

平成25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	1492200108	事業の開始年月日	平成18年10月1日
		指定年月日	平成24年6月1日
法人名	有限会社 湘南ホームフレンド		
事業所名	ホームフレンド辻堂		
所在地	(251-0043) 藤沢市辻堂元町4-11-6		
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26年2月20日	評価結果 市町村受理日	平成26年7月29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/kaigo/w10/wpjDetails.aspx?JGNO=ST1492200108&SVCD=320&THNO=14205
----------	---

【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)】

ケアの方針にあるように入居者様の昔と今、これから大切にそれぞれ生き生きとした生活、何でもない日常を大切に誇りある人生を最後まで安心感を持って自分らしく過ごしていただけるように支援していききたいと思います。

【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4階		
訪問調査日	平成26年3月26日	評価機関 評価決定日	平成26年6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)】

神奈川県藤沢市を中心にグループホームなどの介護サービス事業所を数ヶ所持つ有限会社が運営するグループホームで平成18年10月に開設しています。JR東海道線の辻堂駅南口から徒歩10分程の閑静な住宅地の一角にあり、3階建ての建物で、3階に小規模多機能型居宅介護事業所が併設され、1・2階がグループホームです。入居者がその人らしく安心感をもって平穏に過ごせるように支援しています。小規模多機能型居宅介護事業所と合同で避難訓練や運営推進会議を行っています。

<優れている点>

入居者の何でもない日常を大切に考えて支援をしています。介護計画作成においては、3ヶ月ごとに法人独自のアセスメントシートを活用して「心とからだのシート①・②・③」を作成しています。これにより入居者の状況を正確に把握し、入居者の意向や心身の状況に合った介護計画作成に役立っています。計画に沿った支援を、職員全員が日々の支援で実施できるように、入居者全員の支援を「注意点」として簡潔にまとめたファイルも作成して活用しています。

<工夫点>

浴室の暖房に気遣い数台のヒーターが設置され、脱衣所は床暖房を入れています。リビングは広く、床暖房を設置しています。1階には広いウッドデッキがあり、気候の良い時には、外気浴をしています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	23 ~ 35	9 ~ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	ホームフレンド辻堂
ユニット名	1階ユニット ひだまり

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している。 (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、活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。	地域密着型サービスとして地域との交流を意識し、理念にあるその人らしさを大切に、ケアの連続性を考えた支援が出来るように努めています。まだまだ実践につながらない部分もあります。	理念は、玄関・事務所に掲示しています。入居者が自宅にいた時と同じように過ごせるように職員が支援していくために管理者は、朝と夕方の申し送り時に具体的な事例を話しています。ユニット会議では、理念についての検討を行っています。	
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。	週に1度近隣の神社で行われる地域包括主催のリハビリ体操へ入居者様との参加や日々の散歩で積極的に挨拶をし交流を深めるようにしています。又、地域の夏祭りでの休憩所の提供や地域の小学校からの慰問なども受け入れています。	町内会に加入しています。夏祭りの時には、駐車場で山車と子供みこしの演技披露後、休憩したり、地域の小学校の児童が花笠踊りを披露してくれるなど交流をしています。また、地域のNPO法人の傾聴ボランティア養成講座の実習生を受入れています。	
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。	最近では地域のリハビリ体操の際、車椅子の入居者様との参加を見て地域住民の方が、車椅子でも活動を制限されず生活を行っている事を理解されたり、日々の散歩や買い物・外出レクなどを多く見かけその事がきっかけで入居を希望される声も聞かれています。グループホームでの生活を少しずつ理解していただいています。		
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。	2月に1度の運営推進会議の中で地域の方やご家族のご意見を参考にユニット会議で話し合い、出来るところから取り入れたりし、運営の改善へつなげています。	併設の小規模多機能型居宅介護事業所と合同で昨年の11月に25年度の1回目を開催し、それ以降2ヶ月ごとに民生委員や地域包括支援センターの職員が参加して実施しています。地域の現状や委員の体験談など情報の交換を行っています。	
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。	藤沢市で開催される研修会や勉強会には積極的に参加し、学んだ事などをユニット会議などでスタッフへ報告し情報を共有するように心がけています。グループホーム連絡会で行政や他事業所の方と一緒に検討、取り組みを協力する機会があります。	藤沢市グループホーム連絡会に管理者が役員となり、研修や藤沢市主催の「介護の日」のイベントに参加しています。藤沢市主催の感染症の研修会には多数の職員が受講しています。管理者は、認知症サポーター養成講座の講師をしています。	

