

平成28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	1472900800	事業の開始年月日	平成18年3月1日
		指定年月日	平成18年4月1日
法人名	株式会社 日本アメニティライフ協会		
事業所名	花物語あつぎ		
所在地	( 〒243-0806 )		
	神奈川県厚木市下依知3-6-20		
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28年10月20日	評価結果 市町村受理日	平成29年3月7日

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/pSearch3?Open>

### 【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)】

花物語あつぎは東に相模川が流れる静かな住宅地に立地している。自治会や近隣住民のホームへの理解、協力が厚く、地域行事や小学校行事などへの参加、見学などを通して交流ができています。また近隣住民も気軽に立ち寄れる雰囲気職員全員が作っている。各研修機関からの実習生、ボランティアの慰問など事業所から受け入れをアピールし、閉塞感を無くす努力と利用者の社会性の維持につなげている。職員は事業所内研修や本部研修、外部研修などを多様な研修を受けることが出来、自己啓発の機会を多く得て、サービスの向上に努めている。

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成29年1月18日	評価機関 評価決定日	平成29年2月22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)】

小田急線の「本厚木駅」からバスで約20分、バス停「下依知」下車、徒歩5分の住宅街の一角にあります。中庭を挟む形となっており、ベージュの外壁が周りに溶け込んでいます。

<優れている点>

玄関を入ると、真正面に季節の花木の生け花を生けてあり、気持ち安らぎます。周りの壁面には利用者が数ヶ月かけて制作した目を見張る創作品が飾ってあります。利用者の居室には備え付けのクローゼットがあり、室内のインテリアや調度品が収まりやすくなっています。居間にはカラオケの設備があり、歌の他にレクリエーション活動や健康体操などにも活用しています。介護計画で実施するサービス内容をわかりやすくまとめてあり、職員は毎日、チェック&モニタリングをしています。秋祭の地域行事に家族も参加し、机上と異なるふれあいの中で運営推進会議を実施しています。管理者をはじめ職員は、皆が隣人の気落ちを尊重し、互いのスキルアップを図ろうとする職場環境があり、結果として職員の定着率がよくなり、ケアの向上につながっています。

<工夫点>

各利用者別の個人ファイルにおいて、介護計画、受診記録、個人記録などを時系列で全てまとめて綴じてあり、見やすくなっています。また、年に一度実施する個人面談では、予め各自が記録して臨むことでスムーズな面談進行ができ、かつ質問項目がよく整理されているので、幅広く掌握できるようになっています。

### 【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	花物語あつぎ
ユニット名	1階 大地

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
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
			○
			3. あまり増えていない
			4. 全くいない
66	職員は、生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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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。	会社の理念、事業所の理念は玄関に掲示している。職員は毎日の申し送り時に唱和し、周知できている、実践する意識を持ってケアにあたっている。		
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。	地域との関わりは年々多くなり、地域の一員として位置づいている。		
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。	運営推進会議や施設行事、地域行事、日常的な散歩など事業所側から地域に出ることで、理解を得ていると確信している。		
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。	運営推進会議は卓上の意見交換だけではなく、施設内行事に参加して頂くことで、事業所の取り組みやサービス状況を見て頂いた上での意見、感想を伺い、次の取り組みに生かしている。		
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。	介護保険課には上記4の開催はお知らせしている。欠席の場合もあるが、内容については文書にて報告している。		

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
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。	身体拘束については重要事項説明書にも明示している。職員は身体のみならず言葉の拘束も研修を通して、拘束による害を充分理解しており行っていない。玄関の施錠については、今年重大な事件も発生していることから、法人全体で外部からの侵入防止の為施錠をしている。		
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。	神奈川県からの一斉点検チェックシートを活用し研修をしている。法人としても虐待防止マニュアルが整備されており遵守している。また虐待につながるようなケアが無いように、管理者、職員間でケア方法を話合う場を作っている。		
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。	管理者は理解しているが職員は直接の相談の機会が無く、制度についての深い理解は不足していると思う。これまではその殆どが家族が専門職とすすめ、事業所への相談も少ない。		
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。	契約時に契約文を確認しながら納得して頂き、疑問な点はその場で伺うようにしている。また解約、料金の改定についても必ず文書で取り交わしている。		
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。	玄関にご意見BOXを設置している。年2回イベントと合わせ家族会を開き、意見や要望を直接聞ける機会を作っている。また行事へ出席して頂き、管理者のみならず、全職員と面識ができ、気軽に話せる機会を作っている。 家族からの意見や希望は、日々のケアに活かす努力をしている。		

