

平成28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28年9月20	評価結果 市町村受理日	平成29年3月14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)】

ケアの方針にあるように入居者様の昔と今、これからを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も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たいと思っています。今年の初めから「味噌作り」を始め、作る作業工程からできていく期間、昔を振り返り会話が進むことがあります。またできたものをどうやって食するかの話も盛り上がり楽しみの一つになっています。

【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 湘南リハビル4階		
訪問調査日	平成28年10月20日	評価機関 評価決定日	平成29年1月17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東海道線辻堂駅南口から徒歩15分程の閑静な住宅地にあります。建物は鉄筋コンクリート造り3階建て、1、2階にグループホーム、3階に同一法人が運営する小規模多機能事業所を併設しており、イベントなどを通じて交流しています。法人は湘南地区で介護サービス事業所を多角的に経営しています。

<優れている点>

管理者は、常に職員の声、提案、意見などを聞き、コミュニケーションを取り、風通しの良い職場運営に注力しています。定期的開催するユニット会議では、全職員が参加できるよう勤務体制を工夫し、意見や提案を出し合い協議して業務改善をしています。職員はチームワーク良く利用者への支援を行っています。支援に当たっては、高齢だから「もうこれは出来ないだろう、無理であろう、これは食べられないだろう。」などの先入観にとらわれない支援を心掛け、職員の意見が主導にならないよう、常に利用者の意向を把握しながら、それぞれの特性に合わせ、寄り添った支援をしています。専任の調理師、看護師を配置し、職員が利用者の支援に集中でき、また、緊急時にも安心して対応できる職員体制をとっています。

<工夫点>

事故再発防止のため、事故報告書の裏面に、事故原因の分析や事故予防対策などについて、全職員が、自分として考える「事故原因の分析、事故予防対策」を自分の言葉で必ず書くことにしています。カンファレンスを実施し、全員で事故防止の検討会を行い、事故再発防止への工夫をしています。

【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	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ます。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている
			2, 少しずつ増えている
			3. あまり増えていない
			4. 全くいない
66	職員は、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が
			2, 職員の2/3くらいが
			3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が
			2, 家族等の2/3くらいが
			3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている。	地域密着型サービスとして地域との交流を意識し、入居者ひとり、ひとりが住みなれた馴染みのある環境で安心して暮らせるよう、職員一同情報を共有しケアにあたっています。	事業所の理念を全員で共有し、個々の利用者の特性に見合った、寄り添った支援を心掛け、実践しています。新人職員には入職時に理念を説明し理解を得ています。	
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。	夏祭り、盆踊り、小学生の訪問受け入れなど、地域の行事には積極的に参加すると共に、日々の散歩でも積極的に挨拶を交わすよう務めています。イーゼル（案内板）の設置もしています。	地域の夏祭りでは神輿や山車の休憩所としてホームの駐車場を提供し、盆踊りには利用者も参加しています。地元の小学校児童や音楽レクリエーションを始めとした各種のボランティアが来訪し、利用者と交流をしています。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	日々の暮らしを地域の皆様に見ていただけるよう、ホームでの催しを案内板に掲示し、参加いただけるよう案内しています。	/	/
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2ヶ月に1回開催しています。頂いたご意見、ご要望は毎月のユニット会議で報告をうけ、実施可能な範囲を精査のうえ毎日のケアに生かせるよう努力しています。地域包括職員、民生委員から現在地域で起きている問題も話されます。	運営推進会議を年6回定期的に開催し、意見交換を行い、アドバイスを得、事業所の運営に生かしています。最近では、「事業所を地域の福祉避難所として登録してはどうか」とのアドバイスがあり、現在、本社と実現に向けて検討中です。	運営推進会議を定期的で開催していますが、委員の出席者が毎回少ないので、会議の開催方法や、委員構成などについて再検討することが期待されます。
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取り組んでいる。	藤沢市開催の研修会に積極的に参加しています。学んだことは職員会議などで報告し、情報共有に努めています。また提出物などは直接介護保険課へ出向き行政とのつながりをもつよう留意しています。	書類等の提出時には、市の担当課に直接出向き行政と繋がりを持つようしています。介護相談員を受け入れ、情報交換をしています。管理者は市の認知症サポーター養成講座の講師を務めています。また、介護相談も行っています。	

