らかの体制作り。 ◆ 介護保険、認知症の勉強会など定期的に行い、地域住民により理解度が増す体制の取組み。	12ヶ月
2	26	介護計画は基本的に6ヵ月ごとに見直し、又状況の変化に合わせて、担当者は計画作成担当者と担当者会議を開き、介護計画の変更を行い、他の職員は計画に基づき生活支援を行う、後日利用者家族に報告している。	介護計画の変更は、変更を必要とされる場合、担当者会議に家族が同席するか、又家族の同意の上変更し、利用者に必要な生活支援を行う。	◆ 介護計画の見直し時に家族に相談を持ちかけ家族の意見を聞く。 ◆ 介護計画の変更が必要と判断したときに、担当者、利用者家族、計画作成者と意見調整し、利用者本位の介護計画を作成する。(担当者＝利用者担当者・ユニット主任又は管理者)	6ヶ月
3					ヶ月
4					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。