

平成26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18年4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	☐ 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
		通い定員	名
	☒ 認知症対応型共同生活介護	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27年1月14日	評価結果 市町村受理日	

基本情報リンク先 <http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wp/IDetails.aspx?IGNO=ST1472201951&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)】

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し、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ひます。

【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 神奈川県藤沢市鵠沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成27年2月16日	評価機関 評価決定日	平成27年5月7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)】

ホームは藤沢駅、善行駅、及び湘南台駅からバスにて北の谷バス停下車徒歩3～4分の住宅街に開設し10年を迎えています。運営母体は地元辻堂に本社を持つ(有)湘南ホームフレンドであり、湘南地域に地域密着型介護施設、訪問介護、デイサービス等の事業を展開しています。法人の経営理念は「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」としています。

<優れている点>
ホームの理念である「共同生活の輪の中で『安定』した暮らしの実現」を実践しています。外部評価訪問の時、利用者と食事をした際の光景で、リビングでは2つ並んだテーブルの周りに90代後半の利用者が7人ほどが集まって、会話を楽しんでいます。話題は、嫁ぎ先の舅や姑さんの思い出話であり、姑さんに褒められた昔の思い出をにこやかに話している人もいました。日頃のホーム長や先輩職員の指導の下に介護の基本を学習し「理念の実践」に向け、力を合わせている職員の工夫も見られます。

<工夫点>
認知症高齢者の「介護の在り方」について、内部研修を充実化しています。ホーム理念の実践に向け、特に ①利用者の行動には、それなりの意味が有り、その行動を理解する ②利用者の特質をよく把握し、過剰な介護は避ける ③介護と業務を峻別し、介護を優先する、等があり、利用者の状態を把握するため管理者も夜勤についています。なお、職員個々の研修成果も把握しています。

【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)		1, ほぼ全ての利用者の
		レ	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)		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)	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)	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)		1, 大いに増えている
		レ	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)	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。		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
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。」を共有し、各フロアにて実践しています。	ホームが目指す理念(略記)は ①家庭的で「安心」できる環境 ②「安全」で自立を助けるケア ③共同生活の中で「安定」した暮らしの実現、としています。着任後ホーム長は認知症の特質を踏まえ、職員への指導や行動指針について何時も話し合っています。		
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。	地域の祭りやイベント、敬老会等への参加。日々の散歩を通して、近隣の方々と挨拶や会話を交わし、顔を覚えていただく交流を持っています。又、毎月同じボランティアが入り、馴染みの関係を築いています。	自治会に加入していますが、地域との交流は、音楽ボランティア、中学生コーラス、公園での保育園児との交流等お楽しみ会の交流に留まっています。3月下旬には自治会総会が予定されており、今後は、より前向きな方向で総会に臨む事としています。	地域密着型の介護サービスに位置付けられているホームの特質に配慮し、防災・消防訓練等を含め地域住民との積極的な交流が期待されます。	
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。	挨拶や会話の際に、相談をされる方がいるので、その際には対応方法であったり、介護する方の気持ちの持ちようや考え方等のアドバイスをしています。			
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 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。	話し合いを受けて、見直し・修正は即時取り組んでいます。	平成25年度は「外部評価の実施回数」の緩和に係る申請書を市に提出し、緩和措置が認められたため、平成25年度は外部評価を実施していません。今年度は 第1回目の運営推進会議を2月に開催し、最近の運営状況を報告しています。	運営推進会議はホームの運営について、外部の人々の理解と支援を得る貴重な機会であり、藤沢市の条例（第46）を参照し構成メンバーや実施頻度についての検討が望まれます。	
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。	介護保険の更新や家族からの相談など必要に応じて市町村担当者と連絡を取り合い対応しています。	ホーム長と市の担当者とは、利用者の介護保険の更新処理の時や事故報告の際に連携を保っています。また、地域のグループホーム連絡会の際に市の担当者や地域包括支援センター職員が参加しており、その際、それぞれ交流を図っています。		