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
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。	管理者は毎月の施設長会議で法人の運営方針や事業展開など知ることができる。その際、各事業所の意見、提案などを代表者に上長を通して伝える機会がある。またこの会議において管理者は事業所で解決できない問題を相談し、直接解決に向けての対応ができています。事業所内では毎月各フロアごとのスタッフ会があり、ほぼ全員が参加、管理者と事業所の運営を共有することができています。		
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。	労働基準法に即した労働環境が整えられている。 処遇面も働きやすい環境づくりに代表者は取り組んでいる。		
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。	法人で研修部があり、新任、現任研修や事業所内研修、外部研修で職員はスキルアップする機会が多くある。 社内での資格支援制度を利用し、資格がより取得し易い制度も設けている。 事業所内では年間研修計画により、新任、現任を問わず参加している。管理者は職員とのコミュニケーションを取りながら、職員の資質をより生かせるように助言している。		
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。	神奈川県グループホーム協議会、厚木市介護保険事業所連絡会などに加入し、会が主催する研修に参加、他の事業所と交流し情報を得て、参考にしていく。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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。	入居前に必ず本人と面接している。本人の意向や家族からの生活歴、習慣、趣味などの情報を基に、環境の変化への混乱を軽減できるように努めている。		

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
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。	入居の問い合わせ、見学、申込みの段階で、入居を考えた経緯、本人の状態、入居した際の心配事などを伺い、事業所の理念や具体的な対応などを伝え、信頼を得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。	現在の心身の状況を家族、担当ケアマネージャーからの情報をもとに本人にとって必要なサービスを選択できるように助言している。		
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。	「共に生活する」関係づくりは日常生活において管理者、職員共常に心掛けている。利用者のできることへの働きかけも様々な場面で活用している		
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。	面会時間は設定しているが、契約時に家族の都合に合わせて時間外でも面接可能な事を伝え、家族との時間を大切にしている。また心身状態の変化も家族に伝え、本人にとっても最良のケア、望むケアを家族とともに話し合っている		
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。	家族以外友人などの面会は、契約時に事前に名前と関係を伺い、面会の許可を家族から頂いている。面会者には居室でお茶を飲みながらゆっくりとした時間を過ごせるように配慮している。行事などは家族以外でもご本人が会いたい方のご招待している。友人との電話の取り次ぎや手紙なども行っている。		

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
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。	作業やレクリエーション、談話の時間を作り、コミュニケーションが自ら困難な利用者は職員が仲介して利用者同士の交流が図れるようにしている。		
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。	退去後も様子を伺ったり、入院の場合はお見舞いなどしている。家族が近くの方は気軽に立ち寄れる雰囲気を作っている。		
<b>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</b>					
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。	入居が決まった時点で利用者、家族から必ず、入居にあたっての生活の意向を伺っている。 表現の出来ない場合は、家族の意向と入居後の利用者の行動、非言語表現から汲み取るようにしている。		
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。	サービスを開始時に家族から生活歴や家族構成などの情報をアセスメント用紙に記入して頂き、入居前の生活、入居に至るまでを職員が把握しケアに活かしている。		
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。	定時のバイタル測定、食事摂取量、排便状況、睡眠、活気などを観察、記録し日々の様子を把握している。また本人ができる事への働きかけを大切にメリハリのある生活を支援している。		

