

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	1475300693	事業の開始年月日	平成15年12月1日	
		指定年月日	平成15年12月1日	
法人名	工藤建設株式会社			
事業所名	グループホーム フローレンスケアたかつ			
所在地	(〒213-0026) 神奈川県川崎市高津区久末1744-2			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名	
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	通い定員	名	
		宿泊定員	名	
		定員計	18名	
		ユニット数	2ユニット	
自己評価作成日	平成22年2月1日	評価結果 市町村受理日	平成22年6月24日	

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	
----------	--

【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)】

今、出来ている身のまわりのこと等を継続できるよう支援し、また、家事など、できる可能性を引き出し、自分の役割を持ってもらうことで張りのある日常生活を送れるように支援している。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社団法人 かながわ福祉サービス振興会		
所在地	神奈川県横浜市中区本町2-10 横浜大栄ビル8階		
訪問調査日	平成22年2月25日	評価機関 評価決定日	平成22年6月10日

【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)】

<p>【事業所概要】 この事業所はJR南武線武蔵新城駅または田園都市線溝口駅からバスに乗りまして20～30分、バス停から徒歩5分ほどの住宅地にある。鉄筋造り2階建ての建物で、1階には同一法人のデイサービスが併設されている。利用者はデイサービスのボランティアによる演芸の余興への参加の誘いを受けている。また、月2回有償ボランティアから音楽セラピーを受けている。天気の良い日は利用者が1日1回は外に出ることを目標にしており、その人に応じた散歩コース、買い物、庭での外気浴などを行っている。職員全員にアンケートを実施し、理念を具体化した「月別目標」を作成してケアに取り組んでいる。研修は、年間計画を立て実施している。</p> <p>【看取り・医療関係の支援】 現時点では、医療行為が必要でなくケアが出来る状況であれば、家族と話し合い、看取りを行える体制がある。協力医の訪問診療が月2回行われ、歯科は必要時に訪問診療が受けられる。</p> <p>【地域との交流】 自治会に加入し、利用者が職員と一緒に回覧板を隣家に届けたり、どんど焼き、祭り、町内の清掃などの行事に参加している。食材の購入は地域の店を利用している。小学校と交流があり、小学生が事業所に遊びに来ることがある。</p>

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1～14	1～7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15～22	8
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	23～35	9～13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36～55	14～20
V アウトカム項目	56～68	

事業所名	グループホーム フローレンスケアたかつ
ユニット名	1階Aユニット

V アウトカム項目	
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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者の
	2, 利用者の2/3くらいの
	3. 利用者の1/3くらいの
	4. ほとんど掴んでいない
57 利用者と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)	<input type="radio"/> 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
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)	<input type="radio"/> 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
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)	<input type="radio"/> 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
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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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
62 利用者は、その時々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)	<input type="radio"/> 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