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
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。	夜間不穏で転倒の恐れのある方についてはベットマットレスをリビングに設置しスタッフの目がすぐに行き届けるように配慮すると共にその方への不安や不穏要素を取り除けるように受容的に接していく事を常に心掛け身体拘束のないケアを行っています。施錠についてはおこなっておらず、以前死角のある裏口から入居者さまが出てしまう事があり、対応として職員が出入りをしないようにし現在はそのような事は防げている。	外部研修「身体拘束廃止について」の出席者の研修報告を全職員が共有しています。新人職員研修終了時の最終確認でも取り上げています。接遇研修を実施し不適切な言動が見られた時は申し送り等で注意喚起しています。玄関は施錠していません。	入居者の身体状況に変化が見られ、日々の支援にさらなる配慮が必要となっています。現在実施している接遇研修等を更に進め、様々な身体拘束のうちのスピーチロックへの配慮等の再確認することも期待されます。
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。	虐待への捕らえ方に対し、最近では細かい事（ベット柵の数やセンサーマットの配置など）があり、最新の情報などについては研修などで学び皆で共有できている。第三者がみての過度な声かけなど虐待につながってしまう事に関しては今後も適宜見直していきます。		
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。	研修の中では学ぶ機会はあるものの現場としての学びの場は得られていません。正しい知識と理解を得ることを目指していきたいと考えています。		
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。	契約を行う際には十分な説明を行い同意をいただいた上で契約を行っています。不明な点がある場合には納得し、ご理解されるまで説明させていただいています。又、入所されてからのご相談に関しても面会の際など、いつでも気兼ねなく相談にのっています。		
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。	運営に関してご家族様のご要望やご意見を大切にしています。家族会を開き参加されたご家族からのご意見を出来る限り取り組み改善へつなげられる様にしています。また面会があった時はこちらからご意見を伺うようにしています。	面会の家族から気軽に話しかけて貰える雰囲気を作っています。面会の家族は多く、要望や希望は業務日誌に記入して職員が共有しています。入居者の状況を電話で報告することもあり、行事後に参加の家族から意見を聞くなど、丁寧な対応を心がけています。	事業所便りの発行や意見箱の設置など、さらに家族の意見を幅広く聴取できる機会を増やす試みも期待されます。

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
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。	主に月に1度ユニット会議で意見の反映を行っていますが、朝の申し送りや夕の申し送りなどでも意見や提案を聞く場になっています。	ユニットごとの会議には管理者も出席し、職員の意見や提案を聞いています。申し送り等でも、支援の方法や変更点を活発に意見交換しています。帳票類のフォーマット変更や業務日誌の記入等に職員の意見を入れるなど随所に工夫をしています。	
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。	「働きやすい環境」に努めている。また人事効果を行うことで職員の力量を知り、話し合いを持つことで向上心を持って働くことが出来るように努めています。		
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。	法人内の新人研修の開催や外部研修への参加も進めています。外部研修へ参加され学んだ事などをユニット会議で共有していくようにもしています。事故報告やヒヤリハットでも皆で話し合い検討し今後おこりえる事故など予測し予防していくことを日々トレーニングしています。		
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。	管理者は毎月の事業者連絡会に出席して同業者との交流が持っています。グループホーム連絡会主催の勉強会や藤沢市主催の勉強会へ職員も参加し質の向上へつなげられています。		
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。	入居以前に事前面接を行い、少しでも不安なく快適にホームでの生活を送っていただけるよう事前面接の際に要望を聞き入れたり、問題点などを把握し大まかな課題を立てて職員皆で対応をかんがえたり、過ごしやすい環境づくりを心がけています。		

