

令和元年度

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	1472201951	事業の開始年月日	平成16年10月1日
		指定年月日	平成28年10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 藤沢		
所在地	(251-0861) 藤沢市 大庭5448-2		
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	通い定員	名
		宿泊定員	名
		定員計	18 名
		ユニット数	2 ユニット
自己評価作成日	令和元年12月29日	評価結果 市町村受理日	令和2年5月12日

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)】

法人の経営理念でもある「安心・安全・安定」の三つの安らぎを福祉と生活サービスを通じて地域に提供していきます。入居者様には安心して過ごせる時間を提供していきます。安全に暮らせる場所を提供していきます。職員は入居者様が安定した生活を送れるよう日々精進していきます。

入居者様やご家族様と職員が同じ時間を共有し、共に考え、共に支え合い、温かいホームを築いていきたいと考えております。当たり前のことですが、入居者様も、職員も、一人一人の個性を大切に、今できる事を考え努力をし、「今」という時間を大切に、後悔のないように同じ時を過ごして生きたいと思っております。

【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 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和2年1月30日	評価機関 評価決定日	令和2年4月27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)】

事業所の最寄りバス停は「北の谷」で、藤沢駅、湘南台駅、善行駅から利用ができます。バス停から2、3分の場所ですが、幹線道路から少し奥に入るため、静かで落ち着いた環境です。公園は事業所の隣にあるほか、大庭城址公園、引地川沿いに整備した親水公園などが近くにあり、今年度、管理者の交代があり、11月から現管理者が就任しています。

<優れている点>

管理者交代後も法人の運営理念である「安心・安全・安定」の3つの安らぎの提供に継続して努めています。一つの手がかりとして、地域密着型事業所を理解してもらおうと地域との関係を更に深めていくことを考えています。自治会への再入会も決まっております、管理者は、自主防災会委員の役割を担うことになっています。また、家族の意見・要望に対しての伝達事項の窓口職員の設定、緊急時対応のマニュアルの改定など速やかに改善し、運営に活かしていく意向です。管理者以下職員は、利用者の「今」を支えていくために、今できることを考え、取り組んでいます。

<工夫点>

家族の意向も踏まえ、利用者の気分転換や身体を動かしてもらうため、体操の時間を設けています。職員の提案からDVDデッキを購入し、体操の映像を観て楽しみながら運動できるようにしています。また、事業所の取り組みを知ってもらおうと、毎月、「ホームフレンド藤沢の便り」の発行もしています。

【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 藤沢
ユニット名	1F

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)	レ	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)	レ	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)	レ	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)	レ	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)	レ	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)	レ	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)	レ	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)	レ	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)	レ	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)	レ	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)	レ	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。	レ	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。	レ	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近づけている。	事業所理念「福祉と生活サービスを通じて、安心・安全・安定の3つの安らぎを地域に提供します。」を職員と共有し、実践しています。	事業所の理念は「安心、安全、安定」で、利用者がいつもの生活が送れる支援をモットーに実践に努めています。理念は開設以来のもので、振り返り、見直しを予定しています。	
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。	近隣の方とあいさつを通じて会話や地域行事への参加、自治会への参加を目指しています。	近く町内会への加入を予定しています。運営推進会議を通して、地元神社の祭りや神輿などへの参加、保育園児との交流などを企画しています。事業所の隣に公園があり、地域の「公園愛護会」へ参加し、清掃管理など利用者と共に貢献しようとしています。	
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。	高齢社会になり、介護に対する相談を受ける機会も増えています。介護に対する不安な部分を解消できるよう可能な範囲でのアドバイスも行っています。		
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。	積極的な意見交換を行っています。今後自治会への参加を推進し、地域と事業所、ご利用者の役割の深化を図ります。	運営推進会議は2ヶ月ごと年6回開催しています。活動報告の他、町内会の役割分担を担う、公園愛護会への加入、地域の行事紹介などの情報交換や意見交換をし、運営に反映しています。地域の防災活動にも参加を予定しています。	現在のメンバーの他、老人会や婦人会、保育園、防災委員など、代表者のオブザーバー参加を求めるなど、会議の充実と活性化を図ることも期待されます。
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。	介護保険更新時や家族からの相談を基に、市町村担当者と連絡を取り対応しています。	運営推進会議の報告、要介護認定の申請代行などで連携しています。グループホーム連絡会に参加しています。行政の介護相談員制度を活用し、サービスの向上に活かしています。	

