

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	1495500199	事業の開始年月日	平成24年2月1日
		指定年月日	平成24年2月1日
法人名	株式会社 日本アメニティ協会		
事業所名	花物語みやまえ		
所在地	(216-0022) 川崎市宮前区平2-19-62		
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29年12月22日	評価結果 市町村受理日	平成30年4月24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)】

花物語みやまえは、溝の口駅より向ヶ丘遊園駅東口行きバスで約15分程度のところから坂を上ったところにある静かで緑の多い自然な環境の中にあります。施設理念に基づいて、今までの暮らし方を尊重し その人らしい生活を生活できるよう施設全体で取り組んでいます。お茶会・漬物作りなど、昔してきたことにふれるよう行っています。

【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1月16日	評価機関 評価決定日	平成30年3月7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南武線・東急田園都市線・大井町線溝の口駅南口からバスを利用し、最寄りバス停「平」下車徒歩8分、又は「川崎西部地域療育センター前」下車徒歩4分のところにあります。バス通りから入った高台にあり、2階建て2ユニットの事業所です。駐車場からは眼下に地域の街並みと遠方に富士山が望めます。近くにはスーパーやコンビニエンスストア、公園などのある利便性の良いところです。

<優れている点>

職員は利用者を人生の先輩として仰ぎ、日頃の支援においても利用者との距離を保ちつつ、尊厳と思いやりをもって「親しき中にも礼儀あり」をモットーに支援に努めています。開設時からのベテラン職員を中心に、看護師職員も置いています。職員の資格取得支援体制もあり、サービスの質の向上に取り組んでいます。町内のふれあい祭りや盆踊りへの参加、運営推進会議からの紹介などで地域と積極的に交流の機会を作っています。季節ごとにドライブを兼ねた花見や公園の散策、いちご狩り、外食など楽しい外出の支援にも努めています。

<工夫点>

各ユニットの玄関には生花の師匠のボランティアにより、毎週季節の生花が活けてあり、利用者をはじめ職員や来訪者の目を楽しませ、心を和ませてくれています。玄関には前年1年間の行事やイベントの写真を掲げ、利用者や家族が思い出と共に回想する場となっています。

【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	花物語みやまえ
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
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。	理念は開設時、職員皆で作りに上げた事業所独自のものです。5つの柱からなる理念は玄関やユニットの入口に掲げ、職員会議でも確認し共有しています。理念の第一主義である「家庭の延長で自由で安らぎのある暮らし」をモットーに実践に努めています。	理念は玄関やユニット入り口に掲げています。職員は介護に迷った時は介護支援の原点である事業所の理念に立ち返り、実践に努めています。利用者的人生の先輩と仰ぎ、尊厳を重んじ、一人ひとりに寄り添いながら日常のケアに取り組んでいます。	
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。	町内会に加入はしていませんが、回覧板が回ってきて地域の情報を得ています。地域包括支援センター主催のふれあい祭や、町内盆踊りなどに参加し交流しています。ボランティアは、日舞やフラダンス、生花の先生、傾聴ボランティアの方々に来ていただいています。	開設後5年を経過し、地域の各代表である運営推進会議のメンバーの協力を得て、地域との友好を深めつつあります。町内の盆踊りをはじめ、週1回のふれあいサロンなどで交流とふれあいを図っています。各種のボランティアの来訪の他、学校からの体験学生の受け入れも進めています。	
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。	散歩の際の挨拶や交流、近隣の盆踊り大会や行事に参加し、地域の方たちとのふれあいの機会を持ち、自然な交流の中で関係を深めています。		
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、こ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6回開催しています。メンバーは自治会長や地域の民生委員4名、地域包括職員、利用者代表、オーナー、行政担当者です。活動報告のほか民生委員や地域包括からの地域の情報交換、困難事例、地域ケア会議の情報、認知症研修の発表など、事業所の運営に活かしています。	民生委員や地域包括支援センターの担当者及び行政の担当者との連携で、地域の体操の会への参加や認知症高齢者の避難場所などについて討議や意見交換をしています。オーナーの紹介で新たに地域の獅子舞の来訪があり、利用者の楽しみの機会が増えています。	
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。	要介護認定更新時に区高齢者支援課と連携をとっています。運営推進会議の行政への報告は今後の課題です。地域包括が行うケア会議に参加し、情報交換を運営に活かしています。	困難事例、成年後見人についてなどの相談で行政と連携を図っています。保健所の食中毒や感染症の研修会に参加して運営に活かしています。	