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
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。	介護サービス計画書は第一に本人の意向を反映させている。その上に家族の意向や主治医、看護師の意見も加え、職員会議の場でその方に必要なサービスを話し合い、計画作成担当者、介護支援専門員が計画書を作成している。モニタリングは計画作成担当者、介護支援専門員、フロアリーダー、ケアスタッフで行い、次の計画者に反映している。		
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。	個人記録にはケアの実践記録や日中の様子、職員の気づきなどを記入し、夜勤者から日勤者へ、日勤者から夜勤者へと情報が途切れる事のないようにしている。家族、外部との内容を個人記録に記入し、職員が共有できるようにしている。特に重要な記録（体調面や危険行為）などは赤字で記録し、情報の漏れが無いようにしている。継続した観察記録は、モニタリング、計画書に活かしている。		
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。	社会性の維持という観点からも事業所内サービスにとらわれず、本人に必要なサービスは可能な限り取り入れるようにしている		
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。	地域住民としての活動ができるように積極的に取り組んでいる		
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、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。	契約時にこれまでの主治医を継続するか、提携医療機関の主治医に変更するかは、本人、家族が選択できるようになっている。 どちらを選択しても随時、相談や助言、速やかな受診ができるように医療機関とは身体状況の情報を共有し、適切な医療を受けられ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
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。	看護師は事業所雇用で週2日勤務、24時間の連絡体制をとり相談ができやすいようにしている。また健康チェック、往診時の医師への相談、心身の変化など受診が必要な場合など速やかな対応が出来るようにしている。ケア会議にも出席し、意見を聞いている。		
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。	入院した場合は入院中の様子や経過などの情報を入院先医療機関より得ている。また退院に向けて、メディカルソーシャルワーカーや入院先担当医、家族と状態について話し合いを持ち、本人にとっての最良の方向を決めている。		
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。	重度化の指針、看取りに関する指針を作成し、契約時に説明し同意を得ている。近年ご本人の年齢や身体状況、医師の所見などから、積極的な治療を望まず、医療機関よりホームでの最期を望む家族が増えている。医師の診断にもよるが、そのような診断を受けた場合は、再度家族の意向を確認し、医師、看護師、家族、管理者、介護支援専門、介護職リーダーで話し合いの場を持ち、本人にとって最良の支援となるようにしている。		
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。	マニュアルがあり、マニュアルに沿った研修を行っている。また想定外のことも起こり得るとした、実践に即した訓練を繰り返し行っている。		
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。	避難訓練は消防法で義務付けられている年2回を総合訓練とし他部分訓練を行っている。自治会の防災訓練に参加することで、地域の一員となっている。災害時の備蓄は約1週間分を用意している。		

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
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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。	接遇研修を全職員は入職時に最初に受ける研修となっている。人生の大先輩としての人格を尊重し、何気ない日常会話にも配慮した言葉使いをしている。毎月に会議でも繰り返し伝えている。		
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。	職員一人一人が利用者とのコミュニケーションを大切にしており、利用者が伝えたいことをくみ取れる関係作りを心がけている。		
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。	日課の中では、食事、10時、15時の体操が唯一決まっている時間である。その他はいつでもお茶や紅茶など飲める環境である。またボランティアの慰問や行事以外は、本人の生活ペースを基本とし、ゆっくりとした日常が出来るように支援している。		
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。	身だしなみには特に配慮し、食後食べこぼしなどで汚れたままではないようにその都度着替えをしている。衣服はその殆どが家族が用意している。本人のお気に入りの洋服は着る頻度が多くても衛生面を管理し着て頂いている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	食事は味、見た目、食材バランスなどを考慮し、「家庭的な食事」が自慢である。入居年数とともに重度化する中、食事作りを一緒にすることが難しくなっていることも現状である。しかし1作業だけでも出来ることは安全を確保した上で行って頂いている。また献立についても話題にして、食事が楽しみとなるようにコミュニケーションを取っている。		

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
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。	食事量、水分量はその都度記録し不足にならないようにしている。利用者個々の咀嚼、嚥下状態により、量や形状を変えている。特に水分については、お茶、お水が不足気味な場合は、本人の好みに応じてゼリーやジュースなど家族の了解を得て対応している		
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。	食後の口腔ケアは必ず行っている。口腔内に問題が生じた場合は、家族に報告後、外来受診または提携歯科医の受診が受けられることを伝えて対応している。		
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。	排泄は一人一人の排泄状況を把握し、失敗を少なくするタイミングや自尊心に配慮した声掛けをしている。オムツなどの使用については、使用始めは必要かどうかを一定期間観察しスタッフ間で話し合い、使用を決めている。基本日中はトイレでの排泄とし、夜間は		
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。	便秘予防は水分摂取、1日2回のラジオ体操、散歩、繊維質食品を摂取などを取り入れている。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴サービスは毎日午後である。体調に問題がなければおむね1日おきとなっている。また入浴のない日でも、必要な利用者には足浴、シャワー浴、清拭など個々に合わせた衛生状態が保てるように支援している。柚子湯や菖蒲湯など季節に合ったお湯だったり、温泉気分を味わう為に入浴剤を利用したり、楽しみな雰囲気を作って入浴して頂いている。		