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ます。 (参考項目：9, 10, 19)	<input type="radio"/> 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
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：9, 10, 19)	<input type="radio"/> 1, ほぼ毎日のように
	2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3. たまに
	4. ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	<input type="radio"/> 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. 全くいない
66 職員は、活き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	<input type="radio"/> 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
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。	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 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. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	事業方針の中で「私たちは介護高齢者と地域社会に貢献します」を掲げ、毎朝朝礼時に事業理念・方針を唱和し、全体会議の場などで、具体的な施策等を職員と共有している。	理念を具体化させた「月別目標」（事業所の理念に位置づけ）を毎月、職員全員にアンケートを実施してそれを基に作成している。「気配り、目配り、心配りで寄り添う介護」が2月の目標である。	
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	散歩や買物、回覧板届け等の際、近隣の方々と挨拶を交わし、庭の花や手作りの野菜を頂くなど交流を深めている。また、町内会の行事（初詣・清掃・小学校との交流等）に積極的に参加している。	久末自治会に加入し、どんど焼き、祭り、町内の清掃などの行事に参加している。食材などは地域の店から購入している。小学生が学校行事で訪れたことを機にその後も遊びに来ることがある。	
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	隔月でフローレンスケアたかつとしての広報紙「いつでも夢を」を久末町内会に回覧し文や写真を通して認知症ケアに触れている。また訪問時や電話相談で支援方法を活かせるよう取り組んでいる。	/	/
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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	参加者の提案、意見があればすぐに対応し、サービスの向上に取り組んでいる。	2ヵ月に1回運営推進会議を開催している。事業所から運営、活動状況などの報告をし、参加者から意見、要望などを聞いてそれを活かしている。自治会と事業所で「防災相互援助に関する覚書」を締結できないか現在検討している。	
5	4	○市町村との連携 市町村担当者とは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	市町村担当者との関係は少ないが、運営上確認したいことや書面などの不明な点があった場合、電話の問い合わせをしている。	事業者指定更新手続き、実地指導などで市担当窓口と連携している。高津区介護保険窓口や利用者の居住地の行政担当窓口と連絡を取り合っている。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	運営本部主催の「身体拘束・高齢者虐待について」の研修に職員全員が参加し、意識付けを行なっている。日中に関しては玄関や居室窓の施錠も行っていない。	全体会議で身体拘束について学習し、マニュアルを整備している。現在、職員は法人が実施している「身体拘束と高齢者虐待について」の研修に順番に参加している。玄関（日中）、ユニット出入り口、居室に鍵はかけていない。家族に鍵をかけないリスクについて話をしている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	運営本部主催の「身体拘束・高齢者虐待について」の研修に職員全員が参加し、意識付けを行なっている。施設内研修では言葉の暴力なども含め資料を参考に内容の理解を深めている。		
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	外部研修に参加し、資料やパンフレットを基に、職員に伝達研修として内容を説明している。		
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	契約時は重要事項説明を行い契約書の読み合わせ説明を行っている。また、利用細則料金表を提示し、出来ること出来ないこと、退去の要件等説明を行ない、契約者、身元引受人からの質問に答えている。		
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並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	家族懇談会や面会時など日常的に管理者や職員、計画作成担当者が声掛けし家族、利用者の意見、要望を聞く機会を設けている。また、苦情相談窓口等を掲示し意見の言える環境を整備している。	訪問時、家族懇談会（6月・12月）、運営推進会議で家族の意見、要望などを聞く機会を設けている。家族から「利用者の生活の様子が知りたい」という要望があったため、家族にも行事に参加をしてもらうようにした。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	月に1回、運営者も参加する職員全体会議及びユニット会議を開催し、運営に関する情報提供や職員の意見や提案を聞く機会を設けている。個別に得た意見等も運営者に報告し運営に反映させている。	全体会議、ユニット会議などで職員の提案、意見を聞く機会を設けている。職員から「休憩時間が取りづらい」という意見があり、意見を反映して休憩を取りやすいようにタイムスケジュールを調整した。	
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	施設に訪問の際など、不定期に面談を行ない、本人の希望目標を共有し、実行出来るよう声掛けを行なっている。キャリアパスの導入準備等、向上心の持てる職場環境を整備している。		
13		○職員を育てる取組み 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	高齢福祉センター等の研修案内から常勤、非常勤の分け隔てなく、個人にあった研修への参加の機会を確保し、定期的に内部研修も合わせて行なっている。		