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。	年間の研修計画の中で取り上げ、拘束の弊害について職員は理解しています。不適切な言葉があれば、その都度管理者は注意指導しています。各ユニット入口や玄関は保安の為施錠をしていますが、外出の希望があれば職員は利用者に同行し、見守りをしています。	職員は研修を通して身体拘束の弊害について周知しています。センサーマットの導入については安全確保もあり家族とその都度相談しています。ドアの鍵の取り扱いについては、利用者の日常生活の確保を優先し、外出の希望があれば職員が同行して対応しています。	
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。	定時の研修の中では、事例検討を含めどのような場合が虐待になりうるケースなのかを話し合い、理解を深めています。職員も虐待を見過ごさないように意識を高く持つように心がけています。		
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。	認知症ケアを行う上で、必要な知識として研修や学習の機会を設けています。また、必要だと思われる家族には制度の説明を行っています。入所してから後見人の手続きなどの支援を施設が協力して行った方もおり、「安心して生活できる」と喜ばれています。		
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。	契約に関しては、家族の納得がいくように十分な説明を行い、話し合いの場を持ち納得の上で入居いただいています。特に、終末期ケアや医療行為に関する疑問を具体的に説明し、転倒の不安がある方には、対応方法の具体的事例を挙げ、家族の意向としてケアに反映しています。		
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。	ご意見箱を備えています。家族の面会時に要望や意見を聞いています。面会の少ない家族には、介護計画書の見直しのアセスメントの際に聞いています。家族と散歩の機会を持ちたい、マッサージ師を導入したいなどの要望をプランに反映しています。	運営推進会議や面会時、プラン作成時などの機会に意見や要望を聞いています。他の高齢者施設紹介の依頼や薬の減量希望など関係者と相談協議して対応しています。毎月家族に「花みやまえ」通信を送り、コミュニケーションを図っています。	

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。	毎月の職員会議で職員の要望や意見、提案を聞く機会があります。管理者は日頃職員の意見や要望を自由に言える雰囲気を作っています。契約更新の際も個別に要望や意見を聞いています。服薬の際の薬箱の改善提案、行事やイベントの企画提案など、運営に活かしています。	管理者は職員会議のほか個人面談の機会をつくり、職員の、外部の研修会への参加や資格取得の希望など、悩みや要望、意見などを積極的に聞いています。日常の業務改善や利用者への個別ケア方法の提案などは運営に反映しています。	
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。	契約更新時に個人面談を行い 就業時間の増減や社会保険の加入についての希望など、契約条件などを考慮し雇用契約を取り交わしています。無資格者には、資格取得支援制度などもあります。		
13		○職員を育てる取り組み 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。	社内研修の定期的な実施や外部研修への参加・資格取得を推奨するなど、個々のスキルの向上を働きかけています。法人内で他施設への実習や、実習生を迎えることで多くの気づきを得て学習しています。		
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り組みをしている。	市町村からの研修や他施設見学に参加する事により、同業者との情報交換やネットワークを構築するよう努めており、また他事業所との職員間の交流も行っており、サービスの向上を心がけています。		
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。	入居前に家族・本人に要望や不安ごとを聞き、利用開始時にアセスメントをしっかりと会話の機会を多く持つことで、信頼関係を築き良好な関係性を持てるよう努めています。入居者様の要望は丁寧に聞き取りケアに反映させています。買物など金銭にかかる事は、家族に確認の上で対応させていただいています。		

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
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。	本人・家族が困っている事や不安な材料や要望を聞き取るよう常に連絡を取り合い、アセスメントや介護支援計画書に反映させ、安心して利用していただけよう努めています。施設に慣れるまで時間のかかる方もおり、様子を見ながら家族と連携をとる努力をしています。		
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。	認知症の度合いや、おかれている環境を把握し、入居者様と家族の物理的精神的環境・グループホームが適切かを考慮し、サービスにつなげています。場合によっては、小規模多機能型居宅介護や他事業者などへの紹介も行っています。		
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。	本人の意思を第一に尊重し、本人のADL（日常生活動作）や意欲に沿った方法で職員や他利用者様と共に行う事で完成し、仕事出来る喜びを分かち合い他者と協力し合いながら生活できるように努めています。		
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。	常に家族の意見も反映できるようにし、本人の情報を家族とも共有して一方通行にならないように心がけています。帰宅願望の強い方への対応については、カンファレンスを行い、統一した声掛けやケアを行っています。		
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。	友人の来訪時は居室で湯茶の接待をしています。墓参りや外泊、旅行、理美容院などは家族の協力で継続の支援をしています。趣味の絵手紙、折り紙、縫い物なども継続支援しています。馴染みの化粧品の使用や茶・菓子などの嗜好品も個別に継続支援しています。	入居前からの生活習慣を入居後も続けている事例の他、植木やCDによる音楽鑑賞など趣味の継続の支援もしています。家族と毎月外食に行く楽しみや、馴染みの店で化粧品の購入などを続けている利用者もいます。	