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
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。	就寝や起床は、生活習慣を大切にしながら声かけをしている。日中は適度な活動を入れ、夜間安眠につながるようになっている。昼寝については夜間の睡眠に影響のない程度にしている。		
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。	薬については医師の指示通りに介助している。添付されている説明書を確認し、禁止食品や副作用なども周知するようになっている。症状の変化には看護師や医師に必ず報告している。		
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。	簡単な家事、作業は自然に分担され、利用者同士が生活の中で自然に役割感をもって行っている。生活にメリハリを持って頂くために、ボランティアの慰問なども多く受け入れている。また地域での文化的な行事などにも参加している。		
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。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。	屋外への散歩は天候が良ければほぼ毎日実施して、気分転換を図っている。遠出については会社所有のバスを利用し利用者で出かけることも行っているが、身体状況から全員参加は難しくなっている。また利用者がなじみの場所を希望した場合は、家族に協力を頂いている。		
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。	金銭については契約時に家族と十分に話し合い対応している。		

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
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。	電話や手紙は交信できるように取り次いでいる。手紙や年賀状は、必要に応じて代読し、分かり易く利用者へ伝えている。		
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。	事業所内外は清潔に、室温、匂いなどにも配慮している。家具、備品も安全が確保できるような配置をしている。施設内は季節感を取り入れたカレンダーを貼り、季節感を感じられるようにしている。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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。	食卓やソファは必要に応じて配置を替えて、誰もが居心地のよいように配慮している。		
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。	居室内は家族と相談の上、利用者の希望の備品を持ち込んでいる。職員は毎日居室の清潔と事故になり得る配置ではないか などを確認している。		
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。	各フロアはバリアフリーになっており、転倒した場合でも衝撃が軽減できるような建材を使用している。トイレの表示、手すり設置、コール音により安全で自立できる工夫をしている。		

事業所名	花物語あつぎ
ユニット名	2階 青空

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
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)	○	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ます。 (参考項目：4)		1, 大いに増えている
			○
			3. あまり増えていない
			4. 全くいない
66	職員は、生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
			○
			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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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。	会社の理念、事業所の理念は玄関に掲示している。職員は毎日の申し送り時に唱和し、周知できており、実践する意識を持ってケアにあたっている。	法人理念は毎朝の申し送りの際に、唱和し、事業所理念は月に一度の職員会議で申し合わせをしています。職員も理念についてきちんと暗記しており、また、日常のケアについては、理念を念頭に入れた対応をしています。	
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。	地域との関わりは年々多くなり、地域の一員として位置づいている。	ホームの隣の家に住む高校生が、エアコンの清掃やその他のボランティアで時々来てくれています。また、近所の農家の人から取れたての野菜や柿をもらうなど、気軽な交流をしています。	
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。	運営推進会議や施設行事、地域行事、日常的な散歩など事業所側から地域に出ることで、理解を得ていると確信している。		
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。	運営推進会議は卓上の意見交換だけではなく、施設内行事に参加して頂くことで、事業所の取り組みやサービス状況を見て頂いた上での意見、感想を伺い、次の取り組みに生かしている。	運営推進会議は年に6回開催しています。地元の民生委員、行政、家族の参加はありますが、自治会の人々の参加が得られていません。	会議の意義や目的の理解を得た上に、認知症の専門分野という社会資源としての、魅力ある会議とすることで、地元自治会の理解と参加が得られることが期待されます。
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取り組んでいる。	介護保険課には上記4の開催はお知らせしている。欠席の場合もあるが、内容については文書にて報告している。	運営推進会議に出席してもらった際の意見交換の他、待機者数、職員充足率を調べるアンケートへの協力、外部研修案内などの情報をもらい、業務に反映しています。	

