

2019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	1492900343	事業の開始年月日	
		指定年月日	
法人名	(株) 日本アメニティライフ協会		
事業所名	花物語あつぎ中央		
所在地	( 〒243-0815 ) 神奈川県厚木市妻田西3-22-18		
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	令和1年10月11日	評価結果 市町村受理日	令和2年1月31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	<a href="http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/">http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/</a>
----------	---

### 【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)】

認知症や持病があっても、住み慣れた地域の良い環境で自分らしく暮らすことが出来るために、私たちのグループホームでの介護は一人ひとりの「自分らしい」生活の支援を大切に考えています。  
木のぬくもりがあり、穏やかな光と爽やかな風を感じられる家庭的な設え、閑静な住宅街の中に立地し、バス通りにはスーパーやクリニック、妻田薬師や緑溢れる公園や遊歩道もあり自然と活気が調和した生活しやすい環境にあります。  
ゆっくりゆったりとした時間の流れる安らぎと、四季を感じられる年中行事や外出支援、地域との交流など瑞々しいときめきを感じられる時間をよいペースで提供できるように取組みをすすめています。

### 【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 神奈川県藤沢市鵜沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和1年11月12日	評価機関 評価決定日	令和2年1月9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、小田急線「本厚木駅」からバスで約10分、「妻田薬師」バス停で下車し、歩いて5分程の住宅街にあり、2階建て2ユニットのグループホームです。約6年の運営実績があるグループホームを、今年3月1日より横浜市に本社がある株式会社が運営を引き継いでいます。法人は、東京、神奈川に複数の介護事業所を展開しています。敷地内に同一法人の住宅型有料老人ホームとデイサービスが併設されています。

<優れている点>

事業所行事を積極的に行っています。花見、いちご狩り、紫陽花やコスモス見物などの外出を計画し、「見学旅のしおり」を作成して、一日の行動を事前に検討しています。昼食も見学旅の中で摂っています。見学旅後には職員が反省会を行い、今後の行事に役立てています。近隣の3事業所合同夏祭りでは、チラシを自治会の掲示板に掲示してもらい、地域の子供たちが参加しています。事業所内での行事は、月に1度、季節を感じてもらえるものとなっています。また、管理者が実践者研修の指導者養成研修講師の資格を持ち、事業所内研修や社内研修の講師にもなっています。

<工夫点>

家族との関係を大切にしています。運営推進会議の開催の案内や事前資料を希望する家族にメールを送ったり、開催後には議事録を送付し、併せて運営推進会議や行事への参加などを呼びかけています。毎月、カラー写真の便りと管理者からの手紙を「あっとほ一む」と題して家族に送付しています。

### 【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	

株式会社フィールズ

事業所名	花物語あつぎ中央
ユニット名	花物語1階

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させている。 (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、安心して暮らしている。 (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 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、生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
<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。	「認知症の人の意思が尊重され、住み慣れた地域の良い環境で自分らしく暮らせる」という新オレンジプランの理念、また地域包括ケアシステム推進を研修等を通じて全職員に共有し、グループホームが「地域の良い環境」になれることを目標としている。	3月より新しい株式会社が運営を引継ぎ、4月より施設長が新たに着任しています。現在は、具体的な地域密着型サービスとしての事業所独自の理念を検討しています。	今後、地域密着型サービスとしての事業所独自の理念の作成が期待されます。
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。	白根地域自治会（町内会）に所属し、妻田薬師のお祭りなど地域行事への参加や子供太鼓の訪問など積極的に交流を促進している。運営推進会議には地域の民生委員の方に参加を呼びかけ地域交流面の意見を聴いている。	自治会に加入しています。近隣の妻田薬師の祭りの際には、子供太鼓が駐車場に寄って行きます。近隣の3事業所合同の夏祭りは、民生委員を通じてチラシを自治会の掲示版に掲示させてもらっています。地域のコーラスやハーモニカの団体が訪問しています。	
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。	グループホームとして地域貢献できるように、まずグループホームの介護力を高める努力を行っている。認知症を正しく理解し、その人の立場で生活の困難さを考えられる支援者になれるように、研修や実践を通じて研鑽を行っている。	/	/
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。	運営推進会議ではご利用者の代表を毎回参加して頂き、2カ月間のサービス内容を写真のスライドショーで分かりやすく報告している。会議後は議事録をQ&A方式で作成し改善の報告等を不参加の方に報告している。	2ヶ月に一度、運営推進会議を開催しています。家族が多く参加し、他に民生委員、地域包括支援センター職員が参加しています。家族からの意見は多くの改善に繋がっています。	
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。	市町村職員及び地域包括支援センターの方へ運営推進会議への参加を呼びかけ、ケアサービス報告の機会としている。厚木市オレンジプロジェクト認知症輪っかの作成協力などを行った。	市の介護福祉課へ運営推進会議の開催案内と議事録を送付しています。月に1度、待機者調査票を介護福祉課へ提出しています。市の事業で、地域包括支援センターを通じて「厚木市認知症輪っかオレンジプロジェクト」に参加しています。	

