

平成29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	1492600307	事業の開始年月日	平成22年12月1日	
		指定年月日	平成22年12月1日	
法人名	株式会社日本アメリティライフ協会			
事業所名	花物語さがみ北			
所在地	( 〒252-0141 )			
	神奈川県相模原市緑区相原3-7-39			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護  <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		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30年2月6日	評価結果 市町村受理日	平成30年5月11日	

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hvoka/003hvoka/hvokanri.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)】

自治会や近隣の皆様のホームへの理解、協力が厚く、施設側の地域行事への参加、近隣の皆様の施設行事への招待などを通じて、積極的に交流を図っている。  
各ユニットにおける日々のレクリエーションのほか、毎月外部から来られるボランティアの方々との交流など、良好なコミュニケーションが築けるように支援させて頂いている。

### 【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3階		
訪問調査日	平成30年3月8日	評価機関 評価決定日	平成30年4月25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)】

事業所は、JR横浜線「相原駅」より徒歩14分、又は「相原駅」から法政大学行きなどのバスで「相原小学校前」で下車、徒歩3分のところにあるグループホームです。周りは戸建ての住宅や野菜畑のある農家など閑静な環境です。同一建物内に小規模多機能型居宅介護事業所が併設されていて、利用者同士の交流が行われています。

<優れている点>

理念の中で「地域とともに」を掲げています。自治会主催のどんど焼き、夏祭りなどに利用者と共に参加しています。また事業所主催の敬老花会には子どもを含めた地域の人々、事業所の利用者、職員など総数100名前後の人々が参加しています。ボランティアによる太鼓演奏やフラダンス、歌なども行われています。模擬店や出店などもあり、焼きそばなどを提供し地域住民と楽しい時間を過ごして交流を深めています。サービスの質の向上に繋げるため、食事や入浴、排泄などの場面で「不適切ケアチェック表」や「自己点検シート」を使用し、職員全員が自分達の支援を反省する機会としています。

<工夫点>

事業所では毎月請求書と、利用者の生活の様子を伝える写真、イラストを用いたの予定表を送付しています。予定表には内科、歯科往診の予定、ボランティアの来訪予定、行事予定などを記載し、行事などで利用者がどのような生活を送るのか知る機会になっています。同時に家族へ行事への参加を促しています。

### 【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	花物語さがみ北
ユニット名	ユニット①

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
	○ 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、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。	事業所理念を玄関、各フロア、スタッフルームに掲示するとともに、担当者会議等の場で機会があるごとに理念の共有に努め、実践につなげている。	開所時に理念を職員間で話し合っ作成し、「敬意と尊厳を忘れずに」など5項目を掲げ、玄関や各リビング、事務室などに掲示し、ユニット会議などで確認する事もあります。職員は利用者に寄り添い、利用者が楽しみながら安心できるように支援しています。	
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。	施設行事の案内、ボランティアの受入れ、自治会、地域行事への参加などにより交流を図っている。	自治会に入会し、どんど焼き、防犯パトロールなど地域の行事へ参加しています。駐車場が夏祭りの神輿の休憩場所になっています。事業所主催の敬老花会には模擬店やフラダンス、太鼓、歌などの催しがあり、数十名の地域住民との交流を深めています。	
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。	運営推進会議の場での施設行事への案内や、地域行事への参加をする中で、認知症の理解が発信できていると思われる。		
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。	運営推進会議は年に6回を予定し、会議を通じてホームでの様子、取組みを報告し、会議の場で頂く意見を参考にサービスの向上に努めている。	併設の小規模多機能型居宅介護事業所との合同で原則2ヶ月に1回、家族、自治会長、民生委員、地域包括支援センター職員が参加し行っています。事業所の活動報告、地域交流拠点としての活動、自治会からの地域の行事の参加要請などを話し合い、相互の理解を深めています。	
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に取り組んでいる。	緊急性のある入居希望あるいは、介護保険に関わる諸手続きなど、分からない事を問合せし、適切な指導を頂いている。	利用者の認定更新時に担当者との話し合い、市主催の研修会への参加、また高齢者支援センター主催のグループホーム連絡会への参加しなど、いつでも市との連絡が取れるようになっています。運営推進会議録を担当職員に直接手渡し、事業所の実情など報告しています。	

