

2020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	1491300107	事業の開始年月日	令和1年11月1日
		指定年月日	令和1年11月1日
法人名	株式会社 日本アメニティライフ協会		
事業所名	花物語 おおいそ		
所在地	( 250-0111 ) 神奈川県中郡大磯町国府本郷 1194-1		
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22年10月3日	評価結果 市町村受理日	令和3年2月12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)】

自然が豊かな環境で、隣には高校野球グラウンドがあり、一年を通し高校球児の元気な声が聞こえます。この施設で開所以来続けていることがあり、悪天候（雨、猛暑など）でなければ午前中は皆で散歩をしている。90歳を過ぎても歩いて生活をされている方が何人もいらっしゃいます。近くの川まで行き沢山の鯉を見ることが、楽しみになっています。職員の就業年数が長く経験から認知症状をよく理解しており、ご利用者様個人個人に、きめ細かく対応している。レクリエーションも、カラオケや職員がアコーディオンを弾いて歌を唄ったり、折り紙や塗り絵など手作業を多く取り入れています。茶碗拭きや洗濯物を畳んで頂いています。車いすの方も生活しています。

### 【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2年11月6日	評価機関 評価決定日	令和3年1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)】

事業所は、JR東海道線「大磯」駅よりバスで約15分「城の下」バス停下車約2分の住宅地にある2階建て定員18人のグループホームです。付近には高校の野球場や研修センター、神社仏閣、福祉施設などもあって環境は良好です。事業所は2019年11月に現法人が引き継いで運営しており、現管理者は7月に就任しています。

<優れている点>

長年勤務している職員が多く、個々の入居者をよく理解しています。本人に最も適した介護を心がけており、入居者も安心して職員に頼っています。職員と家族とのコミュニケーションも円滑で、入居者の状況の変化などは都度家族に伝え信頼関係を築いています。管理者と職員が話し合っって作った理念には、「入居者が自由で安心できる生活を目指す」ことが明記されており、従来からの人間関係の継続を大切に考えて、入居者の意向を尊重する介護を行っています。入居者が外出する機会を積極的に作り、天候の許す限り毎日散歩に出かけています。散歩困難者は車いすでの外出を楽しめるよう支援しています。

<工夫点>

研修に力を入れています。毎月行うケース会議で職員研修を行っています。「身体拘束をしないケアの実践」や「認知症および認知症ケアについて」など毎回議題を変えて講義を行い、職員の知識と技能の向上に役立てています。

### 【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 おおいそ
ユニット名	さざんか

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。	入居者様もスタッフも良く会話をし笑顔の絶えない施設作り	「入居者の人権と尊厳を守り、自由に安心できる生活を目指す」ことが事業所の理念です。理念は管理者とスタッフ一同が話し合っ作っています。職員は入居者と思いを共有し、その人らしい生活ができて、笑顔が絶えない生活が送れるように努力しています。	
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	地元の祭りの休憩所を提供しており、毎日の散歩を通し近隣の人たちと挨拶を交わし交流をしている。自治会に加入している。	自治会に加入しており、回覧板などで地元の情報を得ています。祭りの休憩所として場所を提供しており、地域の人々に受け入れられた施設となっています。入居者の散歩時には、近隣と挨拶を交わしています。退去した入居者との交流も続いています。	
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。	地域密着型の施設であり、認知症で困っている本人様、ご家族様に入居出来る施設があることを、下り込みチラシでお知らせし入居に繋がらなくても困っていることなどを、相談聞きアドバイスをしている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取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。	2カ月に1回の予定で開催予定だが、本年度はコロナ禍の影響で、書面だけの報告になっている。4月、6月、8月、10月、書面での報告。	運営推進会議は、本年度は新型コロナウイルスの影響で開催できず、書面で状況を報告しています。大磯町高齢福祉課の担当者、地域住民の代表、入居者家族、地域包括支援センターの職員などが委員で、事業所の運営に協力して貰っています。	
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。	本年度はコロナ禍でありマスクの需要や予防に関する物品など町との連携を取り情報を交換し協力関係を取るようになっている。	大磯町高齢福祉課の担当者とは必要に応じて連絡を取り合っています。今年度はマスク300枚を配布して貰っています。事業所の近くにある障がい者福祉センターでは利用者団体連絡会が開催され、情報の交換を行い、協力関係を築いています。	