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。	毎月ユニット会議及び身体拘束予防に関する会議を開催し、身体拘束の予防に努めています。 研修に関しても推進していきます。	身体拘束をしないケアについて会議や研修で周知しています。身体拘束廃止委員会を毎月実施し、啓蒙に努めています。不適切な言葉遣いについては「職員の声かけ研修」を重ね、拘束をしないケアの実践に努めています。	
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。	毎年高齢者虐待防止の研修受講や社内研修への参加を積極的に推進します。 入浴、排せつ介助時の身体状態の観察、皮膚状態の変化には看護師が介入し、原因究明に努めています。		
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。	外部研修や社内研修を行い理解することで、実際に制度が活用できるようにしています。		
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。	入居時、退去時、ケアプランの説明等、本人・ご家族様が理解・納得できるよう、わかりやすい説明を心掛けています。		
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。	ご家族様との面会時に現状報告を行っています。また、ご家族様からの意見や要望を伺い、スムーズな連携が取れるよう心掛けています。介護相談員の導入により外部への意見、要望が表にあらわせられるようにしています。	家族の面会時や運営推進会議の席で要望や意見を聞いています。「ホームフレンド藤沢の便り」を毎月家族に届けコミュニケーションを図っています。緊急時の対応や伝達事項の窓口の設定、体操の実施などの要望や意見は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。	意見聴取の機会がなかった時期がありましたが、今後毎月行って、サービスの質の向上、職員満足度、顧客満足度の向上に努めていきます。	ユニット会議や個人面談の機会に職員の要望や意見を聞いています。目安箱からの声は法人に直接届くようになっていきます。管理者は日頃から、意見、要望が言える職場環境を作っています。行事や体操のDVD導入などの提案、要望があり、実行しています。	
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。	社内研修会、また事業所勉強会の年間情報の開示をするとともに、日々の業務においても知識の重要性を盛り込み各職員の向上に働きかけています。年2回人事考課を複数で行う事で偏りを防止し、個人面談による状況把握、指導に努めています。		
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。	年間ベースで、社内研修会の参加。事業所内での勉強会の開催を行っています。社内研修会不参加の場合は、ビデオによる再受講を行っています。また、個別に技術指導を行う事で職員間の技術の向上を図れるよう心掛けています。		
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。	社内全体研修会の他、他事業者との交流を提供する事で、お互いの情報交換・情報共有を行い、サービスの質の向上につながるようにしています。		
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。	事前情報を参考にしながら、初回面談にて更なる状態観察を行っています。ご本人からの情報発信に全職員が耳を傾けることで、ご本人の不安解消と対応、問題点の共有を行う事で、ご本人が安心して生活していられるようにしています。		

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。	初回面談時に家族がどのような悩みを抱えて、背景にどのような事があるのかをお聞きし状況に合わせて対応方法の説明を行います。ご家族の希望も考慮しながらより良い環境を整え、関係づくりに努めています。		
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。	地域のイベント参加、ボランティア導入の説明を行い、ご家族に了承頂くと同時に家族の関わりも重要なインフォーマルサービスである説明を実施し、プランに反映させています。		
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。	職員と一緒に家事を行う他、地震で出来る事は行っていただきます。ご本人の要望を聞きながら、食事の献立や、外出、イベント等の相談を行う等、一緒に決めています。		
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。	状態に変化がある時、また状況対応が難しくなっ場合は家族にお伝えします。家族ならではの支えが必要であることなど話し合っています。ご家族の対応が可能な場合は、お任せしています。		
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。	面会、家族との外出は出来ています。また、本人の希望で外出支援もありますがその時の気持ちの変化や記憶出来ない部分もあるので、外出の際には慎重な対応を行っています。	友人や知人が来訪し、居室で湯茶のもてなしをしています。家族の協力で彼岸の墓参りや一時帰宅、家族旅行、外食、外泊、馴染みの美容院など継続の支援をしています。ぬり絵の趣味も継続しています。利用者の大切なものは大事に見守っています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず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。	身体状況に合わせて、食席の工夫や活動が出来るようにしています。レベル低下や、何らかの障害がある場合においては、職員が間にはいることで補い共にかかわりが持てるよう心掛けています。		
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。	レベル低下、入院、予後の状態に継続困難になり、終了となります。その後も電話にて状態を伺い、また家族からの相談も可能な範囲でのアドバイス行うなど、気持ちの面で寄り添えるように努めています。		
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。	心身状態をスタッフ、管理者、医務の意見・情報を集めた上での本人の希望・意向を通しています。本当は、それは、と思うケースも見られるが、自立で出来ている内は希望通りに動いていただき、介助が必要になった時は本人の気持ちに配慮しながら対応しています。	利用者一人ひとりの思いや暮らし方の希望は、日常の生活や会話を通して、また、散歩や入浴時など職員と1対1の場で把握しています。意思表示の困難な利用者は、表情や態度、笑顔などのサインで汲み取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。	初回面談時から、ご本人、ご家族に聞き取りを行い、自宅で愛用されていたものなどを継続的に利用して頂くことで安心した生活を送れるようにしていただいています。環境に馴染むまでは、見守り対応に重視しています。		
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。	個々の生活の流れや過ごし方の把握、日々の出来る事、出来ない事の判断と観察を行い、職員間で情報共有を行い現状把握しています。		