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。	禁止の対象となる具体的な行為に関しては、毎年研修受講、又は事業所内研修を行い、正しい理解に努めています。又、それを基に身体拘束をしないケアに取り組んでいます。逆に、身体拘束をする場合の書類の煩雑さも理解できています。	権利擁護に関する研修を法人本部の主催で実施しており、その中で虐待防止や身体拘束の防止について、ホームの代表者が受講しています。ホーム内では受講者がユニット会議の場で、他の職員へ周知し、共有しています。ホーム内では身体拘束は行っていません。	
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、又は事業所内研修を行っています。排泄介護時や入浴時の身体の観察やご本人からの痛みの訴えや皮膚の変化には、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。	上記同様、毎年の研修受講や事業所内研修において学び、実際に制度活用につなげています。		
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。	入居時や退去時、ケアプランの説明と同意をいただく際に時間を設け、本人とお家族様が理解・納得できるような説明を心がけています。		
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。	ご家族面会時に現状と対応を報告・説明し、意見や要望を聞いています。いつでも連絡をとれるよう対応しています。介護相談員のシステム導入により、外部者へ、意見・要望が表せています。必要に応じては、医師・看護師を交えたカンファレンスで希望や意見を汲み反映させています。	窓口への苦情相談や玄関のご意見箱を通じての意見等は有りません。直接、ホーム長に親の介護に関する助言を求める家族が有り、丁寧に対応しています。なお介護相談員システムを導入しており、毎月相談員が訪問していますが、その結果は残されていません。	

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
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、スタッフ会議を開催し、ご入居者に関する内容・業務の見直し・研修等の議題で意見交換や提案を出してもらい、日々見直し、反映させています。	職員の意見は毎月のスタッフ会議にて出し合い、改善を進める仕組みができています。改善例は食事などの工夫による下剤の減少対策 アンケートによるクリスマスの飾りや照明方法 消耗品の適正な発注方法の改善等があり、リーダーは改善に積極的です。	
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。	事務所内に研修や勉強会の情報を開示し、日々の申し送り時等に知識の重要性盛り込み、向上心に働きかけています。年2回の人事評価を2名で行い、偏りを防いでいます。人間関係の構築にも注意し、ハード・ソフト面等も個別面談で把握・指導し整備に努めています。		
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。	身体介護には、性差や体格が大きく影響するため、現場において技術指や、注意喚起を個別に行っています。上記したように、研修受講の機会は常時オープンにし、業務の一環として受講してもらっています(休みを希望する場合は本人の意向に沿って対応しています)。		
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。	同業者と交流する場を提供することで、情報の共有やサービスの質の向上につながるような取り組みをしています。		
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。	インテーク段階での事前聞き取りを参考にし、様子観察をおこなっています。又、初期の段階から全スタッフがご本人からの聞き取りを心がけ、その情報を基に、問題の明確化と対応をスタッフで話し合い、ご本人に”もう大丈夫”という形で、戻しています。		

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。	インテークの段階で、その時の気持ちや思いを聞きだし、整理し提示します。その際、こちらが取るであろう対応方法等も説明し、そこでも要望を聞き、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。	事業内容から、他のサービスとなると、インフォーマルサービスの導入が考えられます。地域との交流やイベントの説明、参加の了解を取り付けると同時に、家族の参加・関わりが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うたっています。		
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。	家事を一緒に行い、自分で出来る事は自分で執り行っている。又雑談の中に、どんな食事を作るか？やどこかに遊びに行こうか？等々の相談を交えて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。	状態に変化が見られた時や、状態への対応が厳しいと感じる時などは、こちらの本音の一部を家族にお伝えし、家族でなければ支えられない部分があることを、話し合って絞り込んでいます。引き受けてくれる事は、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。	面会であつたり、家族との外出、又は聞き取りにより好きな店へ出かけたりという支援は出来ています。が、本人の記憶に無い事も多く、時にはトラブルにもつながるので、慎重を期しています。	面会や家族と一緒に外出支援の他、好きだったお店への同行支援により関係の継続に努めています。手紙を書きたい人や年賀状の返信の支援もしています。また、発行を休止中の、利用者の生活状況やホーム行事などの「家族へのお便り」を復活する予定です。	