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つくり、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組みをしている	同業者が主催する研修や講習会、講演会の情報提供をして参加を促し、交流の機会を作っている。希望者には同法人フローレンスケア他施設への見学・研修（実習）など相互で行なっている。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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	家庭訪問を行い、本人・家族より希望、要望また不安材料生活課題など相手が話したいことを誠実に聴くことで、安心感を持ってもらうよう心掛けている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	家庭訪問を行い、家族及び介護者より日々の状況や家族との関係、入居にあたっての不安など聴きとり、信頼関係を築けるよう努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	アセスメントの段階で十分に聴き取りをし、必要としている支援を見極め、サービス提供が困難な場合は出来る限り他のサービスを紹介し、本人・家族が選択できるようにアドバイスしている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	本人で出来ることはやっけていただき、職員は常に声かけ見守りを中心に関わりを持つよう対応している。また、必要な部分も全面的に介助せず、一緒に行なうことで支えあう関係作りをしている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	訪問回数の多い家族との関係はよく出来ている。訪問回数の少ない家族との関係作りは定期的に日々の様子を報告したり各行事やイベントへの参加を呼びかけ交流が持てるような計画をたてている。		
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	個人差があり生活地域ではない入居者には難しい現状があるが、友人・知人からの便りや訪問があった時などに話しを聴いている。	利用者の友人が訪れた場合は、リビングなどで自由に過ごしてもらっている。散歩時に近くのお寺にある利用者の身内の墓に墓参りが出来るように支援している。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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に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	毎日の生活の様子を観察し、みんなで仲良く暮らせるよう入居者同士の関わりを大事に支援している。レクリエーションや家事を一緒に楽しんで行なえる場所・環境を作っている。		
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、これまでの関係性を大切にしながら、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	入居者が特養等に移られた後も、家族にボランティアとして引き続き来ていただいている。その際は、家族やご本人の入所先での様子や相談事を聞いている。		
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。	日常の会話やケアプラン検討時、本人・家族の意向などを聞き取っている。ユニット会議やケアカンファレンスを開催し、情報を共有した上で、本人の希望・意向に添えるよう工夫している。	日々の暮らしの中でのコミュニケーションや家族の情報などから思いや希望の把握をしている。現在、意思の疎通ができない方はいない。「外食がしたい」、「生ものが食べたい」という希望があり、外出行事としてお寿司などを食べに行ったことがある。	
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	入居前のアセスメントを通し生育・生活歴・生活環境・嗜好・趣味などの把握に努めている。		
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	介護記録の閲覧や各チェック表等を確認している。ケアカンファレンス等で総合的な現状把握に努めている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	計画作成者の作成するケアプランを基本とし、より具体化するため居室担当者による個別援助計画書を作成しているが、ケアプラン変更後も個別援助計画書が見直されていないことがある。	家族の訪問時に介護計画についての要望を聞いている。本人、家族、職員、医師、看護師の意見を反映させている。定期的な見直しは6ヶ月に1回、状態に変化があった場合は随時見直している。個別援助計画（介護計画を具体化）は書面に落としていないことがある。	個別援助計画を見直した場合は、そのつど変更することが望まれる。
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	日々の様子はパソコンに入力し、職員はいつでも記録を読むことができ、情報を共有できるシステムがある。計画書に沿ったケアは出来ているがその記録は充分ではないため管理者が指導している。		
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	その都度、家族等と話し合い出来るところは柔軟に対応したい。グループホームでの生活が困難になったら、本人・家族が安心できるよう必要な機関・施設等への紹介を行なっている。		
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	自治会の行事への参加や近隣や小学校との交流。消防訓練・緊急時対応の指導は高津消防署に依頼し、地域包括支援センターとは地域推進会議を通して協働し、地域資源等の情報を得るようにしている		
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し、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	本人・家族の意向による医療機関と連携を図っている。協力医療機関と本人及び家族との契約関係が成立しており、家族対応の受診等が困難な場合は依頼により通院介助し、受診結果を報告している。	利用者は、眼科など希望する医療機関で受診している。基本的に家族が同行して受診しているが、対応できない場合は職員が個別サービスとして代行している。受診の内容などは家族と共有している。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	入居者に体調の変化などが見られた場合は訪問診療の看護師や併設事業デイサービスの看護師に相談や様子確認を依頼している。		
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、また、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。又は、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。	入院となった場合、入院先に管理者・計画作成担当者が訪問し、医師・看護師より情報を得ている。基本的には協力医療機関への入院を優先している。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	家族懇談会などで終末期のあり方・考え方などを取り上げ話し合っている。施設として出来ること、出来ないことを明確に説明し、家族・医療関係などと連携を図っていく。	現時点では医療行為が必要なく、ケアが出来る状況にあった時などに看取りを行える体制がある。昨年、家族に、事業所では医療的な対応は出来ないことを説明し、その上で看取りを行うことについて同意を得て、看取りを行った。法人が作成した看取りの指針はあるが、現在は使用されていない。家族から医療面の意向は聞いているが、方針が明確になっていない場合がある。	重度化や終末期に向けた方針について家族と早い段階から繰り返し話し合う機会を作り、方針を共有する事が期待される。
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	AEDの使用法の指導や職員会議で話し合いはもたれている。また、緊急時マニュアルはいつでも閲覧できるようにステーションに置いてある		