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。	法令・省令等に準じた身体拘束の廃止に向けた考え方や適正化について、また認知症グループホームの立場として認知症の人の権利擁護や意思決定支援を促進するための「尊厳を支えるケア実践」の研修を必須とし、全員履修できるように取り組んでいる。	「身体拘束等の適正化のための指針」を整備し、5月から施設長が数回に分けてすべての職員に「身体拘束・高齢者虐待防止に関する研修」を行っています。3ヶ月に1度、「身体拘束適正化委員会」を開催し、すべての職員に周知しています。	
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。	高齢者虐待防止法の理解についても上記研修内容に含め包括的に学習をしてもらっている。擁護者に関する支援についても解説しており、認知症グループホームの立場として地域の認知症ケアの相談場所の様な存在になれることを目指して努力している。		
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。	管理者は成年後見制度、日常生活自立支援事業に知見を有しているが職員への周知、研修は今後実施予定である。認知症の人への意思決定ガイドラインへの準拠していく必要がある。		
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。	契約時には重要事項説明書なども用いて、サービス内容や料金など分かりやすい説明を心がけている。重度化、看取りに関する指針（グループホームとしての考え方）も別途資料を提示し、説明、同意を得ている。		
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。	運営推進会議の開催時は、1か月前にご家族にご案内を出し、要望や意見聴取の場としている。その内容は議事録にてご家族に報告をしている。その他ご訪問時に個別に面談に応じる事もあるが、内容により個別対応とすることもある。	玄関に「苦情受付窓口」のチラシを掲示しています。月に1度、カラー写真の便り「あっとほーむ」と施設長からの手紙を送っています。運営推進会議の事前資料を希望の家族にはメールで送っています。運営推進会議には多くの家族が参加し、多くの改善に繋がっています。	

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
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1回の全体会議、およびフロア会議や個別ケース会議にて職員の意見や提案を聴き、環境改善やケア方法の検討など行っている。議事録を作成し全スタッフに共有できるようにしている。	施設長は、日頃から話しやすい雰囲気を中心掛けています。毎月、フロア会議を行い、その約1週間後に全体会議を開き、職員から意見などを聞いて話し合っています。法人での職員向けアンケートの後に施設長が職員と個人面談をする事になっています。	
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。	管理者が勤務作成および勤怠管理や給与計算を行っており、スタッフの働きやすい職場作りや超過勤務の是正に取り組んでいる。資格取得や研修参加に対して、配慮を行い各人の向上心に呼応出来るようにしている。		
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。	管理者自らが前場に入り、食事・入浴・排泄等の基本的介護技術や、認知症のBPSDへの対応について現認指導する機会を設けている。外部への研修参加についても業務内で参加できるなどして促進に努めている。		
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。	法人内のグループホームが市内に2ヶ所あり、イベントや行事のアイデアを出し合ったり、管理者が運営推進会議に相互参加をするなどしている。地域同業者とのネットワークづくりは今後の課題である。		
<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。	インテークではご本人に話を聴きアセスメント及びケアプランに反映させている。ご本人からのヒヤリングだけでは難しい場合は、ご家族等からの聞き取り、生活歴や家族関係などからその人の全体像を理解する事に努めている。		