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
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。	身体拘束を行った事実はありませんが、万が一入居者の安全が脅かされる事態が発生した場合にも、家族とよく話し合い、拘束をしないケアを継続する方法を見出します。	毎年2月に「虐待、身体拘束防止、プライバシー確保」の自己点検シートを用いて全職員がセルフチェックを行って振り返っています。ユニット会議でも検討、振り返りを行い、身体拘束をしない支援に取り組んでいます。	
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。	虐待の捉え方に対して、サイドレールの数、センサーマットの設置などがありますが、常にそれが必要か話し合い、不要になれば使用は解除します。言葉遣いについては第三者が見て過度な声かけが虐待に繋がってしまうことに関して注意、指導をしています。		
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。	研修の中で学ぶ機会はありますが、現場におろすことはできていません。また成年後見人制度を利用している入居者はいませんが、今後発生した場合に備え外部研修の機会があれば参加し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。	契約を行なう際には十分な説明を行ない同意を得た上で契約をおこなっています。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。またご入居されてからのご相談に関しても面会の際やお電話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。	家族会や意見箱などの設置はありませんが、ご家族が面会のさいに遠慮なく意見、要望が言い出せるよう、職員が積極的に接客するよう務めています。ご意見が言いやすい環境は整えているつもりです。	家族の面会が多く、その際に意見や要望を聞くようにしています。利用者からの要望や意見の表明は難しくなっていますが、職員は利用者寄り添い、できるだけ利用者の意に添うような支援を心掛けています。	

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
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1回のユニット会議を開催し、意見の交換、反映を行っています。また日々の業務の中、朝・夕の申し送りでも意見、提案を交換できるよう務めています。意見や提案を聞く場のなっています。	管理者やフロアリーダーは日頃から職員とコミュニケーションを図っています。定例の会議においても自由に意見を出し合い、協議し、結論を出して業務に反映させています。会議録は本部にも回覧し、職員の声を伝えています。	
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。	働きやすい職場環境に努めています。年二回の人事考察を行い、職員の力量を知り、話し合いの場を持つことで向上心をもって働くことが出来る様に意識しています。		
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。	法人内研修、外部研修への参加を促しています。研修内容についてはユニット会議の際に発表の場を設け、情報の共有を心がけています。事故報告やヒヤリハットでも話し合いの場を設けて検討していくことで事故等を予防して行くトレーニングをしています。		
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2ヶ月に1度の藤沢市グループホーム連絡会に参加し、同業者との交流をもっています。管理者より藤沢市グループホーム連絡会の報告を受け、同業者の運営、ケア方法などを学んでいます。		
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に、その際に、ご本人の状態、ご家族の要望の情報を収集し、職員でケア方法を話し合い介護計画へ反映させています。		

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。	入居前の見学、面談の際に、ご本人のみならずご家族の困っていることやニーズを聞き取り、介護計画に生かし安心して託していただけるよう務めています。		
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。	入居前面談の際、ご本人の状態、ご家族の要望の情報を収集し、職員でケア方法を話し合い介護計画へ反映させています。		
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。	ご入居様を尊重した上で、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ともに過ごし支えあ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。	ホームでの行事に積極的にお誘いし、ご本人、ご家族、職員それぞれの立場が孤立しないよう務めています。入居者様の認知所の進行過程で感じるご家族の戸惑いや不安、思いを受け止めて傾聴し、ご家族の支援もしていきます。		
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。	ご家族の面会や、電話の使用時間の制限をせず、柔軟な対応を心がけています。通院、理美容などのへの外出も可能な限り対応しています。	遠方からの親族や檀家の寺の住職、利用者の現役時代の会社の同僚や学校の教え子など、いろいろな人々の来訪があり、利用者との関係が途切れない対応を心掛け支援しています。家族と墓参りや馴染みの理美容院への外出なども支援しています。	