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	避難訓練は年2回、消防隊員立会い、指導のもと実施している。地域推進会議の中で地域住民代表者を通じて、近隣地域の協力をお願いしている。	年2回、デイサービスと合同で総合訓練を消防署の立会いで行っている。自治会との協力関係は口頭では出来ているが書面の取り交わしはしていない。運営推進会議で現在書面の取り交わしについて話し合っている。水、非常食用缶詰を備蓄している。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	○一人ひとりの人格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	接遇研修への参加や職員会議ユニット会議を中心にサービス向上に取り組んでいる。また、不適切な言葉遣いや態度について職員同士で注意し合える関係作りを心掛けている	入職時、職員は接遇研修を受けている。丁寧語を使い、利用者のことは「〇〇さん」と呼んでいる。また「ちょっと待って」など禁句10か条を掲示し、言葉遣いなどに配慮している。	
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	本人の意向を最優先に考えた声掛けをしている。たとえば「今日は散歩に出掛けられますか?」「こちらとこちら、どちらになさいますか?」等本人が自己決定できるような言葉掛けをしている。		
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	上記のような声掛けをしながら一人ひとりの状況に沿った一日を過ごせるよう支援している。		
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	起床時の着替え・整髪や髭剃りがスムーズに出来るよう準備をしている。女性入居者には外出時など化粧やおしゃれが出来るよう支援し、定期的に訪問理美容の散髪や毛染めも行なっている。		
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	献立・買物・調理・配膳・片付けなど一人ひとりの出来ることを職員と一緒にしている。嗜好品については本人と一緒に掛け、自分で選んで買物が出来る支援をしている。	利用者は職員と一緒に店で買い物をしている。訪問時には野菜を切るなど一緒に食事作りをしていた。テーブルで鍋を囲み好きな物を選んでもらったり、誕生日に赤飯を用意するなど食事を楽しむ工夫をしている。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	一人ひとりの食事摂取量は確認し記録している。また、水分摂取の確認が必要な方は水分量も確認している。献立作成時にはエネルギー・成分表を参考に栄養バランスを考え入居者の意見も取入れている		
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に、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	毎食後の歯磨き・口腔ケアを行なっている。必要時は歯科往診にて検診・相談をしている。		
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向けた支援を行っている	排泄自立以外の入居者へは定期的にトイレへの声掛けや本人の意向に合わせて介助を行い、失敗や尿パットの使用を減らしている。排泄パターンを把握トイレ誘導することで綿の下着に変更できた	排泄チェック表に記録をしている。日中はパットを使用しない取り組みを行っている。定時誘導を行い、リハビリパンツとパットから布の下着になった方もいる。	
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	ヨーグルト・フルーツ・食物繊維の食品などを多く取入れた献立作りをしている。また体を動かすレクリエーションや体操、散歩を日課とし運動不足にならないような活動に取り組んでいる。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	本人の希望により、毎日入浴している入居者もいる。逆に入浴嫌いの方への誘いは難しい面もあり、関わり方についてユニットで話し合いをしながら行なっている。入浴しない日は足浴を用意している	1日おきに13:30~15:30位に入浴をしている。入浴したくない方には、個別に利用者に対して入浴してもらえようようにその時に応じて職員が考えて声をかけ、少なくとも週2回入浴している。今後、入浴の同性介助をしていく意向である。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	基本的な生活時間以外の時間は談話室や居室等で休息が取れる環境であり、それぞれ好きな時に好きなように休んでいる。居室には馴染みの家具や寝具等で環境作りし、安心して休めるようにしている。		
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	処方箋ファイルを個別に用意しており職員はいつでも閲覧できるようになっている。配薬箱は一目でわかるようにセットされており、服薬確認は二重チェックしている。		
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	日課に積極的に参加出来るよう声掛けをしている。身の回りのことが出来るよう支援し入居者は仕事をするに意欲的である。レクリエーション・家事・行事等、得意な事を楽しめる環境を作っている		
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。また、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	雨天日以外は一日一回は外へ出る事を目標としている。歩行訓練も兼ねた買物や散歩など一人ひとりの体調や状態に合った支援を心掛けている。	散歩、買い物に出かけた時は外出表に記録をしている。記録を見て外出の少ない方を優先して外出に誘っている。行事計画表があり、ランドマークタワー、花見などに出かけている。	
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	買物や外出行事の際に、本人は自分のお金で支払いができるように準備しているが、日常の金銭管理を個人で出来る方は少ない。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	季節の折々に手紙を家族や知人に送るようにしている。電話はかけたい時に取り次いでいる。手紙の表書きや電話番号をまわすなど出来ないところは支援をしている。		
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	共有部分には落ち着いた色合いのテーブルやソファを置きた、観葉植物や季節の花などで快適な空間作りをしている。夏や冬も毎日決まった時間に窓を開け放し季節を感じられる環境を作っている。	玄関に季節のお雛様、ユニットには皆で作った桜の貼り絵、写真、利用者の作品などが飾られ、温かみのある空間になっている。台所は広めで利用者が食事作りなどに参加しやすい造りになっている。応接セットのそばにテレビがあり、くつろげるようになっている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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	リビングのソファ・食堂のテーブル・廊下の椅子などの位置を工夫している。一人で新聞を読んだり、入居者同士会話したり、カードゲームやテレビを見るなど思い思いにすごしている。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室内は入居者の馴染みのものを持ち込んだり、好きなものを飾ったりと本人・家族の意向のままにセットされており、安心できる空間になっている。	各居室にはクローゼットが設置されている。仏壇、たんす、テーブル、写真など馴染みのものを持ち込み、思い思いの部屋になっており、居心地良く過ごせるようになっている。	
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」や「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	居室入口には名前以外に好きな趣味の絵を貼るなどトイレ・浴室も目でわかる工夫をしている。移動が安全に出来る手すりの設置やオープンキッチン等、見守りしやすい配置となっている。		