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。	事前面接や入居当日の面接の際にご家族の要望（行きつけの病院の通院の継続や外出など）に出来る限り対応し、ご家族の方にも安心感をもっていただけるようにしています。		
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。	事前面接の際、ご本人やご家族の要望や状態などを収集し分析を行い、その結果をもとに入居判定しスタッフ間で話し合い大まかな支援計画を立てています。		
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。	ご入居者様を尊重したうえで、介護だけを意識しないように接したり、役割を作りながら生活し共に過ごし支え合う関係づくりに配慮しています。		
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。	ご利用者の状態や状況をそのつどご説明をし、ご利用者の認知症の進行過程で感じるご家族の戸惑いや思いを受け止めて傾聴し、ご家族の安心も支援していきます。		
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。	ホームでは電話や面会の制限を設けていないので自由にいただいています。 散髪・往診など馴染みのところへ希望者は行っていただいています。	長くこの地に住んでいた方の入居が多いため、馴染みの美容室に家族と定期的に行く入居者がいます。自宅に立ち寄りお茶をする方もいます。古くから伝わる地域の祭りや、近隣の商店、大型スーパーなどに外出の機会を作り、関係の継続に努めています。	

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。	認知度の重い方・発語が出来ない方・難聴の方など、ご自分から関わりがもてなくてもスタッフが他入居者様の間に入ることに関わりが築けています。入居者様どうしの関係を検討した座席の配慮へも心がけています。		
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。	サービスの終了・解約があっても相談に応じることは説明しています。退所後に近くを通りわざわざ訪れて下さったり、契約終了後のご家族から入居希望者の紹介がある事もあります。		
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。	状態の変化に応じてご本人やご家族、関係者とのサービス担当者会議にて希望や意向を伺う機会を設けている。意見を聞くことが困難な場合は、ご家族に伺い、日ごろの様子は日々の送りやユニット会議にて各スタッフから意見を聞き入れ支援に結びつけるようにしています。	表情、行動、言葉等で思いや意向を把握し、それらの内容を職員間で共有し支援に生かしています。高齢化や重度化が顕著となり、入居者の個性に合わせ支援方法を変えたり、担当制を敷くなど、細かい配慮で入居者の意向に沿った対応をしています。	
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。	生活歴や嗜好等の情報を職員間で共有し、価値観や趣味の範囲で生活に反映出来るように意識して取り組んでいます。		
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。	ケアに対して職員間で経験等に差があることで視点が異なってしまう事がありますが、話し合いの機会を持ったり、他職種の意見を聞き参考にしながら関わりを持ちながら把握できるように努めています。また、日々の申し送りなどで情報交換や記録で現状の把握に努めています。		

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
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	毎月開催しているユニット会議で、各職員からご入居者様一人一人の現状意見の交換や検討を行っています。ケアプランの作成時には、ご本人やご家族、関係者の参加で会議を開催し、意向や希望を伺い、現状の報告をしながら検討したことにより介護計画を作成しています。	月に1度、ユニット会議時にカンファレンスを行っています。3ヶ月に1度、アセスメントとして法人作成の「心とからだのシート①・②・③」を使って入居者の現状などを検討し、家族や看護師などから意向を聞き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。	日々の申し送りやユニット会議でケアプランに基づいたケアや記録の重要性を説明し、少しずつ記録や実践へ反映されてきています。今後も更に深く掘り下げて記録に残せる様に実践していきたいと考えています。		
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。	日々の業務に捕われている部分が見られ、その都度状況による対処が適切に行われているかを整理して柔軟な考えで取り組んでいかなければならないと考えています。		
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。	地域に根差した介護がされているか不十分な部分もあると思いますが、散歩など積極的に外に出る事で、認知症の方が地域で関われる機会を作れる様にしていきたいと思っています。		
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、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。	受診はご入居者やご家族の希望で、通院・往診・往診医の選択が出来ている。往診がある時には、ホームの看護師や職員が立会い、日頃の様子をご本人やご家族に代わって伝えている。ご家族には必ず状態報告を行っています。	医療連携体制加算のグループホームで入居前からのかかりつけ医が往診に来ています。整形外科などの診察が必要な場合には基本的には家族対応ですが家族が対応出来ない場合には職員が病院に同行しています。	

