

## 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	認知症やADLの低下による重度者の対応について先を見据えたケアや終末期など具体的に詰めていく必要がある。	状態が落ちぬよう日々の観察を怠らず、ケアも変更していきながらADLの低下を防ぐ。現状ではハード・ソフト両面とも環境が整っておらず、看取りは行えないため、医師と連携しながらも家族の希望を聞き、次の行き先を具体的に支援していく。	日々の記録の細かな記載と申し送りにより、全職員の情報の共有とケアの統一を図る。医療的なものについては主治医や看護師に協力を仰ぎ、症状の悪化を防ぐ。	12ヶ月
2	4	地域密着と位置づけていながらも、近隣との交流もあまり増えずに、イベントやボランティアなど欲しい情報が少ない。誰に協力をしてもらうのが最良なのかも分からない現状。	運営推進会議において出席者が偏っているため、議題の工夫やそれに沿った方に声を掛け、出席を依頼する。地域密着を目指すためにも、情報をたくさん持っている社協や地域包括の方などに協力を仰ぎ、意味のある会議の場としたい。	年間の議題も決まっているため、早めの段階で出席を依頼し、要望や資料等も準備する。地域との連携や情報の共有を目指していく。会議で議論する場と同時に施設を知ってもらう場にもしていく。	6ヶ月
3	30	家族が遠方であったり、体調不良や多忙のために受診付き添いが出来ない方への対応。個々の主治医が異なるために急変時の搬送など困難な点もある。家族に受診をお任せするため、情報の伝達が完璧でなく課題でもある。	都合が付かなかったり、急変時などにおいて、きちんとした施設と家族の取り決めができ、互いに安心して受診や緊急搬送がスムーズに行くようにする。家族にも分かり易く、医師にも伝えやすい内容で日々の様子を伝え、受診して頂く。	常日頃、面会時や電話・メール等により密に状態を報告しながら、いざという時の対応を話し合っておく。当施設の協力病院が主治医でない方についても、1度のみ受診をお願いし、カルテを作成し、受け入れ態勢を作っておく。	12ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月