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。	本人、家族の希望の聞き取り、話し合いにより現状の把握を行っています。また、専門分野からの意見も聞き入れながらプランを作成を行っています。定期的なアセスメントを行う事で必要に応じプラン変更も行っていきます。	モニタリングは2ヶ月ごとに、出勤職員全員、計画担当者、管理者の出席で実施し、計画の見直しをしています。計画書には本人や家族の意見、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。	記録や日々の申し送りで情報共有対応、介護方法について現状に応じて対応しています。見直しが必要な場合は、必要に応じ随時行います。		
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。	地域学生ボランティア、イベント等の参加、職員とマンツーマンで買い物等、個別対応により満足して頂けるよう心掛けています。		
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。	近隣の公園の活用、お花見等、四季の花を楽しむなどを行っています。また近くのレストランへの食事へ行くなど楽しんで頂けるような支援を行っています。		
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。	現在、3か所の診療所に往診に関わって頂いています。個々の診療所の説明をし、ご本人、家族に選んでいただいています。今までの主治医の希望の方には、家族もしくは職員の同行受診も応じています。今後、受診状況に応じた見直しも行っていく方向です。	内科（2ヶ所）、精神科、皮膚科が協力医として関わっています。利用者はいずれかの診察を受診しています。これまでの主治医への受診や、専門科外に通院の際は家族の協力を得ています。家族からの情報は、申し送りノートに記載し、職員間で共有しています。	

