

## 目標達成計画

作成日: 平成 27 年 1 月 7 日

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	3	事業所の実践している認知症の理解や支援方法を地域に向けて活かすことが必要である。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職員の認知症の知識や対応について理解を深める。</li> <li>・地域との交流(認知症カフェ)で認知症の理解や考える場の提供、介護者のストレス解消を行う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症カフェの開催を継続し、内容についてもキャラバンメイトや地域ボランティア等と協同で企画していきたい。</li> <li>・職員の研修の場を設けて実践のレベルアップ、知識の向上をしていく。</li> </ul>	12ヶ月
2	20	外出する機会が少なく一人ひとりの馴染みの人や場所との関係の維持が難しい。 また、外出の機会が少ない入居者のストレスがある。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職員と一緒に外へ出かけて食事をしたり等ができる。</li> <li>・入居者の方の地域で開催される行事等に参加し馴染みの方と交流ができる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・計画を立て、外食を兼ねてドライブに行く。</li> <li>・あらかじめ家族や地域の方に行事等を聞き可能な行事に参加できるように計画する。</li> </ul>	12ヶ月
3	26	サービス計画作成における本人、家族、職員の話し合いの機会が少ない。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・モニタリングは毎月担当職員が行い、家族連絡表で郵送している。</li> <li>・ケアプランを変更する際、話し合いの機会を作る。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個々のケアプランの中のケア内容の評価を家族連絡表に記入し、行事等での様子や写真を入れて郵送し、日々の様子を理解視してもらう。</li> <li>・面会を兼ねて話し合いの機会を作るように計画し、意見やアイデアの盛り込めた介護計画にする。</li> </ul>	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。