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の運営規程に明示するとともに、年度研修計画に盛り込んで教育し、理解を深めている。	事業所の方針は身体拘束防止マニュアルに記載しています。職員には年5～6回テキストを使用して研修を行い、周知を図っています。緊急やむを得ず身体拘束を行なう場合は記録を残し、家族などに説明して理解を得るようになっていきます。	
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。	高齢者虐待防止法については研修を行い、一切行われていないことを確信している。また管理者も見逃すことのないよう、日々のケアには十分注意している。		
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。	権利擁護については、年度研修計画に盛り込み社内研修を予定している。管理者は更に知識を深め、必要となりうる場合に助言が出来るように努めたい。		
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。	契約の際は、重要事項説明書、入居契約書など説明しながら、その都度問題点が無いかを確認している。また署名、押印後も自宅で再度内容を確認して、疑問を持ち続けることのないよう契約者に伝えている。		
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。	利用者や家族の意見・要望は、日頃から話しやすい関係を作ることに努め、いつでも意見を出せるようにご意見BOXを設置している。	職員と利用者は日常の会話の中で、家族とは来訪時に話し合いを行い、意見・要望を引出しています。請求書送付時に利用者の日常の写真を同封し生活ぶりを伝えています。情報の共有のため「ほうれんそうノート」やユニット会議などを行い、運営への反映に努めています。	

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。	毎月、各ユニットで会議を開催し、職員の意見や要望を聞き、事業所内で解決できない問題などは本部担当者を通じて代表者へ伝達する等、会社全体としての対応をしている。	ユニット会議、「ほうれんそうノート」、管理者と職員との年1回以上の個人面談などで職員の意見を引き出すようにしています。職員からの意見や要望はその都度検討しています。とりわけ行事に関しては職員がレクリエーション起案書を作成し、実施しています。	
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。	労働基準法に則した労働環境を作っている。資格支援制度により資格取得へのバックアップや資格取得者への賃金の見直し、改善など、職員が働きがいのある職場を作る努力を代表者は整えてくれている。		
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。	法人内（入社時研修）、法人外（法人企画研修）、あるいは事業所内でも研修を行い、職員のスキルアップに努めている。		
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。	相模原市グループホーム連絡会や地域密着型サービスの情報交換会、講演会等を通じて交流を深めている。		
<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、本人・家族から生活環境や生活暦・習慣・趣味などの情報を得て、職員間で共有し、入居後の環境変化で不安や困惑が大きくなるような関係づくりに努めている。		

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。	入居の間合せ・申し込みを受けた時から、入居を考えた経緯や本人の状態・心配ごとなど十分に話したうえで、ホームの理念や対応を伝え信頼していただけるような説明を心掛けている。		
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。	現在の生活状況を、家族・担当ケアマネージャーから情報を入手し、本人・家族にとって必要なサービスが選択でき、助言も出来るように努めている。		
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。	出来ることへの働きかけを大切にしている。共に生活する環境づくりは、日常生活において管理者・職員とも常に心がけており、家事や物作りなど、様々な場面で共同生活をしている。		
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。	入居時に面会や家族との外出は本人の楽しみでもあり、家族との関係が絶える不安から解消される一つでもあることを伝え、理解を求めている。誕生会や行事なども案内して、一緒に過ごせるように時間を大切にしている。		
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。	入居時に、家族の写真や馴染みのものを飾っていただき、写真などを見ながら思い出を話す機会を作っている。施設内行事には、家族他ご友人にも家族を通して参加を案内している。	入居前のアセスメントで基本情報や生活歴などの把握、利用者、家族との話し合いなどで馴染みの人や場所を把握しています。家族との連携で自宅での外泊、墓参り、馴染みの店などに出掛けています。利用者の友人などの来訪支援や電話の取り次ぎを行っています。	

