

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	30	かかりつけ医の受診支援について定期的な訪問診療や他科へ受診については実施できているが適切な治療や処置、利用者の処遇について理想的な対応にはまだ至っておらず、より緻密な情報提供と連携が課題である。特に高齢化が進み、一度入院となると1ヶ月以上かかってしまい、最終退居となってしまう。	利用者の日常の様子や変化を適切に報告する事で利用者により良い医療や介護を受ける事ができ、本人や家族が望む環境を提供できる。	協力医療機関へ適切な情報を書面と口頭で早期に伝え、主治医からの指示に的確に対応する。本人や家族様に入居時や体調や様子の変化に合わせてケアプランの作成を実施し意向を確認する。	12ヶ月
2	2	事業所と地域との関して、当事業所の所在地には自治会がなく、地域との交流を図っていくことが困難である。特に本年度、コロナ禍の影響により外部との接触は避けていたという現状もある。	事業所が孤立することなく地域から受け入れられ、地域活動や人々とのかかわりを積極的に持つ。コロナ禍のなかでの地域との係わり合い等を検討していく	・共用型デイサービスの拡大を図る ・地域参画行事を開催する ・地域資源を生かし、地域住民の一員として交流を図る	12ヶ月
3	40	利用者の高齢化により介護度が全体的に上がってきており、生活の中でなかなか役割を持って頂くことが難しくなっている。日々の暮らしの中で何らかの役割を持っていただき、それを支援していくことが課題である。	できる日々の暮らしの中で役割を持っていたき、それを支援できるよう取り組む。レクリエーション等取り組みを通じてさまざまな声かけを行う。	・利用者個々の力に応じて、やってみたいと思われるような声かけに取り組む ・利用者の好みの応じたレクリエーションメニューを取り入れ、可能な限り支援する	12ヶ月
4	18	重度化した場合や終末期のあり方についての家族の意思確認については、入居時とそうゆう状況になった場合のみ意向確認をおこなっていたが、その状況になったときに慌てて確認をすることがあった。	今後は定期的に、家族に対して意向確認を行い、また常に家族と連絡を密にして、質の高い終末期における支援体制を確立する。	具体的には半年に1回、意向確認をおこなうこととする。	12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。