平成 21年度

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	1475300693	事業の開始年月日	平成15年12月1日
		指定年月日	平成15年12月1日
法人名	工藤建設株式会社		
事業所名	グループホーム フローレンスケアたかつ		
所在地	(213-0026) 神奈川県川崎市高津区久末1744-2		
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	通い定員	名
		宿泊定員	名
		定員計	18名
		ユニット数	2ユニット
自己評価作成日	平成22年2月1日	評価結果 市町村受理日	

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	
----------	--

【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)】

今、出来ている身のまわりのこと等を継続できるよう支援し、また、家事など、できる可能性を引き出し、自分の役割を持ってもらうことで張りのある日常生活を送れるように支援している。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名			
所在地			
訪問調査日		評価機関 評価決定日	

【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)】

--

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
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 ~ 35	9 ~ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	グループホーム フローレンスケアたかつ
ユニット名	2階Bユニット

V アウトカム項目		
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くらいの
		3, 利用者の1/3くらいの
		4, ほとんど掴んでいない
57 利用者と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
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
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
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
61 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安な区過ごせている。 (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
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

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ます。 (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
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：9, 10, 19)		1, ほぼ毎日のように
		2, 数日に1回程度ある
	○	3, たまに
		4, ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、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, 全くいない
66 職員は、活き活きと働いている。 (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
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
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, ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	事業方針の中で「私たちは介護高齢者と地域社会に貢献します」を掲げ、毎朝朝礼時に事業理念・方針を唱和し、全体会議の場などで、具体的な施策等を職員と共有している。		
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	散歩や買物、回覧板届け等の際、近隣の方々と挨拶を交わし、庭の花や手作りの野菜を頂くなど交流を深めている。また、町内会の行事（初詣・清掃・小学校との交流等）に積極的に参加している。		
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	隔月でフローレンスケアたかつとしての広報紙「いつでも夢を」を久末町内会に回覧し文や写真を通して認知症ケアに触れている。また訪問時や電話相談で支援方法を活かせるよう取り組んでいる。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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	参加者の提案、意見があればすぐに対応し、サービスの向上に取り組んでいる。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と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組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	市町村担当者との関係は少ないが、運営上確認したいことや書面などの不明な点があった場合、電話の問い合わせをしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	運営本部主催の「身体拘束・高齢者虐待について」の研修に職員全員が参加し、意識付けを行なっている。日中に関しては玄関や居室窓の施錠も行なっていない。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	運営本部主催の「身体拘束・高齢者虐待について」の研修に職員全員が参加し、意識付けを行なっている。施設内研修では言葉の暴力なども含め資料を参考に内容の理解を深めている。		
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	外部研修に参加し、資料やパンフレットを基に、職員に伝達研修として内容を説明している。		
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	契約時は重要事項説明を行い契約書の読み合わせ説明を行っている。また、利用細則料金表を提示し、出来ること出来ないこと、退去の要件等説明を行ない、契約者、身元引受人からの質問に答えている。		
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並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	家族懇談会や面会時など日常的に管理者や職員、計画作成担当者が声掛けし家族、利用者の意見、要望を聞く機会を設けている。また、苦情相談窓口等を掲示し意見の言える環境を整備している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	月に1回、運営者も参加する職員全体会議及びユニット会議を開催し、運営に関する情報提供や職員の意見や提案を聞く機会を設けている。個別に得た意見等も運営者に報告し運営に反映させている。		
