

平成24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20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 )<br>横浜市旭区本宿町18-14                    |                |            |  |
| サービス種別<br>定員等 | 小規模多機能型居宅介護                                      | 登録定員           | 名          |  |
|               |  | 通い定員           | 名          |  |
| 定員等           | <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 | 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       | H25年1月20日  | 評価結果<br>市町村受理日 | 平成25年4月30日 |  |

事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

|          |  |
|----------|--|
| 基本情報リンク先 |  |
|----------|--|

### 【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)】

入居者の皆様が今出来ている事を少しでも長く続ける事が出来るように自立支援に力を入れています。歳を重ねる毎に出来ない事が多くなっていきますが車椅子が楽に通れるように椅子から立って協力して頂いたり席を移って頂いたり共同生活ならではの関わりを持って日々過ごしています。移乗等必要な時も不安を取り除く為に2人介助を行ったり本人の負担を少しでも軽減できるように工夫しています。ビールが好きな入居者には朝夕問わず「一杯飲みたいな」の言葉で1日に1回ノンアルコールビールを提供したり月に1度外食に行き好きな物を食べて頂いたりと楽しみのある生活が送れるように計画しています。入居者の重度化が進む中で少人数での日帰り旅行も考えています。

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                         |               |            |
|-------|-------------------------|---------------|------------|
| 評価機関名 | 公益社団法人 かながわ福祉サービス振興会    |               |            |
| 所在地   | 横浜市中区本町2丁目10番地 横浜大栄ビル8階 |               |            |
| 訪問調査日 | 平成25年2月7日               | 評価機関<br>評価決定日 | 平成25年4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)】

|   |
|---|
| <b>【事業所の概要】</b><br>この事業所は相鉄線鶴ヶ峰駅から徒歩15分ほどの、小学校の校庭が見下ろせる静かな高台の住宅地に立地する。既存の住宅を増改修し事業所としたもので、1階に食堂、居間、浴室など共用スペースがあり、2階が利用者の居室になっている。増築部分にエレベーターが設置されているが、利用者はほとんどの方が階段を利用している。1ユニット定員9人のグループホームで、隣接して同法人の運営するデイサービスがある。<br><b>【運営体制】</b><br>法人はグループホーム2カ所とデイサービス、訪問介護、居宅介護支援事業などを旭区と、隣接する保土ヶ谷区で運営している。創業以来14年間の高齢者介護に関わるノウハウを利用者の支援に活かしている。<br><b>【自立支援を目指した支援】</b><br>利用者の現有能力の維持を大事にして、出来ることには職員はなるべく手を出さずに見守りながら、本人にやってもらう。食事の前には、嚥下、咀嚼能力の維持に役立つように、みんなで歌い慣れた歌を唄っている。2階の居室への昇り降りもエレベーターを使わず、機能訓練を兼ねて極力、階段を上り下りしている。今年は季節の外出支援として、利用者の歩行能力のレベルの合う方々数人単位で、鉄道による小規模日帰り旅行を企画している。 |
|---|

| 評価項目の領域                  | 自己評価項目  | 外部評価項目  |
|--------------------------|---------|---------|
| 理念に基づく運営                 | 1 ~ 14  | 1 ~ 7   |
| 安心と信頼に向けた関係づくりと支援        | 15 ~ 22 | 8       |
| 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  |
| 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 |
| アウトカム項目                  | 56 ~ 68 |         |