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。	手芸・折り紙を入居者様の希望に応じ参加していただくことで1F・2Fの交流が生まれ馴染みの関係が育まれています。仲の良い方は自発的に一緒にオセロをしたり、皆で集まって歌う時間を作ったりしています。		
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。	一度縁の出来た家族へは、定期的に『みやまえ通信』の郵送や連絡をしています。家族を通し、地域社会への情報提供や交流の輪を持続的に支援していきたいと考えています。		
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。	アセスメントや日頃の会話の中で、また、夜間帯や入浴時の1対1の会話を通して把握しています。相性の合う職員との会話で把握する事もあります。内容は申し送りで共有し、プランに反映しています。意思表示の困難な利用者は態度や行動、表情でくみ取ります。	相性の合う職員による何気ない会話を通して把握しています。プランの作成時に利用者、家族から新たな思いや意向を聞いています。意思表示の困難な利用者からの情報は申し送りで共有し、内容によってはプランに反映しています。	
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。	入居前や入居後も、利用していた担当ケアマネージャー及び家族・本人から情報を得て、今までやってきた家事や生け花などの趣味が継続出来るよう、利用に至る経緯や生活環境なども職員間で共有し、今までの生活習慣が継続出来るような支援に努めています。		
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。	日々のアセスメント以外に、ケアプランの更新時の際にもモニタリングや評価を行っており、職員一人ひとりが利用者様の現状をしっかりと把握し、必要な支援について個別ケアに努め、話し合い対応しています。		

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
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。	モニタリングは3ヶ月毎にします。モニタリングやサービス担当者会議を経て半年ごとに計画書を作成しています。サービス担当者会議は居室担当、リーダー、計画担当、管理者が参加しています。計画書には医療情報や家族、本人の意見を反映しています。	入居時の暫定プランは1ヶ月又は2ヶ月後に見直しをしています。モニタリングは3ヶ月ごとに実施し、3ヶ月又は半年ごとに更新しています。更新時には職員や計画担当の案に基づき担当者会議を経てプランを作成しています。プランには利用者や家族の意見、医療情報が反映しています。	
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、時間ごとの様子や入居者様の言葉や様子を記録し、どういう思いを抱いているのかをリサーチし日々の細かな情報や気づきを記録に残しています。申し送りやカンファレンスにて情報の共有及び介護計画書への反映、見直しを行っています。		
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。	常に現状必要なサービス・今後必要になるサービスは何であるかを考え、本人と家族の関係性（今までの生活歴など）を考慮しながら、かかりつけ医の受診の支援や希望にあわせての医療マッサージの調整など、必要なサービスにつなげるよう支援します。		
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。	地域包括センターで行われる地域会議を通して、ボランティアの募集をしています。現在、劇団の方々に傾聴・歌等月1回来ていただいています。		
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。	全員が協力医に切り替えています。内科、歯科の往診医の訪問診療をそれぞれ月2回受診しています。看護師が週2回来所し、状況を「申し送り」に記入し共有しています。外来は原則家族対応ですが、状況に応じて職員が付き添います。	眼科や皮膚科、精神科などの専門医は外来で、原則家族の対応です。家族の対応した医療情報は口頭での報告を受診記録に掲載し共有しています。主治医の往診の他、看護師職員による週2回の健康管理と24時間オンコール体制です。利用者の入退院時には職員が同席し対応しています。	

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。	日々の申し送りやケアの中で相談、個人記録に記入し情報の共有を行い、適切な受診や看護につなげています。また、看護師による介護職員への指導も行っており、適切な情報の伝達が行えるよう取り組んでいます。		
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。	入院時は介護サマリー（看護サマリー）や、往診医からの紹介状も迅速に提供し、情報提供に努めています。家族と連絡を取り、見舞いに伺って相談に応じます。必要に応じ話し合いを行い現状把握に努めています。家族の意向を考慮し、適切な対応をとれるよう支援しています。		
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。	契約時に、重度化した場合の対応について指針に基づき説明し、家族の同意を得ています。看取りの際は指針を踏まえ、医師の判断をもとに看取り介護計画書を作成し、家族の同意を得て実施しています。開設後、看取りの事例があり職員は看取りの心構えができています。	看取りは「指針」に基づき、受け入れています。看取りに際しては、主治医の判断をもとに家族と連携を密に行っています。職員は看取りの振り返りや事例検討を重ね、今後に備えています。	具体的な看取りに際しては家族と書面による「看取り同意書」を交わすことも期待されます。
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。	入社時の研修や社内研修で急変対応や事故対応の研修を行い、発見時の対応や報告・状況など事例や対策をたて職員全員が対応できるように努めています。また、不安がある職員には、個別に対応の仕方を伝えています。		
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。	夜間想定を含め、年2回消防署と連携して避難訓練をしています。地域在住職員が駆けつけ、運営推進会議のメンバーにも参加していただき協力をお願いしました。食料は米・飲料水など3日分を備蓄しており、賞味期限の見直しをしています。	避難訓練では、外階段を使って職員が利用者を誘導し、民生委員が集合場所で見守っています。消防署の指導で毛布と竹を利用した担架作りも体験しています。職員は近くの中学校で行われた防災講習会に参加し、防災や協力体制への意識を高めています。	