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。	看護職員との連携、緊急時の対応も早期に行われており、医療への橋わたしもスムーズに行えています。医療面の相談にも乗っていただいています。		
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。	ご家族のご要望と医療側の注意点を整理してカンファレンスを行い、安心した生活が送れるように調整しています。		
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。	契約時に週末期ケアの取り組みを行っている事は説明しています。週末期での話し合いは出来るだけ多く持ち、ホームで行える範囲を説明して理解して頂けていると思います。	契約時に「重度化した場合における対応に関する指針」と「ターミナルケアの支援内容」を説明しています。重度化した場合には、再度指針や支援内容を説明し、家族の意向を確認する体制を整えています。開設以来数名の看取りの実績があります。	
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。	グループホーム連絡会主催の救命処置の講習へ参加しています。今後、参加できていないスタッフへの参加を呼びかけていきたいと思っています。定期的な訓練は行われていません。		
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。	定期的に避難訓練を行っています。全職員が非難方法を身につけていないので、今後は全職員が行っていき身につけていただく様していきたい。地域との協力体制は確立されたものではありません。	小規模多機能型居宅介護事業所と合同で「火災想定避難訓練」を行い、反省点を記入し、一次避難まで要した時間を計っています。災害備蓄品倉庫を敷地内に整備し、7日分の食料やポータブルトイレなどの備えもしています。	地域との協力体制についての取り組みも期待されます。

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。	言葉かけ等に関して個人の尊厳を損なわない様に配慮しています。 今後、学びの場としてマナー研修などに参加出来れば良いと考えます。	認知症の人への対応（ガイドライン）を職員が共有し人格の尊重とプライバシーの保護に努めています。職員は、入居者の誇りを傷つけないように、言葉掛けや態度に注意を払っています。不適切な事例、言動がみられた時は申し送り等で注意喚起しています。	
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。	日常生活の中での支援では、常にご本人の意思を確認して行う様に声かけを行い、ご本人の行動からも思いや希望を読み取るように心がけています。		
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。	個々の入居者様方の生活ペースに合わせ、希望や要求に応じて出来る限りの支援をし、気分を損なわず混乱されずに生活を送っていただける様に心掛けています。		
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。	ご自分で衣類を選択できない方については見守り・一部介助にて衣類等を選択していただいている。 自立度の高い方の衣類汚染につきましては、自尊心を傷つかない様に配慮をしていき清潔の確保へつなげられています。		
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。	各行事に応じて食事を変更し季節感を食事のメニューからも感じられる様に配慮しています。 誕生日者の希望献立に添った外食レクなども行っています。 出来る方は食器の下膳、野菜のカットなど職員と一緒にしています。	献立と食材は専門の業者を利用しています。職員が調理に工夫を凝らし、素材の味を生かした食事を提供しています。職員も一緒に食卓について会話しながら食事をしています。握り寿司の日や出前（うなぎ等）、外食レクなど、食を楽しむ企画も豊富です。	

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
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。	咀嚼や嚥下状態に応じ、食材の形態や水分（汁物・お茶）にとろみを付けるなど工夫し安全に食事を楽しんでいただける様に配慮しています。 食事・水分量を日々記録に残し脱水や低栄養などの異常につながらないようにしています。		
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、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。	毎食後の習慣として全入居者様方行えています。 義歯のある方は毎回取り外しブラッシングを行い、磨き取れていない方に関しては一部介助にて対応しています。状態に応じ、舌ブラシを使用したり ガーゼで拭き取る工夫もしています。		
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。	トイレ誘導の方は、希望や時間帯に応じて対応しています。失敗などがみられても、今出来る能力や自尊心を損なわないようにしていく配慮をしています。 又、昼夜の状態変化に合わせた排泄方法を支援しています。	排泄支援を介護計画に盛り込み入居者の個々の状態に合った対応をしています。「バイタル・水分・排泄表」に記録を取りながら支援しています。多くの方に布パンツを使用してもらい、定時・随時の促しの実施で自立につなげています。	
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。	体質や内服している薬の種類などに応じて、往診医や看護士と相談のもと便秘時に頓服の下剤の使用により長期での便秘は防いでいます。 未排便が4日目以降になる場合はホームの看護師へ報告し浣腸にて促せています。 毎朝乳製品も取り入れています。		
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。	皆様週に2〜3日バランス良く入浴していただいています。 その日の予定では無い方でも希望や清潔に応じた対応しています。 立位や歩行が困難な方でも浴室用の移動チェアで安全に洗身出来、2人対応にて浴槽へ浸かっています。	週2回の入浴をゆっくり楽しんで貰えるよう、入居者一人ひとりに合わせた対応をしています。入浴回数の変更や、シャワー浴、清拭での対応も柔軟に対応しています。入浴を好まない方には声かけや誘導を工夫し、安全な入浴に向け細心の注意を払っています。	