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。	状態の変化、気になったことは、緊急性を問わず看護師に相談し、指示を頂くようにしています。必要に応じ処置や往診に繋がっています。		
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。	家族、職員、主治医で情報を共有し、連絡を取り合う事で医療機関との関係づくりを心掛けています。		
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、事業所です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。	医師の診断・予後を受け入れ家族・医療・介護でカンファレンスを実施。ターミナル契約を結んでいますので、本人・家族の希望を聞き、事業所でどこまで出来るかを話し合い方針を決め支援しています。	入居時に「重度化した場合における対応に関する指針」を説明し、同意を得ています。その後、重度化と医師の判断があった時は再度方針を決め、支援することとしています。過去に看取りの事例があり、今後も支援をしていく意向です。	
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。	初期対応についてはマニュアル化しています。緊急時には管理者・看護師リーダーに連絡。指示をもらうよう対応しています。職員間でも情報共有し、振り返りも行っています。		
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。	三日分の食料・水・ブランケット等災害時に必要な物を外倉庫に保管しています。職員にも周知しています。定期的な防災訓練を行う事で避難経路も理解しています。マニュアルに関しては見直しを行いより安全安心な対応を目指します。	年2回、夜間想定を含む避難訓練を行っています。新年度から管理者が、自治会の自主防災会の委員として活動をしていくことが決まっております。食品、水、備品など3日分程度を外倉庫で保管しています。	備蓄に関しては、リストを作成し、保管管理を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。	丁寧な声かけ、対応を行っています が、日々の生活にて馴染な会話になる こともあります。時に見直し気をつけて います。	本人の誇りやプライバシーを損ねない 呼び掛けや言葉遣いに努めています。 訴えがあった時は、その人の心の内を 紐解いていく気持ちで接するように心 がけています。職員の不適切と思われ る対応があった時は、管理者がその都 度注意を促しています。	
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。	常時1名は、業務を行いながら見守り を行っています。本人の希望や自己決 定が出来るよう支援しています。		
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。	自力歩行が難しい方が多い中、往診 や、訪問マッサージ、面会等、個々の 予定を重視した生活をしています。本 人の希望により、時間を作り、公園や 散歩に出かける等をしています。		
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。	ご自宅で使用されていた馴染の衣類な ど、好みのものを使用しています。本 人に確認しながら洋服を選んで頂いた り、身だしなみに心がけています。		
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。	食後の下膳や、食器をまとめたり等、 出来る方は積極的に行って下さって います。	利用者は、食材の下ごしらえ、調理、 配膳、下膳など、個々人の力に合わせ て手伝っています。食事は、職員も同 席して話題を提供しています。誕生会 をケーキで祝ったり、レクリエーショ ンで鉄板焼き、おやつに汁粉を作った りなど楽しんでいます。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。	食事制限のある方には、目安量を明確にして提供しています。栄養の偏りがみられる方には補助食品を提供しています。食事量・水分量は記録しています。個々の好みにも応じて提供しています。		
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。	自身で出来る方は行っていただき、仕上げ、確認を行っています。必要に応じて声かけ、支援しています。夕食後は義歯の洗浄を毎日行っています。		
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。	デリケートな部分である為、配慮したケアを心掛けています。	トイレでの排泄を基本と考えています。一人ひとりの排泄ペースをつかむためチェック表を活用し、利用者のサインを見逃さないようにしています。職員の適切な声かけや誘導により、おむつからトイレでの排泄が可能になった事例があります。	
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。	排便日数を把握し、個々に応じた対応をしています。プルーンやヨーグルト、牛乳等、出来る限り下剤を使わず、自然に排泄できるよう心掛けています。		
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むように、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。	本人の体調や、当日の個々の予定に合わせて臨機応変に対応できるよう支援しています。	入浴は週2回が基本ですが、利用者の希望にいつでも対応できるようにしています。冬場のヒートショックを避けるため、脱衣室・浴室は十分に温めています。拒否がある場合は無理強いをせず、言葉かけの工夫や日にちをずらすなどしています。	

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。	夜間の睡眠の妨げにならないよう配慮して対応しています。昼食後やおやつの後など、声掛けにて静養して頂く方もいます。		
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。	薬情は定期的に確認し、職員間で共有しています。身体状況の観察を行う事で主治医への報告も行います。		
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。	自宅同様の生活ができるよう心掛けています。新聞、雑誌を読まれたり、入居者同士でチラシを見て楽しまれていることも多く見受けられます。散歩や、ボランティアの来訪等を好まれています。		
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。	家族と一緒にドライブや散歩、食事に出かけられています。地域のイベントへの参加も心掛けています。	事業所周辺や隣の公園での散歩、外気浴で気分転換ができるようにしています。花見など季節の外出の計画もあります。家族の協力で、個別に散歩、ドライブ、外食なども楽しんでいます。	
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。	現在は、金銭管理が難しい方が多いため、お金の所持や使う機会の支援はしていません。		

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。	ご自身で使用する事が出来ない為、家族の了承のうえ、職員が対応し、本人に代わるよう対応しています。本人に届いた手紙等は、ご家族に渡しています。		
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。	出来る限り、リラックスして過ごせるよう、共有空間の電気の色や明りの強さ等配慮して対応しています。室内の装飾により季節を感じられるようにしています。	リビングは日当たりが良く、陽光が眩しい場合はカーテンで調整しています。加湿器や空気清浄機で快適な屋内環境にしています。ダイニングテーブルのほか、ソファを置き、思い思いに過ごす場所を作っています。季節を感じる装飾をしています。	
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。	テレビの前にソファを置き、好きなように利用して頂いております。テレビ番組などは職員が間に入り互いの趣味を楽しめるように心がけています。		
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。	自宅で使い慣れた物を持ち込まれています。家具の配置は、危険等を考慮し、本人が使いやすいように相談しながら設置しています。趣味にあった絵や写真も飾っています。	居室には、仏壇、本棚、家族写真など、その人が大切にしている品々を持ち込んでいます。ベッドは、動線や、職員介助なども考慮し、おのおの位置を決めています。今後、整理整頓や衣類の入れ替えなど、より丁寧な支援のため、居室担当制を敷く計画です。	
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。	ドアに絵と、文字で表記し、分かりやすいように対応しています。廊下の手すりや、フロアの家具の配置は、シルバーカーや、車いすの移動の妨げにならないように配慮しています。		