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
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。	職員は行動指針に基づき、利用者一人ひとりを人生の先輩として敬意をもって接するようにしています。ゆっくり見守ること、言葉掛け、入浴や排泄の際のプライバシー、同姓介助などに留意しています。個人情報の扱いは雇用契約時に誓約し、書類は施錠管理しています。	職員は「行動指針」を携帯し、介護に迷った時は指針に立ち返っています。一人ひとりに寄り添う介護を心掛けています。呼称は氏名に「さん付け」を基本にしています。利用者の個人情報ファイルは事務所で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。	危険な行為や言葉・他の方々に不快感を与えたり、不穏な状態・健康状態に支障にならない限り、自己決定できる支援を心がけています。購入品の希望があった場合は、買物に同行し自分で選ぶように働きかけています。また、入浴後の着替えの洋服や飲物も、自分で選べるよう声掛けを行っています。		
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。	入浴や更衣・炊事・掃除・洗濯の手伝いなど、可能な限り本人の意向を優先しています。働きたいのか・のんびりと過ごしたいのか、聞き取りや様子から意向をくみ取り支援しています。就寝時間・起床時間も体調などを考慮し、時間だから寝ていただく・起きていただくなどの無理な促しは行っていません。		
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。	本人の意思や希望を尊重し、ほとんどの入居者様が自分で衣服を選んでいきます。季節やTPOに合った身だしなみができるよう職員からの声掛けも行っています。また、家族と相談して衣類の買物に同行しています。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	献立は利用者の状況に応じ、お粥、刻みなど職員がアレンジして調理し準備しています。利用者は盛り付けやテーブル拭きなど自発的に参加しています。日常的に芋煮、おいなさん作りなどを食事レクリエーションとして、更に ひな祭り、敬老の日、クリスマスなどの行事会食も楽しんでいます。	利用者は自らテーブル拭き、湯茶入れなどを積極的に行っています。朝食の粥ではトッピングを何種類か用意して選択できるようにし、楽しみとしています。月に1回の食事レクリエーションでは職員、利用者でカレー、ピクルス、豚汁などを作っています。	

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
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。	栄養士によるバランスの摂れた食事を提供しています。個人の状態に合わせて主食・汁物の量を変えています。また適切な水分が確保できるように定時での提供や状態に合わせて声かけなど支援しています。水分摂取量・食事摂取量は記録に残し、一日の総水分摂取量から不足時は、本人の嗜好に配慮した飲み物などを提供し水分を取れるよう工夫しています。		
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。	個別に応じたケアを実践しています。毎食後、口腔ケアの介助が必要な方には、声かけ・見守りや必要に応じて介助を行っています。		
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。	利用者の行動記録により排泄のパターンを把握し、声掛け誘導をして改善に向けて支援しています。基本的な生活習慣の実施や食事、廊下歩行、体操などにより、入居時にリハビリパンツだった方が布パンツに改善した方もいます。	職員は、排泄パターンやサインを、行動記録、申し送りなどで共有しています。失禁やトイレでの失敗があっても職員は極力介入せず、利用者ができるところまでを見守っています。残存機能の維持に努め、自立に向けた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。	一人ひとりの食事量・水分量を把握し、排泄の記録を残すことで便秘の早期発見と予防に努めています。必要な飲水量の確保、おやつ（ヨーグルトや寒天使用）にて排便コントロールの支援を行っています。便の形状によって随時看護師に報告し、主治医などの医療職と連携を取っています。		
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。	週2回、午後に入浴時間を設定しています。希望や状況に応じて柔軟に対応しています。日曜日を予備日として希望に応じています。拒否の人にはそれぞれに応じ、声掛けの工夫をし、それでも断る人には相性のよい職員が対応し、支援しています。	1日3人の設定ですが、希望により入浴日以外の入浴も可能です。1人で着替えなどの準備や入浴ができる利用者に対しては時々様子を見に行き声掛けをしています。湯水は利用者ごとに取り換え、衛生的で快適な入浴を支援しています。	