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。	体調に応じてご本人へ確認のもといつでも気兼ねなく休息されています。夜間は皆様、希望時に入所され無理なく生活されています。眠れない方などはリビングでスタッフと会話されたり、テレビを観てのんびりと過ごされています。		
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。	スタッフの目の届きやすいファイル（業務日誌）に薬の種類・作用など記載したものを用意し、さらに詳しい処方箋やお薬手帳も見ることが出来ます。薬の変更などはそのつど連絡ノートへ記載していき、薬効や注意事項など伝えていきます。		
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。	日々の生活の中で希望やこちらからのお誘いで折り紙・塗り絵・パズル・かるた遊びなどのレクへ参加していただき気分転換の足しになられています。状態の低下に伴い他者とのコミュニケーションが困難な方でも皆様方の輪に入っていただき雰囲気も共有していただく様にさせていただいています。洗濯物のたたみや食事の準備（野菜カットなど）得意な方へお願いしています。		
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。	その日の職員の数体制や薄くなる時間帯以外で可能な限りご入居者様方の希望に添える様努めています。ご家族による外出支援（日帰り温泉・外食・墓参りなど）が多い。海や植物がきれいな公園へドライブへ外出する事もあります。	散歩はよく出かけています。買い物にも行っています。近隣の神社が会場の地域包括支援センター主催の転倒予防教室にも参加しています。花見や江の島へのドライブなどの遠出も行っています。男性の入居者は、理容店に職員が同行して行っています。	
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。	お金の所持に規制はありませんが、所持している方が少ないのが現状です。ご家族の外出援助の協力がある為か、現在買い物などへの希望者もいません。希望の際にはそのつど支援していきます。		

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。	希望がある時には電話をかけられる様支援をしています。（現在は1名しかおりません。）手紙に関しては送られて来る事がほとんどで、ご自分では読みづらい方に対しては職員が読み伝えし喜ばれる姿がみられます。		
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。	日中、入居者様が多く過ごされるリビングからはお庭が良く見渡せ、四季に応じた草花をいつでも観賞できる空間となっています。季節や天候に応じダイニングでお茶なども楽しんでいます。ささいな事（小さな刺激）で気分を害してしまう事がまれにみられる為、冬場の入浴の際は居室や浴室には必ず暖房を入れたり、日差しの強い日にはカーテンを閉めるなどの配慮に注意しています。	リビングと脱衣所には床暖房を導入しています。広いリビングに温度湿度計や3台の加湿器を用意し、温度・湿度には気を掛けています。天候の良い日にはウッドデッキに出て、お茶を楽しんでいます。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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。	食事やお茶の時などは介助者や仲の良い入居者様の事を考慮し席順をもうけていますが、それ以外では自由にいただいています。リビングソファも簡単に配置の移動ができますので、状況に応じて過ごしやすいように工夫しています。		
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。	ホームへ入居される前のご自分の部屋をイメージしていただき、特に大きな制限などはせず、本人や家族の方が気に入っていただける様にいただいています。	居室で居心地よく過ごしてもらえることを第一に考え自宅で使っていたタンス、装飾品などを希望により持参してもらっています。衣類整理や清掃は職員と入居者が一緒に行っています。職員全員が入居者の生活スタイルを大切にしています。	
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。	出来ることに対して必要以上の声かけや介助をせず、混乱したときや気分を乱されてしまった時などに対応できるよう見守りがししやすい直線状の構造となっています。歩行の妨げとならない様に物品等の配置にも配慮するようにしています。		

