

平成30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	1493300238	事業の開始年月日	平成25年10月1日
		指定年月日	平成25年10月1日
法人名	(株)日本アメニティライフ協会		
事業所名	花物語 なかやま		
所在地	(226-0013) 横浜市緑区寺山町362-46		
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30年12月10日	評価結果 市町村受理日	平成31年4月3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	http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/
----------	---

【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)】

<p>1. 施設内に閉じこもる事なく、散歩や外出の機会を出来る限り多くし、歩行や外からの刺激により身体及び精神的機能の低下を予防・保持・強化に取り組んでいます。</p> <p>2. 室内行事等は認知機能の維持・改善策として様々なレクリエーション行事を取り入れ対応しています。</p> <p>「アピールしたい点」 ・当施設では「有言実行」を成し遂げる為、日々スタッフが理解し、協力しながら対応しています。</p>

【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 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	平成31年1月12日	評価機関 評価決定日	平成31年3月26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>事業所は、JR横浜線「中山駅」南口から徒歩12分、県立四季の森公園北口手前の緑豊かで閑静な住宅街の角地に建っています。玄関ホールは吹き抜けになっていて、広く開放感があります。多くの生花が飾られ、ゆったりとした穏やかな雰囲気を感じられます。</p> <p><優れている点> 利用者の日中の過ごし方は、自己決定を尊重し自由です。出来ることを把握し、時間をかければ出来ることは沢山あり、持っている力を利用者のペースにあわせて活かすようにしています。食事の盛り付けや掃除など、自分で出来ることはしてもらっています。笑顔のほめ言葉で利用者のやる気を引き出しています。また、優しい笑顔で接することにより、安心感を持ってもらい、信頼関係を築いています。会話を楽しみながら、毎日、四季の森公園に散歩に出かけています。法人のバスで外食や外出行事に遠出することもあります。利用者が参加したくない時は強制せず対応しています。天候が良くない時は広くて長さ27mもある廊下で歩行練習をしたり、体操やアクティビティを積極的に行い、身体機能の低下予防に取り組んでいます。</p> <p><工夫点> 年間行事計画、月間行事スケジュールを配布しています。家族も行事に関心持ったり、家族の予定が立てやすくなっています。職員の提案で業務日誌を使いやすくして一目で情報が共有できる書式に変更しています。</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	花物語 なかやま
ユニット名	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)	○	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
			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
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。	毎朝の申し送りの前に理念を唱和し職員が理念の内容を実行できるよう確認し日々の業務にあたっている。	事業所理念「その人らしい生活を笑顔と向上心を持ってチームワークで支援します」を玄関、事務所、リビングに掲示しています。毎朝の申し送りの前に唱和して、職員間で情報共有し、理念に沿って笑顔で利用者に接する思いを深めています。	
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。	散歩時に公園にきていた人々や公園スタッフの方々との交流、また地域の催事に参加することで交流の機会が増えている。	自治会に加入しています。利用者は職員と共に、近くの四季の森公園の清掃活動に参加しています。毎日の散歩で公園スタッフと馴染みの関係になっています。自治会の防災訓練に利用者も参加したり、保育園児との交流もあります。地域ボランティアの受け入れをしています。	
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。	地域のケア会議に参加することで認知症対策施設としての情報、又、地域の行事へ参加するよう努めている。		
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。	運営推進会議にはご家族様、自治会長、地域包括センターからの協力、様々な意見をいただきサービス向上に取り組んでいる。	2ヶ月に1回家族、自治会々長、地域包括支援センター職員、協力医の参加を得て開催しています。活動報告や地域の催事の情報を得ています。家族から「腰痛があるが散歩が続けられるか?」、「家族対応できない時は事業所で通院可能か?」などの質問ももらい、サービスの向上に向けて取り組んでいます。	
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。	2ヶ月ごとの運営推進会議議事録を提出、また介護保険等の手続き時に意見交換を行っており、区で実地されている研修、実習に参加をしている。	緑区役所に運営推進会議の議事録を利用者と共に届けに行っています。その際、障がい者就労支援の地場野菜直売所で野菜を購入しています。区役所とは介護保険の手続きなどの相談や、実情を伝え助言や指導を得ています。緑区主催の研修、実習に参加しています。	

