

## 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全員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	40・48	食事について、現在利用者に関わる時間を増やす為に、クックチル方式の外部委託を行っている。食事の準備や盛付け等に、利用者にも参加してもらっているが、ホームで調理をしていた時と比べて利用者が調理に関わる時間が減っている。	汁物に具材を加える事で、利用者が調理に関わる時間を増やすと共に、具たくさんの美味しい汁物を楽しんでもらう。	<ul style="list-style-type: none"> <li>* ホームの畑で採れた季節の野菜や、地元スーパーで具材を購入して、汁物にプラスする。</li> <li>* 調理の時には利用者にも参加してもらい、調理のアドバイスを受けたり、役割を通して生きがいの向上に繋げていく。</li> </ul>	6ヶ月
2	23・24	帰宅願望等により不穏になる利用者が多い。その都度職員が話を傾聴して、寄り添いケアに努めているが、なかなか落ち着く事が出来ない。	職員のコミュニケーション力のスキルアップを図り、家族や専門医との連携を充実させて、いつも穏やかに安心して生活が出来る。	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 認知症ケアについては、施設内外の研修に参加したり自主的な学びを勧めているが、今後更に研修参加の機会を増やしたり、ホーム全体の取り組みの一つとして認知症ケアの知識・コミュニケーションカスキル向上を目指していく。</li> <li>* 家族と連携を図り、無理のない外出・外泊を支援したり、意思確認が難しい利用者については、家族より本人の性格や生活習慣を尋ねて、サービスに反映していく。</li> <li>* 精神科や物忘れ外来等の専門職と連携を図り、医療的アプローチを図っていく。</li> </ul>	12ヶ月
3	30・31	利用者の重度化・高齢化・認知症進行に伴い、体調不安定や転倒危険のある利用者が増えている。	日々の状態観察と生活環境の整備により、体調の安定と転倒を防止する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 毎日のバイタルチェックと観察により、変化の早期発見に努め、医療機関との連携を図り、素早い対応に努める。</li> <li>* 日々の心身状況観察とアセスメントにより、その時その人に応じた環境整備(手すり、クッション材、センサーチャイム等の設置)を行い、抑制を行う事なく安全に過せる環境作りに努める。</li> <li>* 薬の副作用を考慮し、主治医との密な連携を図ると共に、全職員が薬の副作用の理解を深める。</li> </ul>	12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。