事業所名	ホームフレンド辻堂
ユニット名	2階ユニット そよかぜ

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している。 (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、活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。	地域密着型サービスとして地域との交流を意識し、理念にあるその人らしさを大切に、ケアの連続性を考えた支援が出来るように努めているが、まだ実践につながらない部分もあります。		
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。	地域のお祭りでの休憩場所の提供や小学校からの慰問などを積極的に受け入れて交流している。また地域包括主催の転倒予防体操にもでかけている。また入居者様を散歩にお連れする時には職員も共に近隣の方々への挨拶をするようにしています。		
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。	日常的に近所を散歩し、挨拶等は積極的に行っています。また日用品の買い物に入居者様と出かけ、品物のある場所を店舗の方から声をかけていただいたり、通学通園途中の子供たちから声をかけていただけるようになり、一緒に出かける意義を感じています。		
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。	運営推進会議が一時中断していた為にサービス向上には活かせていない。11月より再開できているので活かせるようにしていきたい。		
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。	藤沢市で開催する研修会や勉強会には積極的に参加しています。市内グループホーム連絡会で行政や他事業所の方々と一緒に検討、取組みを協力する機会があります。連絡会主催の救命救急講習は定着し毎回参加して知識、技術を得ています。		

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。	身体拘束のないケアを行っています。ユニットの玄関の電子ロックは施錠していません。転倒が続いた入居者様の安全確保にナースコールを理解できない入居者様が介助を必要としているときの為とセンサーマットの使用はしています。		
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている。	本社での研修に全職員が参加しています。虐待についてのアンケート調査を行い、日頃のケアを意識し見直しを行っています。またフロア会議の中でも話し合いを持っています。		
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。	管理者、ユニットリーダーは学ぶ機会を持ち理解できているが、各職員には学ぶ機会がなかった。今までの入居者様には必要な対象者がなかったため、支援は行っていません。		
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。	契約を行う際には十分な説明を行い同意をいただいた上で契約を行っています。ご不明な点がある場合にはご納得し、ご理解されるまで説明させていただいています。		
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。	ご家族が面会に来られた際や管理者やユニットリーダーに直接お申し出があったときに、ユニット会議等で話し合い、出来るところから取り入れています。		

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。	月に一度のユニット会議で意見や提案を聞く機会があり、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。	個々に面談する機会を設け、各自の意見を聞いています。各自がそれぞれの勤務環境や条件になっています。		
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。	資格取得の支援体制が整っています。法人内の新人研修や外部研修への参加も勧めています。		
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。	管理者は2ヶ月に1回の市内グループホーム連絡会に出席して同業者との交流が持っています。一部の職員も連絡会主催の研修には参加できていますが交流までは不十分です。		
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。	ご入居開始の前には、自宅に出向き時間をかけてご本人からの不安や要望等を伺い、入居への不安をくみ取るようにしています。ご自宅での継続性を意識して、要望には出来る限り対応しています。		

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
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。	ご入居開始の前には、自宅に出向き時間をかけてご本人からの不安や要望等を伺い、入居への不安をくみ取るようにしています。ご自宅での継続性を意識して、要望には出来る限り対応しています。		
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。	ご入居希望時にご自宅や病院に出向き、必要性を認めた上で必要なサービスを見極めるようにしています。		
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。	ご入居者様を尊重した上で、介護だけを意識しないように会話をしたり、役割を作りながら生活するようにしています。		
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。	ご家族の継続した役割（散歩、爪きり、通院など）を負担にならない程度に尊重してご本人との絆を大切にさせていただいています。面会の際には日頃の様子をお伝えしています。		
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。	ホームでは電話をかけたり、訪問の制限は設けていません。自由にさせていただいています。自宅が周辺にある方には自宅周辺を散歩していただいたり、ご家族とご自宅に戻りお茶をしに来る方もいらっしゃいます。		