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。	サービス利用開始時及びケアプラン作成時にはご家族と話をし、要望や不安の緩和などに努めている。 全面的に要望にお答えする事ではなく、ご本人の援助者の立場からご家族への解説や提言を行う事もある。		
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。	初期対応場面では、ご本人のご様子や介護者の方の困りごと、要望等を聴き、ケアマネジャーや当社の相談員とも相談しながらご利用者の望む生活の実現を念頭におき、他サービスの提案も含めて対応している。		
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。	グループホームでの支援は安全、安心、清潔をベースにしながら一人ひとりの「生活」の支援であることを大切にしている。 掃除や洗濯、食事の準備など、その人の出来る部分に着目して携って頂くようにしている。		
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。	大切な人との時間や関わりは重要なものと考え、家族支援はケアプランにも反映させている。ご家族へは認知症の正しい理解を啓発し、「何もわからなくなった」などの誤解につながらないように丁寧に説明をしている。		
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。	面会ではご家族、ご親族の他、友人や昔の職場の友達などがあり、馴染の人とのつながりを大切に考えている。 馴染のスーパーマーケットに買物に出かける支援を行っている方もいる。	友人や元の職場の同僚が面会に来ています。本が好きな利用者にネット通販での購入の支援をしています。職員の電子ピアノやギターでの演奏に合わせて歌が好きな利用者が歌っています。 入居前によく行っていたスーパーマーケットにも買い物に行っています。	

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。	ヒヤリングや生活歴などのアセスメントから利用者一人ひとりの性格や人となりを知る努力をしている。人間関係調整では環境面での配慮やふれあいを促進したり、アルコーブスペースを利用して空間を分けるなどしている。		
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。	サービス利用が終了したご利用者に対して、これまでの生活が継続出来るよう情報提供や相談援助などの支援を行う体勢を整えている。		
<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。	ケアプラン作成時は、一人ひとり望む生活について聞き取りを行っている。聞き取りが困難な場合でも、生活歴等のアセスメント情報からご本人のニーズを見極める様に努めている。	利用者の話を良く聞き、話を合わせてコミュニケーションを図るようにしています。利用者日々の雑談の中から意向を聞き取っています。思いの把握が困難な場合、施設長は、職員に利用者の表情や仕草をよく見て、利用者の心に共感するようにと伝えています。	
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。	ご本人、ご家族からの聞き取り及びケアマネジャーや利用していた介護サービス事業者、かかりつけ医、支援者などから情報を得る努力を行い、馴染の暮らし知ることに努めている。		
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。	上記の聞き取りで情報を得る事に加えて、ご本の有する力の発揮では聞き取りや生活歴から得意な事に取り組んでもらったり、入浴や排せつなどのケア場面で現認で身体機能等のストレングスの見極めを行っている。		

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
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。	フロア会議や全体会議でご利用者の課題抽出を行い、個別ケースカンファレンスにつなげている。介護計画の場面ではご本人の生活の困難さを考える様にしている。介護計画はケア内容をご家族に説明し、質問や意見を聴いている。	ケアプランは、基本的に6ヶ月に1度改訂しています。介護計画作成担当者は、毎日の個人記録を見て目標が出来ているかどうか確認し、家族からの意見を聞き、カンファレンス、アセスメント、モニタリングをして新たなケアプランを作成しています。	
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。	「最近元気が無くなった」「ケアでの困りごとがある」などの介護スタッフからの意見抽出をもとに原因を考え、ケアの工夫をする上で、考える糧となる様に個別の支援記録は包括的な記録方法を取り入れている。		
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ず、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	車イス対応の車両を1台リースにて保有しており、急な受診やご本人、ご家族の希望に応じた送迎の支援を随時行っている。		
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。	近所に整形外科や眼科などの専門医があり活用している。スーパーマーケットや本屋に買物に行きたい要望に応じて出かける支援を行うこともある。 妻田薬師は白根地域のシンボリックな存在であり地域行事に参加する事もある。		
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。	海老名セントラルクリニックでの月2回の訪問診療をかかりつけ医としている。かかりつけ医の選定にはご本人、ご家族に説明したうえで選択できるようにしている。市立病院や相州病院などをかかりつけ医にされている方もおられる。	利用者及び家族の同意を得、全て協力医療機関の医師がかかりつけ医となっています。月2回の訪問診療があります。看護師は週2回おのおの8時間滞在し、利用者の健康管理を行っています。医師及び看護師とはオンコールで24時間連絡の取れる体制です。	



