

2 目 標 達 成 計 画

グループホーム きずなの郷

平成 24 年 3 月 28 日

【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組み内容	目標達成に要する期間
1	26	：家族（本人）の思いや意向をコミュニケーションをとりながら伺い把握する。	*（本人）思いや意向を伺いながら、本人を中心に共に支えていく関係の継続に努める。	*家族訪問時、本人・家族との会話の中で思いや意向等を聞き・汲み取り又、分かりやすく説明・理解して頂き、記録に残し介護計画に繋げる。	3～6ヶ月
2	18	：家族へ面会（訪問や行事への参加）の声かけを積極的にする。 ：来客や家族の訪問時、笑顔での挨拶とゆったりとした時間を共に過ごしてもらう。	*家族、本人の思い・要望を表せる機会を持ち、利用者の日常の生活状況を感じて頂き、職員の思いも伝え安心感に繋げる。	*家族会の活用（思いや要望等を出して頂く） *ホーム行事への積極的参加の声かけをする。 *年4回の広報誌の発行継続（春・夏・秋・冬） *笑顔で元気よく挨拶・思慮深い言葉・会話	1 2ヶ月
3	10	：本人の外出希望を把握することが出来る。 ：日常的な外出支援が出来る。	*本人と家族の絆の継続ができる。	*家族の協力でドライブや外出の機会がもて、楽しく穏やかな一時を共有してもらう。	6ヶ月
4	31	：家族（本人）の健康や医療面、安全面の不安解消とスタッフの介護・支援の中での不安解消や気づきにも繋げる。	*訪問看護職との連携を密に保ち、家族（本人）の不安軽減に繋げる。 *重度化や終末期のあり方などについて家族と話し合う。	*各医療機関との情報交換や相談・報告の継続と訪問看護師による、日々の些細な体調、状態変化への相談や指示を受けることで悪化防止に繋げる。	1 2ヶ月
5	43	：排泄コントロールが出来事で、苦痛や不安の軽減に繋げる。	*本人のペースで排泄が出来る（自己排便の回避と下剤の服用減を試みる）	*本人の排泄パターンを知る（チェック表の活用・継続）①食事（食物繊維）・水分量の確保②軽運動③排泄姿勢④排泄習慣⑤家族と相談し個々での支援対応をする。	3ヶ月

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。