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
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ご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。	食席を工夫したり、同レベルの方同士でのアクティビティ等で関わりを持って頂いています。視覚や聴覚の障害のある方は、スタッフが介入し、補うことで関わりを維持できるよう支援しています。家事仕事でも、出来る、出来ないをお互いにカバーし合っています。		
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。	入院し、予後より利用継続が困難になり終了される方が大半です。その際電話連絡で様子を伺ったり、こちらからの情報提供を行うことで、フォローしています。又、家族の相談や更なる予後（恐らくの話）の意見をつたえ、気持ちを支援するよう努めています。		
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。	自分の思いを伝えられる利用者はほぼ半数です。毎日の対応における話し合いを含めた支援の中で利用者の意向を把握しています。大事なことは個人の「ケア記録」に留める他「心と体のシート」や「カンファレンス記録」に記載し共有化しています。	
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。	本人や家族からの聞き取りを、折にふれ行い、詳細に知る努力は怠らないようにしています。馴染みの暮らし方に関しては、自室に持ち込んで頂く、好きな事を取り入れる等で、変化した環境に慣れるまでワンクッションを置いて対応しています。		
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。	一人ひとりの大まかな1日の流れ、過ごし方、日々の心身状態から、今日はこの時間に〇〇が出来る、出来ないを判断しています。昨日できて、今日できないは、当たり前になり起き得ることと理解し、現状を把握しています。		

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。	家族・本人の思いの聞き取りや、話し合い、チームスタッフの多角的視点による意見（チームメンバーの専門性を活かし）を集めて、現状を見たプランを作成しています。変化が少ない方も定期的なアセスメントで必要に応じプラン変更を行っています。	介護計画は「基本」「医療」「生活」の各情報シートを使用し、本人・家族より聞き取りによる課題把握など計画作成担当者やスタッフ間で検討のうえ介護計画を作成しています。モニタリングは「心と体のシート」を活用し3か月毎にチームで実施しています。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	記録と日々の申し送りで情報を共有し、対応・介護方法に変化をつけ様子をみて対応しています。結果、必要に応じて介護計画の見直しをしています。		
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。	幼児を招いての交流や、地域のイベントを利用、スタッフとマンツーマンでデパートへウィンドーショッピング等一人ひとりの個別対応に心がけています。		
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。	近隣の公園の遊歩道の活用や、車で市内の公園に出向き、四季の花々を愛でながら食事をしたり、近くのレストランへ、歩行訓練を兼ねて歩いて食事に行ったりと、楽しめそうな支援を行っています。今後は市民センター主催の体操教室等の利用も検討中しています。		
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。	現在、2箇所の診療所が往診に関わってくれています。うちだから、ここ。ではなく、両方の特徴を説明し、選んで頂いています。今までの主治医希望の方には、家族同行又はスタッフ同行の受診にも応じています。	2箇所の協力医療機関による訪問診療は、内科・精神科・皮膚科がありそれぞれ月2回、他に歯科医による口腔ケアを週1回受けています。受診情報はミーティング等で共有し、状況により家族へ伝えていきます。入居前の主治医も選択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
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。	3名の看護師が交代でほぼ毎日のように勤務しているんで、気になったことは細かなことまで相談し、処置・往診につなげています。		
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。	入居者様が入院した際は、情報を共有し、連絡を取り合うことで病院関係者との関係づくりを心がけています。		
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・予後に従がい、家族・医療・介護でカンファレンスを行い、ターミナル契約を結んでいます。本人・家族がどこまでを希望されるか、事業所でどこまでできるかを話し合い、方針を決め支援しています。	契約時に「重度化した場合における対応に関する指針」を示し、ホームで対応できる範囲について説明し同意を得ています。重度化した場合家族の意向を確認し、医師の診断、医療、介護でカンファレンスを行い方針を共有しています。看取り事例も数件あります。	
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。	対処が分からない時は、管理者や看護師に電話で指示を貰いながらの対応をしています。初期対応はマニュアル化されています。その都度、振り返りを行うことにより次につなげられるよう対応しています。		
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。	三日分の食料・お水・ブランケット等災害時に必要と思われるものが外の倉庫にあることを職員に周知してあります。また、避難経路も避難訓練を行うことで理解しています。	年2回、災害を想定した「避難訓練計画」を消防署に提出し、訓練の際は利用者也参加で行います。自治会に加入しており、災害に関し協定は締結していませんが、備蓄食や水、生活用品を利用者分の他に地域住民の緊急避難用分を準備し協力体制を敷いています。	