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。	認知症という特性上入居者同士がコミュニケーションを取るとは困難な場合が多々ありますが、職員が間にはいり円滑に進むよう心掛けています。入居者様同士の関係を検討した座席の配慮も心がけています。		
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。退居された後に尋ねてくださったり、新規ご入居者様を紹介くださったり、ボランティアの紹介もあります。またホームでの消耗品（タオルなど）をたくさんお持ちいただいたりしています。		
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。	状態の変化に応じてご本人や家族、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。意見を聞くことが困難な場合には、ご家族に伺い日頃の様子は職員から話を聞き、支援に結びつけるようにしています。	思いや意向の把握が難しくなって来ていますが、日々の支援の中で会話や行動、仕草から読み取り、把握するように努めています。また、家族からも思いや意向を聞き、カンファレンスでも話し合い、職員間で共有しています。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	入居前面談での情報や入居後のご本人の談話、家族からの情報を職員間で共有し、日々の生活に取り入れられるよう務めています。		
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。	日々の職員間の申し送りによる情報の共有、記録による日々の変化現状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。	毎月開催している職員会議で職員一人ひとりが情報を発信し、現状の把握、状態の変化に気付ける努力をしています。必要に応じ主治医、看護師とも話し合い介護計画に取り入れています。	毎月のカンファレンスで利用者一人ひとりについて協議しています。モニタリングを3ヶ月ごとに実施し、ケアプランを1年ごとに見直しています。また、随時、必要に応じて見直しています。利用者・家族など関係者の意向も取り入れています。	
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。	申し送りや職員会議、毎日の記録で小さな変化、言動もとらえられるよう細かく記載するようしています。よかったことは積極的に取り入れ、ケアの質の向上を目指しています。記録は常に閲覧、開示できるようにしています。		
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。	ご本人の状態、ご家族の要望に柔軟に対応できるよう、訪問マッサージ、福祉用具、訪問診療などへの連携も行っています。		
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。	介護相談員の受け入れをしています。また、ご家族紹介のボランティアも受け入れ、毎日の生活変化がもてるよう務めています。		
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。	入居前のかかりつけ医の継続を希望される場合はご家族に協力いただきながら通院していただいています。状況により、往診医への変更も可能です。主治医、ご家族の連絡は職員が責任をもって行います。	かかりつけ医は、入居前からの継続医でも事業所への訪問医でも、本人や家族の希望により選べます。内科のほか、歯科および看護師の訪問があり、適切な医療が受けられる体制となっています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	常駐看護師はいませんが、訪問時には細かく報告をするよう務めています。訪問診療看護師についても同様に日々の状態を報告を致します。医療的なことでわからない事があれば質問し薬の効用などを理解することができ、注意する点を把握することができている。		
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。	ご家族と病院との連絡を常に行い状況を正しく把握し早期退院への体制づくりに努めています。入院中も面会をこまめに行い状態の把握に努めています。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	入居時に終末期ケアの受け入れについて説明しています。状況により、ホーム職員により出来る事、できない事を明確にし、ご家族の要望と重ね合わせ、お互いに納得のいくケアができるよう務めます。	重要事項説明書に、重度化した場合における対応に関する指針および看取りの支援内容を具体的に明記し、説明しています。職員へは入職時に看取りを行う旨を伝えており、必要な段階で話し合い、支援する体制を整えています。	
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。	救命救急講習会に参加しています。緊急時の連絡体制を整え、連絡網を作成しています。		
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。	定期的な防災訓練を行っています。地域との連携は取れていませんが今後協力できるよう働きかけをしたいと考えています。また災害が発生した時に当施設が近隣住民に対しての避難所としての役割も必要かと考えています。	今までを振り返り、今後は年2回定期的に避難訓練を実施していくこととしています。災害備蓄管理台帳を用意し、飲料水や非常食、備品を用意しています。	消防署員の立ち合いを含め、定期的な訓練の実施と、地域の人へ支援をお願いするだけでなく、事業所からもできることを伝え、相互に協力し合う関係づくりの構築が期待されます。