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。	玄関の施錠はしていないがユニットから出る際は内側からのみテンキーセットとなっている。	身体拘束を行わないことを契約書、重要事項説明書に明記しています。身体拘束適正化委員会を3ヶ月に1回、職員研修を6ヶ月に1回開催しています。身体拘束の弊害や身体拘束に当たる例などを取り上げ、身体拘束のないケアに取り組んでいます。身体拘束チェックリストにより自らのケアの振り返りをしています。	
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。	ニュースや新聞報道等を事例として取り上げ内部研修にて職員の虐待に対する意識づけの強化を図っている。		
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。	今後、外部研修等の機会があれば活用していきたい。		
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。	重要事項及び緊急時等、改定、変更など疑問点をお聞きし説明、ご理解を図っている。		
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。	玄関に面会用紙・意見、要望用紙を常備記入できるよう設置している。また運営推進会議において意見や質問の時間を持ちお答えしている。会議後に議事録をご家族や行政に送付確認をいただいている。	利用者の意見は日常的な会話の中で把握しています。手紙で希望を伝えてくる利用者もいます。利用者家族の面会が多くあり、面会時や電話連絡の際に聞いています。把握した意見は職員が意見箱に入れ、職員全員で意見を共有・検討し運営に反映しています。	

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
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。	毎月全体会議、フロアー会議及びケアカンファを実施。意見を出し合い反映している。	管理者は職員の気づきやアイデアを大切にし、業務を共に行う中で日常的に職員の意見を聞いています。毎月の全体会議でも意見を出し合っています。物品の購入や設備の修繕の意見が多く出ています。職員の意見から一目で情報が共有できる業務日誌に変更しています。	
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。	法人代表が職場の現状を把握しているかは不明。		
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。	研修は積極的に機会を作ってくれており、資格がある人や無資格の職員にスキルアップのための資格習得に奨学金制度があり働きながら資格取得が出来るようになっている。		
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。	外部研修の参加も出来る範囲内で参加の機会を設けている。参加後は全体会議等で報告し活かしている。		
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。	安定して生活いただけるようご本人の意思を尊重し時間を掛けて声掛けや傾聴を行っている。		

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
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。	質問されたことに関しては納得されるまで時間を取り説明、お答えをさせて頂いている。		
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。	施設入居前には、サービスを受けた事がない方への在宅サービス利用の方法や入居後は訪問リハビリなど施設での対応が困難な事へのサービス利用説明をしている。		
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。	信頼関係を築き日常生活において一緒に生活を支えることが出来ている。		
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。	毎月の通信、ケアプラン、通話、メールでの連絡や面会や会議に参加を通して本人を支えていけるよう取り組みを行っている。		
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。	ご兄弟を含めたご家族様の協力を得て買い物や病院への通院を通じて関係の継続を図っている。	家族や友人が訪ねてきた時は湯茶でもてなし、関係継続の支援をしています。手紙や電話の取り次ぎもしています。家族の協力により一時帰宅をしたり、墓参りや行きつけの美容院に行っています。書道の先生をしていた入居者が事業所内で他入居者に書道を教えています。	

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。	食事や月毎の行事、家事手伝いや散歩を通じて入居者同士の交流は出来ている。会話が止まっている時は職員が間に入り談笑をしている。		
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。	以前退居されたご家族から現在の暮らし等の相談等には応じている。		
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。	会話の中でご希望や意向を把握できるよう心がけている、また面会や通院等で来られたご家族からの話をお聞きし何を優先するか考えている。	日常的な会話や行動、仕草から意向を把握するように努めています。1対1になる入浴時、夜間、散歩の時に思いを聞くことが出来ています。家族や関係者からも情報を得ています。把握した情報はノートに記載したり会議で話し合い情報を共有しています。	
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。	ご家族にこれまでの生活歴をお聞きしアセスメントを行うようにしている。		
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。	ご本人に意向や何を希望しているかなにをしたいのかを考えスタッフ会議で話し合い実行できるよう努めている。		