事業所名	ホームフレンド 藤沢
ユニット名	2F

事業所理念「福祉と生活サービスを通じて、安心・安全・安定の3つの安らぎを地域に提供します。」を共有し、各

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
	レ 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)	レ 1, 毎日ある
	2, 数日に1回程度ある
	介護保険の更新や家族からの相談など必要に応じて市町村
	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
	レ 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
	レ 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
	レ 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)	レ 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)	レ 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
	レ 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
	レ 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
	レ 3. あまり増えていない
	4. 全くいない
66 職員は、生き生きと働いている。 (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
	レ 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
	レ 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
	レ 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。	事業所理念「福祉と生活サービスを通じて、安心・安全・安定の3つの安らぎを地域に提供します。」を職員と共有し、実践しています。		
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。	近隣の方とあいさつを通じて会話や地域行事への参加、自治会への参加を目指しています。		
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。	高齢社会になり、介護に対する相談を受ける機会も増えています。介護に対する不安な部分を解消できるよう可能な範囲でのアドバイスも行っています。		
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。	積極的な意見交換を行っています。今後自治会への参加を推進し、地域と事業所、ご利用者の役割の深化を図ります。		
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。	介護保険更新時や家族からの相談を基に、市町村担当者と連絡を取り対応しています。		

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
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。	毎月ユニット会議及び身体拘束予防に関する会議を開催し、身体拘束の予防に努めています。 研修に関しても推進していきます。		
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。	毎年高齢者虐待防止の研修受講や社内研修への参加を積極的に推進します。 入浴、排せつ介助時の身体状態の観察、皮膚状態の変化には看護師が介入し、原因究明に努めています。		
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。	外部研修や社内研修を行い理解することで、実際に制度が活用できるようにしています。		
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。	入居時、退去時、ケアプランの説明等、本人・ご家族様が理解・納得できるよう、わかりやすい説明を心掛けています。		
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。	ご家族様との面会時に現状報告を行っています。また、ご家族様からの意見や要望を伺い、スムーズな連携が取れるよう心掛けています。介護相談員の導入により外部への意見、要望が表にあらわせられるようにしています。		

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。	意見聴取の機会がなかった時期がありました。今後毎月行って、サービスの質の向上、職員満足度、顧客満足度の向上に努めていきます。		
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。	社内研修会、また事業所勉強会の年間情報の開示をするとともに、日々の業務においても知識の重要性を盛り込み各職員の向上に働きかけています。年2回人事考課を複数で行う事で偏りを防止し、個人面談による状況把握、指導に努めています。		
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。	年間ベースで、社内研修会の参加。事業所内での勉強会の開催を行っています。社内研修会不参加の場合は、ビデオによる再受講を行っています。また、個別に技術指導を行う事で職員間の技術の向上を図れるよう心掛けています。		
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。	社内全体研修会の他、他事業者との交流を提供する事で、お互いの情報交換・情報共有を行い、サービスの質の向上につながるようにしています。		
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。	事前情報を参考にしながら、初回面談にて更なる状態観察を行っています。ご本人からの情報発信に全職員が耳を傾けることで、ご本人の不安解消と対応、問題点の共有を行う事で、ご本人が安心して生活していけるようにしています。		

