

平成27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	1473200457	事業の開始年月日	平成13年7月1日
		指定年月日	平成13年7月1日
法人名	有限会社横浜ソフトケアサービスセンター		
事業所名	フレンディ本宿		
所在地	( 241-0023 ) 横浜市旭区本宿町18-14		
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	9名
		ユニット数	1ユニット
自己評価作成日	平成28年1月6日	評価結果 市町村受理日	平成28年4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)】

入居者9名のこじんまりしたグループホームです。自立支援を進めながらの生活リハビリと規則正しくメリハリのある日常生活に力を入れ、大きな行事は年に数回程度計画します。自立支援として出来る事は些細な事でも自分でやって頂き個々の状況に合わせてお手伝いは出来る人で分担。生活リハビリは建物の構造を活かし階段の昇り降りを足の筋力維持の為に。日常生活は食事・お茶・おやつは全員でテーブルを囲み団欒を兼ね一緒に時を過ごし、それ以外の時間は好きな所で好きな事をして過ごす家庭的な共同生活。行事として入居者が楽しめる様な美味しい食事とちょっとリッチな旅行気分を味わえるようなバス旅行を年に1度企画。

### 【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28年2月17日	評価機関 評価決定日	平成28年4月1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)】

事業所は相鉄線鶴ヶ峰駅から徒歩15分の閑静な住宅街にあるグループホームです。木造2階建ての建物で、1階は食堂、リビング、キッチン、浴室などの共有スペースで、2階は9つの居室になっています。リビングからは小学校の校舎と校庭が見え、子ども達の元気な姿を眺めることができます。車いす対応のエレベーターが設置されています。

<優れている点>

理念を毎年1月に職員全員で話し合い、新しいものに変えています。今年の理念は「入居者個々の出来ることを把握し、より良い自立支援の実施をこころがける」としています。自立支援を実践し、自分でできることは見守り、残存能力を活かす支援を行っています。防災訓練は年3回行い、そのうち1回は夜間想定避難訓練で、消防署も立ち会っています。近隣には、グループホームの説明と防災訓練への参加依頼のチラシを100部配っています。今年度は配れませんでした。避難訓練には5名の近隣住民の参加があり、協力体制の構築に取り組んでいます。自治会との関係もよく、昨年夏、暗かった事業所前の道路に街灯が設置され、安全に過ごせるようになっています。

<工夫点>

2階に居室があるため、利用者は階段の昇り降りでも下肢筋力を鍛え、生活リハビリになっています。車いすの利用者も出来るだけ手引き歩行で歩く練習をしています。

### 【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	フレンドィ本宿
ユニット名	フレンドィ本宿

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。	自立支援を念頭に置き時間が掛かってもできる事は本人にやって頂く。些細な事も自ら行うことにより生活リハビリとして続けて行かれる。入居者の個性を把握することによりより効果的なケアを提供できるようにと理念を実践につなげるよう努力している。	毎年1月に職員全員で話し合っ、理念を変えています。今年理念は「入居者個々の出来ることを把握し、よりよい自立支援の実施をこころがける」で、自分でできることには手を出さず、残存機能を活かす支援を行い、実践につなげています。	
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。	地域住民として避難訓練等を実施する時には自治会やホーム周辺の住民宅にチラシでお知らせし参加者を募っている。	自治会に加入して、地域の情報は得られています。自治会長が交代して地域との連携が深まっています。自治会の防災訓練に利用者、職員が参加し、震度7の耐震車の体験もしています。ホームでの夜間想定防災訓練には地域住民5名の参加もありました。	
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。	入居者の知人友人が面会に来た時にびっくりさせない為今の入居者の状況を簡単に説明したり運営推進会議を通し地域住民の理解を得るよう努力している。		
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。	サービス状況の報告や変化についての意見等聞くように心がけている。他事業所の管理者に意見を求めたり実施している事柄を詳しく聞きサービスの向上に努めている。	運営推進会議は2ヶ月に1回開催しています。メンバーは入居者代表、自治会長、地域包括支援センター、他事業所管理者、管理者が出席しています。地域との情報交換を積極的に行い、夜間暗かった道に街灯を設置してもらうことが実現しています。	
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。	保護担当者へは変化や必要な事等の連絡相談をしたりグループホーム連絡会での交流を利用し協力関係を築くよう取り組んでいる。	区の介護保険課には家族に依頼され、介護保険更新書類を提出しています。生活支援課のケースワーカーとは福祉用具の購入時や通院する時に必要な医療券などで連絡を取っています。旭区、瀬谷区合同のグループホーム連絡会に参加しています。	