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	施設に訪問の際など、不定期に面談を行ない、本人の希望目標を共有し、実行出来るよう声掛けを行なっている。キャリアパスの導入準備等、向上心の持てる職場環境を整備している。		
13		○職員を育てる取組み 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	高齢福祉センター等の研修案内から常勤、非常勤の分け隔てなく、個人にあった研修への参加の機会を確保し、定期的に内部研修も合わせて行なっている。		
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つくり、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組みをしている	同業者が主催する研修や講習会、講演会の情報提供を参加を促し、交流の機会を作っている。希望者には同法人フローレンスケア他施設への見学・研修（実習）など相互で行なっている。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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	家庭訪問を行い、本人・家族より希望、要望また不安材料生活課題など相手が話したいことを誠実に聴くことで、安心感を持ってもらうよう心掛けている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	家庭訪問を行い、家族及び介護者より日々の状況や家族との関係、入居にあたっての不安など聴きとり、信頼関係を築けるよう努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	アセスメントの段階で十分に聴き取りをし、必要としている支援を見極め、サービス提供が困難な場合は出来る限り他のサービスを紹介し、本人・家族が選択できるようにアドバイスしている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	本人で出来ることはやっていたり、職員は常に声かけ見守りを中心に関わりを持つよう対応している。また、必要な部分も全面的に介助せず、一緒に行なうことで支えあう関係作りをしている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	訪問回数が多い家族との関係はよく出来ている。訪問回数の少ない家族との関係作りは定期的に日々の様子を報告したり各行事やイベントへの参加を呼びかけ交流が持てるような計画をたてている。		
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	個人差があり生活地域ではない入居者には難しい現状があるが、友人・知人からの便りや訪問があった時などに話を聴いている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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に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	毎日の生活の様子を観察し、みんなで仲良く暮らせるよう入居者同士の関わりを大事に支援している。レクリエーションや家事を一緒に楽しんで行なえる場所・環境を作っている。		
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、これまでの関係性を大切にしながら、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	入居者が特養等に移られた後も、家族がボランティアとして引き続き来ていただいている。その際は、家族やご本人の入所先での様子や相談事を聞いている。		
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。	日常の会話やケアプラン検討時、本人・家族の意向などを聞き取っている。ユニット会議やケアカンファレンスを開催し、情報を共有した上で、本人の希望・意向に添えるよう工夫している。		
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	入居前のアセスメントを通し生育・生活歴・生活環境・嗜好・趣味などの把握に努めている。		
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	介護記録の閲覧や各チェック表等を確認している。ケアカンファレンス等で総合的な現状把握に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	計画作成者の作成するケアプランを基本とし、より具体化するため居室担当者による個別援助計画書を作成しているが、ケアプラン変更後も個別援助計画書が見直されていないことがある。		
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	日々の様子はパソコンに入力し、職員はいつでも記録を読むことができ、情報を共有できるシステムがある。計画書に沿ったケアは出来ているがその記録は充分ではないため管理者が指導している。		
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	その都度、家族等と話し合い出来るところは柔軟に対応したい。グループホームでの生活が困難になったら、本人・家族が安心できるよう必要な機関・施設等への紹介を行なっている。		
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	自治会の行事への参加や近隣や小学校との交流。消防訓練・緊急時対応の指導は高津消防署に依頼し、地域包括支援センターとは地域推進会議を通して協働し、地域資源等の情報を得るようにしている		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を楽しみながら、適切な医療を受けられるように支援している	本人・家族の意向による医療機関と連携を図っている。協力医療機関と本人及び家族との契約関係が成立しており、家族対応の受診等が困難な場合は依頼により通院介助し、受診結果を報告している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	入居者に体調の変化などが見られた場合は訪問診療の看護師や併設事業デイサービスの看護師に相談や様子確認を依頼している。		
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、また、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。又は、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。	入院となった場合、入院先に管理者・計画作成担当者が訪問し、医師・看護師より情報を得ている。基本的には協力医療機関への入院を優先している。		