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。	ご入居者様同士の関係を検討した座席の配慮や孤立しないように職員が間を取り持ち会話や、歌を一緒に唄うなどしながら、係わりあいを持てるようにしています。		
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。	契約終了後のご家族から入居者希望の紹介があったり、経営しているお店にホームのパンフレットを置いていただいたり、入所された施設に行く機会があった時には、面会をさせていただきました。		
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。	必要に応じてご本人や関係者とのサービス担当者会議にてご希望や意向を伺う機会を設けています。ご本人の意見を伺うことが困難な場合には、ご家族に伺い日頃の様子を会議にて各職員から意見を聞き把握に努め検討しています。		
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。	ご本人やご家族から伺った情報は、各職員が把握できるように書面で回覧し会議で伝えていきます。それにより各職員は継続した生活が送れるように配慮しています。		
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。	申し送りなどでの情報交換や記録で現状の把握に努めています。毎月のユニット会議の中でも話し合いを行っています。		

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
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	ユニット会議の中では、各職員からの現状報告、意見の交換や検討をお粉手います。ケアプランの作成時にはご本人やご家族、関係者の参加で会議を開催し、意向や希望を伺い、現状の報告をしながら検討したことにより介護計画を作成しています。		
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。	日々の様子やケアについてを日頃から細かく記録するように努めています。朝、夕の申し送りや情報を共有した必要があるときには随時報告しています。		
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。	ご本人への必要性やご家族のご希望を受けて必要な限り対応を進めています。訪問マッサージや福祉用具など、ご希望と必要性に応じて受けられるようにしています。		
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。	毎月来られる介護相談員の方々から、職員が聞くことの出来ない入居者様からの訴え等の報告を受け、これを支援に繋げる様になっています。入居者様も介護相談員さんの訪問を楽しみにしておられる方もいらっしゃいます。		
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、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。	受診は入居者様やご家族のご希望で、通院、往診、往診医の選択が来ています。往診がある場合にはホームの看護師や職員が立会い、日頃の様子をご本人やご家族様に代わってお伝えしています。ご家族には必ず状態報告を行っています。		

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
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。	ホームの看護師へは常に情報を送っています。看護師は必ず確認を行い、必要に応じた対処の相談も受け入れて受診の支援もしています。		
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。	ご家族のご要望と医療側の注意点を整理してカンファレンスを行い、安心した生活が送れるように調整しています。病院側からの連絡にも迅速に対応し、退院後の生活も安心して出来るように対応しています。		
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。	契約時に終末期ケアの取り組みを行っていることは説明してる。契約の時点でピンと来ないことが多いですが、実際に看取りを行うことになった時には話し合いを出来るだけ多く持ちホームで行える範囲を説明して理解して頂けていると思う。		
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。	ユニット会議で急変や事故発生への対応については話し合いや指導は行っています。		
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。	ホームでの定期的な避難訓練は行い、評価や反省を話し合いながら、全職員が対応できるように努めています。地域との協力体制は確立されたものではありません。		

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。	各職員は入居者様の人格尊重とプライバシーを意識した言葉かけを行っています。時々、危険防止の観点を重視する余りプライバシーを損なう対応をしてしまうことがあります。		
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。	自己決定を容易に出来る入居者様は少ないが、それぞれの方が表現する言葉や仕草によるサインを読み取り、迅速な対応をとる様にしています。また仕草やサインは職員で共有できるように会議や申し送りです話して、共有しています。		
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。	職員の勤務人数の都合上、入居者様の生活を支えるための業務を優先してしまうことが現実としてあります。その中で出来るだけご希望に沿うようには心がけています。		
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。	日常的に支援していますが、外出の際にはおしゃれを意識した服選びやお化粧をしていただいています。男性も髭剃りをご自分で行えるように支援しています。パジャマで過ごす方にはレクの際には一枚上に羽織り気分を変えていただいています。		
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。	準備や片づけを一緒に出来る方は少ないが、出来る範囲でのお手伝い（モヤシめとり、すじとり）テーブル拭きはして頂くようにしている。食事は職員も一緒に楽しむようにしている。寿司職人に来所頂きの握りずしパーティーは好評でした。		