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。	声掛けの際、声の大きさ、言葉選びをひとり一人に合わせ、背景、時間、場所を考慮し行うよう心がけています。	職員は、利用者と同じ目線に立ち、先入観に捉われず、利用者の思いを汲み取り、一人ひとりに合った接し方をするように努めています。職員に不適切な対応があった場合は、管理者は会議をはじめ、適切な形で伝え、意識を喚起しています。	
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ように声をかけをし、ご本人の行動からも思いや希望を読み取るようにしています。質問の仕方などでは、相手が答えやすいように言葉を選ぶ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、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。	入浴や散歩など職員の意見が主導にならないよう、常に意向を聞き希望に沿えるよう努力しています。		
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。	毎日の整容に気を配り、季節に合った衣服を着ていただけるよう衣類整理も含め支援しています。入浴の際も衣服を選べるよう言葉掛けをしています。		
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。	一緒に調理をしていただくことは難しくなっていますが、調理風景を見ていただいたり、出来上がったものを盛り付けしていただいたりすることで、食事に興味をもっていただけるようにしています。行事に応じて食事も変更し季節感を味わえるようにしています。	食材や献立は外注ですが、毎月季節の行事食や、日々の会話から利用者の食べたいものを、食事レクリエーションで企画するなどして食事を楽しむ機会を多く設けています。今年は皆で作った味噌がおいしく出来、家族にも好評です。	

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。	食事摂取量、水分確保量については一日ごとの一覧表に記入し、これを基に、状態の変化に対応し、飲み物、食事形態の変更をしています。足りない方に対しては対策を考えていき、脱水や低栄養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（状態によっては食前も）の習慣として全員が行なっています。義歯のある方は毎回取り外しブラッシングを行い、磨きが甘い方には一部介助で対応しています。状況に応じて舌ブラシの使用、口腔内をガーゼで拭き取る等し誤嚥による疾病を防いでいます。		
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。	一日の排泄パターンを把握できるよう、一覧表に記入し、これを基に声掛け、誘導の時間を決めています。オムツ使用の方も日中はトイレを使う機会を設けています。またその際に今できる能力や自尊心を損なわないようにしていく配慮もしています。	排泄記録や表情、仕草などから判断し、個々に合ったトイレ誘導をしています。特に日中はトイレで排泄するように支援しており、自立度が上がった利用者もいます。毎日ヨーグルトや牛乳などを提供し、極力薬を使わないようにしています。	
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。	主治医、看護師と相談の上下剤の調整を行っています。自然排便を促進する為に飲みものも、食べ物、運動を組み合わせ、オムツ使用の方にもトイレを使用する機械を設けています。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴は週2回になります。また業務都合上日中のみでの入浴しか対応できませんが、週2回以上の入浴ができるよう務めています。入浴時も会話、声かけを重視しゆっくり楽しんでいただけるよう配慮しています。	週2回の入浴が基本ですが、個々に合わせた対応ができるように努めています。季節に合わせてゆず湯やしょうぶ湯、入浴剤を入れて楽しめるようにしています。重度化した利用者には併設の小規模多機能事業所の機械浴での対応ができます。	

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
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。	職員の都合により就寝時間を決めないよう留意しています。居室内の温度、照度にも気を配り、安眠できる環境づくりに努めています。眠れない方にはリビングで職員と会話したり、テレビ鑑賞をしてリラックスしていただいています。		
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ます。	内服薬内容はいつでも確認できるようファイルしてあります。薬の変更がある場合は口頭と記録で申し送りします。服用による変化も主治医、ご家族に連絡することを徹底しています。		
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ます。	ご本人やご家族からの情報を基に、ひとり一人が役割をもって日々活動的に生活できるよう支援しています。状態の変化により叶わない場合も散歩、会話などにより気分転換でき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。	入り口の施錠をせず、出入りの制限をしないよう努めています。全ての希望にこたえることは困難ですが、ドライブ、近隣への買い物など実施しています。遠方への外出はご家族の協力をお願いしています。	利用者の重度化により、難しい面が出てきていますが、できるだけ外の風景や空気に触れるように支援しています。散歩、事業所のウッドデッキや駐車場での外気浴、近隣のスーパーやドライブでのお花見など、外出できるように努めています。	
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。	現状お金を所持、使うことへの支援は困難で実施していません。		