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。	看護職員を週2回配属して、健康管理や医療上の所見を得るようにしている。急性増悪時に医師による特別指示にて訪問看護を活用する事もあり、情報提供をして連携している。		
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。	ご利用者に入院が必要となった場合はこちらから情報提供を行い、担当の看護師、病院のMSW等と連携するようにしている。退院の目途ができたなら、こちらからおもむいて現状を聴取し、状態に適切に対応でき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、看取りの指針について、入居時に丁寧に説明し、考え方を示している。看取り期のケアに際しては、医師、看護師を交えてカンファレンスを行い説明と同意を得たうえで行う。心の揺れに対応した細やかな対応を心がけ記録に残している。	入居時には、利用者及び家族へ丁寧な説明を行って来ます。終末期に当たっては、医療機関と連携し、適宜カンファレンスを行い、家族の意向を確認しています。看取りには施設長を中心に一丸となって支援しています。8月に看取りを実施しています。	
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。	3月に救急救命処置及びAED使用方法に関する研修を実施している。事業所玄関にAEDを1台設置し緊急時に備えている。		
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。	年間で3回の災害訓練を計画し7月に火災時の総合避難訓練を消防本部職員立ち合いで実施した。反省点をあげ改善していく。本年度中に夜間火災想定避難訓練、地震、水害等災害訓練を行う。	7月に厚木市消防本部立ち会いのもと、総合避難訓練を実施しています。来年1月には水害・地震などの訓練を、また3月には夜間想定訓練と防災設備の点検を実施する計画です。備蓄は水・食料3日分の他、非常用備品についてリストアップ中です。	

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。	接遇の研修及び認知症の人の尊厳を支えるケアを実践するための研修を通じて、ご利用者の認知症及び身体機能の低下による「生活の困難さ」を考え、その人の立場での気づきや考えが持てる事を重要視している。	全職員を対象に、施設長が講師となり「尊厳を支えるケア」を実践するための研修会を年3回に分けて実施しています。またOJTとして気付きや言葉掛けの振り返りを日常的に行っています。個人情報鍵のかかるキャビネットに常時保管しています。	
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。	現在入浴の場面では、週2～3回と限りがあったり時間が概ね決まっているなど選択できない場面も多々ある。 日々の洋服を選んで着ていただいたり、好きな飲みものを選ぶなど自己決定場面を増やすよう努力している。		
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。	ゆっくりゆったりとした時間を過ごしていただくことを基本に、ご本人の要望を聴きそれに沿うように努めている。食事、入浴、排泄等の場面では必要性に応じて声かけや環境面での工夫をして配慮をしている。		
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。	清潔をベースにしながら、毎月の訪問美容があり希望者にヘアカットを提供している。ご本人の希望を聴き美容師がカットしてくれる。 洋服選びや髪を結ぶなどの支援はスタッフが行っている。		
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。	食事の配膳や準備は職員と一緒に行う。役割に応じて後片付けを手伝ってもらう方もいる。 年中行事や季節の節目には季節にちなんだメニューとなり、器を替えるなどして雰囲気作りをしている。	食事は3食とも介護施設向けの宅配サービスを利用しています。利用者は、職員と共に準備や後片付けをしています。メニューは多彩で季節の食材も多く使われています。月1回ケーキやおはぎ、おにぎりなどを作り、楽しんでいます。	

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、水分の摂取量は個人記録に記入し、状態変化を速やかに見れるようにしている。食事介助が必要な方や困難なケースではゼリーなどで口当たりを変えたり、時間をおいて進めるなどの工夫をしている。		
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。	口から食べることの重要性からも口腔ケアが徹底できるよう、毎食後に実施しチェックをしている。訪問歯科医と連携し口腔状態の評価をしてもらったり、口腔ケアに対する助言をもらい、実践に活かしている。		
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。	一人ひとりの排泄パターンを排泄チェック記録にて把握し、見守りや一部介助など個別に対応している。布のパンツを使用されている方は要望に応じて支援している。	トイレは1・2階とも3ヶ所あり2ヶ所が車イス対応となっています。排泄パターンは、個人別の介護記録表に記入し把握に努めています。さりげない声掛けで、トイレ誘導を行い、排泄の自立支援を行っています。布パンツを使用している利用者が数名います。	
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。	便秘は健康状態だけでなく認知症の状態にもかかわる事がある事を理解し、続かないよう申し送りで確認している。便秘が続いている場合、個々に応じて看護師にお腹の状態を看てもらいケアでの工夫や医療への相談につなげるなど見極めをしている。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴支援についてはおおむねの時間帯、日程が決まっており、午後の遅い時間にずらすなどの対応は出来るが、夜間などには対応できない。毎日入浴希望にも回数を増やすなどの対応であり、今後の課題である。	週2回以上の入浴支援を行っています。浴室は1・2階共に同等の設備ですが、1階には機械式のリフトがあるため、現在は1階の浴室のみ使用しています。入浴機会を増やすため2階の浴室に手すり、滑り止めなどを設け使用することを検討中です。	