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
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。	食事量や水分量を記録し確保できるように努めています。それぞれの状態に合わせてお粥や副菜の大きさ、水分にトロミをつけるなど工夫して提供しています。水分等なかなか摂取できない方には時間をかけたり、お好みの温度で提供しています。		
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。	毎食後、入居者様の口腔状態やそれぞれに合わせた必要な介助での口腔ケアを行っています。必要な方は食前・食後に行う方もいらっしゃいます。義歯の方は、夜間義歯を洗浄するようにしています。		
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。	排尿量に合わせてのおむつ交換を行ったり、尿とりパットの選択、ほぼ失禁している方でもご本人がトイレでの排泄を訴えている限り対応しています。また昼夜の状態変化に合わせた排泄方法を支援しています。		
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。	朝食にバナナ・ヨーグルトを取り入れることで改善（服薬の減少）が見られています。未排便の状態によっては量を増やしたりもします。またフロア内を一緒に歩いてからトイレに行っていただいたりしています。		
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。	入居者様の身体状況の関係や勤務人数の都合により、週2回の入浴提供が現実である。入居者様の都合で時間や曜日などは希望に沿うこともあります。せめてゆっくり入っていただけるように配慮は行っています。		

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
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。	日中でも希望や身体状況に合わせて休息が出来るようにしています。夜間は個々の状態や希望する時間で休むことが出来るように支援しています。		
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。	ユニット会議で個々の服薬している薬についての説明をしています。また日誌のファイルの各入居者様別に処方されている薬名と目的を記入した用紙をいつでも確認できるように用意しています。		
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。	生活暦からご本人やご家族に伺い、継続して行えることは続けられるようにしています。また笑顔が出る生活が出来るようにレクリエーションや散歩で気分転換が出来るように支援しています。		
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。	希望に沿うことは難しいですが、レストランに出かける機会を作ったり、入居者様によってはご家族のご協力により外食やお買い物が出来ています。		
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。	お金の所持に規制はありませんが、実際にはお一人の方だけがお金を所持していません。持っていることが安心のようで以前は希望にあわせ買い物に行くこともありましたが、現在は希望がありません。		

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。	希望がある場合には電話をかけられるように支援しています。自分でかけられる方もいれば頼まれてかけることもあります。はがきは年賀状などは届きますが、手紙が書ける方は現在はいません。また希望もありません。		
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。	日中リビングで過ごす方が多いので、居心地の良い場所が提供できるように配慮しています。共用スペースは清潔保持や整理整頓を心がけています。季節に合わせて人形や掲示物、生花を飾るようにしています。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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。	リビングでの座席は過ごしやすいようにしています。ソファで一日を過ごすことが落ち着く方もいます。		
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。	入居の際には、使い慣れた物を持ち込んでいただくようお願いしています。ご家族とご本人が相談して家具の配置をされています。		
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。	居室がわからない方には、それぞれの目印があります。歩行経路には安全を考え、余計なものを置かないようにしています。		

目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【目標達成計画】					
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	5	入居者に対して用事語での話しかけや「ダメ」などの否定語、高圧的な大声など認知症の方に対する言葉かけ接遇。	入居者様、1人1人の人格の尊重と誇りやプライバシーを損ねない対応を行っていく。	職員間でも言葉遣いに注意し、管理者もそのつど注意、指導をし、又、定期的な研修を実施します。	6ヶ月
2	2	地域との連携の在り方。	開かれたホームを目指す。	地域密着型のホームとして近隣の小学校からの慰問があったり、ご近所のお子さんが散歩の帰りに寄ってくださったり外からの来訪者は増えてきている。来て下さる事を待つばかりではなく、ホームの行事に近隣の方をお誘いして積極的に働きかけていきたい。	12ヶ月
3	6	日々のホームでの様子を伝える事が出来ていない。 ご家族へ詳しく報告出来ていない。	事業所便りの発行。	毎月、お送りしている事業所便りにホームでの様子などを記載し伝えていきます。	3ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月