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。	電話の希望の際にはご家族の忙しい時間帯を考慮し原則17時までとしています。ご自分でかけられる方もいますが、出来ない方に対しては職員が支援します。手紙は依頼された時にはポストへ投函したり住所の確認はしています。		
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。	清潔を心がけ、毎日清掃しています。トイレや居室の場所が分かるようサインを掲示しています。職員主導の室温管理にならぬよう、声かけをし暑さ、寒さを聴くよう務めています。	毎日、清掃専門の職員および介護職員により清掃が行き届いています。季節感を感じられるような装飾を心掛け、席やテーブルの配置などは利用者の状態や関係性を考慮し、室温は利用者聞きながら快適に過ごすことができるように努めています。	
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。	ソファやテーブル、椅子の配置に気を配り、共用の部分でも他入居者の動向が気にならないよう配慮しています。食事の席順も入居者の関係性を顧慮し配置しています。		
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。	入居時にご自宅で使っていたものを持参いただいています。ご家族、ご本人と相談し、衣類の整理、家具の配置など状況により対応しています。	自宅で使用していたものをはじめ、本人や家族の好みの品々を自由に持ってきてもらっています。また、利用者の状態に応じてベッドの位置を変えるなど、安全にも配慮しています。各居室には広い収納クローゼットを設置しています。	
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。	目配り、気配りを駆使し、全てを職員の介助で行動することをさげ、家具の配置、手すりの利用などご本人が自力で移動成し遂げることにより、ストレスなく生活できるよう務めています。		

事業所名	ホームフレンド 辻堂
ユニット名	2階ユニット そよかせ

V アウトカム項目	
56 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者の
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいの
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいの
	<input type="radio"/> 4, ほとんど掴んでいない
57 利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	<input type="radio"/> 1, 毎日ある
	<input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3, たまにある
	<input type="radio"/> 4, ほとんどない
58 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 4, ほとんどいない
59 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 4, ほとんどいない
60 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 4, ほとんどいない
61 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 4, ほとんどいない
62 利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 4, ほとんどいない

63 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての家族と
	<input type="radio"/> 2, 家族の2/3くらいと
	<input type="radio"/> 3, 家族の1/3くらいと
	<input type="radio"/> 4, ほとんどできていない
64 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	<input type="radio"/> 1, ほぼ毎日のように
	<input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3, たまに
	<input type="radio"/> 4, ほとんどない
65 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えています。 (参考項目：4)	<input type="radio"/> 1, 大いに増えている
	<input type="radio"/> 2, 少しずつ増えている
	<input type="radio"/> 3, あまり増えていない
	<input type="radio"/> 4, 全くいない
66 職員は、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての職員が
	<input type="radio"/> 2, 職員の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 職員の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 4, ほとんどいない
67 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 4, ほとんどいない
68 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての家族等が
	<input type="radio"/> 2, 家族等の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 家族等の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 4, ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている。	地域に根づいた活動を意識し、入居者ひとり、ひとりが住みなれた馴染みのある環境で安心して暮らせるよう、職員一同情報を共有しケアにあたっています。		
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。	夏祭り、盆踊り、小学生の訪問受け入れなど、地域の行事には積極的に参加すると共に、日々の散歩でも積極的に挨拶を交わすよう務めています。		
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。	日々の暮らしを地域の皆様に見ていただけるよう、ホームでの催しを案内板に掲示し、参加いただけるよう案内しています。		
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2ヶ月に1回開催しています。頂いたご意見、ご要望は毎月のユニット会議で報告をうけ、実施可能な範囲を精査のうえ毎日のケアに生かせるよう努力しています。		
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。	藤沢市開催の研修会に積極的に参加しています。また提出物などは直接介護保険課へ出向き行政とのつながりをもつよう留意しています。		

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。	身体拘束を行った事実はありませんが、万が一入居者の安全が脅かされる事態が発生した場合にも、家族とよく話し合い、拘束をしないケアを継続する方法を見出します。		
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注意を払い、防止に努めている。	虐待の事実はありませんが、場合によっては虐待ととらえられる言葉使いについても厳しく注意しています。入職時に防止マニュアルを用い研修しています。		
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。	成年後見人制度を利用している入居者はいませんが、今後発生した場合に備え外部研修の機会があれば参加し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。	十分な説明、入念なお互いの同意を確認し、納得いただいた上で契約の締結を行っています。		
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。	家族会や意見箱などの設置はありませんが、ご家族が面会のさいに遠慮なく意見、要望が言い出せるよう、職員が積極的に接客するよう務めています。		