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。	毎月の会議にて職員や家族の意見、情報を聞き介護計画書を作成している。	毎月ケアカンファレンスをしています。状態に変化があったり、6ヶ月の更新月の利用者をメインにしています。ケアプラン作成時はモニタリング、アセスメント、担当者会議を開催し利用者、家族の意向、医療関係者の意見を参考に現状に即した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。	個別記録には時刻や事柄等詳しく書くように心がけている。看護師の意見も取り入れ介護計画書を見直すようにしている。		
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。	その方にとってのいい支援、住みよい暮らしなのかを考えている。面会時のご家族との時間を大事にしている。		
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。	地域資源は把握出来ていないが、施設周辺での活動により、日常の生活を楽しんでいただけるよう支援している。		
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。	安心してお願いできている。往診医が外部受診を勧めてこられたときは家族対応。出来ない場合は施設対応となっている。	本人、家族の同意を得て協力医療機関の往診を月2回受診しています。訪問看護師、薬剤師も同行しています。週1回、月2回の看護師職員が2名おり、医療の連携体制が整っています。眼科、整形外科などの受診は家族対応です。週1回の訪問歯科医と連携し口腔ケアをしています。	

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
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。	介護職員の日々の情報を聞き入居者の状況把握に努めてくれている。看護師への連絡ノートで情報を共有している。		
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。	入院した場合看護師やドクターとの情報共有に努めており早期に退院できるよう関係を作っている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	入居前に重度化方針の説明を行っている。またその必要時期が来た時は往診医、看護師、ご家族を交え話し合いを行うよう取り組みをしている。	入居前に重度化した際の指針を説明し同意を得ています。終末期のケアについては主治医や家族と何度も話し合い、医療機関や他の施設などとも連携し、家族にとって最善の道が選択できるように支援しています。看取りの経験もありその都度研修を行っています。	
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。	緊急時対応の資料作成、内部研修をおこなっている。		
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。	年に数回緑消防署の方に来ていただき立会いのもと避難訓練を行っている。	避難訓練は、日中、夜間想定、土砂災害、地震想定など年4回、うち1回は消防署の協力で行い、心肺蘇生、AEDの体験もしています。入居者全員が訓練に参加しています。年1回地域の防災訓練にも入居者と職員が参加しています。備蓄は2週間分が本部管理で届きます。	緊急時に備え、日頃から熱心な訓練を多数実施しています。更に災害時の入居者の見守りと安全確保のため、近隣の人との協力関係を構築することも期待されます。

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
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。	人生の先輩として職員は入居者の事を尊敬し敬う心を持ってケアにあたっている。勤務時に不適切な言葉掛があった場合はお互いに注意しあうようにしている。	年間研修や日々の対応の中で一人ひとりの生活リズムを大切にプライバシー確保の意識を高めています。入浴時や排泄時の声かけなど人格尊重の配慮を心がけ、不適切なケースがあれば職員同士注意し合える関係ができています。個人情報施錠管理しています。	
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。	自らの意思表示は喜ばしい事なので意思を出していただくようお願いしている出せない場合は職員が察するよう努めている。		
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。	自己決定できる方は出来るだけ希望に添えるようにしているが、そうではない方もその方のペースに沿うよう1日の流れを決定し無理の無いよう支援している。		
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。	その方らしい身だしなみ、おしゃれを出来るよう声掛けを行っている。また希望があれば化粧品や服の買い物にも行くようにしている。		
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。	食事は冷凍品を活用しているが、味噌汁の味付けや盛り付け、配膳は職員と入居者で協力し準備をしている。片付けも出来る範囲でお願いしている。	味噌汁の味付け、盛り付け、配膳など入居者も手伝い、器も色々揃えてこだわっています。苦手な物がある人には職員が別の物を用意しています。ドライブ行事の後には外食も楽しんでいます。流しそうめんやおやつレク、調理レクでは漬物、干し柿などを手作りしています。	

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。	個別の記録に食事量、水分量を記入し栄養状態を把握できるようにしている。必要時には往診医や看護師に相談し指示を仰ぎ対応している。また、健康管理表を月ごとに記録。変化がわかるようにしている。		
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。	毎食後に口腔ケアの声掛けを行っている。歯科往診も毎週1回受けておりその都度口腔内の情報を交換している。		
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。	自立排泄できる方が多い。失敗されてしまうこともあるが自尊心を配慮しながら定時誘導・声掛けをしている。	毎朝の散歩、体操などの効果で自立排泄できる人が多くいます。水分、排泄チェック表を共有し、声かけを行っています。夜間転倒リスクのある数名はセンサー使用でトイレ誘導しています。入居時や退院時にオムツだった人もリハビリパンツや布パンツに改善されています。	
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。	毎朝の散歩、体操にて運動を行っている。雨天の時は体操を主に行っている。排便がない場合は往診医の指示により排便コントロールを行っている。		
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。	週に2、3回実施している。拒否のある方は違う職員が対応声掛けをしてみたり、事やタイミングを見ながら行っている。	広い浴室には浴槽と全身シャワー浴の設備があります。入浴は週2～3回で、午後を基本としています。一番風呂がいいなど要望にも沿っています。季節のゆず湯や菖蒲湯、入浴剤を楽しむ人もいます。皮膚疾患など体の状態確認や対話の時間となっています。	

