

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】 重度化の先にある死、できればおだやかな死をむかえる為に家族が考えられるよう話し合いの場を作る					
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		家族が遠くに住んでいて、緊急時にかけるのに時間がかかる。	親族がすぐかけつけて、救急病院につきそえる。	匝瑳市内か近在の親族に協力を得られるように話し、その人を協力人として契約書にサインをもらっている。達成率90%だが問題のこの人がある。	2ヶ月
2		緊急時に家族の望む医療行為を明確にする。	家族がかけるまでの間の緊急処置の方法を明確にする。	万一の時 延命治療や 蘇生措置を希望するか否かを書面を以て明確にする。(緊急時対応希望書、回収率80%)	2ヶ月
3		持病の悪化が本人や家族に理解されず、医療との窓口がグループホームとなり、日々病院化している。	家族は病状を理解し、リスクを知る。	検査しない、手術をしないと手放しているが、結果GHでの身体状況と今後の事を理解できるよう、受診報告で明確にしている。協力してもらえよう話合っている。	3ヶ月
4		万一の時往診してもらえない病院に受診している利用者様。	重度化したり、病気の時往診してもらえるDrにかかりつけていること。	市立病院に相談するも往診はしない。緊急時でも老衰のようなのはみない。が市内医師会の情報として、個別にかかりつけになっていれば往診可能。家族と会話しながら往診できるDrをさがす。	3ヶ月
5		看取りの意味を家族が理解する。黙っていればGHが最後までみてると思っている。	GHの力で医療の必要な人を見られないので、看取りの意味やあり方を家族が把握していること。	看取りの意味、老衰の意味を家族と共有し理解する。家族は看取りへの積極的な行動が必要だということを理解する。その為の協力体制の必要性を話合う。	6ヶ月