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
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1回のユニット会議を開催し、意見の交換、反映を行っています。また日々の業務の中でも意見、提案を交換できるよう務めています。		
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。	年二回の人事考察を行い、職員の力量、を意識するよう務めています。		
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。	法人内研修、外部研修への参加を推奨しています。研修内容についてはユニット会議の際に発表の場を設け、情報の共有を心がけています。		
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。	管理者より藤沢市グループホーム連絡会の報告を受け、同業者の運営、ケア方法などを学んでいます。		
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。	入居前の見学、面談の際に、ご本人のニーズを聞き取り、介護計画に生かし安心して生活していただけるよう務めています。		

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
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。	入居前の見学、面談の際に、ご本人のみならずご家族の困っていることやニーズを聞き取り、介護計画に生かし安心して託していただけるよう務めています。		
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。	入居前面談の際、ご本人の状態、ご家族の要望の情報を収集し、職員でケア方法を話し合い介護計画へ反映させています。		
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。	共に生活する仲間という意識を常に持ち、協力し合える関係作りを心がけています。		
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。	ホームでの行事に積極的にお誘いし、ご本人、ご家族、職員それぞれの立場が孤立しないよう務めています。		
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。	ご家族の面会や、電話の使用時間の制限をせず、柔軟な対応を心がけています。通院、理美容などのへの外出も可能な限り対応しちます。		

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。	認知症という特性上入居者同士がコミュニケーションを取ることは困難な場合が多々ありますが、職員が間にはいり円滑に進む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。	退去後も相談に応じることが出来る事を説明しています。ホームへの来訪も受け入れています。		
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。	ご本人の状態の変化に柔軟に対応すべく、常に要望、意向を聞く体制を整えています。		
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。	入居前面談での情報や入居後のご本人の談話、家族からの情報を職員間で共有し、日々の生活に取り入れられるよう務めています。		
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。	日々の職員間の申し送りによる情報の共有、記録による日々の変化現状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アを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	職員一人ひとりが情報を発信し、現状の把握、状態の変化に気付ける努力をしています。必要に応じ主治医、看護師とも話し合い介護計画に取り入れています。		
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。	毎日の記録で小さな変化、言動もとらえられるよう細かく記載するようしています。記録は常に閲覧、開示できるようにしています。		
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。	ご本人の状態、ご家族の要望に柔軟に対応できるよう、訪問マッサージ、福祉用具、訪問診療などへの連携も行っています。		
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。	介護相談員の受け入れをしています。また、ご家族紹介のボランティアも受け入れ、毎日の生活変化がもてるよう務めています。		
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。	入居前のかかりつけ医の継続を希望される場合はご家族に協力いただきながら通院していただいています。状況により、往診医への変更も可能です。主治医、ご家族の連絡は職員が責任をもって行います。		

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。	常駐看護師は居りませんが、訪問時には細かく報告をするよう務めています。訪問診療看護師についても同様に日々の状態を報告を致します。		
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。	ご家族と病院との連絡を常に行い状況を正しく把握し早期退院への体制づくりに努めています。入院中も面会をこまめに行い状態の把握に努めています。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	入居時に終末期ケアの受け入れについて説明しています。状況により、ホーム職員により出来る事、できない事を明確にし、ご家族の要望と重ね合わせ、お互いに納得のいくケアができるよう務めます。		
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。	救命救急講習会に参加しています。緊急時の連絡体制を整え、連絡網を作成しています。		
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。	定期的な防災訓練を行っています。地域との連携は取れていませんが今後協力できるよう働きかけをしたいと思います。		

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。	声掛けの際、声の大きさ、言葉選びをひとり一人に合わせ、背景、時間、場所を考慮し行うよう心がけています。		
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。	言葉による表現のみならず、表情、仕草から思い、希望を汲み取れるよう務めています。またその情報は職員間で共有するよう報告しあっています。		
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。	入浴や散歩など職員の意見が主導にならないよう、常に意向を聞き希望に沿えるよう努力しています。		
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。	毎日の整容に気を配り、季節に合った衣服を着ていただけるよう衣類整理も含め支援しています。入浴の際も衣服を選べるよう言葉掛けをしています。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	一方的な食事の提供のみにならぬよう、盛り付け、配膳、片付けの手伝いを通し在宅時の習慣の継続も大切にしています。季節ごとのお楽しみメニューを取り入れています。		