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。	身体拘束については重要事項説明書にも明示している。職員は身体のみならず言葉の拘束も研修を通して、拘束による害を充分理解しており行っていない。玄関の施錠については、今年重大な事件も発生していることから、法人全体で外部からの侵入防止の為施錠を	玄関ホールに理念が掲示してあり、身体拘束禁止に関するマニュアルが揃えてあります。年に1回、身体拘束についての職員研修を実施し、全職員の8割が研修に参加しています。	
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。	神奈川県からの一斉点検チェックシートを活用し研修をしている。法人としても虐待防止マニュアルが整備されており遵守している。また虐待につながるようなケアが無いように、管理者、職員間でケア方法を話合う場を作っている。		
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。	管理者は理解しているが職員は直接の相談の機会が無く、制度についての深い理解は不足していると思う。これまではその殆どが家族が専門職とすすめ、事業所への相談も少ない。		
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。	契約時に契約文を確認しながら納得して頂き、疑問な点はその場で何うようにしている。また解約、料金の改定についても必ず文書で取り交わしている。		
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。	玄関にご意見BOXを設置している。年2回イベントと合せ家族会を開き、意見や要望を直接聞ける機会を作っている。また行事へ出席して頂き、管理者のみならず、全職員と面識ができ、気軽に話せる機会を作っている。家族からの意見や希望は、日々のケアに活かす努力をしている。	本人の状況に合わせて活動的な対応をして欲しいとの家族の希望があり、天気の良い日はよく散歩に出かけています。認知症の行動・心理症状の対応について、家族と相談しながら意見の反映をしています。家族会には大勢の家族の参加を得て実施しています。	

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。	管理者は毎月の施設長会議で法人の運営方針や事業展開など知ることができる。その際、各事業所の意見、提案などを代表者に上長を通して伝える機会がある。またこの会議において管理者は事業所で解決できない問題を相談し、直接解決に向けての対応ができています。事業所内では毎月各フロアごとのスタッフ会があり、ほぼ全員が参加、管理者と事業所の運営を共有することができています。	年度末（3月末）に職員の個人面談を実施しています。ここでは、予め記入シートに各項目を記入した上で、話を進めるようにしています。シートの内容は32項目にわたって、研修希望、仕事の環境などの業務改善に至る項目があり、自分自身の振り返りにもなっています。	
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。	労働基準法に即した労働環境が整えられている。 処遇面も働きやすい環境づくりに代表者は取り組んでいる。		
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。	法人で研修部があり、新任、現任研修や事業所内研修、外部研修で職員はスキルアップする機会が多くある。 社内での資格支援制度を利用し、資格がより取得し易い制度も設けている。 事業所内では年間研修計画により、新任、現任を問わず参加している。管理者は職員とのコミュニケーションを取りながら、職員の資質をより生かせるように助言している。		
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。	神奈川県グループホーム協議会、厚木市介護保険事業所連絡会などに加入し、会が主催する研修に参加、他の事業所と交流し情報を得て、参考にしている。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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。	入居前に必ず本人と面接している。本人の意向や家族からの生活歴、習慣、趣味などの情報を基に、環境の変化への混乱を軽減できるように努めている。		

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
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。	入居の問い合わせ、見学、申込みの段階で、入居を考えた経緯、本人の状態、入居した際の心配事などを伺い、事業所の理念や具体的な対応などを伝え、信頼を得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。	現在の心身の状況を家族、担当ケアマネージャーからの情報をもとに本人にとって必要なサービスを選択できるように助言している。		
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。	「共に生活する」関係づくりは日常生活において管理者、職員共常に心掛けている。利用者のできることへの働きかけも様々な場面で活用している		
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。	面会時間は設定しているが、契約時に家族の都合に合わせて時間外でも面接可能な事を伝え、家族との時間を大切にしている。また心身状態の変化も家族に伝え、本人にとっても最良のケア、望むケアを家族とともに話し合っている		
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。	家族以外友人などの面会は、契約時に事前に名前と関係を伺い、面会の許可を家族から頂いている。面会者には居室でお茶を飲みながらゆっくりとした時間を過ごせるように配慮している。行事などは家族以外でもご本人が会いたい方はご招待している。友人との電話の取り次ぎや手紙なども行っている。	馴染みの場所などに家族同行で行くことがあります。具体的には墓参り、本人の生家や兄弟・姉妹の家など、本人が行きたい所に行っています。また、友人も訪ねて来て、旧交を温める機会となっています。	