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。	生活のスケジュールは個々の生活習慣を尊重して、就寝時間は個別としている。見当識障害などによる時間の誤認など支援が必要な場合は介助し、寝心地を確認するなど安眠できるように支援を行っている。		
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。	薬情報をファイルし、一人ひとりの薬の作用、副作用が分かりやすくしている。看護師、かかりつけ薬局薬剤師とも随時連絡をとれる体勢があり、質問などに対応できるようにしている。		
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。	生活をする上で携わる事のニーズは重要であると考え、一人ひとりへの役割づくりについてケアプランに取り入れて行っている。介護度が高い方に対しても、リビングに出て皆さんの団らんの輪の中で過ごすことなどの役割があると考えている。		
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。	敷地内での散歩や花の水やりなどを出来るだけ行うようにしているが、気候などに応じて調整している。行事での外出では車いすの方も全員が外出できるように計画をしている。	日常の外出は、散歩を基本としています。年間行事では4月に花見、5月にいちご狩り、6月に紫陽花見物、10月にコスモス見物を、また11月には紅葉狩りなど事業所あげての外出支援を活発に行っています。	気分転換やストレスの発散、また五感刺激としても外気浴を兼ねた日常の散歩を更に取り入れることも期待されます。
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。	お金の管理は基本的には職員で行い、買い物などは立替払いをするようにしている。特別に自分で所持したいという要望がある場合、ご家族と同意を交わし少額にして所持していただいている。		

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
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。	ご本人の要望で携帯電話を所持しているご利用者もおり、その際は行動の自由とリスクについて説明をしている。要望に応じて、施設の固定電話でご家族との通話を援助することもある。		
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。	グループホームの設えは木をふんだんに使った家庭的な雰囲気になっており、穏やかな光や爽やかな風が入る大きな窓は四季のうつろいが感じられるようになっている。リビング以のアルコールスペースにはくつろげる机やいす、ソファを設けている。	2階に続く階段は木製で、天井は吹き抜けです。食堂は広い廊下といった趣で、各居室から見通せるよう工夫がされています。片隅にアルコール（へこみ部分）があり、ソファで一人の時間を楽しんだり、面会の場所としても利用しています。各所に手作りの折り紙や手芸品が飾られ、温もりがあります。	
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。	共用空間以外にアルコールスペースを設け、机やいす、ソファなどで自由にくつろげるようにしている。ご利用者が思い思いに使用したり、ご家族との面会に活用するなどしている。		
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。	居室には使い慣れた家具や装飾品などを出来るだけ置いてもらえるように配慮している。使い慣れた鏡台やタンス、仏壇に手を合わせる習慣を大切にされている方もおられる。	ブラインド、エアコン、ベッドは備え付けです。部屋にはクローゼットがなくコンパクトな造りとなっています。その分タンスや棚など馴染みの物を持ち込み、その人らしい居住空間となっています。	
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。	ご利用者の生活動線には出来るだけ障害物となるものを置かず、安全に配慮している。トイレが奥まったところにあるなど、家庭的でこじんまりとした作りのデメリットもあり、スタッフが人的環境となりサポートする様にしている。		

事業所名	花物語あつぎ中央
ユニット名	花物語2階

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させている。 (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
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。	「認知症の人の意思が尊重され、住み慣れた地域の良い環境で自分らしく暮らせる」という新オレンジプランの理念、また地域包括ケアシステム推進を研修等を通じて全職員に共有し、グループホームが「地域の良い環境」になれることを目標としている。		
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。	白根地域自治会（町内会）に所属し、妻田薬師のお祭りなど地域行事への参加や子供太鼓の訪問など積極的に交流を促進している。運営推進会議には地域の民生委員の方に参加を呼びかけ地域交流面の意見を聴いている。		
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。	グループホームとして地域貢献できるように、まずグループホームの介護力を高める努力を行っている。認知症を正しく理解し、その人の立場で生活の困難さを考えられる支援者になれるように、研修や実践を通じて研鑽を行っている。		
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。	運営推進会議ではご利用者の代表を毎回参加して頂き、2カ月間のサービス内容を写真のスライドショーで分かりやすく報告している。会議後は議事録をQ&A方式で作成し改善の報告等を不参加の方に報告している。		
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。	市町村職員及び地域包括支援センターの方へ運営推進会議への参加を呼びかけ、ケアサービス報告の機会としている。厚木市オレンジプロジェクト認知症輪っかの作成協力などを行った。		