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
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。	食事摂取量、水分確保量については一日ごとの一覧表に記入し、これを基に、状態の変化に対応し、飲み物、食事形態の変更をしています。		
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。	毎食後声掛け、誘導し口腔ケアを実施しています。状況により、仕上げ磨き、ガーゼによる口腔内拭き取りをしています。		
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。	一日の排泄パターンを把握できるよう、一覧表に記入し、これを基に声掛け、誘導の時間を決めています。オムツ使用の方も日中はトイレを使う機会を設けています。		
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。	主治医、看護師と相談の上下剤の調整を行っています。自然排便を促進する為に飲みものも、食べ物、運動を組み合わせ、オムツ使用の方にもトイレを使用する機械を設けています。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	業務都合上日中のみでの入浴しか対応できませんが、週二回以上の入浴ができるよう務めています。入浴時も会話、声かけを重視しゆっくり楽しんでいただけるよう配慮しています。		

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。	職員の都合により就寝時間を決めないよう留意しています。居室内の温度、照度にも気を配り、安眠できる環境づくりに努めています。		
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。	内服薬内容はいつでも確認できるようファイルしてあります。薬の変更がある場合は口頭と記録で申し送りします。服用による変化も主治医、ご家族に連絡することを徹底しています。		
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。	ご本人やご家族からの情報を基に、ひとり一人が役割をもって日々活動的に生活できるよう支援しています。状態の変化により叶わない場合も散歩、会話などにより気分転換でき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。	入り口の施錠をせず、出入りの制限をしないよう努めています。全ての希望にこたえることは困難ですが、ドライブ、近隣への買い物など実施しています。遠方への外出はご家族の協力をお願いしています。		
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。	現状お金を所持、使うことへの支援は困難で実施していません。		

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。	電話使用の時間、頻度の制限を設けていませんが、現状使用される方は居りません。郵便物は速やかにご本人にお渡ししますが、ほとんどはご家族が持参されます。		
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。	清潔を心がけ、毎日清掃しています。トイレや居室の場所が分かるようサインを掲示しています。職員主導の室温管理にならぬよう、声かけをし暑さ、寒さを聴くよう務めています。		
53		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。	ソファやテーブル、椅子の配置に気を配り、共用の部分でも他入居者の動向が気にならないよう配慮しています。食事の席順も入居者の関係性を顧慮し配置しています。		
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。	入居時にご自宅で使っていたものを持参いただいています。ご家族、ご本人と相談し、衣類の整理、家具の配置など状況により対応しています。		
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。	目配り、気配りを駆使し、全てを職員の介助で行動することをさげ、家具の配置、手すりの利用などご本人が自力で移動成し遂げることにより、ストレスなく生活できるよう務めています。		

平成28年度

目標達成計画

事業所名 ホームフレンド 辻堂

作成日： 平成 29 年 3 月 10 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	13	災害対策における避難訓練において、火災を想定したもの意外では現在に行っていない。自然災害（水害・地震）等の訓練は行っていないので、昨今の状況を見ると訓練が必要。	水害、地震津波を想定した訓練を行う。	東日本大震災が過去のことになりつつあり、昨年の岩手県でのグルホの災害もあり、自然災害に対する備え、避難を周知していく。	3ヶ月
2	2	地域とのかかわりは、夏祭り時の駐車場の提供や小学生訪問の受け入れは行っているがその時だけで、引き続き地域の方や小学生が訪問してくれるようにはなっていない。	地域の方が気軽に立寄っていただけるようになる。	入り口前にイーゼルを設置しホームでの行事のお知らせ等を出したり、認知症サポーターが居る旨の掲示をしています。子ども110番も検討しながら、地域の方に来ていただけるようにしていく。	12ヶ月
3	6	行事の際に撮影した写真は個別にご家族にはお渡ししているが、全体の雰囲気や様子を伝えられない。	ホームのお便りの発行。	小規模多機能も併設しており、合同で行うレク等もあるので、グルホ単独でなく小規模も含めた全体で発行出来るする。	6ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月