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、事業所で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	家族懇談会などで終末期のあり方・考え方などを取り上げ話し合っている。施設として出来ること、出来ないことを明確に説明し、家族・医療関係などと連携を図っていく。		
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	AEDの使用法の指導や職員会議で話し合いはもたれている。また、緊急時マニュアルはいつでも閲覧できるようにステーションに置いてある		
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	避難訓練は年2回、消防隊員立会い、指導のもと実施している。地域推進会議の中で地域住民代表者を通じて、近隣地域の協力をお願いしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	○一人ひとりの人格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	接遇研修への参加や職員会議ユニット会議を中心にサービス向上に取り組んでいる。また、不適切な言葉遣いや態度について職員同士で注意し合える関係作りを心掛けている		
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	本人の意向を最優先に考えた声掛けをしている。たとえば「今日は散歩に出掛けられますか?」「こちらとそちら、どちらになさいますか?」等本人が自己決定できるような言葉掛けをしている。		
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	上記のような声掛けをしながら一人ひとりの状況に沿った一日を過ごせるよう支援している。		
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	起床時の着替え・整髪や髭剃りがスムーズに出来るよう準備をしている。女性入居者には外出時など化粧やおしゃれが出来るよう支援し、定期的に訪問理美容の散髪や毛染めも行なっている。		
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	献立・買物・調理・配膳・片付けなど一人ひとりの出来ることを職員と一緒にしている。嗜好品については本人と一緒に出掛け、自分で選んで買物が出来る支援をしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	一人ひとりの食事摂取量は確認し記録している。また、水分摂取の確認が必要な方は水分量も確認している。献立作成時にはエネルギー・成分表を参考に栄養バランスを考え入居者の意見も取入れている		
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に、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	毎食後の歯磨き・口腔ケアを行なっている。必要時は歯科往診にて検診・相談をしている。		
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向けた支援を行っている	排泄自立以外の入居者へは定期的にトイレへの声掛けや本人の意向に合わせて介助をおこなない、失敗や尿パットの使用を減らしている。排泄パターンを把握トイレ誘導することで綿の下着に変更できた		
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	ヨーグルト・フルーツ・食物繊維の食品などを多く取入れた献立作りをしている。また体を動かすレクリエーションや体操、散歩を日課とし運動不足にならないような活動に取り組んでいる。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	本人の希望により、毎日入浴している入居者もいる。逆に入浴嫌いの方への誘い方は難しい面もあり、関わり方についてユニットで話し合いをしながら行なっている。入浴しない日は足浴を用意している		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	基本的な生活時間以外の時間は談話室や居室等で休息が取れる環境であり、それぞれ好きな時に好きなように休んでいる。居室には馴染みの家具や寝具等で環境作りし、安心して休めるようにしている。		
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	処方箋ファイルを個別に用意しており職員はいつでも閲覧できるようになっている。配薬箱は一目でわかるようにセットされており、服薬確認は二重チェックしている。		
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	日課に積極的に参加出来るよう声掛けをしている。身の回りのことが出来るよう支援し入居者は仕事することに意欲的である。レクリエーション・家事・行事等、得意な事を楽しめる環境を作っている		
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。また、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	雨天日以外は一日一回は外へ出る事を目標としている。歩行訓練も兼ねた買物や散歩など一人ひとりの体調や状態に合った支援を心掛けている。		
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	買物や外出行事の際に、本人は自分のお金で支払いができるように準備しているが、日常の金銭管理を個人で出来る方は少ない。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	季節の折々に手紙を家族や知人に送るようにしている。電話はかけたい時に取り次いでいる。手紙の表書きや電話番号をまわすなど出来ないところは支援をしている。		
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	共有部分には落ち着いた色合いのテーブルやソファを置きたまた、観葉植物や季節の花などで快適な空間作りをしている。夏や冬も毎日決まった時間に窓を開け放し季節を感じられる環境を作っている。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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	リビングのソファ・食堂のテーブル・廊下の椅子などの位置を工夫している。一人で新聞を読んだり、入居者同士会話したり、カードゲームやテレビを見るなど思い思いに過ごしている。		
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	居室内は入居者の馴染みのものを持ち込んだり、好きなものを飾ったりと本人・家族の意向のままにセットされており、安心できる空間になっている。		
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」や「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	居室入口には名前以外に好きな趣味の絵を貼るなどトイレ・浴室も目でわかる工夫をしている。移動が安全に出来る手すりの設置やオープンキッチン等、見守りしやすい配置となっている。		