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。	それぞれの入居者様が、自由に自分の時間を居室やフロアにて過ごしています。一人での移動が不可能な場合は、状態観察から急速の声掛け誘導を行っています。夜間、安眠して頂けるよう日中の活動内容も考慮し支援しています。		
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。	服薬は特に配慮し、症状の変化や経過などは主治医へ必ず報告し連携に努めています。又、看護師が記載した往診記録の確認または個人記録に添付してある薬剤情報を確認しながら服薬の支援を行っています。薬剤が変わった時は、様子観察を行い状態の変化があれば随時看護師に報告し主治医などの医療職や医療機関と連携を取っています。		
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。	誰かの役に立つことで生活に張り合いを感じて過ごせるよう支援に努めています。炊事が得意な方・洗濯干しやたたむのが好きな方・手芸が好きで小物入れを作っておられる方がいます。職員や他利用者様から感謝される事により、喜んでいただいています。職員から常に感謝の言葉を伝えるよう努めています。		
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。	晴れた日には、坂の上に出て富士山の眺望や団地の中の草花等を楽しみながら散歩したり、玄関前で草花の水やりや居間の前で外気浴をし、畑の作物を見たりして楽しむ人もいます。季節に応じ花見、紅葉狩りなど車で遠出をし、買い物にも車で出かけます。知人との外出、家族と定期的に外食を楽しむ人もいます。	日々の散歩は公園など3コース。坂が多いので歩行機能が良くなった利用者もいます。時には、車でファミリーレストランやスーパーマーケットに行き、外食や買い物を楽しんでいます。東高根森林公園や生田緑地に出掛けて季節を感じたり、利用者の希望で川崎市民ミュージアムに行くなど外出の支援をしています。	
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。	金銭管理は主に事務所でっており、使った額を請求させて頂く立替制度を取っています。希望に応じ、買物レクで好きな物を買ってレジにて支払っていただいています。全員ではありませんが、現金を所持されている方は事務所内の金庫にて管理させていただきます。		

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
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。	用事がある時や家に帰りたいという訴えがあった時には、家族了解の下 電話が出来るように支援を行っています。また、手紙のやり取りが出来るよう支援し、大切な人との関わりは続けられるよう支援しています。		
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。	玄関、廊下、居間は広く明るい共用空間となっています。調度品は清潔に整理整頓しています。ウイルス除去加湿空気清浄機を設置し、温度・湿度管理が行き届き入居者は居心地よく過ごしています。季節の生花や、願いをこめた作品の習字、行事の写真、当日の担当職員の写真など生活感のある掲示をしています。	玄関ホールは調度品がほど良く配置され、ボランティアによって生けられた季節の花が目を惹きます。居間は明るく広々とした雰囲気、窓から富士山が見える日もあります。台所は対面式で調理する職員と居間で過ごす利用者が互いの様子を見ることができます。きちんと整頓され掃除も行き届いています。	
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。	入居者様各々が、自由に気の合う入居者様の居室に出入りして交流しています。また、自室で絵を描いたり、音楽を聴いたり自由に過ごしています。		
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。	ベッド・マットレス・クローゼット・洗面台・エアコンなどは備え付けです。お気に入りの家族の写真、誕生日に寄せた職員からのメッセージなどを飾り、テレビ・座椅子・木製タンスなど好みの調度を置き、居心地よく過ごせるようにしています。	居室には備え付けのもの以外にタンスや椅子、物置台など以前から使っていた馴染みの家具が置いてあります。また、写真や絵、利用者の手作りの品などが飾られ、環境の継続やその人らしい暮らしを支援しています。	
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。	居室内設置の洗面台では口腔ケアや整髪、身だしなみなど自分で出来るよう、個別性を重視した環境を目指し自立した生活が送れるよう支援しています。その人の力量に合わせて、家事の楽しみの継続を行っています。		

事業所名	花物語みやまえ
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る。 (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近づけている。	理念は開設時、職員皆で作上げた事業所独自のものです。5つの柱からなる理念は玄関やユニットの入口に掲げ、職員会議でも確認し共有しています。理念の第一主義である「家庭の延長で自由で安らぎのある暮らし」をモットーに実践に努めています。		
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人として日常的に交流している。	町内会に加入はしていませんが、回覧板が回ってきて地域の情報を得ています。地域包括支援センター主催のふれあい祭や、町内盆踊りなどに参加し交流しています。ボランティアは、日舞やフラダンス、生花の先生、傾聴ボランティアの方々に来ていただいています。		
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。	散歩の際の挨拶や交流、近隣の盆踊り大会や行事に参加し、地域の方たちととのふれあいの機会を持ち、自然な交流の中で関係を深めています。		
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6回開催しています。メンバーは自治会長や地域の民生委員4名、地域包括職員、利用者代表、オーナー、行政担当者です。活動報告のほか民生委員や地域包括からの地域の情報交換、困難事例、地域ケア会議の情報、認知症研修の発表など、事業所の運営に活かしています。		
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取り組んでいる。	要介護認定更新時に区高齢者支援課と連携をとっています。運営推進会議の行政への報告は今後の課題です。地域包括が行うケア会議に参加し、情報交換を運営に活かしています。		