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
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。	身体拘束は基本しない。身体拘束に関する研修を全スタッフに行い身体拘束をしなくても介護が出来るよう工夫をしている。	身体拘束は行わないことを方針として介護を行っています。家族には入居契約の際に、事業所の考え方や取り組み方を説明しています。月に1回自宅に帰って1泊する入居者もいます。拘束のない、一人ひとりの要望に添った生活を送れるように支援しています。	
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。	特に言葉かけが虐待、暴力にならないようにケース会議で話し合っている。禁止用語や指示的言葉、命令口調には注意をしている。		
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。	権利擁護の冊子を施設内に置いてありいつでも理解できるようにしてある。		
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。	契約には入居前に契約にかかる内容を事前に読み合せて時間を取るようにしており納得が得られた上で契約をしている。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	利用者様の生活での変化があればすぐにご家族に連絡し、話しやすい状況を作っている。またご家族からの要望にも応えられるようにしている。例えば訪問マッサージや訪問歯科への依頼などの調整。	コロナ禍の影響で、家族との面会は時間を制限して行っています。家族会は未結成ですが、個々の家族の意見や要望にはできるだけ添うように努力しています。入居者の状況の変化については、都度家族に連絡しています。	

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。	月に一度ケース会議の場で、発言の機会を作っている。	フロアごとに月に1度開催するケース会議で、意見を交換をしています。10年以上在籍する職員も数名おり、管理者は話を注意深く聞いて、運営に反映させるように心がけています。会議の際には毎回議題を変えて、研修も行っています。	
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。	定期的に人事考課を行い、給与水準等に反映させる。		
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。	入社時に本部の研修に参加する機会を作っている。月に一度施設内研修を行っている。		
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。	同業者と交流を持つ機会はない。		
<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。	出来る限り入居前に本人様の性格や生活習慣を本人様やご家族、関係者から聞き取り本人様の不安が少しでも取り除けるように努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている。	出来る限り入居前に本人様の性格や生活習慣をご家族から聞き、ご家族がどのように生活してほしいか話し合っている。		
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。	出来る限り入居前に本人様の性格や生活習慣を本人様やご家族、関係者から聞き取り意向を聞き、そのうえで介護計画に取り入れている。		
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。	入居者様一人ひとりの出来る事出来ない事を理解し、役割を持ってもらうようにしている。例えば茶碗を拭いてもらったり、洗濯物を畳んでもらったりなど。		
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。	外出や外泊もご家族の希望に沿うようにしている。通院は出来る限りご家族の付き添いをお願いしている。		
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。	知人や親戚等の面会、電話での連絡も自由に対応し、これまでのつながりを大切にしている。	従来からの人間関係の継続を大切に考えています。家族や知人、親戚などの来訪を歓迎し、電話などによる連絡にも対応しています。入居者が外とのコミュニケーションをとって、交流を維持できるように努めています。	

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
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。	一人一人の介護度やコミュニケーション能力、性格などを、配慮し食事など一緒に過ごすリビングではその時々座席に配慮し、皆で出来るレクリエーションを実施し、楽しい関係が築けるよう支援している。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	退去されたご家族からお手紙や近くに来たので寄りましたというご家族もいらして、その後のお話や思い出話をされていました。		
<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。	出来る限り本人様らしさが継続出来るように、要望や希望をお聞きしている。ただ、今コロナ禍買い物や外出に行けていないのが現状である。	本人の話をよく聞き、意向の把握に努めています。本人らしさを維持して、楽しい日常が送れる介護を目指しています。散歩好きな人には、毎日でも散歩ができるように、心がけています。家族への電話を希望する人の要望にも応ずるようにしています。	
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。	出来る限り入居前に本人様の性格や生活習慣をご家族から聞き入居後に生かしている。入居後に新しく色々な入居前の話も聞けるので今後の生活に生かしている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	一人一人の生活習慣を継続的に観察することで、体調の変化を知ることができる。例えば毎日のバイタル測定や、食事や水分量、排せつの記録などで把握に努めている。		