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
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。	休みたい方がいた場合は無理はさせず自由に休息していただいている。ある程度時間がたったら声掛けを行いリビングにお連れし夜間の睡眠差しさわりのないよう心がけている。		
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。	個人記録のファイルに最新の薬説明書を挟み薬の情報の確認をしている。処方が変わった時は様子を観察し症状の変化が見られた時は往診医、薬剤師と情報共有するように連絡をとっている。		
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。	一人一人が楽しく安心して過ごせるようその方にとってどんな支援がいいか毎月のカンファレンスを行ったり申し送りの時にも話し合いを行っている。		
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。	外出行事の際は施設のバスを頼み出かけている。気分転換に地域の地区センターで行われているカフェや数人で分けドライブに行くこともある。	毎日午前中に近くの四季の森公園に散歩に行っています。地域主催のオレンジカフェに参加しています。数人に分けて買い物などのドライブや地域の祭り、保育園の運動会などに行っています。季節の花見や紅葉狩り、吊るし雛見学、初詣に行くなど出かけ、その際に外食することも多くあります。	
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。	お小遣いをお預かりしている方は買い物の際はそこから出し好みのものを購入している。		

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。	ご希望があった場合は手紙をお預かりし投函するようにしている。		
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。	各部屋が1列に配置しており面に共用スペースが2つあるため過ごしやすい空間になっている	一面が大きなガラス戸で、明るく開放感がある玄関と、台所を挟んで食堂と居間があり、それぞれテーブル、ソファ、テレビを置き、外にはサンルーム、花壇や菜園があります。壁面には季節の飾り付けがされ温湿度の管理もしています。各居室前の廊下は長さ27メートルあり、雨天時の歩行訓練に使われています。	
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。	空間が広いので入居者一人一人が思い思いの場所で過ごす事ができる。		
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。	入居時に使っていた馴染みのものを持ってきていただくよう依頼をしている。	エアコン、ベット、クローゼットが備え付けです。使い慣れた家具、仏壇、写真など好みの物を置いています。寝具下に移動センサーを置いている人もいます。入口横には写真や習字を掲示し、表札下の飾りボックスには、花や作品、思い出の物を入れています。その人らしい居室となっています。	
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。	安全安心に過ごして頂ける様気を配っている。入居者に合ったできることの準備をしすぐ行える様に努めている。		

事業所名	花物語 なかやま
ユニット名	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者の
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいの
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいの
	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/>	3, たまにある
	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	2, 家族の2/3くらいと
	<input type="radio"/>	3, 家族の1/3くらいと
	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/>	3, たまに
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, 大いに増えている
	<input type="radio"/>	2, 少しずつ増えている
	<input type="radio"/>	3, あまり増えていない
	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	2, 職員の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 職員の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	2, 家族等の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 家族等の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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。	毎朝の申し送りの前に必ず理念を唱和し職員が理念の内容を実行できるよう確認し日々の業務にあたっている。		
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。	散歩時に公園にきていた人々や公園スタッフの方々との交流、また地域の催事に参加することで交流の機会が増えている。		
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。	地域のケア会議に参加することで認知症対策施設としての情報、又、地域の行事へ参加するよう努めている。		
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。	運営推進会議にはご家族様、自治会長、地域包括センターからの協力、様々な意見をいただきサービス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取り組んでいる。	2ヶ月ごとの運営推進会議議事録を提出、また介護保険等の手続き時に意見交換を行っており、区で実地されている研修、実習に参加をしている。		