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。	入居者の所在確認を徹底し玄関の施錠は基本的にはしないようにしている。現在入居間もない入居者が落ち着かない状態の為ご家族に事情を説明し理解を得ている。	日中、玄関の施錠は行っていません。また、1階、2階のユニット間も自由に行き来できるようになっています。身体拘束排除マニュアルがあり、職員は弊害を理解しています。契約書、重要事項説明書にも身体拘束をしないことを記載しています。	
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注意を払い、防止に努めている。	入居者の観察を行いながら身体・精神の変化を見逃さないように注意を払っている。何気ない言葉でも虐待を疑われる場合がある事を理解し防止に努めている。		
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。	必要に応じて活用を考えたり家族に相談したりし実践で学ぶ機会を得ながら支援できるよう努力している。		
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。	面談の時に不安や疑問等話を聞き説明を行い入居までの間は電話等で疑問点に応えられるよう時間をつくり納得を得られるように努力している。		
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。	入居者や家族へは直接言って欲しいが言いにくい事は本社や役所等に相談する所がある事を伝え直接話し合いの場を設けたり意味を詳しく説明したりする機会を作っている。	重要事項説明書に内部相談窓口、外部相談窓口が記載されていて、入居時に説明しています。玄関にも貼ってあります。ケアプラン作成時、見直し時には本人から意向を聞き、家族に来所してもらって、意見、希望を聞いています。	

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
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。	年に2度程度ヘルパー総会を開催し社長以下が一堂に会する機会が設けられている。	年2回、法人主催の「ヘルパー総会」が開催され、その際、法人代表が直接職員の意見を聞く機会が設けられています。管理者も職員の意見を聞くようにし、職員の意見をまとめて法人へ伝えることもあります。	
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。	各自が向上心を持って働けるよう環境等を整備していけるよう努力している。		
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。	本人の希望により研修等に参加することが出来る。		
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。	グループホーム連絡会や交換研修を通じサービスの質を向上させる取り組みをしている。		
<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。	声掛けを頻繁に行い孤立感を与えないように本人の要望を聞き不安を取り除けるよう信頼関係を築く努力をしている。		

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
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。	家族等が困っている事感じている事等に耳を傾けご本人の様子を細かく伝えることにより良い関係を作れるよう心掛けている。		
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。	本人と家族の必要としている支援を提供できるように努めている。		
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。	入居者個々にできる事は何でもやって頂き日常生活を一緒に過ごしている実感を味わい共同生活を送っている。		
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。	ご家族にも行事等参加できるものには参加を促しホームの一員としてご本人や他の入居者の理解を経られるよう努めている。		
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。	面会の連絡があればいつでも対応させて頂きご本人の要望があればこちらから連絡することもさせて頂き支援に努めている。	知人が来訪して、居室やリビングで話をしたり、好きな食べ物を持参し、一緒に食べて過ごすことがあります。また、友人、知人の電話を取り次ぎ、関係性の継続支援をしています。近隣の商店に職員と一緒に買い物に出掛けています。	

