

目標達成計画

作成日: 令和 7年 3月 24日

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	10	運営に関する利用者、家族等意見の反映	ご家族と良好な協力関係を維持し、相互の信頼を深めながら、ご利用者にとって最適な支援を提供する。	定期的な連絡の実施。ご家族との電話連絡を定期的に行い、状況共有を図る。 行事やイベントへの招待。家族参加型のレクリエーションや季節行事を企画し、交流を促進する。 ケア内容の説明強化。支援の方針や日々のケアについて、ご家族にわかりやすく説明し、安心感を提供する。 意見や要望の収集。ご家族からの意見や希望を積極的に取り入れ、ケアの質向上に活かす。 緊急時の迅速な対応。ご利用者の体調変化など、重要な情報は速やかにご家族へ報告し、適切な対応を協力して行う。	6ヵ月
2	11	運営に関する職員意見の反映	ケアの質を継続的に検証し、適切な改善を重ねることで、より質の高い支援を提供する。	定期的なケアの振り返り。ケース検討会やカンファレンスを実施し、支援内容の見直しを行う。 モニタリングの強化。ご利用者の満足度や健康状態を定期的に確認し、必要な対応を迅速に行う。 職員間の情報共有。申し送りや記録の充実を図り、ケアの一貫性を保つ。 研修・勉強会の実施。最新のケア技術や対応方法を学ぶ機会を設け、職員のスキル向上を促進する。 フィードバックの仕組みづくり。入居者や家族の意見を定期的に収集し、改善に活かす。	6ヵ月
3	2	事業所と地域のつきあい	近隣の保育園、小学校、中学校との交流を継続したり、ボランティアの受け入れを積極的に行う。	秋祭りや清掃活動などの地域行事に継続的に参加し、地域住民との交流を深める。 地域住民が気軽に立ち寄れるようなイベントや相談会を企画する。 運営推進会議で自治会長や地域のサービス事業所と定期的に情報共有し、連携を強化する。	6ヵ月

4	26	チームでつくる介護計画とモニタリング	ご利用者の意思を尊重し、意向やニーズを的確に把握しながら、個々に適したケアを提供し、自分らしい暮らしの実現を支援する。	定期的な意向確認。ご本人やご家族との面談を定期的実施し、希望や要望を把握する。 個別ケアプランの作成・見直し。意向に基づいたケアプランを作成し、定期的に見直す。 職員間の情報共有強化。ケアカンファレンスを実施し、個々の特徴に応じた支援方法を検討する。 地域資源の活用。外出支援や地域イベントへの参加を促し、社会とのつながりを維持する。 自己決定の支援。日々の生活の中で、ご本人が自ら選択できる場面を増やす。 多職種連携。医療・福祉・介護の専門職と連携し、包括的な支援を行う。	6か月
5	20	馴染みの人や場との関係継続の支援	ご家族の協力を得ながら、交流の機会を増やすことや、外出の機会をもつ。	ご家族の協力を得て、外出支援を充実させ、社会参加を促進する。 ご家族と協力しながら、地域のイベントや施設の活動に参加できる機会を増やす。	6か月
6	40	「食」を通じた活動、できる力・参加意欲を活かす	ご利用者が「食」を楽しみながら、自身の「できる力」や「参加意欲」を活かせる機会を提供し、生活の充実を図る。	調理レクリエーションの実施。簡単な調理や盛り付けを体験できる機会を定期的に設ける。 季節の食イベントの開催。お花見弁当、夏祭り屋台、秋の味覚フェア、鍋パーティーなどのイベントを企画する。 ご利用者と一緒にメニュー考案。好きな食材や思い出の料理を取り入れたメニュー作りを行う。 役割分担による参加促進。配膳・盛り付け・食材のカットなど、できる範囲で役割を持ってもらう。 地元の食文化を取り入れる。地域の郷土料理を取り入れ、食を通じた会話や思い出作りの機会を増やす。 職員との共同作業を強化。職員も一緒に食の活動に参加し、交流を深める。	6か月

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。