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。	玄関の施錠はしていないがユニットから出る際は内側からのみテンキーセットとなっている。		
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。	ニュースや新聞報道等を事例として取り上げ内部研修にて職員の虐待に対する意識づけの強化を図っている。		
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。	今後、外部研修等の機会があれば活用していきたい。		
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。	重要事項及び緊急時等、改定、変更など疑問点をお聞きしたり、相談に対し説明、ご理解を図っている。		
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。	玄関に面会用紙・意見、要望用紙を常備記入できるよう設置している。また運営推進会議において意見や質問の時間を持ちお答えしている。会議後に議事録をご家族や行政に送付確認をいただいている。		

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
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。	毎月全体会議、フロア会議及びケアカンファを実施。意見を出し合い反映している。		
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。	法人代表が職場の現状を把握しているかは不明。永く勤めても先が見えなく退職する職員が増えている。永続出来将来の保障を希望したい。		
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。	研修は積極的に機会を作っており、資格がある人や無資格の職員にスキルアップのための資格習得に奨学金制度があり働きながら資格取得が出来るようになっている。		
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。	外部研修の参加も出来る範囲内で参加の機会を設けている。参加後は全体会議等で報告し活かしている。		
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。	安定して生活いただけるようご本人の意思を尊重し時間を掛けて声掛けや傾聴を行っている。		

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
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。	質問されたことに関しては納得されるまで時間を取り説明、お答えをさせて頂いている。また、こちらからもご相談をさせていただいたり、在宅時の習慣などをお聞きしたりしている。		
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。	施設入居前には、サービスを受けた事がない方への在宅サービス利用の方法や入居後は施設利用サービス以外の利用の有無のご相談に応じています。		
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。	信頼関係を築き日常生活において一緒に家事をしたりし、また出来ない事を一緒にすることで生活を支えることが出来ている。		
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。	毎月の通信、ケアプラン、通話、メールでの連絡や面会や会議に参加を通して本人を支えていけるよう取り組みを行っている。		
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。	ご兄弟を含めたご家族様の協力を得て買い物や病院への通院を通じて関係の継続を図っている。		

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。	食事や月毎の行事、家事手伝いや散歩を通じて入居者同士の交流は出来ている。会話が止まっている時は職員が間に入り歓談をしている。		
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。	以前退居されたご家族から現在の暮らし等の相談、また他施設入所されてからのご様子などの報告には応じている。		
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。	会話の中でご希望や意向を把握できるよう心がけている、また面会や通院等で来られたご家族からの話をお聞きし何を優先するか考えている。		
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。	ご家族にこれまでの生活歴をお聞きしアセスメントを行うようにしている。		
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。	ご本人に意向や何を希望しているかなにをしたいのかをお聞きし、スタッフ会議・ケアカンファで話し合い実行できるよう努めている。		

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。	毎月の会議にて職員や家族の意見、情報を聞き介護計画書を作成している。		
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。	個別記録には時刻や事柄等詳しく書くように心がけている。看護師の意見も取り入れ介護計画書を見直すようにしている。		
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。	その方にとってのいい支援、住みよい暮らしなのかを考えている。面会時のご家族との時間を大事にしている。		
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。	地域資源は把握出来ていないが、施設周辺での活動により、日常の生活を楽しんでいただけるよう支援している。		
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、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。	安心してお願いできている。往診医が外部受診を勧めてこられたときは家族対応。出来ない場合は施設対応となっている。		

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。	介護職員の日々の情報を聞き入居者の状況把握に努めてきている。看護師への連絡ノートで情報を共有している。		
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。	入院した場合看護師やドクターとの情報共有に努めており早期に退院できるよう関係を作っている。		
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。	入居前に重度化方針の説明を行っている。またその必要時期が来た時は往診医、看護師、ご家族を交え話し合いを行うよう取り組みをしている。		
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。	緊急時対応の資料作成、内部研修をおこなっている。		
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。	年に数回緑消防署の方に来ていただき立会いのもと避難訓練を行っている。また、年1回の地域防災訓練に参加している。		

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。	人生の先輩として職員は入居者の事を尊敬し敬う心を持ってケアにあたっている。勤務時に不適切な言葉掛があった場合はお互いに注意しあうようにしている。		
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。	自らの意思表示は喜ばしい事なので意思を出していただくようお願いしている出せない場合は職員が察するよう努めている。		
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。	自己決定できる方は出来るだけ希望に添えるようにしているが、そうではない方もその方のペースに沿うよう1日の流れを決定し無理の無いよう支援している。		
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。	その方らしい身だしなみ、おしゃれを出来るよう声掛けを行っている。また希望があれば化粧品や服の買い物にも一緒に行くようにしている。		
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。	食事は冷凍品を活用しているが、味噌汁の味付けや盛り付け、配膳は職員と入居者で協力し準備をしている。片付けも出来る範囲でお願いしている。		