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
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。	色々できる人が出来ない人のお手伝いをし支えあって日常生活を送れるような支援に努めている。		
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。	必要に応じて相談や支援を提供できるよう努めている。		
<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。	個々の思いや意向を把握するよう努め本人にとって何がここで出来る最善な事かを考え検討している。	話の中から希望を聞いています。意思表示が難しい場合は、表情、生活歴、家族の話などから判断しています。ケアプランを作成する時、管理者が暮らし方の希望を聞いてケアプランに採り入れています。	
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。	個々の生活歴や状況・サービス利用の経過等の把握に努めている。		
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。	心身の状態・できる事等の変化の状況を把握でき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
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。	何でもやってあげる事は簡単だが声掛けの仕方を変更して促す事により自分でできる事はたくさんある為残存能力を引き出せるような現状に即した介護計画を作成している。	ケアプランは管理者が作成しています。作成に当たって入浴、排せつ、食事などに関わっている職員の意見を聞いています。本人には「ここでの生活の希望は？」と聞いてケアプランの本人希望欄に本人の言葉で記入しており、分かりやすくなっています。	
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。	できる事が日々変化している方等記録することにより情報共有ができ介護計画の見直しに繋がっている。		
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。	入居者の状況は日々変化しており臨機応変に柔軟性をもってサービスの実施に取り組んでいる。		
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。	本人が安全で豊かな暮らしを楽しむことができるように支援している。		
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。	個々の状況に応じ外来受診したり入居前からの主治医の往診を受けたり通院したりその人や家族の意向に合わせてできる範囲で支援している。	入居者は全員事業所の主治医に切り替えています。主治医の往診は内科月2回、歯科は半年に1回ですが、必要時に随時来ています。皮膚科・眼科は通常、内科主治医で対応しています。緊急時には救急病院で対応しています。	



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。	現在訪問看護を利用していない為直接かかりつけ医に相談している。		
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。	その人の状況に合わせ極力短期で退院できるように医療関係者と連携し関係を深めながら対応している。		
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。	入居時に家族に説明し変化がある毎に面会を利用し話し合いをするよう心掛けている。	終末期は基本的には対応していません。契約時に口頭で説明し、了解を得ています。重度化への対応は事業所で可能な限り支援に努めています。	重度化や終末期の事業所の対応について、契約時に書面をもって説明、交付されることが期待されます。
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	新しく入った職員には口頭でやり方を教えたり1年か2年置きに消防署の心肺蘇生講習をホームで行っている。		
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。	運営推進会議の夜間想定避難訓練やホームで年2回行う消火訓練等で身につけられるよう努力している。	避難訓練（地震も含め）は年3回実施し、夜間想定訓練の際は消防署の立ち会いで行っています。訓練の際に近隣から5名の参加者が協力しています。備蓄は食料と水3日分あり、現在食料は切り替え準備中です。訓練の際は近隣に100部の案内を配布しています。	備蓄に関して品種、数量、賞味期限などを明記したリストを作成し管理されることが期待されます。

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
<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。	ひとり一人の性格や特徴を見極め人格を尊重し誇りやプライバシーを保てるような声掛けを心掛けている。	排泄時のドアの開閉（アコーディオンカーテン使用）、入浴時の介助について、入居者の尊厳を損わないよう細心の注意をしています。入居者への呼び名は名字にさん付けを原則としています。一人ひとりの個人ファイルは事務所で施錠管理しています。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。	入浴後の飲み物を選んで頂いたりその人なりの楽しみを続けて頂いたりと日常生活の中で支援している。		
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。	一人ひとりのペースを大切に時間がかかっても自立した行動や介助のない行動を送って頂きなるべく希望に沿った暮らしができるよう支援している。		
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。	髪形や好みの服装等本人の意向に合わせるよう支援している。		
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。	月に1度外食に行っていたが体調が悪い入居者がいる為行けなくなり外食では中々食べられない釜めし等出前を取って楽しめるよう工夫している。料理を作りたいがる入居者はいないが食器拭きや収納は好きな方がいるのでその流れで全員にお手伝いして頂いている。	食材や献立は外部に委託しています。調理は入居者の形態に合わせて職員が作って提供しています。行事食や特別食は献立に反映し楽しみとなっています。地域のレストラン（数か所）へ外出を兼ねた外食の機会を作っています。入居者は下膳や食器洗いなど、自らできることをしています。	

