

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

| | | | |
|---------|-----------------|------------|-----------|
| 事業所番号 | 1770900573 | | |
| 法人名 | 株式会社 関東メディカル・ケア | | |
| 事業所名 | グループホーム フローラ久喜 | | |
| 所在地 | 埼玉県久喜市吉羽1-6-29 | | |
| 自己評価作成日 | 平成25年1月11日 | 評価結果市町村受理日 | 平成25年3月6日 |

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

| | |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 基本情報リンク先 | http://www.kaigokensaku.jp/11/index.php |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|-----------------------------|--|--|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人 ケアマネージメントサポートセンター | | |
| 所在地 | 埼玉県さいたま市中央区下落合五丁目10番5号 | | |
| 訪問調査日 | 平成25年1月30日 | | |

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

グループホームでの医療依存度の高い方の入居先の確保が厳しい現状の中で医療機関と密に連携を取る事で積極的に受け入れを行っています。介護の現場では入居者の個々の個性を大切にし豊かな環境の中で楽しい日々を過ごして頂いています。また、日々の暮らしの中に行事や外出を多く取り入れ変化のある生活を送って頂いています。入居当初は軽度の方も年々歳を重ねるごとに重度化していますが職員は正しい知識を身につけ医療との連携で最後まで安心して生活できるように家族、職員が一体となって取り組んでいます。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

・グループ内の医療法人との連携体制がとられていることと医療的知識の研修に積極的に取り組まれるなど、受入れ体制が整備され、医療依存度の高い利用者の受入れが行われている。ADL低下や特定疾患を持つ利用者の生活の質の向上に向けチーム支援され、自立や生き生きとした生活に戻れるなど、成果に結び付けられている。
 ・ご家族アンケートでも「ちょっとした出来事でもすぐに連絡があり、安心していただける」、「グループホームと医療機関との連携が密で、常に体調に気を配って頂けるので、とても安心できる」等のコメントがあり高い評価と信頼が得られている。
 ・目標達成計画の達成状況については、地域との協力体制構築に向け、地域の方々との合同訓練などに取り組まれるほか、防災体制整備に向けた地域の会合で、理解と協力を要請を予定されるなど、継続的な取り組みが行われている。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

| 項目 | | 取り組みの成果 ↓該当するものに○印 | | 項目 | | 取り組みの成果 ↓該当するものに○印 | |
|----|------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 56 | 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25) | ○ | 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんど掴んでいない | 63 | 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19) | ○ | 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない |
| 57 | 利用者職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38) | ○ | 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない | 64 | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20) | ○ | 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない |
| 58 | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38) | ○ | 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない | 65 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4) | ○ | 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない |
| 59 | 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37) | ○ | 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない | 66 | 職員は、生き生きと働いている (参考項目:11,12) | ○ | 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない |
| 60 | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49) | ○ | 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない | 67 | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う | ○ | 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない |
| 61 | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31) | ○ | 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない | 68 | 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う | ○ | 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない |
| 62 | 利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28) | ○ | 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない | | | | |