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	
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。	一人、一人丁寧な声掛け対応は出来ているが、24時間共に暮らしている中で、本当に身内のように感じたりすることで、さくばらんな話し方をすることもあります。状況に合わせた、使い分けをしています。	運営規程で「利用者のプライバシーの確保とともに過去・現在・未来の尊厳を維持し…」及び「利用者の自由を尊重し、利用者の意向と家族の意向を尊重し…」と明文化しています。新任研修や内部研修で話し合い、一人ひとりその人に合わせた対応をしています。		
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名が見守りをしながら業務執行し、表情や状態を見ています。又、それ以外のスタッフは、会話を持ち、話を聞きながら業務を進めているため、表情を見て、こちらから振ったり、話の中から想像し問いかけながら、希望や自己決定につないでいます。			
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。	動きたがらない方が多いのが実状です。その中で、各科の往診やマッサージ、面会等があり、意外と忙しくされています。日々のスケジュールは個別なので、結果的にはその隙間をぬって散歩に出たり、歩行訓練をしたりと、個々それぞれのペースで生活をされています。			
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。	元々持ち込まれている衣類そのものがその人の好みであったり、その人らしさを表すものです。ご自分で選べるうちは本人に任せ、選択できなくなれば、職員が選びます。身だしなみがだらしなくならないような配慮は常にしています。			
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。	食事の準備を出来る方は限られている。その中でも、やりたがらない方もいる。が、出来る方には得意の料理の腕をふるっていただいている。下膳や後片付けは、積極的に参加され、職員と一緒に働いている。	職員は入居時のアセスメントを基に利用者の嗜好を把握し調理に工夫をしています。利用者は野菜の皮むきや盛付片付等を会話をしながら職員と一緒にこなしています。季節の行事に合わせた外出や外食を月1回取り入れ、手作りおやつも時折利用者で作っています。		