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
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。	毎月のケース会議で入居者様全員のカンファレンスを行い、体調の変化について共有をし対応策を話し合い決めている。ケアプランの更新月を待たずに細かな変更をしている。	通常半年に1回ケアプランを更新しています。毎月のケース会議で、入居者全員の状況を話し合い、対応策を検討しています。家族の要望については、面会の際、あるいは電話で聴取しています。モニタリングは3ヶ月ごとに実施しています。	
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。	夜間の様子、日中の様子を個別に記録している。朝の申し送りでは、一人一人の夜間の様子をホワイトボードに書いて、細かな気づきや対応策を共有している。		
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。	ご家族が受診付き添いが出来ない時は施設対応をすることがある。		
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。	隣接する高校のグラウンドを散歩コースとして利用させて頂いている。		
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。	基本は訪問医がご家族とよく話し合い主治医となっている。ただ専門医にかかっている利用者は継続して家族と通院している。難しい場面ではドクターと直接電話で家族が話したり、ご家族がドクターと話す場面もある。	受診は本人や家族の意向に沿い、かかりつけ医を選択することができます。事業所の協力医は訪問診療を月2回行い、専門医を受診した場合には家族から結果の連絡を受け共有しています。看護職員は週1回勤務し、事業所職員と連絡を密に対応しています。	



自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している。	週一回施設ナースが健康管理に努めている。また訪問医のナースが緊急時や判断の難しい病状時には連絡すれば応えてもらえるし、ドクターに相談してくれ指示をドクターから出してもらえる。		
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	入院時は本人様が過ごしやすいように心身や医療の情報を伝える。退院の受け入れもいつでも出来るように病院には、伝えている。		
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。	文書化してあり人居契約時の説明し理解して頂いている。また訪問医からも説明をご家族にし理解して頂いている。	契約時に本人と家族に「利用者の急変時や重度化した場合等における対応に係わる指針」に基づき説明し、同意を得ています。終末期の対応には、事業所のできる範囲で老衰などの終末期ケアに取り組んでいます。	
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。	研修（訓練）は受けているが、定期的な訓練を受けてはいない。		
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。	前法人では、避難訓練を実施しており現法人では11月に実施予定である。	前法人から引き継いで日も浅いため、現在は「かながわ防災教本」に基づいた防災対策を立てています。11月に避難訓練を予定しています。災害用の備品食品は本社が一括管理しています。事業所では3日分を保存し、残存期限を記録しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	ケース会議時に特に認知症状のある入居者様にかかる言葉使いには注意するように研修を行っている。人生の先輩に対する尊厳を忘れないように配慮している。	利用者との常日頃の対話や観察を通して、個性を把握し一人ひとりに合った接し方を心がけて支援しています。接遇スキルを上げるため、研修や職員会議の場で接遇対応について周知徹底を図っています。職員は誓約書に基づき守秘義務を遵守しています。	
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。	希望や要望は無理なこと以外は傾聴し実現出来るように取り組んでいる。		
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。	レクリエーションや散歩、外出行事は声掛けはするが、決して無理に参加市てもらう事はしない。本人の意思を尊重している。		
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。	朝の整容の声掛けや、出来ない所の支援をし、季節に合った洋服を選ぶことの支援もしている。2～3か月に訪問理美容を頼んで、自分でカットの内容を伝えている。		
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。	食事は業者から来るため、食事の形態は食べやすいように工夫をしている。後片付けは食器を数名で手分けをして拭いてもらっている。	食材は外部から仕入れ、主食や味噌汁は職員が作っています。季節食や行事食も献立に含まれています。誕生会・クリスマスを準備し、利用者が食を楽しむよう支援しています。利用者のできる範囲で職員と一緒に下膳や食器拭きなどを行っています。	