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。	初回面談時に家族がどのような悩みを抱えて、背景にどのような事があるのかをお聞きし状況に合わせて対応方法の説明を行います。ご家族の希望も考慮しながらより良い環境を整え、関係づくりに努めています。		
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。	地域のイベント参加、ボランティア導入の説明を行い、ご家族に了承頂くと同時に家族の関わりも重要なインフォーマルサービスである説明を実施し、プランに反映させています。		
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。	職員と一緒に家事を行う他、地震で出来る事は行っていただきます。ご本人の要望を聞きながら、食事の献立や、外出、イベント等の相談を行う等、一緒に決めています。		
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。	状態に変化がある時、また状況対応が難しくなっ場合は家族にお伝えします。家族ならではの支えが必要であることなど話し合っています。ご家族の対応が可能な場合は、お任せしています。		
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。	面会、家族との外出は出来ています。また、本人の希望で外出支援もありますがその時の気持ちの変化や記憶出来ない部分もあるので、外出の際には慎重な対応を行っています。		

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
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。	身体状況に合わせて、食席の工夫や活動が出来るようにしています。レベル低下や、何らかの障害がある場合においては、職員が間にはいることで補い共にかかわりが持てるよう心掛けています。		
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。	レベル低下、入院、予後の状態に継続困難になり、終了となります。その後も電話にて状態を伺い、また家族からの相談も可能な範囲でのアドバイス行うなど、気持ちの面で寄り添えるように努めています。		
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。	心身状態をスタッフ、管理者、医務の意見・情報を集めた上での本人の希望・意向を通しています。本当は、それは、と思うケースも見られるが、自立で出来ている内は希望通りに動いていただき、介助が必要になった時は本人の気持ちに配慮しながら対応しています。		
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。	初回面談時から、ご本人、ご家族に聞き取りを行い、自宅で愛用されていたものなどを継続的に利用して頂くことで安心した生活を送れるようにしていただいています。環境に馴染むまでは、見守り対応に重視しています。		
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。	個々の生活の流れや過ごし方の把握、日々の出来る事、出来ない事の判断と観察を行い、職員間で情報共有を行い現状把握しています。		

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。	本人、家族の希望の聞き取り、話し合いにより現状の把握を行っています。また、専門分野からの意見も聞き入れながらプランを作成を行っています。定期的なアセスメントを行う事で必要に応じプラン変更も行っていきます。		
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。	記録や日々の申し送りで情報共有対応、介護方法について現状に応じて対応しています。見直しが必要な場合は、必要に応じ随時行います。		
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。	地域学生ボランティア、イベント等の参加、職員とマンツーマンで買い物等、個別対応により満足して頂けるよう心掛けています。		
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。	近隣の公園の活用、お花見等、四季の花を楽しむなどを行っています。また近くのレストランへの食事へ行くなど楽しんで頂けるような支援を行っています。		
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。	現在、3か所の診療所に往診に関わって頂いています。個々の診療所の説明をし、ご本人、家族に選んでいただいています。今までの主治医の希望の方には、家族もしくは職員の同行受診も応じています。今後、受診状況に応じた見直しも行っていく方向です。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している。	状態の変化、気になったことは、緊急性を問わず看護師に相談し、指示を頂くようにしています。必要に応じ処置や往診に繋がっています。		
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。	家族、職員、主治医で情報を共有し、連絡を取り合う事で医療機関との関係づくりを心掛けています。		
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。	医師の診断・予後を受け入れ家族・医療・介護でカンファレンスを実施。ターミナル契約を結んでいますので、本人・家族の希望を聞き、事業所でどこまで出来るかを話し合い方針を決め支援しています。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	初期対応についてはマニュアル化しています。緊急時には管理者・看護師リーダーに連絡。指示をもらうよう対応しています。職員間でも情報共有し、振り返りも行っています。		
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。	三日分の食料・水・ブランケット等災害時に必要な物を外倉庫に保管しています。職員にも周知しています。定期的な防災訓練を行う事で避難経路も理解しています。マニュアルに関しては見直しを行いより安全安心な対応を目指します。		