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、目安の量を明確にし、栄養の偏りが見られる方には捕食を摂っていただく対応等で、個別に食事管理をしています。食事量・水分量は1回1回全てを記録しその時々で量や形状に変化をつけています。習慣に関しては、実施しやすい支援で行っています。		
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。	基本、ご自分で磨いていただいているが、仕上げに歯間ブラシや全体のブラッシング（特にプラーク除去）や舌のウラッシングを介助したりしています。毎夕食後義歯の消毒は必ず実施しています。		
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。	排泄に関しては難しい所もあり、精神的な側面からの頻尿等の考慮もしています。自分でトイレに行ける方は、一部お手伝いをすることがあり、歩行不可の方は、介助にて、立位を手伝いトイレでの排泄を行っています。現在、全員がトイレを使用されています。	排泄チェック表を用いて排泄パターンを把握し個別支援をしています。排泄の声掛けもしますが、その人の行動を観察しトイレサインを職員が把握し支援をしています。排泄はトイレを基本とし声掛けの仕方にも注意を払い、全員がトイレを使用しています。	
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。	個々に合わせた便秘対応をしています。プルーンを召し上がっている方、毎日、乳酸菌入りのドリンクを取り入れている方、水分の目安をきちんと出し、そこまで飲んでいただく方等、可別での対応をしています。		
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。	基本としては、曜日や時間は決めています。が、その時間以外での対応も可能です。又、本人のスケジュールによっては、日時をずらしたりすることにも対応しています。	入浴は基本週2回と決めています。が、状況により柔軟に対応しています。入浴時間を、午前、午後、夕方と幅広く設け外出やクラブ活動参加などスケジュールに合わせて対応しています。ほとんどの人が一日おきに入浴しています。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。	昼食前や昼食後に休まれる方は多いです。眠そうにしている時は、お声掛けをして、臥床静養をしていただくようにしているが、夕食直前や夕方の時間帯は夜の睡眠に支障が出やすいことを話して、ソファ等で、ゆったり座っていただくことで休息を取っ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る。	服薬量の多い方、増えた方に関しては、説明書のコピーをいつでも見えるように起き、必要に応じて確認しています。薬が増えたり変わったときには、様子観察をし医師に報告し、次の処方につなげています。		
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。	自宅でも出来ていた家事に取り組んでいただいたり、趣味でできることをしていただいています。好きなCDを聴かれたり、新聞・雑誌を読まれたりして過ごされています。気分転換には、散歩が好まれています。		
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。	ご家族様が外食や、夜景を観にドライブに連れ出してくださることも多いです。毎月美容院に出かける方もいます。又、地域のイベントで史跡巡りに参加していただく支援を実施しています。	ホームの隣が広い公園で、雨の日以外は散歩に出かけ、地域の人と触れ合う機会を持っています。地域の行事やバザーに参加したり、毎月1回外食の日を設け全員参加しています。今年は自治会の案内で、ウォーキングの会主催の史跡巡りにも参加しています。	
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。	お金の管理が難しい方々が多いです。個人では持っていないのですが、お金の紛失の訴えが多いのが現状です。お金を所持したり使えるような支援は出来ておりません。		

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。	本人では電話がかけられないので、家族の了解を得て、こちらでかけて、本人に代わるようにしています。手紙は届いたものは、本人に（かぞくによっては、先ず家族が送り主を確認してからというケースの有り）、書ける方は、散歩で投函又は、預かって投函しています。		
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。	混乱を避けるために、入浴等は個々の使用別に必要な物だけを準備したりと工夫しています。四季が分かる飾りつけ等も実施しています。	リビングは採光が良く温度、湿度も管理され落ち着いて過ごせる環境です。掃除専門の人がトイレ、浴室、廊下など館内外を清掃し、常に清潔を保持しています。壁にカレンダーや利用者の習字が飾られ、椅子やソファは利用者の行動に配慮した配置をしています。	
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。	テレビボード前にソファを置き、お一人でも2～3人一緒にでも、寛いだり話をしたりする居場所は用意しています。又、テラスとしてウッドデッキが有り、そこに木製のテーブルやベンチを配し、外でお茶や食事も摂れるようにはなっています。		
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。	個室になっているため、ベッドの配置や家具の持ち込みは危険等を考慮・相談して持ち込まれ、自由にいただいています。本人は、使い慣れた物を持ち込まれています。絵や写真等の装飾品も同様に対応しています。	居室は押入れ、エアコン、換気扇、ベッドが設置されています。入居時に持ち込んだ仏壇や写真など、大切な物や使い慣れた馴染みの物を自由に配置し、その人らしい居室づくりをしています。仏壇の線香とローソクは電気式を使用し火と心の安定を図っています。	
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をし、分かりやすくしたり、廊下の手摺や家具の配置で、シルバーカーを使用されている方でも独歩を可能にしています。居室内は本人と家族の希望も有り、安全とは言い切れない部屋も有るが、ADLを見ながら相談・変更をしています。		

事業所名	ホームフレンド 藤沢
ユニット名	2F ユニット

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	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	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	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	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	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	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、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	1	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	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	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	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	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	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	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。」を共有し、各フロアにて実践しています。		
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。	地域のお祭り等に参加し交流を深めたり、近隣の中学校から合唱の演奏会が来られたりと交流しています。		
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。	運営推進会議を実施し地域に認知症の理解をしてもらえるように対応しています。また、介護相談員の受け入れも行っています。		
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。	ホームでの利用者様の状態や今後行っていく行事等の説明などを行っています。		
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。	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担当者と連絡を取り合い対応しています。		