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。	年間の研修計画の中で取り上げ、拘束の弊害について職員は理解しています。不適切な言葉があれば、その都度管理者は注意指導しています。各ユニット入口や玄関は保安の為施錠をしています。外出の希望があれば職員は利用者に同行し、見守りをしています。		
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。	定時の研修の中では、事例検討を含め どういう場合が虐待になりうるケースなのかを話し合い、理解を深めています。職員も虐待を見過ごさないように意識を高く持つように心がけています。		
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。	認知症ケアを行う上で、必要な知識として研修や学習の機会を設けています。また、必要だと思われる家族には 制度の説明を行っています。入所してから後見人の手続きなどの支援を施設が協力して行った方もおり、「安心して生活できる」と喜ばれています。		
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。	契約に関しては、家族の納得がいくように十分な説明を行い、話し合いの場を持ち納得の上で入居いただいています。特に、終末期ケアや医療行為に関する疑問を具体的に説明し、転倒の不安がある方には、対応方法の具体的事例を挙げ、家族の意向としてケアに反映しています。		
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。	ご意見箱を備えています。家族の面会時に要望や意見を聞いています。面会の少ない家族には、介護計画書の見直しのアセスメントの際に聞いています。家族と散歩の機会を持ちたい、マッサージ師を導入したいなどの要望をプランに反映しています。		

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。	毎月の職員会議で職員の要望や意見、提案を聞く機会があります。管理者は日頃職員の意見や要望を自由に言える雰囲気を作っています。契約更新の際も個別に要望や意見を聞いています。服薬の際の薬箱の改善提案、行事やイベントの企画提案など、運営に活かしています。		
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。	契約更新時に個人面談を行い 就業時間の増減や社会保険の加入についての希望など、契約条件などを考慮し雇用契約を取り交わしています。無資格者には、資格取得支援制度などもあります。		
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。	社内研修の定期的な実施や外部研修への参加・資格取得を推奨するなど、個々のスキルの向上を働きかけています。法人内で他施設への実習や、実習生を迎えることで多くの気づきを得て学習しています。		
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。	市町村からの研修や他施設見学に参加する事により、同業者との情報交換やネットワークを構築するよう努めており、また他事業所との職員間の交流も行っており、サービスの向上を心がけています。		
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。	入居前に家族・本人に要望や不安ごとを聞き、利用開始時にアセスメントをしっかりと会話の機会を多く持つことで、信頼関係を築き良好な関係性を持てるよう努めています。入居者様の要望は丁寧に聞き取りケアに反映させています。買物など金銭にかかる事は、家族に確認の上で対応させていただいています。		

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
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。	本人・家族が困っている事や不安な材料や要望を聞き取るよう常に連絡を取り合い、アセスメントや介護支援計画書に反映させ、安心して利用していただけるように努めています。施設に慣れるまで時間のかかる方もおり、様子を見ながら家族と連携をとる努力をしています。		
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。	認知症の度合いや、おかれている環境を把握し、入居者様と家族の物理的精神的環境・グループホームが適切かを考慮し、サービスにつなげています。場合によっては、小規模多機能型居宅介護や他事業者などへの紹介も行っています。		
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。	本人の意思を第一に尊重し、本人のADL（日常生活動作）や意欲に沿った方法で職員や他利用者様と共に行う事で完成し、仕事が出来た喜びを分かち合い他者と協力し合いながら生活できるように努めています。		
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。	常に家族の意見も反映できるようにし、本人の情報を家族とも共有して一方通行にならないように心がけています。帰宅願望の強い方への対応については、カンファレンスを行い、統一した声掛けやケアを行っています。		
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。	友人の来訪時は居室で湯茶の接待をしています。墓参りや外泊、旅行、理美容院などは家族の協力で継続の支援をしています。趣味の絵手紙、折り紙、縫い物なども継続支援しています。馴染みの化粧品の使用や茶・菓子などの嗜好品も個別に継続支援しています。		

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
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。	手芸・折り紙を入居者様の希望に応じ参加していただくことで1F・2Fの交流が生まれ馴染みの関係が育まれています。仲の良い方は自発的に一緒にオセロをしたり、皆で集まって歌う時間を作ったりしています。		
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。	一度 縁の出来た家族へは、定期的に『みやまえ通信』の郵送や連絡をしています。家族を通し、地域社会への情報提供や交流の輪を持続的に支援していきたいと考えています。		
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。	アセスメントや日頃の会話の中で、また、夜間帯や入浴時の1対1の会話を通して把握しています。相性の合う職員との会話で把握する事もあります。内容は申し送りで共有し、プランに反映しています。意思表示の困難な利用者は態度や行動、表情でくみ取ります。		
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。	入居前や入居後も、利用していた担当ケアマネージャー及び家族・本人から情報を得て、今までやってきた家事や生け花などの趣味が継続出来るよう、利用に至る経緯や生活環境なども職員間で共有し、今までの生活習慣が継続出来るような支援に努めています。		
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。	日々のアセスメント以外に、ケアプランの更新時の際にもモニタリングや評価を行っており、職員一人ひとりが利用者様の現状をしっかりと把握し、必要な支援について個別ケアに努め、話し合い対応しています。		