目 標 達 成 計 画

事業所名 GHフローレンスケアたかつ

作成日 平成22年6月20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	入居者がその人らしく、気持ちよく過ごせる環境づくりをする。	個別援助の見直しを行ない介護サービスの質を高める。	ケアプラン・チームケア等の職員研修を実施し、個別援助サービスの重要性を把握・実行する。	6ヶ月～1年かけて職員全員が研修に参加
	25			サービス担当者会議 ケースカンファレンスに参加し、統一した介護を徹底する。	毎月1～2回 6ヶ月
2	34	急変時・緊急時対応について（特に夜間時）	その場に遭遇した際落ち着いて行動が出来るよう実践力を身につける。	職員会議などで定期的に緊急時マニュアルの読み合わせや手順・対応など指導のもと、常に意識する場を持つ。	1ヶ月～1年 （ベテラン新人による
3	33	急変時・緊急時対応について（終末期・看取り含む）	日頃より家族・医療機関と連携を図り、救急対応がスムーズに行なえるよう協力体制を整える。	家族面会時・家族懇談会で終末期のあり方について話し合いを行ない、往診時などに、主治医と家族が直接話し合いの持てる時間を作る。	6ヶ月～1年
4	35	火災・災害時対策	災害時など地域の協力・応援が得られるよう自治会や地域住民・近隣の方々との信頼関係を構築する。	散歩・買物時など日常の挨拶から入居者や施設の存在を認識してもらえよう積極的に行動する。 スプリンクラーの設置をする。	6ヶ月～1年 本年度中

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。