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
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。	法令・省令等に準じた身体拘束の廃止に向けた考え方や適正化について、また認知症グループホームの立場として認知症の人の権利擁護や意思決定支援を促進するための「尊厳を支えるケア実践」の研修を必須とし、全員履修できるように取り組んでいる。		
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。	高齢者虐待防止法の理解についても上記研修内容に含め包括的に学習をしてもらっている。擁護者に関する支援についても解説しており、認知症グループホームの立場として地域の認知症ケアの相談場所の様な存在になれることを目指して努力している。		
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。	管理者は成年後見制度、日常生活自立支援事業に知見を有しているが職員への周知、研修は今後実施予定である。認知症の人への意思決定ガイドラインへの準拠していく必要がある。		
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。	契約時には重要事項説明書なども用いて、サービス内容や料金など分かりやすい説明を心がけている。重度化、看取りに関する指針（グループホームとしての考え方）も別途資料を提示し、説明、同意を得ている。		
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。	運営推進会議の開催時は、1か月前にご家族にご案内を出し、要望や意見聴取の場としている。その内容は議事録にてご家族に報告をしている。その他ご訪問時に個別に面談に応じる事もあるが、内容により個別対応とすることもある。		



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
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1回の全体会議、およびフロア会議や個別ケース会議にて職員の意見や提案を聴き、環境改善やケア方法の検討など行っている。議事録を作成し全スタッフに共有できるようにしている。		
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。	管理者が勤務作成および勤怠管理や給与計算を行っており、スタッフの働きやすい職場作りや超過勤務の是正に取り組んでいる。 資格取得や研修参加に対して、配慮を行い各人の向上心に呼応出来るようにしている。		
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。	管理者自らが前場に入り、食事・入浴・排泄等の基本的介護技術や、認知症のBPSDへの対応について現認指導する機会を設けている。外部への研修参加についても業務内で参加できるなどして促進に努めている。		
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。	法人内のグループホームが市内に2ヶ所あり、イベントや行事のアイデアを出し合ったり、管理者が運営推進会議に相互参加をするなどしている。 地域同業者とのネットワークづくりは今後の課題である。		
<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。	インテークではご本人に話を聴きアセスメント及びケアプランに反映させている。ご本人からのヒヤリングだけでは難しい場合は、ご家族等からの聞き取り、生活歴や家族関係などからその人の全体像を理解する事に努めている。		

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。	サービス利用開始時及びケアプラン作成時にはご家族と話し、要望や不安の緩和などに努めている。全面的に要望にお答えする事ではなく、ご本人の援助者の立場からご家族への解説や提言を行う事もある。		
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。	初期対応場面では、ご本人のご様子や介護者の方の困りごと、要望等を聴き、ケアマネジャーや当社の相談員とも相談しながらご利用者の望む生活の実現を念頭におき、他サービスの提案も含めて対応している。		
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。	グループホームでの支援は安全、安心、清潔をベースにしながら一人ひとりの「生活」の支援であることを大切にしている。掃除や洗濯、食事の準備など、その人の出来る部分に着目して携って頂くようにしている。		
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。	大切な人との時間や関わりは重要なものと考え、家族支援はケアプランにも反映させている。ご家族へは認知症の正しい理解を啓発し、「何もわからなくなった」などの誤解につながらないように丁寧に説明をしている。		
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。	面会ではご家族、ご親族の他、友人や昔の職場の友達などがあり、馴染みの人とのつながりを大切に考えている。馴染のスーパーマーケットに買物に出かける支援を行っている方もいる。		