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
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。	モニタリングは3ヶ月毎にします。モニタリングやサービス担当者会議を経て半年ごとに計画書を作成しています。サービス担当者会議は居室担当、リーダー、計画担当、管理者が参加しています。計画書には医療情報や家族、本人の意見を反映しています。		
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、時間ごとの様子や入居者の言葉や様子を記録し、どういう思いを抱いているのかをリサーチし日々の細かな情報や気づきを記録に残しています。申し送りやカンファレンスにて情報の共有及び介護計画書への反映、見直しを行っています。		
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。	常に現状必要なサービス・今後必要になるサービスは何であるかを考え、本人と家族の関係性（今までの生活歴など）を考慮しながら、かかりつけ医の受診の支援や希望にあわせての医療マッサージの調整など、必要なサービスにつなげるよう支援します。		
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。	地域包括センターで行われる地域会議を通して、ボランティアの募集をしています。現在、劇団の方々に傾聴・歌等月1回来ていただいています。		
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。	全員が協力医に切り替えています。内科、歯科の往診医の訪問診療をそれぞれ月2回受診しています。看護師が週2回来所し、状況を「申し送り」に記入し共有しています。外来は原則家族対応ですが、状況に応じて職員が付き添います。		

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。	日々の申し送りやケアの中で相談、個人記録に記入し情報の共有を行い、適切な受診や看護につなげています。また、看護師による介護職員への指導も行っており、適切な情報の伝達が行えるよう取り組んでいます。		
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。	入院時は介護サマリー（看護サマリー）や、往診医からの紹介状も迅速に提供し、情報提供に努めています。家族と連絡を取り、見舞いに伺って相談に応じます。必要に応じ話し合いを行い現状把握に努めています。家族の意向を考慮し、適切な対応をとれるよう支援しています。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	契約時に、重度化した場合の対応について指針に基づき説明し、家族の同意を得ています。看取りの際は指針を踏まえ、医師の判断をもとに看取り介護計画書を作成し、家族の同意を得て実施しています。開設後、看取りの事例があり職員は看取りの心構えができています。		
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。	入社時の研修や社内研修で急変対応や事故対応の研修を行い、発見時の対応や報告・状況など事例や対策をたて職員全員が対応できるように努めています。また、不安がある職員には、個別に対応の仕方を伝えています。		
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。	夜間想定を含め、年2回消防署と連携して避難訓練をしています。地域在住職員が駆けつけ、運営推進会議のメンバーにも参加していただき協力をお願いしました。食料は米・飲料水など3日分を備蓄しており、賞味期限の見直しをしています。		

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
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。	職員は行動指針に基づき、利用者一人ひとりを人生の先輩として敬意をもって接するようにしています。ゆっくり見守ること、言葉掛け、入浴や排泄の際のプライバシー、同姓介助などに留意しています。個人情報扱いは雇用契約時に誓約し、書類は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。	危険な行為や言葉・他の方々に不快感を与えたり、不穏な状態・健康状態に支障にならない限り、自己決定できる支援を心がけています。購入品の希望があった場合は、買物に同行し自分で選ぶように働きかけています。また、入浴後の着替えの洋服や飲物も、自分で選べるよう声掛けを行っています。		
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。	入浴や更衣・炊事・掃除・洗濯の手伝いなど、可能な限り本人の意向を優先しています。働きたいのか・のんびりと過ごしたいのか、聞き取りや様子から意向をくみ取り支援しています。就寝時間・起床時間も体調などを考慮し、時間だから寝ていただく・起きていただくなどの無理な促しは行っていません。		
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。	本人の意思や希望を尊重し、ほとんどの入居者が自分で衣服を選んでいます。季節やTPOに合った身だしなみができるよう職員からの声掛けも行っていきます。また、家族と相談して衣類の買物に同行していきます。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	献立は利用者の状況に応じ、お粥、刻みなど職員がアレンジして調理し準備しています。利用者は盛り付けやテーブル拭きなど自発的に参加しています。日常的に芋煮、おいなりさん作りなどを食事レクリエーションとして、更に ひな祭り、敬老の日、クリスマスなどの行事会食も楽しんでいます。		

