

## 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        | 12   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・重度化や終末ケアの利用意向についてのホームの方針について</li> <li>→現在重度化鶴分の利用者はいないが、今後重度化になった場合に、ホームでのケアがキュアの部分も含めて可能であるか検証していかなければならない。またターミナルケアについても同様であり、終末期をホームで迎えることが可能であるか検証する。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者や家族の意向に沿っていくことが基本になるが、住み慣れたホームでなじみのある他の利用者や職員が暮らすこのホームで、できる事であれば最期まで住んでいただきたいと考える。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・重度化や終末ケアの為の指針を整備する。またケアに直接携わる職員の意見を聞き、具体的な方向性を提案し、全職員が同じ視点で受け入れることができ、またケアの為の理解や方針を共有できるための対策を講じていく。</li> </ul>  | 12ヶ月       |
| 2        | 12   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・重度化や終末ケアの為の対策</li> <li>→ホームの方針やそのための指針があっても、全職員の意思統一性が不可欠であるが、今後どのような形でその指針を共有できるかがかかっている。</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・今後一年間でできる研修等を計画する。</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・協力医や先進的な取り組みをしている施設から研修を受ける。特に介護と医療との連携や救急蘇生法、痰の吸引の為の講習会参加、看取りの為の手順についてなど。内部研修や外部研修を行っていく。重度化ケアや看取りの為のマニュアルの作成。</li> </ul>   | 12ヶ月       |
| 3        | 12   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療との連携について</li> <li>→現在ホームには看護師の配置がなく、介護職員のみでバイタルチェックや内服薬の準備等を行っている。現在の利用者は慢性的疾患があっても特に重度化の利用者はいないが、看護師不在については今後の不安材料となっている。</li> </ul>                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師または准看護師の配置、訪問看護ステーションとの連携、協力医についての検討、かかりつけ医との連携強化</li> </ul>                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師または准看護師の配置について今後も引き続きハローワーク等を通して募集する。訪問看護ステーションは、終末期ケアやニーズのある時に訪問して頂けるよう、予め相談していく。協力医については現在協力いただいている内科の診療所だけでなく、夜間や救急時対応、または往診可能な総合病院を協力医とする。この協力医要請については9月1日付にて市内の総合病院と契約済みである。協力医以外に個別のかかりつけ医に、重度化や終末ケアについてのホームの方針や指針の説明、また協力体制についてのお願など随時説明していく。</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、行を挿入して下さい。