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ご利用同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。	ヒヤリングや生活歴などのアセスメントから利用者一人ひとりの性格や人となりを知る努力をしている。人間関係調整では環境面での配慮やふれあいを促進したり、アルコールスペースを利用して空間を分けるなどしている。		
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。	サービス利用が終了したご利用者に対して、これまでの生活が継続出来るよう情報提供や相談援助などの支援を行う体制を整えている。		
<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。	ケアプラン作成時は、一人ひとり望む生活について聞き取りを行っている。聞き取りが困難な場合でも、生活歴等のアセスメント情報からご本人のニーズを見極める様に努めている。		
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。	ご本人、ご家族からの聞き取り及びケアマネジャーや利用していた介護サービス事業者、かかりつけ医、支援者などから情報を得る努力を行い、馴染の暮らし知ること努めている。		
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。	上記の聞き取りで情報を得る事に加えて、ご本の有する力の発揮では聞き取りや生活歴から得意な事に取り組んでもらったり、入浴や排せつなどのケア場面で現認で身体機能等のストレングスの見極めを行っている。		

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
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。	フロア会議や全体会議でご利用者の課題抽出を行い、個別ケースカンファレンスにつなげている。介護計画の場面ではご本人の生活の困難さを考える様にしている。 介護計画はケア内容をご家族に説明し、質問や意見を聴いている。		
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。	「最近元気が無くなった」「ケアでの困りごとがある」などの介護スタッフからの意見抽出をもとに原因を考え、ケアの工夫をする上で、考える糧となる様に個別の支援記録は包括的な記録方法を取り入れている。		
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。	車イス対応の車両を1台リースにて保有しており、急な受診やご本人、ご家族の希望に応じた送迎の支援を随時行っている。		
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。	近所に整形外科や眼科などの専門医があり活用している。スーパーマーケットや本屋に買物に行きたい要望に応じて出かける支援を行うこともある。 妻田薬師は白根地域のシンボリックな存在であり地域行事に参加する事もある。		
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。	海老名セントラルクリニックでの月2回の訪問診療をかかりつけ医としている。かかりつけ医の選定にはご本人、ご家族に説明したうえで選択できるようにしている。市立病院や相州病院などがかかりつけ医にされている方もおられる。		

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。	看護職員を週2回配属して、健康管理や医療上の所見を得るようにしている。急性増悪時に医師による特別指示にて訪問看護を活用する事もあり、情報提供をして連携している。		
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。	ご利用者に入院が必要となった場合はこちらから情報提供を行い、担当の看護師、病院のMSW等と連携するようにしている。退院の目途ができたなら、こちらからおもむいて現状を聴取し、状態に適切に対応でき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、看取りの指針について、入居時に丁寧に説明し、考え方を示している。看取り期のケアに際しては、医師、看護師を交えてカンファレンスを行い説明と同意を得たうえで行う。心の揺れに対応した細やかな対応を心がけ記録に残している。		
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。	3月に救急救命処置及びAED使用方法に関する研修を実施している。事業所玄関にAEDを1台設置し緊急時に備えている。		
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。	年間で3回の災害訓練を計画し7月に火災時の総合避難訓練を消防本部職員立ち合いで実施した。反省点をあげ改善していく。本年度中に夜間火災想定避難訓練、地震、水害等災害訓練を行う。		

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。	接遇の研修及び認知症の人の尊厳を支えるケアを実践するための研修を通じて、ご利用者の認知症及び身体機能の低下による「生活の困難さ」を考え、その人の立場での気づきや考えが持てる事を重要視している。		
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。	現在入浴の場面では、週2～3回と限りがあったり時間が概ね決まっているなど選択できない場面も多々ある。日々の洋服を選んで着ていただいたり、好きな飲みものを選ぶなど自己決定場面を増やすよう努力している。		
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。	ゆっくりゆったりとした時間を過ごしていただくことを基本に、ご本人の要望を聴きそれに沿うように努めている。食事、入浴、排泄等の場面では必要性に応じて声かけや環境面での工夫をして配慮をしている。		
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。	清潔をベースにししながら、毎月の訪問美容があり希望者にヘアカットを提供している。ご本人の希望を聴き美容師がカットしてくれる。洋服選びや髪を結ぶなどの支援はスタッフがやっている。		
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。	食事の配膳や準備は職員と一緒に行う。役割に応じて後片付けを手伝ってもらう方もいる。年中行事や季節の節目には季節にちなんだメニューとなり、器を替えるなどして雰囲気作りをしている。		