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。	居室にこもる、会話に参加できないなどの場面を作らないように職員が仲介したり、レクリエーションや散歩など協力しあう機会を作っている。		
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。	退去も様子を伺ったり、入院の場合はお見舞いなどを行っている。ご家族の方が気軽に立ち寄ることができる雰囲気を作るように努めている。		
<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。	入居前に家族や利用しているサービス事業所、担当ケアマネージャーなどから情報収集して、家族・本人の意向を把握するよう努めている。	職員は利用者信頼関係を構築し、日々の生活の会話などで利用者の思いや意向を把握し、ユニット会議などで共有しています。意思疎通が困難な利用者には、家族からの情報や日々の行動や仕草から思いや意向を把握し適宜対応しています。	
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。	家族の構成、生活歴、病歴、認知症状への家族の理解、たいおうなど可能な限り把握。またサービスの利用についても、いつごろからどのようなサービスを利用していたかも情報を得ている。		
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、排泄状況、睡眠、活気などを観察・記録し、日々の様子を継続して把握できるように努めている。メリハリある生活ができるよう支援している。		

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、必要の関係者と話し合い、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。家族の意向、主治医、看護師からの身体状況などの意見を聞き、担当者会議で話し合い、計画作成担当者がまとめ作成している。	職員は利用者や家族の意向を日常の関わりの中で把握し、毎月の担当者会議で話し合い、介護計画を作成しています。長期目標は12ヶ月、短期目標は6ヶ月で設定し、モニタリングは3ヶ月毎、アセスメントは12ヶ月ごとに行っています。	
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、日中の様子や他者との関わり、ケアの実践などを記録し、日勤者・夜勤者間で申し送られ、継続して情報が伝達できるようにしている。適切なケアをするため計画の見直しも行っている。		
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。	外部からのボランティアの受け入れや、地域住民の協力を得て、多様なサービスの実施に取り組んでいる。		
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。	自治会活動を通じて、個々の社会性の維持と事業所としての地域との協力は不可欠と考えていることから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。	主治医については、入居契約時に入居前かかりつけ医を継続するか事業所の協力医療機関に変更するかを話し合い、本人及び家族の選択としている。入居前かかりつけ医を利用する場合においても、同様の支援、情報の提供などを行っている。	月2回、協力医療機関の医師が往診しています。家族の協力で、入所前のかかりつけ医に通院することも可能です。事業所の看護師が、往診時に立ち会い、医師と連携して健康管理を行っています。病状の急変時は、24時間体制で、協力医療機関の指示を仰ぐことができます。	



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。	週2回の看護師による健康チェックの際、心身の変化を報告、適切な対応や受診が受けられるよう、主治医への伝達もお願いしている。		
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。	入院した場合は入院中の様子経過などの情報を入院先医療機関より得ている。また退院に向けてはメディカルソーシャルワーカーや入院先担当医、本人の主治医との情報交換、家族への連絡などを密にとっている。		
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、事業所です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。	「利用者の急変時や重度化した場合等における対応に係る指針」を策定し、契約時説明、話し合い、家族に同意を得ている。事業所内でも法人としての方針を伝え、そのような場面の支援について話し合いの機会を作っている。	医師が、終末期に近づいたと判断した場合は、「看取り期における医療等に関する意思確認書」により、終末期に起こりえる事や事業所でする事を説明しています。「看取り介護についての同意書」を受け、チーム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。	急変時や事故発生時に備え、マニュアルを職員に配布、会議でも話し合いを行っている。また事例をもとに検討会を開き、原因、対応、防止策などの話し合いを行っている。		
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。	事業所独自の「防火管理マニュアル」及び「地震災害対処マニュアル」を作成するとともに、年度研修計画に盛り込んで職員教育を行い、年2回の避難訓練を実施している。非常食、飲料水、介護用品などを備蓄し災害時に備えている。災害時に手動で使用可能な自動販売機を設置している。	年2回の避難訓練では、通報訓練や水消火器を使った消火訓練も行い、消防署の指導を受けています。1階の倉庫に、水・非常食などの災害備蓄品を備え、品目や消費期限のリストを作成して管理しています。	自治会に加入し地域と良好な関係を保っていますが、避難訓練で近隣の協力を得ることや、地域の人々の防災訓練への参加は実現していません。今後、災害に備えた、地域との協力体制づくりが期待されます。

