

## 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	33	利用者の重度化に伴う、終末期に向けた方針の共有と支援(利用者及び家族と事業所側との方針の共有と同意書の作成)	終末期の受入れに対する職員のスキルアップ及び医療機関との連携を図る。(利用者家族と事業側の方針の確認と文書化)	利用者は、高齢で疾病があり、身体状況の急激な変化や悪化が予測される。その為利用者家族と事業側の方針を共有し意志の確認をした上で文書化した同意書を作成する。又、ご家族も利用者に寄り添い、職員と協力して一緒に看取りケアができるように配慮していく。	12ヶ月
2	35	火災や地震など、緊急時に利用者が昼夜を問わず避難できる方法を全員が身につけるとともに、地域の協力体制を築く。	母体施設や地域住民の協力を得ながら、昼間、夜間想定避難訓練を繰り返し、災害対策への意識を高める。	民家まで遠い為、地域の協力を要することから、まず、火を出さない為の取り組みや母体施設との連携体制を強化する。また、安全かつスムーズな避難ができるように訓練や色々な避難経路の誘導のやり方を職員全員が熟知する。	12ヶ月
3	20	地域に認知症や認知症の方への理解が浸透していない。また、利用者も馴染みの人や場所との関係が途切れがちである。	認知症が進行していられる中、サロンに参加される事で、その時だけでも楽しく過ごして頂く事で、心と体のリフレッシュに繋げる。また、住民の方々には、同じ時間を共有する中で、認知症への理解や知識を深めて頂く。	近隣地域のサロンなどに参加し、施設や認知症についての情報や知識を提供し、近隣住民が気軽に立ち寄り、悩みや質問が言える窓口作りに繋げる。また、利用者の思い出がある場所や人に接する事で関係の継続に繋げる。	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。