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
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。	毎日日誌に食事摂取量を記録しており日々の把握をしており変化に気づくことが出来る。		
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、各自の状態や能力に合わせて口腔ケアを行っている。必要に応じ介助をしている。治療の必要性が見つかれば訪問歯科につなげている。		
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。	排泄記録表をもとに排泄の失敗の多い方は時間で声掛け、誘導を行い出来るだけトイレで排泄するよう援助している。車いすの方もトイレに誘導し出来るだけ立位をとってもらい排せつに心がけている。	利用者個々の排泄記録表を作成し、それを基に排泄パターンに応じた排泄介助を行っています。おむつは体調に応じ、また夜間にはリハビリパンツを使用する場合があります。体調や体力の回復に応じて使用頻度が改善していくよう支援しています。	
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。	体操や散歩など運動を心掛け、水分摂取に気を付けている。排泄記録で状況を把握し場合によって訪問医に相談し便秘薬の処方してもらう。		
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2回の入浴をして頂き、希望により多く入浴して頂くこともある。季節により菖蒲湯やゆず湯に入って頂き楽しんでもらう。排せつで失敗したときはシャワー浴で清潔を保って頂く。	利用者の希望に沿いながら曜日や時間を決め、基本は週2回同性による入浴介助を行っています。シャンプーや石鹸などは、備え付け備品以外に個別の持ち込みも可能です。入浴を嫌がる場合は、無理強いせず家族のフォロー貫いながら声かけを工夫するなど個々に応じた支援をしています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	昼食後は習慣になっている茶碗拭きなどをする方や、リビングのソファでくつろぐ方、その後お昼寝をする方がいる。夕食後も役割のある方はそれをこなし、その後はリビングでTVを見たりお話をされ就寝時間まで過ごしている。トイレ介助や終身介助も行う。		
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。	薬局と居宅療養管理指導の契約をご家族と結んで頂き個人別に印字された薬袋が個別ケースで管理されておりスタッフが二人で確認して内服援助をしている。薬の内容は一つの書面にまとめ誰がどのような薬を内服している確認出来るように張り出してある。		
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。	個々の心身の状況や得意な趣味を生かせるように役割を担ってもらっている。例えば洗濯物を畳んで頂いたり、茶碗を拭いて頂いたり、皆で歌を歌う時に得意な電気ピアノの伴奏をしてもらったりしている。好みに合わせてコーヒーや紅茶、緑茶を提供している。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	散歩は基本毎日行っており、利用者様に声をかけ希望を募り散歩に出かけている。ご家族との外出なども積極的に協力している。現在はコロナ禍で、外出行事は行えていないのが現状である。	基本毎日2、30分事業所の周りを散歩しています。車椅子の利用者も一緒に外出支援しています。希望により小田原周辺までのドライブにも出かけています。個々の外出要望については、希望にそって出かけられるよう努めています。	
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。	本人の希望で財布を持参されている方は居る。受診も一人でいられる方もいて、支払いも自力でされている。		