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。	「認知症の対応は声掛けが重要」との認識は全職員に浸透し、実践できていると思われる。	利用者本位の支援を心がけ、「人生の先輩」として接しています。毎月の研修会やケア会議で、利用者が自己決定できる支援について話し合っています。食事・入浴・排泄などの35項目について「不適切ケアチェック表」で振り返りをしています。	
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。	職員とのコミュニケーションを取りながら思いやりや希望が率直に現わせる環境づくりを心掛けている。		
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し、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。	食事、10時、15時のお茶時間以外は本人の生活リズムや希望に沿った生活が送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。	季節に合った衣服を着替えの際選んでいただいている。食後など食べこぼしで汚れた場合は必ず交換している。		
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。	食事への楽しみが持てるようにメニューを知らせたり、食材と一緒に下ごしらえをしたりしている。季節行事にあったメニューも都度提供している。食事前後の準備、片付けとも男女を問わず、その時にできる方をお願いしている。	主菜と副菜は業者から食材を購入しています。主食と汁物、行事食については、職員が献立を立てスーパーマーケットで材料を購入しています。フードコートに出掛けたり、出前を取って各人が好きなものを食べることもあります。手作りおやつを楽しむこともあります。	

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。	摂取量、水分量は個人記録に記録し体調の変化の一つの目安にしている。利用者個々に形態も変え、栄養面でもカロリー計算された食事を提供し栄養のバランスが取れるよう配慮している。		
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連携している訪問歯科の往診時に相談し必要に応じて継続した診察、口腔ケアをお願いしている。		
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。	排泄は自尊心を傷つけないよう配慮している。記録をもとに個々の排泄パターンの把握に努め、トイレでの排泄が継続できるよう昼夜ともに支援している。	一人一人の排泄のパターンを把握し、さりげないトイレ誘導を行っています。便器に可動式の手すりが付いており、車いすの介助がしやすくなっています。夜間は、利用者の状況により、ポータブルトイレやコールボタンを活用しています。	
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・硬便の予防として、主食・副食とも軟らかめに調理している。水分摂取量も1日1300CCを目安にしている。		
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むように、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。	入浴は、衛生状態を考慮しながら、本人の希望を可能な限り聞いている。入浴担当者とコミュニケーションを取りながら、楽しい気分で入浴ができるように支援している。	午前と午後に入浴時間を設け、利用者の希望を聞きながら、週に2回は入浴できるようにしています。湯は毎回入れ替え、ゆず湯や入浴剤を使用しています。脱衣所にはエアコンを設置し温度に配慮しています。	