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
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。	栄養士作成メニューに従って調理し食の細かい人には少なめに準備し毎食残さず食べられるよう配慮している。入居前に朝食を食べる習慣のなかった方にも少量ずつ食べて頂く事で他入居者と同量食べれるようになって頂いたり自然な支援を実施している。		
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。	定期的に歯科往診を受けられるよう手配し毎食後の歯磨きを実施している。自分で出来ない場合は職員が仕上げにブラッシングをしたりと支援している。		
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。	リハパンを使用しているも定期的にトイレの声掛けをしたりその人に会った時間で誘導したりと支援を実施している。	一人ひとりの排泄チェックでパターンを把握し、声掛けしてトイレまで誘導しています。後は自力での排泄を促し、自立に向けた支援をしています。失禁者には自尊心に配慮し、さり気なく声を掛けて、トイレに案内しています。	
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。	下剤を使用する入居者で甘酒が体質に合いご本人も好物で水分補給のお茶をあまり飲めない時やティータイム・おやつのお茶の代わりに飲んで頂き下剤の使用回数が減っている。他には本人の意向を取り入れ色々試している。		
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。	入浴の自立者で時間をかけて入る方はせかさなくて済むよう午後に入って頂いたり午後に入れない時は翌日にして頂いたり状況によりゆっくり入って頂けるよう支援している。	原則週2回としていますが、時間や回数希望には柔軟に対応しています。入浴の嫌いな人には声掛けの工夫をしたり、相性の合う職員が入浴を促しています。無理強いはしていません。季節のゆず湯や菖蒲湯、入浴剤で楽しむ工夫をしています。	

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。	体調等により居室で休んで頂いたりご自分の意思で入室したり夜間は入床までに時間のかかる人から声掛けしたりとゆっくりと休んで頂けるよう支援している。		
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。	薬の説明書はいつでも見られる場所に保存し気になることはその都度確認できるようにしている。変化が見られた時には薬の変更等確認に努めている。		
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。	日々のお手伝いに好きな事を好きな人をお願いしたりできる事を皆様でやって頂いたり役割分担をしている。楽しみ事としては外に出るのが好きな方に買い物に同行して頂きカートや荷物を運んで頂いたりしている。		
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。	どこかへ行きたいと希望される入居者の方があまりいないので買い物程度ですが希望がある場合や是非連れて行って見たい場所がある場合は外出の計画を立てるようにして支援している。	天気がよければ毎日散歩している入居者もいます。地域の数ヶ所あるファミリーレストランへ外食・外出の機会を作っています。散歩や外出の際は車いすの入居者も行っています。季節の花見やいちご狩りなど楽しい企画も実施しています。	
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。	本人の希望や必要な人には自己管理でお小遣いお渡しして支援している。		

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
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。	希望がある場合は電話や手紙のやり取りができるように支援している。		
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。	共用スペースは邪魔な物を置かず疲れたら座れるように所々に椅子を置いて少ししか歩けない入居者にも歩行しやすくしている。リビングの窓はカーテンを全部開けて外の景色を眺められるようにしている。	建物は高台にあり、食堂リビングは1階で開口部も広く、眺望の良い明るい共用空間です。ゆったりとしたソファやテレビがあり、いつでもくつろぐことができます。浴室の更衣室にはストーブを備えヒートショックを防いでいます。2階居室フロアの廊下にもソファが備えてあります。	
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。	ソファやテーブル席に自由に動いて頂きその時の気分で座る場所を変えたり少し離れて一人で過ごしたりできるように工夫している。		
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。	大切にしている物や思い出の品を持って来て頂きドアを開けると自分の部屋とわかるようにしている。ご本人とご家族でその人らしい部屋を作って頂き居心地よく過ごせるよう工夫している。	居室にはエアコンや照明、カーテン、クローゼットの備えがあり、ベッド他は持ち込み自由となっています。テレビやタンス、写真など入居者の思い思いの家具や調度品を揃え、居心地よく過ごせる配慮をしています。富士山が望める居室もあります。	
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。	建物の構造上階段が狭く両手で手すりにつかまり上り下りができるようになっていた為手引き歩行をしている入居者も階段昇降がいつまでも自立して行えている。		

平成27年度

## 目標達成計画

事業所名 フレンディ本宿

作成日： 平成 28年 4月 12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	12	重度化や終末期に向けた方針。入居契約時に口頭での説明のみで、ターミナルを行っていない。	入居契約時に書面での説明を加える。	現状でターミナルを行う事ができないとの内容を書面にして、説明の時に加える。(4月入居時より実施している。)	1ヶ月
2	13	備蓄は食料の方が切り替え時で、うまく補充できていなかった。	1年前から切り替えの準備に入り、常に数量を確保できるようにする。	長い間保存できる物を準備し、管理表を作成する。	2ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月