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。	栄養士によるバランスの摂れた食事を提供しています。個人の状態に合わせて主食・汁物の量を変えています。また適切な水分が確保できるように定時での提供や状態に合わせて声かけなど支援しています。水分摂取量・食事摂取量は記録に残し、一日の総水分摂取量から不足時は、本人の嗜好に配慮した飲み物などを提供し水分を取れるよう工夫しています。		
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ます。	個別に応じたケアを実践しています。毎食後、口腔ケアの介助が必要な方には、声かけ・見守りや必要に応じて介助を行っています。		
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。	利用者の行動記録により排泄のパターンを把握し、声掛け誘導をして改善に向けて支援しています。基本的な生活習慣の実施や食事、廊下歩行、体操などにより、入居時にリハビリパンツだった方が布パンツに改善した方もいます。		
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。	一人ひとりの食事量・水分量を把握し、排泄の記録を残すことで便秘の早期発見と予防に努めています。必要な飲水量の確保、おやつ工夫（ヨーグルトや寒天使用）にて排便コントロールの支援を行っています。便の形状によって随時看護師に報告し、主治医などの医療職と連携を取っています。		
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。	週2回、午後に入浴時間を設定しています。希望や状況に応じて柔軟に対応しています。日曜日を予備日として希望に応じています。拒否の人にはそれぞれに応じ、声かけの工夫をし、それでも断る人には相性のよい職員が対応し、支援しています。		

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。	それぞれの入居者様が、自由に自分の時間を居室やフロアにて過ごしています。一人での移動が不可能な場合は、状態観察から急速の声掛け誘導を行っています。夜間、安眠して頂けるよう日中の活動内容も考慮し支援しています。		
47		○服薬支援 一人ひとりを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。	服薬は特に配慮し、症状の変化や経過などは主治医へ必ず報告し連携に努めています。又、看護師が記載した往診記録の確認または個人記録に添付してある薬剤情報を確認しながら服薬の支援を行っています。薬剤が変わった時は、様子観察を行い状態の変化があれば随時看護師に報告し主治医などの医療職や医療機関と連携を取っています。		
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。	誰かの役に立つことで生活に張り合いを感じて過ごせるよう支援に努めています。炊事が得意な方・洗濯干しやたたむのが好きな方・手芸が好きで小物入れを作って下さる方がいます。職員や他利用者様から感謝される事により、喜んでいただいています。職員から常に感謝の言葉を伝えるよう努めています。		
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。	晴れた日には、坂の上に出て富士山の眺望や団地の中の草花等を楽しみながら散歩したり、玄関前で草花の水やりや居間の前で外気浴をし、畑の作物を見たりして楽しむ人もいます。季節に応じ花見、紅葉狩りなど車で遠出をし、買い物にも車で出かけています。知人との外出、家族と定期的に外食を楽しむ人もいます。		
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。	金銭管理は主に事務所でっており、使った額を請求させて頂く立替制度を取っています。希望に応じ、買物レクで好きな物を買ひ、レジにて支払っていただいています。全員ではありませんが、現金を所持されている方は事務所内の金庫にて管理させていただきます。		

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
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。	用事がある時や家に帰りたいという訴えがあった時には、家族了解の下 電話が出来るように支援を行っています。また、手紙のやり取りが出来るよう支援し、大切な人との関わりは続けられるよう支援しています。		
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。	玄関、廊下、居間は広く明るい共用空間となっています。調度品は清潔に整理整頓しています。ウイルス除去加湿空気清浄機を設置し、温度・湿度管理が行き届き入居者は居心地よく過ごしています。季節の生花や、願いをこめた作品の習字、行事の写真、当日の担当職員の写真など生活感のある掲示をしています。		
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。	入居者様各々が、自由に気の合う入居者様の居室に出入りして交流しています。また、自室で絵を描いたり、音楽を聴いたり自由に過ごしています。		
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。	ベッド・マットレス・クローゼット・洗面台・エアコンなどは備え付けです。お気に入りの家族の写真、誕生日に寄せた職員からのメッセージなどを飾り、テレビ・椅子・木製タンスなど好みの調度を置き、居心地よく過ごせるようにしています。		
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。	居室内設置の洗面台では口腔ケアや整髪、身だしなみなど自分で出来るよう、個別性を重視した環境を目指し自立した生活が送れるよう支援しています。その人の力量に合わせて、家事の楽しみの継続を行っています。		

平成29年度

目標達成計画

花物語みやまえ

作成日：平成 30年 4月 16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	33	具体的な看取りに際しては家族と書面による「看取り同意書」を交わしていない。	出来る限り事前に、入居者様ご本人の意思を十分に汲み取るよう努め、ご家族のご意向、ご意見をお聞きし、ご本人にとって最良と言える選択を行いたい。	フローチャート作成 ①契約時の重要事項説明の際 {看取りに関する指針} の説明。 ②体調が安定している、不安定な時間、看取りへの準備期間。 ③サービス担当者会議の開催、プランの作成、同意、看取り介護同意書、終末期における医療等に関する医師確認書の取り交わしを経て看取り介護を開始。 ④介護記録に日々の状態・支援を記録する。 ⑤来所持に介護記録確認、入居者様、ご家族様のきもちの揺れなど対応。ご家族の要望について随時確認。	2ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月