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
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・起床時は、これまでの生活習慣を考慮した時間で促している。日中に長時間の休息で、夜間の安眠に影響がないよう支援している。		
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。	薬については医師の指示通りに服薬介助している。服用したことによる変化は医師に報告している。		
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。	日常的に洗濯物、食事作り、掃除などの家事全般を一緒に行うことで職員との一体感が持てている。その中から役割や楽しみを感じているように見受けられる。また季節ごとの行事などにより楽しむ時間も作っている。		
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。	散歩は身体状態に合わせて取り組んでいる。本人が望んでいる場所への外出は家族に協力いただいている場合もあるが、可能な限り支援できるように努めている。	近隣の静かな住宅街を散歩しています。毎月職員が中心となって外出レクを企画し、事業所の車で、町田リス園や相模川などに出掛けています。また、初詣や、桜、紫陽花など季節の花見などを皆で楽しんでいます。	
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。	本人・家族の意向により、お金を所持することで安心感を持てる場合や買い物希望の場合は見守りながら紛失のない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
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。年賀状や季節の挨拶状なども書いていただき、家族・友人との関係が途切れないよう支援している。		
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。	事業所内は清潔を心掛け、全てにおいて不快感につながるものがないよう配慮している。玄関には毎週生け花を季節の花に入れ替え、楽しめるようにしている。	食堂兼居間では、テレビを観たりお喋りを楽しんでいます。定期的に、歌や傾聴のボランティアが来訪し、また、臨床美術（アートセラピー）、カラオケも行っています。館内はバリアフリーで、壁面には行事の写真や、利用者と職員が作成した貼り絵が飾っています。	
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。	利用者の状況に応じて食卓とソファの配置を考慮している。		
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。	居室は、ベッド以外は本人が使い慣れたものを持ち込み、家族と一緒に安全な配置を確認している。習慣なども考慮し必ずしもベッドではなく、直接寝具を使用している場合もある。	ベッド・マット・エアコン・クローゼット・照明が設置済みです。利用者は、使い慣れたタンスや椅子、テーブル、防災カーテンなどを持ち込み、家族の写真やぬいぐるみ、花などを飾っています。	
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。	各フロアすべてバリアフリーとなっている。トイレや浴室など大きな文字で表示している。洗剤などは収納BOXに収納して直接目に触れないように工夫している。		

事業所名	花物語さがみ北
ユニット名	ユニット②

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、安心して暮らしている。 (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、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。	事業所理念を玄関、各フロア、スタッフルームに掲示するとともに、担当者会議等の場で機会があるごとに理念の共有に努め、実践につなげている。		
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。	施設行事の案内、ボランティアの受入れ、自治会、地域行事への参加などにより交流を図っている。		
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。	運営推進会議の場での施設行事への案内や、地域行事への参加をする中で、認知症の理解が発信できていると思われる。		
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。	運営推進会議は年に6回を予定し、会議を通じてホームでの様子、取組みを報告し、会議の場で頂く意見を参考にサービスの向上に努めている。		
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。	緊急性のある入居希望あるいは、介護保険に関わる諸手続きなど、分からない事を問合せし、適切な指導を頂いている。		

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
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の運営規程に明示するとともに、年度研修計画に盛り込んで教育し、理解を深めている。		
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。	高齢者虐待防止法については研修を行い、一切行われていないことを確信している。また管理者も見逃すことのないよう、日々のケアには十分注意している。		
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。	権利擁護については、年度研修計画に盛り込み社内研修を予定している。管理者は更に知識を深め、必要となりうる場合に助言が出来るように努めたい。		
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。	契約の際は、重要事項説明書、入居契約書など説明しながら、その都度問題点が無いかを確認している。また署名、押印後も自宅で再度内容を確認して、疑問を持ち続けることのないよう契約者に伝えている。		
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。	利用者や家族の意見・要望は、日頃から話しやすい関係を作ることに努め、いつでも意見を出せるようにご意見BOXを設置している。		



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。	毎月、各ユニットで会議を開催し、職員の意見や要望を聞き、事業所内で解決できない問題などは本部担当者を通じて代表者へ伝達する等、会社全体としての対応をしている。		
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。	労働基準法に則した労働環境を作っている。資格支援制度により資格取得へのバックアップや資格取得者への賃金の見直し、改善など、職員が働きがいのある職場を作る努力を代表者は整えてくれている。		
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。	法人内（入社時研修）、法人外（法人企画研修）、あるいは事業所内でも研修を行い、職員のスキルアップに努めている。		
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。	相模原市グループホーム連絡会や地域密着型サービスの情報交換会、講演会等を通じて交流を深めている。		
<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、本人・家族から生活環境や生活暦・習慣・趣味などの情報を得て、職員間で共有し、入居後の環境変化で不安や困惑が大きくなるような関係づくりに努めている。		