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。	認知症の利用者様が大半の為、各フロアの入り口には電子ロックの開閉ドアがあります。玄関は施錠していません。身体拘束を行わない生活が送れるように対応しています。また、必要に応じてカンファレンス・家族相談を行っています。		
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。	入浴時・排泄時・衣服着替えの際等、職員同士が外傷の確認を行い、皮下出血など見られないかの確認を行っています。		
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。	現在、実施出来ていません。		
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。	入居時や退去時・ケアプランの説明・同意の際には時間を設け、ご家族様が理解・納得出来る様な説明を心がけています。		
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。	現在、そのような場は設けていないが、ご家族さんの要望には応えられるよう常に心がけている。また必要であればそのような場を提供するよう努力していきます。		

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
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。	業務中・会議の場・カンファレンス等を行っている際に職員の意見や提案を聞く機会を設け、今後のホーム運営や入居者様の生活に反映させています。		
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。	残業を極力無くし、定時で帰れるようにしています。賞与前に人事考課を行い、言葉だけでなく賞与でも向上心を持って働けるような対応をしています。		
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。	タイムカードの周辺に地域で行われている研修等を張り出し、職員に興味を持ってもらえるようにしています。また、看護師や他の職種からの研修を実施してもらい、職員のスキルアップに繋げています。		
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。	各ホームで悩んでいる事を本社で行われている会議に参加し情報の共有や、サービスの質を向上できるように対応しています。		
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。	本人からホームでの生活をする上で「したい事・不安に思う事」を聞き、本人の安心を確保する為の関係作りに努めています。また、ケアプランにも反映させています。		

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。	本人がホームで生活してもらう時に家族が「不安に思う事・本人にどのように生活してもらいたいのか？」等を聞き、家族の安心を確保する為の関係作りに努めています。また、ケアプランにも反映させています。		
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。	本人と家族に必要な場合にに応じて福祉用具・マッサージ・歯科往診等他のサービス利用も含めた対応をしています。		
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。	職員は、生活を共にする者としての関係を心がけ、相手の意見に耳を傾けながら接しています。		
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。	ご家族様と一緒に行事に参加したり、面会された際には、日々の様子を説明したり、今後のケアの方向性を聞き、本人を支えていく関係を築いています。		
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。	手紙・年賀状や電話など本人がこれまでに大切にしてきた関係が途切れないように支援し努めています。		

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。	ホームで生活する利用者様の中には独りで静かに過ごされる事を望む利用者様もいます。職員が一步踏み込み声かけ・一部介助にて支え合えるような支援に努めています。		
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。	入院され、退所された利用者様にも職員が面会に行き、これまでの関係を大切に相談や支援を行っています。		
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。	本人の気持ちや意見を配慮したうえで、カンファレス・会議を行いケアプランに反映し支援しています。また、ご家族様には、面会の際などに時間をいただき、意見をいただきプランを作成しています。		
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。	入居契約前の利用者様の情報を本人・家族に聞くとともにケアマネージャーからも教えて頂いております。入居後、訪ねて来られる面会者・本人から更にこれまでの生活など聞き、情報の把握に努めています。		
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。	入居前の一日の過ごし方、現在の一日の過ごし方等、常に職員間で情報を共有し、今のご本人様の状況を踏まえながら対応しています。		