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。	作業やレクリエーション、談話の時間を作り、コミュニケーションが自ら困難な利用者は職員が仲介して利用者同士の交流が図れるようにしている。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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。	退去後も様子を伺ったり、入院の場合はお見舞いなどしている。家族が近くの方は気軽に立ち寄れる雰囲気を作っている。		
<b>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</b>					
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。	入居が決まった時点で利用者、家族から必ず、入居にあたっての生活の意向を伺っている。 表現の出来ない場合は、家族の意向と入居後の利用者の行動、非言語表現から汲み取るようにしている。	定期的なアセスメントの他に、毎月実施している職員会議の時にケースカンファレンスを行い、利用者の思いを職員で共有しています。かつて、コースや編み物をしていた人には、当時の輝いていた頃を思い出しながら、話題に出して回想してもらうこともあります。	
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。	サービスを開始時に家族から生活歴や家族構成などの情報をアセスメント用紙に記入して頂き、入居前の生活、入居に至るまでを職員が把握しケアに活かしている。		
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。	定時のバイタル測定、食事摂取量、排便状況、睡眠、活気などを観察、記録し日々の様子を把握している。また本人ができる事への働きかけを大切にしてメリハリのある生活を支援している。		

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
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。	介護サービス計画書は第一に本人の意向を反映させている。その上に家族の意向や主治医、看護師の意見も加え、職員会議の場でその方に必要なサービスを話し合い、計画作成担当者、介護支援専門員が計画書を作成している。モニタリングは計画作成担当者、介護支援専門員、フロアリーダー、ケアスタッフで行い、次の計画者に反映している。	アセスメントの内容を参考にしながら、考えられるニーズを引き出し、月に1度実施しているケース会議で話合っています。利用者自身の発言を生の言葉でそのまま記録し、その時の感情観察を含め、チームケアを念頭に話し合っています。サービス項目に番号を振り、日々の実施をモニタリングしています。	
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。	個人記録にはケアの実践記録や日中の様子、職員の気づきなどを記入し、夜勤者から日勤者へ、日勤者から夜勤者へと情報が途切れる事のないようにしている。家族、外部との内容を個人記録に記入し、職員が共有できるようにしている。特に重要な記録（体調面や危険行為）などは赤字で記録し、情報の漏れが無いようにしている。継続した観察記録は、モニタリング、計画書に活かしている。		
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、その時々にも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。	社会性の維持という観点からも事業所内サービスにとらわれず、本人に必要なサービスは可能な限り取り入れるようにしている		
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。	地域住民としての活動ができるように積極的に取り組んでいる		
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。	契約時にこれまでの主治医を継続するか、提携医療機関の主治医に変更するかは、本人、家族が選択できるようになっている。 どちらを選択しても随時、相談や助言、速やかな受診ができるように医療機関とは身体状況の情報を共有し、適切な医療が受けられるように支援している。	利用者全員が提携医療機関の定期的な往診を受けています。専門外来のかかりつけ医には家族とともに受診しています。法人の看護師は週2回、健康観察、皮膚観察、拘縮予防体操、医師との連携などを行っています。24時間オンコールで緊急時に対応しています。	