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。	携帯電話を所持されている方もおり、居室でご家族と自由にお話しされている。施設の電話も利用してもらっている。親戚の方から記念日などに手紙が来ることがある、電話でお礼をする事もある。		
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。	共有空間は常に利用者様に温度を聞き調整をしている。照明も足元が暗くならないように、廊下や玄関など気を付けている。リビングには季節感が感じられるように、その季節の花や風景の作品を飾って季節感を味わってもらおうようにしている。施設前には、ベンチシートを置きくつろげる場を作っている。	アットホームで寛げる共有スペース作りを心がけています。利用者は1日の大部分をリビングで過ごしています。職員は整理整頓をし、歌やゲームなども楽しめるよう支援すると共に利用者間のコミュニケーションにも気を配っています。	
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。	リビングには、個別の席とは別にソファがあり、気の合った同士で座り会話を楽しんでいる。		
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。	入居時になるべく使っていた馴染みの物を持ってきて頂いており、居室でくつろげるような部屋にしている。自宅に置いてあった仏壇や位牌を持ってきている入居者様もいる。	居室は約6畳の洋間で、エアコン、ベッド、照明は備え付けです。テレビなどの自宅で使用していた馴染みのものや使い慣れた物の持ち込みも自由です。清掃は職員が行い、居心地よく過ごせるように支援しています。	
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。	安全に玄関の出入が出来るように、段差や手摺に蛍光テープが張ってある。2階に行くにはエレベーターが設置してある。施設内はばりあふりーになっており、廊下など随所に手摺がついている。トイレには分かりやすいように張り紙がしてある。		

事業所名	花物語 おおいそ
ユニット名	やまゆり

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。	入居者様もスタッフも良く会話をし笑顔の絶えない施設作り		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	地元の祭りの休憩所を提供しており、毎日の散歩を通し近隣の人たちと挨拶を交わし交流をしている。自治会に加入している。		
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。	地域密着型の施設であり、認知症で困っている本人様、ご家族様に入居出来る施設があることを、下り込みチラシでお知らせし入居に繋がらなくても困っていることなどを、相談聞きアドバイスをしている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	2カ月に1回の予定で開催予定だが、本年度はコロナ禍の影響で、書面だけの報告になっている。4月、6月、8月、10月、書面での報告。		
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。	本年度はコロナ禍でありマスクの需要や予防に関する物品など町との連携を取り情報を交換し協力関係を取るようになっている。		

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
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。	身体拘束は基本しない。身体拘束に関する研修を全スタッフに行い身体拘束をしなくても介護が出来るよう工夫をしている。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。	特に言葉かけが虐待、暴力にならないようにケース会議で話し合っている。禁止用語や指示的言葉、命令口調には注意をしている。		
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。	権利擁護の冊子を施設内に置いてありいつでも理解できるようにしてある。		
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。	契約には入居前に契約にかかる内容を事前に読み合せて時間を取るようにしており納得が得られた上で契約をしている。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	利用者様の生活での変化があればすぐにご家族に連絡し、話しやすい状況を作っている。またご家族からの要望にも応えられるようにしている。例えば訪問マッサージや訪問歯科への依頼などの調整。		



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。	月に一度ケース会議の場で、発言の機会を作っている。		
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。	定期的に人事考課を行い、給与水準等に反映させる。		
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。	入職時に本部の研修に参加する機会を作っている。月に一度施設内研修を行っている。		
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。	同業者と交流を持つ機会はない。		
<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。	出来る限り入居前に本人様の性格や生活習慣を本人様やご家族、関係者から聞き取り本人様の不安が少しでも取り除けるように努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている。	出来る限り入居前に本人様の性格や生活習慣をご家族から聞き、ご家族がどのように生活してほしいか話し合っている。		
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。	出来る限り入居前に本人様の性格や生活習慣を本人様やご家族、関係者から聞き取り意向を聞き、そのうえで介護計画に取り入れている。		
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。	入居者様一人ひとりの出来る事出来ない事を理解し、役割を持ってもらうようにしている。例えば茶碗を拭いてもらったり、洗濯物を畳んでもらったりなど。		
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。	外出や外泊もご家族の希望に沿うようにしている。通院は出来る限りご家族の付き添いをお願いしている。		
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。	知人や親戚等の面会、電話での連絡も自由に対応し、これまでのつながりを大切にしている。		

