

## 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	4	運営推進会議の現在の実施状況ですが、2ヶ月に1度(2・4・6・8・10・12月)行ってきましたが、行政(区・市・府)機関からの参加がありませんでした。センターからは、各機関へ再三お願いはしてきましたが、土曜日は「無理」との解答のみでした。曜日の設定も検討しましたが、曜日を変更すると地域の皆様の参加が難しくなり、25年度に関しては、参加が無い状況です。	26年度に向け、行政機関の職員様並びに協力医療関係機関者や学校関係・取引先業者の皆様へも参加依頼を募り年間計画を立てた上で依頼していきます。又、毎回ではなく、曜日の設定を変更しながら、多様な方々に数多く参加して頂ける運営推進会議にしたいと思います。	近隣の1つの保育園とは、25年度1年間通して交流を行ってきました。また、地域の敬老会では自治会長様の紹介で小学校の校長様とも26年度の交流をお約束頂いています。現在交渉中ではありますが、京都市の職員様へも依頼要請は行っています。地域との交流の輪が少しずつではありますが実現できてきています。それらの交流関係を元に運営推進会議の参加を呼び掛けていきたいと考えています。	6ヶ月
2	23	思いや意向の把握の実施状況で、ご指摘があったように、情報の収集に関しては、入所時に相談員様を中心に家族様・かかりつけ医・馴染みの深い関係者の方たちからの書面での提示や聞き取り調査の場で詳細に収集していますが、ケアプランに活かさきれていないのが実情です。	利用者様共通の支援内容ではなく、その方に寄り添える支援を情報と気づきから見だし、自立支援・生活支援に活かしたいと思えます。	情報から、その方の歴史・生活環境・身体状況をしっかりと理解したうえで、「気づき・発見」を細かく記帳・申し送りし、ケア会議で意見交換を行いプランに反映させる。	12ヶ月
3	26	毎月ケア会議を行い3ヶ月に1度の頻度で期間に応じて、対象者は個別に重点をおき会議を行っています。モニタリングの期間設定が6ヶ月と設定されており、3ヶ月毎に記録としては反映されていない状況です。	ケアサポート系の基本の期間設定が、会議3ヶ月、モニタリング6ヶ月と設定されています。が、今後、計画作成に指定があったことを報告し、順次見直していきたいと思えます。	ケアサポート系の計画作成委員会でケアプランや経過観察・等の見直しが検討されています。指摘があったことを報告し、3ヶ月の会議が必要とされる方より順次見直します。	12ヶ月
4	33	重度化や終末期に向けた方針については、医療機関との連携が充実してきており、ご家族様へも今後の対応などは、お話ししています。しかし、具体的な意思の確認や書面での取り交わしを行っていません。	25年度4月の「家族会」で今後の対応をお話した段階では、医療機関との365日24時間体制が構築されておらず、10月より訪問医療機関との体制が整いました。今後、家族様とセンターと医療機関が話し合いの場を多く設け確認を頂いていきたいと思えます。	利用者様の意向・家族様の希望・医療機関の協力体制・センターでの対応の出来る範囲を認識し、職員の技術・知識の向上に向けての研修や勉強会を行っていきます。そのうえで、家族様との話し合いの場を設けながら確認を行っていきます。	12ヶ月

5	35	開所以来、年2回の防災訓練は行ってきていますが、ご指摘があった全ての訓練は行えていません。指摘があった内容を次回の訓練に活かします。	年2回の防災訓練以外に抜き打ちでの訓練も行えていません。職員の意識・緊張感を高めるためにも訓練回数を増やし、内容を見直していきたいと思ひます。	計画を立てた訓練の実施を4回、計画者だけが把握している訓練を年2回を目標に行ひます。ハザードマップを制作し、各フロアーに掲示します。	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、行を挿入して下さい。