

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	10	サービス担当者会議への利用者の参加	サービス担当者会議へ利用者も参加し、計画について本人と話し合い、意向や要望を反映させるよう取り組む。	サービス担当者会議への参加には、利用者、家族、介護者、計画作成担当者、その他関係者が同席し話し合い、気づき、意見・要望を反映した介護計画を作成していく。	12ヶ月
2	12	今後の終末期に向けた方針、マニュアル、同意書などを利用者と職員、家族及び関係機関と取り組む。	重度化した場合や終末期支援のあり方や事業の対応について、段階ごとに家族や関係者と意向を確認しながら、対応方針の共有を図っていく。	重度化した場合や終末期の意向確認書を作成し、事業所が対応し得る最大のケアについて説明を行なう。その上で、職員全体で話し合いや勉強会を行い、家族や医療関係者等と連携を図りながらチームで支援していく。	12ヶ月
3	2	啓蒙活動の促進	啓蒙活動の一環として、町内社協や、介護施設などと連携し、介護相談や認知症ケア講座などを開き、認知症への理解を深め周知を図る。	役場、社協、病院などの関係機関へチラシやパンフレットを配布し、町の福祉祭りや区の行事などを活かし、認知症についての説明を行ったり、介護相談の場を設ける。	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。