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。	一人一人の介護度やコミュニケーション能力、性格などを、配慮し食事など一緒に過ごすリビングではその時々座席に配慮し、皆で出来るレクリエーションを実施し、楽しい関係が築けるよう支援している。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	退去されたご家族からお手紙や近くに来たので寄りましたというご家族もいらして、その後のお話や思い出話をされていました。		
<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。	出来る限り本人様らしさが継続出来るように、要望や希望をお聞きしている。ただ、今コロナ禍買い物や外出に行けていないのが現状である。		
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。	出来る限り入居前に本人様の性格や生活習慣をご家族から聞き入居後に生かしている。入居後に新しく色々な入居前の話も聞けるので今後の生活に生かしている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	一人一人の生活習慣を継続的に観察することで、体調の変化を知ることができる。例えば毎日のバイタル測定や、食事や水分量、排せつの記録などで把握に努めている。		

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
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。	毎月のケース会議で入居者様全員のカンファレンスを行い、体調の変化について共有をし対応策を話し合い決めている。ケアプランの更新月を待たずに細かな変更をしている。		
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。	夜間の様子、日中の様子を個別に記録している。朝の申し送りでは、一人一人の夜間の様子をホワイトボードに書いて、細かな気づきや対応策を共有している。		
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。	ご家族が受診付き添いが出来ない時は施設対応をすることがある。		
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。	隣接する高校のグラウンドを散歩コースとして利用させて頂いている。		
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。	基本は訪問医がご家族とよく話し合い主治医となっている。ただ専門医にかかっている利用者は継続して家族と通院している。難しい場面ではドクターと直接電話で家族が話したり、ご家族がドクターと話す場面もある。		

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
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。	週一回施設ナースが健康管理に努めている。また訪問医のナースが緊急時や判断の難しい病状時には連絡すれば応えてもらえるし、ドクターに相談してくれ指示をドクターから出してもらえている。		
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。	入院時は本人様が過ごしやすいように心身や医療の情報を伝える。退院の受け入れもいつでも出来るように病院には、伝えている。		
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。	文書化してあり入居契約時の説明し理解して頂いている。また訪問医からも説明をご家族にし理解して頂いている。		
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。	研修（訓練）は受けているが、定期的に訓練を受けられてはいない。		
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。	前法人では、避難訓練を実施しており現法人では11月に実施予定である。		

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
<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。	ケース会議時に特に認知症状のある入居者様にかかる言葉使いには注意するように研修を行っている。人生の先輩に対する尊厳を忘れないように配慮している。		
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。	希望や要望は無理なこと以外は傾聴し実現出来るように取り組んでいる。		
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。	レクリエーションや散歩、外出行事は声掛けはするが、決して無理に参加市てもらう事はしない。本人の意思を尊重している。		
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。	朝の整容の声掛けや、出来ない所の支援をし、季節に合った洋服を選ぶことの支援もしている。2～3か月に訪問理美容を頼んで、自分でカットの内容を伝えている。		
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。	食事は業者から来るため、食事の形態は食べやすいように工夫をしている。後片付けは食器を数名で手分けをして拭いてもらっている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。	毎日日誌に食事摂取量を記録しており日々の把握をしており変化に気づくことが出来る。		
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、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、各自の状態や能力に合わせて口腔ケアを行っている。必要に応じ介助をしている。治療の必要性が見つかれば訪問歯科につなげている。		
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。	排泄記録表をもとに排泄の失敗の多い方は時間で声掛け、誘導を行い出来るだけトイレで排泄するよう援助している。車いすの方もトイレに誘導し出来るだけ立位をとってもらい排せつに心がけている。		
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。	体操や散歩など運動を心掛け、水分摂取に気を付けている。排泄記録で状況を把握し場合によって訪問医に相談し便秘薬の処方してもらう。		
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2回の入浴をして頂き、希望により多く入浴して頂くこともある。季節により菖蒲湯やゆず湯に入って頂き楽しんでもらう。排せつで失敗したときはシャワー浴で清潔を保って頂く。		