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。	入居の問合せ・申し込みを受けた時から、入居を考えた経緯や本人の状態・心配ごとなど十分に話したうえで、ホームの理念や対応を伝え信頼していただけるような説明を心掛けている。		
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。	現在の生活状況を、家族・担当ケアマネージャーから情報を入手し、本人・家族にとって必要なサービスが選択でき、助言も出来るように努めている。		
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。	出来ることへの働きかけを大切にしている。共に生活する環境づくりは、日常生活において管理者・職員とも常に心がけており、家事や物作りなど、様々な場面で共同生活をしている。		
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。	入居時に面会や家族との外出は本人の楽しみでもあり、家族との関係が絶える不安から解消される一つでもあることを伝え、理解を求めている。誕生会や行事なども案内して、一緒に過ごせるように時間を大切にしている。		
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。	入居時に、家族の写真や馴染みのものを飾っていただき、写真などを見ながら思い出を話す機会を作っている。施設内行事には、家族他ご友人にも家族を通して参加を案内している。		

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。	居室にこもる、会話に参加できないなどの場面を作らないように職員が仲介したり、レクリエーションや散歩など協力しあう機会を作っている。		
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。	退去も様子を伺ったり、入院の場合はお見舞いなどを行っている。ご家族の方が気軽に立ち寄ることができる雰囲気を作るように努めている。		
<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。	入居前に家族や利用しているサービス事業所、担当ケアマネージャーなどから情報収集して、家族・本人の意向を把握するよう努めている。		
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。	家族の構成、生活歴、病歴、認知症状への家族の理解、たいおうなど可能な限り把握。またサービスの利用についても、いつごろからどのようなサービスを利用していたかも情報を得ている。		
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、排泄状況、睡眠、活気などを観察・記録し、日々様子を継続して把握できるように努めている。メリハリある生活ができるよう支援している。		

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。家族の意向、主治医、看護師からの身体状況などの意見を聞き、担当者会議で話し合い、計画作成担当者がまとめ作成している。		
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、日中の様子や他者との関わり、ケアの実践などを記録し、日勤者・夜勤者間で申し送られ、継続して情報が伝達できるようにしている。適切なケアをするため計画の見直しも行っている。		
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。	外部からのボランティアの受け入れや、地域住民の協力を得て、多様なサービスの実施に取り組んでいる。		
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。	自治会活動を通じて、個々の社会性の維持と事業所としての地域との協力は不可欠と考えていることから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。	主治医については、入居契約時に入居前かかりつけ医を継続するか事業所の協力医療機関に変更するかを話し合い、本人及び家族の選択としている。入居前かかりつけ医を利用する場合においても、同様の支援、情報の提供などを行っている。		

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
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。	週2回の看護師による健康チェックの際、心身の変化を報告、適切な対応や受診が受けられるよう、主治医への伝達もお願いしている。		
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。	入院した場合は入院中の様子経過などの情報を入院先医療機関より得ている。また退院に向けてはメディカルソーシャルワーカーや入院先担当医、本人の主治医との情報交換、家族への連絡などを密にとっている。		
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。	「利用者の急変時や重度化した場合等における対応に係る指針」を策定し、契約時説明、話し合い、家族に同意を得ている。事業所内でも法人としての方針を伝え、そのような場面の支援について話し合いの機会を作っている。		
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。	急変時や事故発生時に備え、マニュアルを職員に配布、会議でも話し合いを行っている。また事例をもとに検討会を開き、原因、対応、防止策などの話し合いを行っている。		
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。	事業所独自の「防火管理マニュアル」及び「地震災害対処マニュアル」を作成するとともに、年度研修計画に盛り込んで職員教育を行い、年2回の避難訓練を実施している。非常食、飲料水、介護用品などを備蓄し災害時に備えている。災害時に手動で使用可能な自動販売機を設置している。		