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|--------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| I. 理念に基づく運営 | | | | | |
| 1 | (1) | ○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている | 各フロアに事業所理念を掲げ全員が理解し意識を持てるように、朝礼時には職員心得の唱和をして日々取り組んでいる。注意・指導を行う際は理念を踏まえ対応している。 | 理念にある、職員間の信頼、チームワークで質の高い介護に向けた取り組みが行われている。利用者が安心して、自立した生活が送れるよう、職員も「自分が受けたい介護」を目指すなど、理念が活かされている。 | |
| 2 | (2) | ○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している | 施設の行事には地域の方々を招いており、またボランティアを受け入れ楽しい時間を過ごし交流を図っている。自治会に加入している。 | 地区の運動会に招かれたり、ごみゼロ運動など自治会活動に参加されている。敬老会や納涼祭など事業所イベントには地域の高齢者を招き、手づくり料理でもてなしや各種ボランティアの受入れなど、利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう取り組まれている。 | |
| 3 | | ○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている | 運営推進会議開催時、参加の方々へ認知症についての説明を行い理解を得ている。介護についての悩み・困りごとがあれば気軽に乗り越し頂く様に声かけを行っている。 | | |
| 4 | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている | 定期的に市担当者・自治会区長・利用者・家族等の参加を得て開催している。施設の現状、行事報告、意見交換を行い、問題点があれば改善に向け協議している。 | 定期的に開催され、事業所からの報告のほか、参加者からも災害対策や地域交流提案などの話し合いが持たれ、事業所運営やサービス向上に活かされている。 | |
| 5 | (4) | ○市町村との連携 市町村担当者や日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる | 入居状況について報告をしている。介護保険相談員を受け入れ、介護保険相談員は利用者おひとりおひとりとじっくり話をされ現状を把握されている。 | 報告・相談時やグループホーム事業所連絡協議会の会議参加時などにコミュニケーションを図られている。又、運営推進会議でも事業所運営でのアドバイスを頂いたり、介護相談員派遣事業の受入れをされるなど、良好な協力関係が築かれている。 | |
| 6 | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる | 身体拘束の社内研修を実施し、全職員への理解に取り組んでいる。また、ご家族の同意を得て身体拘束を行っている事例がある。身体拘束の会議を開き安全面を重視しつつ必要の是非を検討している。 | 全社的研修と所内研修が行なわれ、管理者及び全ての職員が身体拘束の内容とその弊害を認識し、身体拘束をしないケアに取り組まれている。離床・転倒の危険のある利用者には、職員の見守りの強化、ケア方法の話し合いなどされている。 | |
| 7 | | ○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている | 職員の言動や日ごろから皮膚観察を行い注意を払っている。言葉遣いや態度にも十分気をつけ虐待防止に努めている。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 8 | | ○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している | 現在、成年後見人の利用者がいない。適切に対応できるように研修の中で権利擁護について学習する機会を作っている。 | | |
| 9 | | ○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている | 契約・解約時は十分な説明を行い、疑問・質問には丁寧な対応を心がけ納得して頂けるように実践している。 | | |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている | 利用者の訴えを傾聴し、家族面会時には意見・要望をお聞きし、フロア内で話し合いを行い、誠意を持った対応に努めている。 | 利用者については、日頃の関わりの中で、家族とは面会時に「困ったことはないですか」と声かけを心がけられている。その他運営推進会議などにも意見・要望の聴き取りが行われている。意見や要望については職員間で話し合い、運営に反映されている。 | |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている | 全体会議、フロア会議を月1回開催しスタッフの意見や提案を聞く機会を設けている。 | 定例の全体会議時には代表自ら職員に意見・提案など聴きとられるほか、個別面談も実施されている。発言しやすい職場環境がつけられ、個別ケアや外出企画など、具体化されている。 | |
| 12 | | ○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている | 各自が向上心を持てるよう資格取得に向けた資格取得助成金制度がある。 | | |
| 13 | | ○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている | 年6回程度、様々な観点からの社内研修を設けている。職員の力量に応じて適任者を選し様々な研修を受ける機会がある。 | | |
| 14 | | ○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている | 他のグループホームの行事へ参加し交流を通じて情報交換を行いサービスの向上に努めている。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援 | | | | | |
| 15 | | ○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている | 入居前の段階で本人の要望を伺い状況を把握し職員間で共有している。入居後も不安なく安心して暮して頂けるように対応し信頼関係の構築に努めている。 | | |
| 16 | | ○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている | 家族に施設内を見学して頂き生活の雰囲気を感じてもらい、不安や要望等を傾聴しながら信頼が得られるように努めている。 | | |
| 17 | | ○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている | 本人・家族の要望を伺い可能な限りサービス提供につながるように努めている。 | | |
| 18 | | ○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている | 掃除・洗濯等を一緒に行うなかで信頼関係を築き、やりがいや生きがいにつなげている。 | | |
