

2 目 標 達 成 計 画

事業所名グループホームきずなの郷
 作成日 平成23年 3月30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り組み内容	目標達成に要する期間
1	26	* 思いや意向の把握を継続し、本人や家族・関係者の意見等を書面に残す。	* 個々の（モニタリングシート等）記録用紙に思いや意向等を記入しケアプランに繋げる。	: 居室担当者が本人・家族との会話の中で聞き、くみ取り1～3ヶ月に1回記録を残しケアプランに繋る。	1 2 ヶ月
2	10	* 家族へ面会（行事への参加・訪問）の声かけを積極的にする。 * 家族の訪問時には、居室担当・出勤職員が日常の生活状況などを伝える。	* 利用者の日常の生活状況を知らせ、利用者や家族の思い・要望を表せる機会を持ち、職員の思いも伝えられる。	: 春・夏・秋・冬の年4回の広報誌の発行継続 : 訪問時や電話での状態報告等のコミュニケーションを継続する。 : 家族会の活用（家族会の中で意見や思いを出してもらう） : ホーム行事への積極的参加の声かけをする。	1 2 ヶ月
3	30	* 家族同行の通院時、確実な状態報告がかかりつけ医に伝達でき、Drからの指示が家族・職員共に共有できる。	* 家族・医療機関・ホーム間で正確な情報提供・受診支援の連携が出来る、ケアがスムーズに繋がられる。	: 用紙の作成（ホームでの状態報告欄や医療機関からの指示、他の欄など） : 受診同行時、家族・職員が用紙を持参し病院へ渡し、指示記入（受診）後受けとる。	1 2 ヶ月
4	49	* 日常的な外出支援が出来る。 * 本人の外出希望を把握する。	* 外出の機会確保が出来る。 * 季節の体感が家族と共に出来る。	: 少人数での近隣への外出や季節行事・風物等の体感継続が出来る。 : 盆・正月・法事（仏壇・墓参り）親類の集まり等季節行事が家族・職員の支援で行える。	1 2 ヶ月
5	48	* 出来る事・好まれる事・判られる事等を個々に再把握する。	* 自分のペースで日常生活が出来、協働にて意欲や達成感が持て、自信や自立に繋げる。	: 会話、モニタリング等で個々に好まれ、出来られ、判られる事等状態に合わせ継続出来るよう、声かけや一緒に行動する。	1～3 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。

2 目 標 達 成 計 画

事業所名グループホームきずなの郷

作成日 平成26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り組み内容	目標達成に要する期間
1	10	*日々の生活状況等での表情・言葉・動きなど家族の訪問時伝え、理解して頂く。	*家族（ご本人）の思いや意向を伺い、現況を把握し共に支えていく関係の継続に努める。	: 家族の訪問時、日々の生活状況等を确实（必要な事）に説明し、思いや意向等も汲み取る。 : 家族会の活用（思いや要望を出して頂く。	1～12ヶ月
2	31	*家族（ご本人）の健康や医療面・安全面の不安解消とスタッフの介護や支援する中での不安解消や気づきに繋げる。	*医療に関して主治医へ状態報告・連絡・相談を常にする。 *訪問看護師との連携を蜜に保つ	: 各医療機関との情報交換や相談、報告を行ないDrの指示を職員間で共有しケアに繋げる。 : 訪問看護師へ日々の体調、状態変化等の相談で指示を受けケアに繋げる。	12ヶ月
3	33	*今後の重度化や見取りについての主治医・家族・（事業所）スタッフの関わり方や方針の共有を図る。	*家族（主治医）重度化や終末期のあり方など話し合う	: 各主治医（医療機関）、訪問看護との連携を密に。 : 連絡・報告を迅速にし、指示を受け対応する。 : 利用者の安心に繋がるように常に家族と話し合う。	12ヶ月
4	49	*年齢・介護度も高くなり、天候や時季・体調変化にて外出の回数も少なく、少人数での外出支援となる。	*ご本人の気分転換を図り、家族との絆の継続が出来る。	: 事業所の月毎行事に家族に訪問して頂くように連絡する（誕生会・ドライブ・花、樹木見学・運動会） : 家族会の活用	12ヶ月
5	49	*ご本人のペースで日常生活が不安なく、穏やかに過ごせる支援の継続	*ご本人のペースで穏やかな日常生活ができる。	: 内服薬等は主治医や訪問看護師に報告・相談・支援 : 日常生活支援（食事・水分量、睡眠、活動、排泄、入浴等）チェック表活用・パターン等の把握	1～3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。