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。	「認知症の対応は声掛けが重要」との認識は全職員に浸透し、実践できていると思われる。		
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。	職員とのコミュニケーションを取りながら思いやりや希望が率直に現わせる環境づくりを心掛けている。		
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し、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。	食事、10時、15時のお茶時間以外は本人の生活リズムや希望に沿った生活が送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。	季節に合った衣服を着替えの際選んでいただいている。食後など食べこぼしで汚れた場合は必ず交換している。		
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。	食事への楽しみが持てるようにメニューを知らせたり、食材を一緒に下ごしらえをしたりしている。季節行事にあったメニューも都度提供している。食事前後の準備、片付けとも男女を問わず、その時にできる方をお願いしている。		

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
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。	摂取量、水分量は個人記録に記録し体調の変化の一つの目安にしている。利用者個々に形態も変え、栄養面でもカロリー計算された食事を提供し栄養のバランスが取れるよう配慮している。		
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連携している訪問歯科の往診時に相談し必要に応じて継続した診察、口腔ケアをお願いしている。		
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。	排泄は自尊心を傷つけないよう配慮している。記録をもとに個々の排泄パターンの把握に努め、トイレでの排泄が継続できるよう昼夜ともに支援している。		
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。	便秘・硬便の予防として、主食・副食とも軟らかめに調理している。水分摂取量も1日1300CCを目安にしている。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴は、衛生状態を考慮しながら、本人の希望を可能な限り聞いている。入浴担当者とコミュニケーションを取りながら、楽しい気分で入浴ができ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
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・起床時は、これまでの生活習慣を考慮した時間で促している。日中に長時間の休息で、夜間の安眠に影響がないよう支援している。		
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。	薬については医師の指示通りに服薬介助している。服用したことによる変化は医師に報告している。		
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。	日常的に洗濯物、食事作り、掃除などの家事全般を一緒に行うことで職員との一体感が持てている。その中から役割や楽しみを感じているように見受けられる。また季節ごとの行事などにより楽しむ時間も作っている。		
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。	散歩は身体状態に合わせて取り組んでいる。本人が望んでいる場所への外出は家族に協力いただいている場合もあるが、可能な限り支援できるように努めている。		
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。	本人・家族の意向により、お金を所持することで安心感を持てる場合や買い物希望の場合は見守りながら紛失のない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
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。年賀状や季節の挨拶状なども書いていただき、家族・友人との関係が途切れないよう支援している。		
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。	事業所内は清潔を心掛け、全てにおいて不快感につながるものがないよう配慮している。玄関には毎週生け花を季節の花に入れ替え、楽しめるようにしている。		
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。	利用者の状況に応じて食卓とソファの配置を考慮している。		
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。	居室は、ベッド以外は本人が使い慣れたものを持ち込み、家族と一緒に安全な配置を確認している。習慣なども考慮し必ずしもベッドではなく、直接寝具を使用している場合もある。		
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を送れるように工夫している。	各フロアすべてバリアフリーとなっている。トイレや浴室など大きな文字で表示している。洗剤などは収納BOXに収納して直接目に触れないように工夫している。		

平成29年度

## 目標達成計画

事業所名 花物語さがみ北

作成日： 平成 30年 5月 10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	35	災害対策について年2回施設全体で避難訓練を実施しているが、近隣の協力を得ることや地域の人々の防火訓練への参加は実現できていない。	避難訓練に地域の人や近隣の方々も参加して頂き、施設と地域の繋がりを深め災害時に備えた協力体制をつくる。	<ul style="list-style-type: none"><li>積極的に自治会行事に参加し、地域の方と親交を深める。</li><li>運営推進会議の際、避難訓練の参加をお願いし自治会の協力を得る。</li></ul>	12ヶ月
2				0	ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月