| 19 | | ○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている | 面会時には本人の様子を報告し行事等の案内を行い参加していただく中でより一層家族への絆を深められるように支援している。 | | |
| 20 | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている | 友人・知人の面会時は居室でゆっくりと過ごして頂いている。本人の希望があれば家族へ相談を行い機会作りを心がけている。 | 馴染みの友人・知人の面会、手紙のやり取りや電話の取り次ぎ、家族の協力を得ての墓参りや理・美容室へ出かけるなど関係が途切れないよう支援されている。 | |
| 21 | | ○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている | 入居者同士の関係を考慮しフロアの席に配慮している。個性を大切にしながら入居者同士が関わりを持ち楽しんで交流できるよう支援に努めている。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 22 | | ○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている | 退居後も気軽に立ち寄って頂くように声かけを行い、必要に応じて家族から本人の様子を伺い関わりを大切にしている。 | | |
| Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント | | | | | |
| 23 | (9) | ○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している | 個々の入居者の希望に添えるように傾聴し自分の思いや意向を上手く伝えられない入居者については日常生活の中で表情・しぐさなどから汲み取るように努めている。 | 思いや意向の把握が難しい利用者については、家族などから情報提供を得るほか、日頃の関わりの中で表情や仕草などからも汲みとるよう努め、利用者本位に検討されている。共同生活に馴染めなかった利用者の特技を活かし、皆さんといっしょに楽しく過ごされるなど、成果に結び付けられている。 | |
| 24 | | ○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている | 入居者用の個別ファイルや家族の面会時・本人から話を傾聴し生活歴などを把握して生活歴・生活環境の情報を職員間で共有している。 | | |
| 25 | | ○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている | 入居者一人一人の生活リズムを把握し心身の状態を常に観察し記録に残し職員間で共有している。 | | |
| 26 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | 本人・家族の意見を傾聴し医療機関と連携しながら意見交換を行い、入居者の現状に即して介護計画に反映させている。 | 利用者や家族には日頃の関わりの中で思いや意見を聞き取り、医師を含め関係する職員全員で意見交換を行い、現状に即した介護計画が作成されている。また、家族との面会時に計画内容を説明したり、郵送し電話で詳細説明をされるなど、理解と同意確認に努められている。 | |
| 27 | | ○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている | 定期的な見直しのためのカンファレンスを行っている。個々の状況に応じて問題が発生した際はカンファレンスを行い介護計画の見直しをしている。 | | |
| 28 | | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる | 本人や家族の状況に合わせ、家族対応困難な場合は職員が対応している。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 29 | | ○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している | 地域の方々には、行事等に参加していただき楽しみを共有しながら豊かな暮らしを送ることができるよう支援している。 | | |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している | 2週間に1度の往診があり、入居者の状況を報告・相談し、状態変化があった際はすぐに連絡し対応している。必要時には歯科往診も行っている。本人・家族が希望する医療機関での受診は家族対応を依頼している。 | 利用者や家族の希望を尊重し、医療機関の選択をしていただいている。専門医等かかりつけ医の受診は家族対応を基本としているが、必要な情報提供を行ない、適切な診療が行なわれるよう支援されている。 | |
| 31 | | ○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している | 1ヶ月に2回の訪問看護があり入居者の状況を相談し適切なアドバイスを受けている。 | | |
| 32 | | ○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。 | 入院時は医療・介護情報を提供している。入院中は家族と密に連絡を取り、職員が見舞いに行くなどして状況を把握している。入院先の医療相談員と連絡を取り合い、退院後も安心した生活が送れるように努めている。 | | |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる | 相談段階より事業所の終末医療への取り組みを説明している。重度化したケースの取り組みとして、家族・主治医と話し連絡を取り合い、安心して過ごしていただけるように支援し看取りを行った。 | 入居時に重度化・終末期についての話し合いが持たれ、利用者・家族と意志統一を図られている。その後の対応も早い段階から話し合いを行ない、関係者の力を結集して看取り支援に取り組まれている。 | |
| 34 | | ○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている | 社内研修・施設内勉強会・マニュアルを通して職員が不安なく対応できるように努めている。 | | |
| 35 | (13) | ○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている | 年2回の防災訓練には地域の方々へ参加の声かけを行い、できる限りの出席を頂いている。災害ボランティアの募集を呼びかけている。 | 定期訓練では、夜間の発生を想定したり、車いす利用者の避難訓練などを運営推進会議出席メンバーと合同で取り組まれている。また、AEDや救急救命などの講習が予定されるほか、災害時協力者についても、地域の理解と協力の要請を計画されるなど、協力体制構築に向け取り組まれている。 | 災害発生は予測不可能なことで職員だけの避難誘導には限界があると想定されることから、近隣住民の方など災害時協力者の確保に向けた継続的な取り組みを期待したい。 |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 | | | | | |
| 36 | (14) | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている | 入居者一人一人の人格を尊重し、プライバシーの保護を常に意識した言葉使いや態度で対応している。 | 利用者の人格を尊重した対応と個人情報の責任ある取り扱い、排泄・入浴時の羞恥心、紙オムツやパット類などの取り扱いに対する配慮など、きめ細かな対応が取られている。 | |