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。	丁寧な声かけ、対応を行っています が、日々の生活にて馴染な会話になる こともありますが、時に見直し気をつけて 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。	常時1名は、業務を行いながら見守り を行っています。本人の希望や自己決定 が出来るよう支援しています。		
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。	自力歩行が難しい方が多い中、往診 や、訪問マッサージ、面会等、個々の 予定を重視した生活をしています。本人 の希望により、時間を作り、公園や 散歩に出かける等をしています。		
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。	ご自宅で使用されていた馴染の衣類 など、好みのものを使用しています。本人 に確認しながら洋服を選んで頂いたり、 身だしなみに心がけています。		
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。	食後の下膳や、食器をまとめたり等、 出来る方は積極的に行って下さって 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。	食事制限のある方には、目安量を明確にして提供しています。栄養の偏りがみられる方には補助食品を提供しています。食事量・水分量は記録しています。個々の好みにも応じて提供しています。		
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。	自身で出来る方は行っていただき、仕上げ、確認を行っています。必要に応じて声かけ、支援しています。夕食後は義歯の洗浄を毎日行っています。		
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。	デリケートな部分である為、配慮したケアを心掛けています。		
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。	排便日数を把握し、個々に応じた対応をしています。プルーンやヨーグルト、牛乳等、出来る限り下剤を使わず、自然に排泄できるよう心掛けています。		
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。	本人の体調や、当日の個々の予定に合わせて臨機応変に対応できるよう支援しています。		

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。	夜間の睡眠の妨げにならないよう配慮して対応しています。昼食後やおやつの後など、声掛けにて静養して頂く方もいます。		
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。	薬情は定期的に確認し、職員間で共有しています。身体状況の観察を行う事で主治医への報告も行います。		
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。	自宅同様の生活ができるよう心掛けています。新聞、雑誌を読まれたり、入居者同士でチラシを見て楽しまれていることも多く見受けられます。散歩や、ボランティアの来訪等を好まれています。		
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。	家族と一緒にドライブや散歩、食事に出かけられています。地域のイベントへの参加も心掛けています。		
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。	現在は、金銭管理が難しい方が多いため、お金の所持や使う機会の支援はしていません。		

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。	ご自身で使用する事が出来ない為、家族の了承のうえ、職員が対応し、本人に代わるよう対応しています。本人に届いた手紙等は、ご家族に渡しています。		
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。	出来る限り、リラックスして過ごせるよう、共有空間の電気の色や明りの強さ等配慮して対応しています。室内の装飾により季節を感じられ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。	テレビの前にソファを置き、好きなように利用して頂いております。テレビ番組などは職員が間に入り互いの趣味を楽しめるように心がけています。		
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。	自宅で使い慣れた物を持ち込まれています。家具の配置は、危険等を考慮し、本人が使いやすいように相談しながら設置しています。趣味にあった絵や写真も飾っています。		
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。	ドアに絵と、文字で表記し、分かりやすいように対応しています。廊下の手すりや、フロアの家具の配置は、シルバーカーや、車いすの移動の妨げにならないように配慮しています。		

令和元年度

目標達成計画

事業所名 ホームフレンド 藤沢

作成日: 令和2年5月9日

優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	①	ご利用者の生活状況の報告頻度が少なく、ご家族が心配される	生活状況の報告頻度を上げ、見える化を促進する	<ul style="list-style-type: none"> ・フロアリーダーのフリー体制の時にご家族にご利用状況を報告する ・個別の写真付報告書の導入検討 	3ヶ月
2	②	サービス上の健康面、医療面、安全面に関する満足度が低い	スタッフの教育とご家族へのフィードバックを行い満足度を高める	<ul style="list-style-type: none"> ・新入職員がクオリティ向上にスキルアップの勉強会を行う(適宜) ・①同様状況報告を行う(毎月) 	6ヶ月
3	③	外出歩負度が少なく、運営担 任 会議においてもご指摘があった	外出の機会を増やす。	<ul style="list-style-type: none"> ・毎月行事の見直し検討(毎月) ・行事や外出実施の状況を共有(毎月) 	12ヶ月
4	④	ご利用者の充実した生活の為に役割りのある取り組みに参加したい	ご利用者の役割を整理し、満足度を高める。	<ul style="list-style-type: none"> ・庭に火田をつくり、ご利用者と一緒管理(4/25月～開始) ・公園愛護会への参加を始める。 	12ヶ月
5	⑤	介護計画においてご家族と充実した話し合いが出来ていない。	介護計画における内容の充実が出来る。	<ul style="list-style-type: none"> ・介護計画書の書式を解かりやすく、整合性のとりやすいものに改訂(随時) ・更新前に書面でもご意見を頂く(随時) 	12ヶ月

(随時)