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。	看護師は事業所雇用で週2日勤務、24時間の連絡体制をとり相談ができやすいようにしている。また健康チェック、往診時の医師への相談、心身の変化など受診が必要な場合など速やかな対応が出来るようにしている。ケア会議にも出席し、意見を聞いている。		
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。	入院した場合は入院中の様子や経過などの情報を入院先医療機関より得ている。また退院に向けて、メディカルソーシャルワーカーや入院先担当医、家族と状態について話し合いを持ち、本人にとっての最良の方向を決めている。		
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。	重度化の指針、看取りに関する指針を作成し、契約時に説明し同意を得ている。近年ご本人の年齢や身体状況、医師の所見などから、積極的な治療を望まず、医療機関よりホームでの最期を望む家族が増えている。医師の診断にもよるが、そのような診断を受けた場合は、再度家族の意向を確認し、医師、看護師、家族、管理者、介護支援専門、介護職リーダーで話し合いの場を持ち、本人にとって最良の支援となるようにしている。	契約時に看取りに関する指針の説明を行い、本人と家族の同意を得ています。利用者が重度化、看取り期になった場合は、段階ごとに医師、看護師、家族、管理者が話し合い、連携と情報の共有を図りながら支援を行っています。	
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。	マニュアルがあり、マニュアルに沿った研修を行っている。また想定外のことも起こり得るとした、実践に即した訓練を繰り返し行っている。		
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。	避難訓練は消防法で義務付けられている年2回を総合訓練とし他部分訓練を行っている。自治会の防災訓練に参加することで、地域の一員となっている。災害時の備蓄は約1週間分を用意している。	避難訓練は年2回行っています。内1回は東京理科大学の協力のもと、煙の流れを確認し、利用者と職員の動きをシミュレーションした図上訓練を行っています。職員は訓練を重ねることで慌てずに済み、見えない部分を全体的に捉え、避難できる方法を会得しています。	

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
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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。	接遇研修を全職員は入職時に最初に受ける研修となっている。人生の大先輩としての人格を尊重し、何気ない日常会話にも配慮した言葉使いをしている。毎月に会議でも繰り返し伝えている。	言葉はそのままの感情の現れ、「伺い」「了承」の声掛けを行うとの管理者の考えのもと、職員は利用者に丁寧な呼びかけや言葉遣いをしています。自らの接し方や言葉遣いをよく知り、振り返りを行うことで対応が難しい利用者への支援を行っています。	
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。	職員一人一人が利用者とのコミュニケーションを大切にしており、利用者が伝えたいことをくみ取れる関係作りを心がけている。		
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。	日課の中では、食事、10時、15時の体操が唯一決まっている時間である。その他はいつでもお茶や紅茶など飲める環境である。またボランティアの慰問や行事以外は、本人の生活ペースを基本とし、ゆっくりとした日常がおくれるように支援している。		
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。	身だしなみには特に配慮し、食後食べこぼしなどで汚れたままでないようにその都度着替えをしている。衣服はその殆どが家族が用意している。本人のお気に入りの洋服は着る頻度が多くても衛生面を管理し着て頂いている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	食事は味、見た目、食材バランスなどを考慮し、「家庭的な食事」が自慢である。入居年数とともに重度化する中、食事作りを一緒にすることが難しくなっていることも現状である。しかし1作業だけでも出来ることは安全を確保した上で行って頂いている。また献立についても話題にして、食事が楽しみとなるようにコミュニケーションを取っている。	職員が当番で行う調理の味は利用者には好評です。献立表は作っていませんが、利用者の希望があれば直ぐに買い物に行き対応しています。すき焼、土用のうなぎ、みんなで作る餃子の日や毎月29日には焼肉など、食事を楽しむ支援をしています。	

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。	食事量、水分量はその都度記録し不足にならないようにしている。利用者個々の咀嚼、嚥下状態により、量や形状を変えている。特に水分については、お茶、お水が不足気味な場合は、本人の好みに応じてゼリーやジュースなど家族の了解を得て対応している		
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。	食後の口腔ケアは必ず行っている。口腔内に問題が生じた場合は、家族に報告後、外来受診または提携歯科医の受診が受けられることを伝えて対応している。		
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。	排泄は一人一人の排泄状況を把握し、失敗を少なくするタイミングや自尊心に配慮した声掛けをしている。オムツなどの使用については、使用始めは必要かどうかを一定期間観察しスタッフ間で話し合い、使用を決めている。基本日中はトイレでの排泄とし、夜間は全身状態からPトイレ、ベッド上で本人への負担を軽減している場合もある。	一人ひとりの排泄パターンに応じてさりげなく声掛けし、自尊心に配慮したトイレ誘導を行っています。失禁が続く利用者に安易にパットやリハビリパンツに移行することはせず、ナプキンを使用するなどし、できる限りトイレで排泄が出来るよう支援を行っています。	
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。	便秘予防は水分摂取、1日2回のラジオ体操、散歩、繊維質食品を摂取などを取り入れている。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴サービスは毎日午後である。体調に問題がなければおおむね1日おきとなっている。また入浴のない日でも、必要な利用者には足浴、シャワー浴、清拭など個々に合わせた衛生状態が保てるように支援している。柚子湯や菖蒲湯など季節に合ったお湯だったり、温泉気分を味わう為に入浴剤を利用したり、楽しみな雰囲気を作って入浴して頂いている。	入浴は毎日午後に行っています。利用者は概ね1日おきに入浴していますが、希望や状況に応じて支援しています。入浴を好まない利用者には「入浴時支援状況表」で毎回の利用者の様子を声掛け段階から記録し、把握することで、入浴支援につなげています。	