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。	昼食後は習慣になっている茶碗拭きなどをする方や、リビングのソファでくつろぐ方、その後お昼寝をする方がいる。夕食後も役割のある方はそれをこなし、その後はリビングでTVを見たりお話をされ就寝時間まで過ごしている。トイレ介助や終身介助も行う。		
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。			
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。	個々の心身の状況や得意な趣味を生かせるように役割を担ってもらっている。例えば洗濯物を畳んで頂いたり、茶碗を拭いて頂いたり、皆でカラオケを歌う時に得意な歌を選んで歌ってもらい楽しい気分を味わってもらう。好みに合わせてコーヒーや紅茶、緑茶を提供している。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	散歩は基本毎日行っており、利用者様に声をかけ希望を募り散歩に出かけている。ご家族との外出なども積極的に協力している。現在はコロナ禍で、外出行事は行えていないのが現状である。		
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。	本人の希望で財布を持参されている方は居る。受診も一人で行かれる方もいて、支払いも自力でされている。		



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。	携帯電話を所持されている方もおり、居室でご家族と自由にお話しされている。施設の電話も利用してもらっている。親戚の方から記念日などに手紙が来ることがある、電話でお礼をする事もある。		
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。	共有空間は常に利用者様に温度を聞き調整をしている。照明も足元が暗くならないように、廊下や玄関など気を付けている。リビングには季節感が感じられるように、その季節の花や風景の作品を飾って季節感を味わってもらおうようにしている。施設前には、ベンチシートを置きくつろげる場を作っている		
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。	リビングには、個別の席とは別にソファがあり、気の合った同士で座り会話を楽しんでいる。		
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。	入居時になるべく使っていた馴染みの物を持ってきて頂いており、居室でくつろげるような部屋にしている。自宅に置いてあった仏壇や位牌を持ってきている入居者様もいる。		
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。	安全に玄関の出入が出来るように、段差や手摺に蛍光テープが張ってある。2階に行くにはエレベーターが設置してある。施設内はばりあふりーになっており、廊下など随所に手摺がついている。トイレには分かりやすいように張り紙がしてある。		

令和2年度

目標達成計画

事業所名 花物語 おおいそ

作成日: 令和3年2月6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		コロナ禍における面会の仕方	政府の方針にそい三密を避けマスク着用にて面会ができるようにする	利用者のADL認知症状にあつた個別の面会方法を考える Wi-Fiや囲碁大会などの環境を整える	3ヶ月
2	7 気配の 点検	外出の支援 戸外の行きたい所へ出かけられているか 運動不足	散歩を継続し戸外へ出られるようにする いつもの散歩以外の外出を計画する 職員、身体制シフトにしてもらう 体操を充実、継続する	アンケートによる行きたい所はどこかに ご本人ご家族と検討する 車いす対応の利用者様が増えるための車も小型 なための外出計画は難しいので散歩計画を作る	6ヶ月
3	9	グループホームはご家族が気軽に 訪ねて行きやすい雰囲気か	訪問しやすいように情報と発信し きっかけを作る。 (通院などの派)訪問のきっかけ作り した	ご家族にのほほやかな雰囲気としていっていい 備品を添えていっていい)ご家族も産むか ホームでお茶会など関心職員との交流 を深める コロナ終息後	6ヶ月
4	4 6	本人の思いや願い、要望がわかっているか 本人の生き生きとした表情や姿がみられる ようにするため	丁寧に傾聴する	要望に対し応じられる事とできない事の 判断。できる事は職員が努力する 対応できる要望としておこなうことご家族 に理解していただく	3ヶ月
5	10	ご家族から見て職員は生き生きと 働かっているように見えるか	笑顔で対応すること 挨拶言葉使いの態度と丁寧にする	言わぬ同時、電話対応時にご家族に 気をつける。 正確な情報提供や会話をする	3ヶ月