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。	個別の記録・健康管理表に食事量、水分量を記入し栄養状態を把握できるようにしている。必要時には往診医や看護師に相談し指示を仰ぎ対応している。		
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。	毎食後に口腔ケアの声掛けを行っている 歯科往診も毎週1回受けておりその都度口腔内の情報を交換している。月に一度歯科医からの講習も受け教えられたことの実践をしている。		
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。	自立排泄できる方が多い。失敗されてしまうこともあるが自尊心を配慮しながら定時誘導している。		
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。	毎朝の散歩、体操にて運動を行っている。雨天の時は体操を主に行っている。排便がない場合は往診医の指示により排便コントロールを行っている。		
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。	週に2、3回実施している。拒否のある方は違う職員が対応声掛けをしている事やタイミングを見ながら行っている。		

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
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。	休みたい方がいた場合は無理はさせず自由に休息していただいている。ある程度時間がたったら声掛けを行いリビングにお連れし夜間の睡眠差しさをわりのないよう心がけている。		
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。	個人記録の前に最新の薬剤所を挟み薬の情報の確認をしている。処方が変わった時は様子を観察し症状の変化が見られた時は往診医、薬剤師と情報共有するように連絡をとっている。		
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。	一人一人が楽しく安心して過ごせるようその方にとってどんな支援がいいか毎月のカンファレンスを行ったり、毎朝の申し送りの時にも話し合いを行っている。		
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。	外出行事の際は施設のバスを頼み出かけている。気分転換に地域の地区センターで行われているカフェや数人で分けドライブに行くこともある。		
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。	お小遣いをお預かりはしていないが、立替えなどで対応。また自己管理されている方は買い物の際はそこから出し好みのものを購入している。		

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。	電話に関しては自身で持たれている時は自由に、ない方は施設電話を利用。ご希望があった場合は手紙をお預かりし投函するようにしている。		
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。	各部屋が1列に配置しており面に共用スペースが2つあるため過ごしやすい空間になっている		
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。	空間が広いため入居者一人一人が思い思いの場所で過ごす事ができる。		
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。	入居時に使っていた馴染みのものを持ってきていただくよう依頼をしている。		
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。	安全安心に過ごして頂ける様気を配っている。入居者に合ったできることの準備をしすぐ行える様に努めている。		

平成30年度

目標達成計画

事業所名 花物語 なかやま

作成日：平成 31年 3月 28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	14	同業者との交流に関して、一部職員と管理者は機会が設けられるが、全体的な職員交流は出来ていない。同業施設との相互交流で当施設で出来ている事、出来ていないことを比較出来ず、サービスの向上に関しても外に目を向ける必要がある。	同業他施設の職員間の交流が出来る。	グループホーム連絡会や外部研修等に参加することで、当施設職員と他施設職員との交流につなげる。またイベントなどへの見学、招待を広げる。	12ヶ月
2	33	重度化や終末期支援に関して、固定フロア職員での共有は出来ているが、施設全体の共有が難しい。職員不足の中で施設全体で支援できる事が望ましいと思う。急な助力が必要な時に施設職員全体の情報共有は必要。	重度化や終末期支援が、フロアを問わず全体で協力し合える。	各フロアごとに行っている申し送りを合同にする。各フロアで今個々にどんな現状の入居者がいるか把握し、毎月の全体会議での意見交換をする。	6ヶ月
3	51.8	電話・手紙の支援に関して、投函を職員が行っているが、自分で投函できる事が望ましい。	手紙投函やはがき・便箋・封筒など自分で選んで購入できる環境を作る。 絵手紙などをレクレーションに取り入れる。	散歩時間や買い物時等を利用し、入居者が自分で手紙を出す人のことを考え、便箋などを選んで購入、投函の支援をする。 季節ごとに絵手紙をレクレーションに取り入れる。ご自身で近親者や友人へ近況報告が出来る支援をする。	3ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月