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。	就寝や起床は、生活習慣を大切にしながら声かけをしている。日中は適度な活動を入れ、夜間安眠につながるようにしている。昼寝については夜間の睡眠に影響のない程度にしている。		
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。	薬については医師の指示通りに介助している。添付されている説明書を確認し、禁止食品や副作用なども周知するようにしている。症状の変化には看護師や医師に必ず報告している。		
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。	簡単な家事、作業は自然に分担され、利用者同士が生活の中で自然に役割感をもって行っている。生活にメリハリを持って頂くために、ボランティアの慰問なども多く受け入れている。また地域での文化的な行事などにも参加している。		
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。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。	屋外への散歩は天候が良ければほぼ毎日実施して、気分転換を図っている。遠出については会社所有のバスを利用し利用者で出かけることも行っているが、身体状況から全員参加は難しくなっている。また利用者がなじみの場所を希望した場合は、家族に協力を頂いている。	利用者は天気の良い日は順番で散歩に出掛けています。近隣の小学校や幼稚園、自治会の運動会の見物にも出掛けています。法人のバスで動物園や武蔵野御陵、乳業会社の工場見学などの外出支援を行っています。家族との個別の外出も支援しています。	
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。	金銭については契約時に家族と十分に話し合い対応している。		

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
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。	電話や手紙は交信できるように取り次いでいる。手紙や年賀状は、必要に応じて代読し、分かり易く利用者へ伝えている。		
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。	事業所内外は清潔に、室温、匂いなどにも配慮している。家具、備品も安全が確保できるような配置をしている。施設内は季節感を取り入れたカレンダーを貼り、季節感を感じられるようにしている。	玄関には卵の殻で作った鶏、ティッシュペーパーで作った羊など利用者と職員が毎年10月から2ヶ月かけて一緒に作っている壁掛けを飾っています。トイレ掃除は1日3回行うなど臭いへの配慮をし、ペーパータオルの利用で清潔保持に取り組んでいます。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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。	食卓やソファは必要に応じて配置を替えて、誰もが居心地のよいように配慮している。		
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。	居室内は家族と相談の上、利用者の希望の備品を持ち込んでいる。職員は毎日居室の清潔と事故になり得る配置ではないか などを確認している。	居室はクローゼットとベッドが備え付けです。使い慣れた整理ダンスやテレビを持ち込んだり、以前の趣味の物を飾っている人もいます。友人や家族が来た時は居室でゆっくり過ごしています。掃除は毎日職員と一緒に、または、利用者自らが行っています。	
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。	各フロアはバリアフリーになっており、転倒した場合でも衝撃が軽減できるような建材を使用している。トイレの表示、手すり設置、コール音により安全で自立できる工夫をしている。		

平成28年度

## 目標達成計画

事業所名 花物語あつぎ

作成日：平成 29 年 3 月 3 日

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	4	運営推進会議を活かした取り組みについて。運営推進会議は年6回開催出来ているが、地元自治会からの参加がないことで、「社会資源」としての役割や協働を事業所自ら発信できていないことが課題である。	運営推進会議で自治会から参加があり、様々な意見を聞く機会ができる。	29年度は自治会役員へこれまで以上に参加をお願いしていく。	12ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月