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。	食事、水分の摂取量は個人記録に記入し、状態変化を速やかに見れるようにしている。食事介助が必要な方や困難なケースではゼリーなどで口当たりを変えたり、時間をおいて進めるなどの工夫をしている。		
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。	口から食べることの重要性からも口腔ケアが徹底できるよう、毎食後に実施しチェックをしている。訪問歯科医と連携し口腔状態の評価をしてもらったり、口腔ケアに対する助言をもらい、実践に活かしている。		
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。	一人ひとりの排泄パターンを排泄チェック記録にて把握し、見守りや一部介助など個別に対応している。布のパンツを使用されている方は要望に応じて支援している。		
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。	便秘は健康状態だけでなく認知症の状態にもかかわる事がある事を理解し、続かないよう申し送り確認している。便秘が続いている場合、個々に応じて看護師にお腹の状態を看てもらいケアでの工夫や医療への相談につなげるなど見極めをしている。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴支援についてはおむねの時間帯、日程が決まっており、午後の遅い時間にずらすなどの対応は出来るが、夜間などには対応できない。毎日入浴希望にも回数を増やすなどの対応であり、今後の課題である。		

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。	生活のスケジュールは個々の生活習慣を尊重して、就寝時間は個別としている。見当識障害などによる時間の誤認など支援が必要な場合は介助し、寝心地を確認するなど安眠できるように支援を行っている。		
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。	薬情報をファイルし、一人ひとりの薬の作用、副作用が分かりやすくしている。看護師、かかりつけ薬局薬剤師とも随時連絡をとれる体勢があり、質問などに対応できるようにしている。		
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。	生活をする上で携わる事のニーズは重要であると考え、一人ひとりへの役割づくりについてケアプランに取り入れて行っている。介護度が高い方に対しても、リビングに出て皆さんの団らんの輪の中で過ごすことなどの役割があると考えている。		
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。	敷地内での散歩や花の水やりなどを出来るだけ行うようにしているが、気候などに応じて調整している。行事での外出では車いすの方も全員が外出できるように計画をしている。		
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。	お金の管理は基本的には職員で行い、買い物などは立替払いをするようにしている。特別に自分で所持したいという要望がある場合、ご家族と同意を交わし少額にして所持していただいている。		



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
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。	ご本人の要望で携帯電話を所持しているご利用者もあり、その際は行動の自由とリスクについて説明をしている。要望に応じて、施設の固定電話でご家族との通話を援助することもある。		
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。	グループホームの設えは木をふんだんに使った家庭的な雰囲気になっており、穏やかな光や爽やかな風が入る大きな窓は四季のうつろいが感じられるようになっている。リビング以外のアルコールスペースにはくつろげる机やいす、ソファを設けている。		
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。	共用空間以外にアルコールスペースを設け、机やいす、ソファなどで自由にくつろげるようにしている。ご利用者が思い思いに使用したり、ご家族との面会に活用するなどしている。		
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。	居室には使い慣れた家具や装飾品などを出来るだけ置いてもらえるように配慮している。使い慣れた鏡台やタンス、仏壇に手を合わせる習慣を大切にされている方もおられる。		
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。	ご利用者の生活動線には出来るだけ障害物となるものを置かず、安全に配慮をしている。トイレが奥まったところにあるなど、家庭的でこじんまりとした作りのデメリットもあり、スタッフが人的環境となりサポートする様にしている。		

2019年度

## 目標達成計画

事業所名 花物語あつぎ中央

作成日： 2020年 1月 20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	1	グループホームにおける介護理念が共有できていない。 目指すべき目標や介護の行動指針となる様な理念共有が必要である。	グループホームにおける認知症介護の理念が共有できる。 難しい言葉や会社の理念を暗唱できることが目的ではなく、自身の介護（行動）指針としての理念が持てる（例 自分がされたくない様なケアは絶対行わない など）	グループホームとしての介護理念を掲示し、スタッフに共有出来る様に解説する。 認知症介護理念についての研修を行い、理念の必要性や重要性について介護にかかわるスタッフ全体が理解できるようにする。	3ヶ月
2	49	日常的な外出支援としての外気浴や散歩があまり実施出来ていない。	日常的な散歩が出来るよう体制を整える。	「散歩」だけが単なる目的にならず天候や気候、個人の気持ちに配慮して行えるように方針や実施方法をスタッフ会議で協議して決める。 決定事項は実施状況や継続性を評価する。	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月