| 37 | | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている | 入居者の思いや希望を聞き入れ、無理強いせず自己決定できるように支援している。 | | |
| 38 | | ○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している | 基本的な1日の流れはあるが、本人のペースに合わせ、希望に沿った対応を行っている。 | | |
| 39 | | ○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している | 定期的な理美容が訪問し、本人の希望にこたえている。馴染みの利美容は家族とのふれあいを兼ねて利用されている。本人の好みの服を着用できるように買物外出もやっている。 | | |
| 40 | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている | 入居者に無理のない範囲で食事準備片付けなどを行っていただいたり希望に沿ったメニューをお出ししたりと食事を楽しんでいただけるような支援を行っている。 | 利用者個々の力に合わせ、テーブル拭きや後片付けなど職員と共に行なうほか、キャリア豊富な利用者から調理方法のアドバイスをいただいている。また、卵や魚料理など調理方法を選んでいただいたり、定期的な外食や行事食など、利用者の好みや希望に沿った支援をされている。 | 食事は利用者だけでなく、家族にとっても関心の高いことであり、家族に献立表を送付するなど、事業所の食事に対する取り組みと日常生活の理解を深めていただき、サービスレベルの向上とより深い信頼関係を築かれることを期待したい。 |
| 41 | | ○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている | バランスの良いメニューを入居者一人一人の状況に合わせて食事量を調整したり盛り付けに気をつけ提供している。水分摂取量の少ない入居者はこまめに摂取していただき水分確保している。 | | |
| 42 | | ○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている | 毎食後、職員が見守りや介助を行い、口腔内の清潔保持に努めている。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている | 入居者個々の排泄パターン・習慣を把握し見守り声かけを行い安心した排泄が行えるように支援している。 | 一人ひとりの力や排泄パターン・習慣を把握して、適宜、声かけを行い、トイレでの排泄や自立にむけた支援が行われている。 | |
| 44 | | ○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる | 排泄表、食事、水分、運動量のチェックを行い、便秘の場合は主治医へ相談し下剤等で排便コントロールをしている。 | | |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている | 入居者の体調に合わせて対応している。入浴中は入居者個々に合わせた見守りや介助体制をとり安全面を配慮した対応を行っている。 | 午後入浴を基本とし、出来る限り希望に沿った支援をされている。入浴できない利用者についても清拭や足浴などを行なっている。また、利用者個々の力に合わせて、職員2人で介助されたり、脱衣場や浴室温度を確認するなど、安全対策も取られている。 | |
| 46 | | ○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している | 個々の生活習慣、心身の状態を把握し休息・午睡をして頂いている。生活環境を整えメリハリのある生活を過ごすことで安心して眠れるように支援している。 | | |
| 47 | | ○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている | 職員は薬の説明書を十分に理解し必要があればご本人への説明を行っている。処方の変更があれば、身体状況を観察し主治医へ報告を行っている。誤薬が無いようマニュアルを整備した。 | | |
| 48 | | ○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている | 可能な入居者には洗濯物干し、畳み、掃除機かけ食器拭き等を無理のない程度にお手伝いして頂いている。入居者の持てる力を活かし役割のある生活が送れるように支援している。 | | |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している | 散歩、季節毎の外出以外にも巨大ショッピングモールへの買物ツアーを行う等、入居者の希望を取り入れた支援を行っている。 | 近くの公園への散歩や買物など、日常的に外出支援されている。又、家族の協力を得ての初詣や祭り見物、大型商業施設での買物や利用者個々の希望に沿ってラーメン店や寿司店などに出かけるなど個別支援にも取り組まれている。 | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 50 | | ○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している | 施設でお預かりし管理している。買物ツアーや日常生活品の購入は職員と一緒に行きお預かりしているお金で支払って頂いている。月末々とし、ご家族へは翌月報告している。 | | |
| 51 | | ○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている | ご本人の希望があれば電話をかけ、電話を受けた際は取り次ぎ、電話の出来ない入居者には職員が対応し、本人や家族へ内容を伝えている。手紙の投函はスタッフが行い届いた際は速やかにご本人に渡している。 | | |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている | 入居者が快適に過ごせるよう、温度・湿度の調整をしている。共用空間に季節にあった飾り付けをしたり、玄関に季節の花を植え季節感を味わって頂ける様に工夫している。 | 利用者にとって不快や混乱を起こさぬよう、毎朝室内換気をされるほか、温度や湿度、音、採光などきめ細かな配慮がとられている。家庭的な雰囲気や大切な季節の花や利用者の書道作品などが飾られ、明るく清潔感のある共用空間づくりがなされている。 | |
| 53 | | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている | フロアの自分の席や和室で過ごされたり、庭や玄関先で談笑される方もいる。 | | |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている | 本人が居心地よく過ごせるように使い慣れたものや好みのものをお持ちいただくようにご家族へ相談している。 | 暖かな陽ざしが差し込む居室に、家族や外出時の思い出の写真、テレビ、仏壇などが持ち込まれ、居心地良く過ごせるよう工夫されている。又、毎朝掃除の時間が設けられ、共用スペースを含め清潔維持にも努められている。 | |
| 55 | | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している | フロア・トイレ・廊下・風呂場には手すりが設置されバリアフリーとなっており安心して歩行できるように安全面に配慮している。 | | |