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
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・看護師等の方々と話し合いながら、本人がより良く暮らせるような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。	ケア記録・チェック表等を個別に記録記入し情報共有しながら、実践・介護計画の見直しを行っています。		
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。	個々利用者様・家族に合わせた個別ケアを実施、既存に捉われない、サービスの多機能化に取り組んで対応しています。		
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。	月に一回の地域ボランティアなど来られ、本人が楽しく心身的力が発揮できるように支援しています。		
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。	ご家族様やご本人様が納得の上で、適切な医療を受けられ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
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。	日常生活の中で得た情報や気づきを看護師や他職種の方々と情報を共有し、適切な受診や看護を受けられるよう支援しています。		
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。	入居者様が入院した際に情報提供すると同時に訪問看護師の看護記録なども提出し情報共有・相談を行っています。		
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。	ご本人、ご家族には入居する際にお話を伺っております。実際に重度化してきた際は、協力医療機関等と家族を含めた話し合いを行い、事業所で出来る事を説明しながら方針を共有して、チームとして支援に取り組んでいます。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	看護師と連携を取り合いながら、急変時や緊急時の対応を考え、動き、その振り返りを行うことにより、実践力を身につけています。		
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。	三日間分の食糧とお水の備蓄が外の倉庫に用意してあることを職員が理解しています。避難経路も避難訓練の中で様々な状況に応じて対応できるようにしております。		

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。	利用者様一人ひとりが考えや対応が違う為、プライバシー・尊重・人格を尊重しそれぞれに合わせて損ねない声かけを行っています。			
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。	10時のお茶の時間で温かい物・冷たい物・飲みたい物を個々に聞き、自己決定ができるように働きかけています。			
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。	例) トイレの声かけを行う場合でも本人が同意されない際は本人のペースを大切にし、再度時間を空けて声かけを行ったり、違う職員が対応したりして無理強いをせずに、支援しています。			
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。	入浴後、女性利用者様などに化粧品を用意し個々に合わせて、支援しています。外出の際などは、おしゃれな洋服と一緒に選んだりして対応しております。			
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。	食事の準備や片付けに興味をもったりする方にはやって頂いたり、一人では難しい方には職員と共にやって頂け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
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。	チェック表を作成し、個々に食べる量水分量が把握できるように対応しています。一人ひとりの状態や習慣に応じた支援を行っています。		
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、個々利用者様に合わせた口腔ケアを支援しています。週に一回歯科往診あり希望される入居者様は、家族に了承を得たうえで歯科往診を受けています。		
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。	排泄表を作成し使用することにより、個々利用者様に合わせた排泄の声かけが行えています。トイレでの排泄・排尿の自立に向けた支援を行っています。		
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。	便秘予防の為、プルーン・ヨーグルト・牛乳・飲むヨーグルトを常に用意しておいております。入居者様個々に合わせた予防に取り組んでいます。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	入居者様に合わせた声かけや、タイミングを考慮して対応しております。曜日や時間帯に縛られずに対応できています。		

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。	一人ひとりの様子や状態に合わせて休息したり、安心して気持ちよく寝れるように支援しています。寂しいと話す利用者様には、眠たくなるまでフロアで一緒に過ごしていただいたりして対応しています。		
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。	薬局より、薬と共に薬の副作用等の説明があります。また、薬でわからないことは看護師に聞いたり、カンファレンスの中で本人の現状・現在の服薬で合っているのか？等、話し合う機会を作っています。		
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。	散歩・体操・歌・家事支援など役割や楽しみごとを個々に応じて支援しています。		
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。	日々の散歩や買い物など、個別ケアにて外出支援を行ったりして地域の方々と交流できる場を提供しています。		
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。	職員は、お金を持つことの大切さは理解しているが、現在の入居者様の状況を考えると難しい。現在は、お金の所持や使用する事が出来るような支援を行えていなです。		

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
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。	手紙・年賀状や電話など本人がこれまでに大切にしてきた関係が途切れないように支援しています。		
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。	温度は利用者様があまり寒さ暑さを感じず一定の温度を職員が調整しています。フロアや居室にカレンダーを設置したり、入居者様が常に季節を感じる事が出来る様に工夫して支援しています。		
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。	共有空間では、食事の席など特に固定せず好きなところに自由に座って頂けるよう配慮しています。		
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。	個々の入居者様に合わせた居室作りを心がけ、本人・家族と相談し本人が居心地よく過ごせるように工夫しています。		
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。	個々の入居者様から安心かつ出来るだけ自立した生活を送れる為に、本人の希望や要望を大切にしながら、個別のケアの実施を行っています。		