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム フローラ久喜

目標達成計画

作成日: 平成 25年 2月 27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 | 35 | 災害発生は予測不可能なことと職員だけの避難誘導には限界がある。特に夜間帯は各フロアに職員1名のため避難誘導、救出には近隣の災害時協力者の確保に向けた継続的な取り組みが必要である。 | 地域住民から災害時の協力が得られるように働きかけ災害時協力者の確保に努める。定期的な避難訓練に地域住民にも参加していただき施設及び認知症高齢者について理解していただく。 | 自治会で自主防災組織の設立に向けて取り組んでいるので自治会や運営推進会議等で情報を得て災害時に近隣地域住民の協力が得られるように働きかける。年2回の避難訓練には近隣地域住民や自主防災組織の役員の参加を呼びかける。 | 12ヶ月 |
| 2 | 40 | 食事は利用者だけでなく家族にとっても関心は高いが施設の食事について知る機会が少なく食事についての取り組みを理解していただく必要がある。 | 利用者が施設内でどのような食事をしているか家族に知ってもらい、食事について施設がどのような工夫をして美味しく楽しく食事をしていただいているのか理解していただく。 | 家族に献立表を送付したり、事業所で発行している情報誌を通じて普段どのようなものを食べているのか知っていただくとともに一緒に食事をする機会などを設ける。 | 12ヶ月 |
| 3 | | | | | ヶ月 |
| 4 | | | | | 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、行を挿入して下さい。