|       |         |
|-------|---------|
| 事業所名  | フレンジィ本宿 |
| ユニット名 | フレンジィ本宿 |

| 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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(参考項目：49)                |  | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|         |   |  | 2, 利用者の2/3くらいが |
|         |   |  | 3. 利用者の1/3くらいが |
|         |   |  | 4. ほとんどいない     |
| 61      | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている。<br>(参考項目：30,31)       |  | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|         |   |  | 2, 利用者の2/3くらいが |
|         |   |  | 3. 利用者の1/3くらいが |
|         |   |  | 4. ほとんどいない     |
| 62      | 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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 |
| 理念に基づく運営 |      |   |   |   |                   |
| 1        | 1    | 理念の共有と実践<br>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                     | レベルダウンの激しい入居者に手を取られることが多くなりがちの為個々のケアをきちんと実践できるように職員同士の声掛けを徹底して行く。 | 「利用者に個々のケアを提供する為、職員はお互いに声掛けを行い実施状況を確認する」という理念を、職員の意見を聞いて、管理者がまとめた。新入職員には研修で説明し、会議等で職員同士で確認して、実践に活かしている。                             |                   |
| 2        | 2    | 事業所と地域とのつきあい<br>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人として日常的に交流している                     | 町内会の催しになるべく参加するように心がけ、ホームで避難訓練等を行う時は近隣住民に参加を呼び掛けている。              | 町内会に加入している。盆踊りやどんと焼きなどに利用者と一緒に職員も参加している。地域の防災訓練にも職員が参加している。ボランティアは老人会の方々が童謡を歌ってくれる。小学校や保育園との接点を模索している。                              |                   |
| 3        |      | 事業所の力を活かした地域貢献<br>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                   | 運営推進会議等を通じて認知症やグループホームの役割を理解して頂けるように努めている。                        |   |                   |
| 4        | 3    | 運営推進会議を活かした取組み<br>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 | 運営推進会議を行うことにより身近な近隣住民の意見を聞くことができ、サービスに反映させることができている。              | 2カ月に1回開催し今年度は6回の予定である。参加メンバーは自治会長、副会長、民生委員、老人会長、地域包括支援センター職員、区職員、家族などである。夜間想定避難訓練参加後に開催した運営推進会議で、非常階段の手すり、外灯の設置の提案があり、直ちに対応した事例がある。 |                   |
| 5        | 4    | 市町村との連携<br>市町村担当者とは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          | 運営推進会議への出席や相談をしてより良いホーム作りに取り組んでいる。                                | 区の担当者とは運営推進会議で意見を交換し、議事録を届けて近況を報告し連携している。地域包括支援センターには困難事例を相談している。区の保護課には生活保護の件で連絡を取り合っている。  |                   |

| 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 |
| 6    | 5    | 身体拘束をしないケアの実践<br>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 | 玄関のカギは開錠している。身体拘束をしないケアに取り組み実施している。                   | 「身体拘束をしないケア」を年間研修計画に組み入れている。拘束の事例を示し、職員全員に周知徹底している。玄関は日中は施錠せず、自由な暮らしを支援している。職員は見守りを連携して行うとともに利用者の所在確認も徹底して行っている。 |                   |
| 7    |      | 虐待の防止の徹底<br>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                                      | ホーム会議で虐待についての研修を行っている。日常生活の中でも虐待と取られる行為等職員に話すようにしている。 |  |                   |
| 8    |      | 権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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                                 | 研修に参加したりホーム会議で取り上げたり学ぶ機会を作り必要性を話し合い・相談し活用できるよう支援している。 |  |                   |
| 9    |      | 契約に関する説明と納得<br>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  | 利用者・家族の不安や疑問に対して十分説明を行い、理解・納得をして頂け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<br>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   | 利用者・家族の意見や要望を聞くように努め、月に1度介護相談員の訪問をお願いしている。            | 家族会はないが、家族の来訪時や電話連絡時に意見、要望を聞いている。6カ月に1回の介護計画の更新時にも聞いている。毎月介護相談員の訪問時に利用者の話を傾聴してもらい、角度を変えて意見、要望を吸い上げてもらっている。       |                   |

| 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 |
| 11                | 7    | 運営に関する職員意見の反映<br>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                                      | ホーム会議を開き職員からの意見を聞く機会を作り反映させるように努めている。                    | ホーム会議や朝夕のミーティングの折に職員からの意見や提案を聞いて、運営に活かしている。職員は比較的意見を言いやすい環境にある。車椅子の方の移乗介助を、職員の提案で二人体制にしてから、拒否がなくなった。 |                   |
| 12                |      | 就業環境の整備<br>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に職場環境等、改善に努めている。                          |  |                   |
| 13                |      | 職員を育てる取組み<br>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          | 法人内外の研修を受ける機会を提供し確保に努めている。                               |  |                   |
| 14                |      | 同業者との交流を通じた向上<br>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 | 神奈川県や横浜市のグループホーム連絡会等に参加し勉強会や交換研修等を利用してサービスの質の向上に取り組んでいる。 |  |                   |
| 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<br>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        | 本人の要望や好きな事等をよく聞き必要なサービスを提供することにより信頼関係を築いていくように努めている。     |  |                   |

| 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 |
| 16   |      | 初期に築く家族等との信頼関係<br>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     | 家族の要望や不安をよく聞き良い関係づくりに努めている。                                     |   |                   |
| 17   |      | 初期対応の見極めと支援<br>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 | どのようなサービスを提供する事が一番良いか、ご本人・ご家族と共に考え話し合い、ほかのサービスも含めた対応に努めている。     |   |                   |
| 18   |      | 本人と共に過ごし支え合う関係<br>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                    | 職員を含めお互いに声を掛けあい日常生活の全てに参加する事により共同生活を送る者同士の関係を築いている。             |   |                   |
| 19   |      | 本人と共に支え合う家族との関係<br>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     | 可能な限り面会を促し、訪問時のご本人とだけでなく職員からも最近の様子を聞いて頂き共に考え支えていく関係を築くように努めている。 |   |                   |
| 20   | 8    | 馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                 | 馴染みの人や場所との関係をずっと続けて行かれるような支援に努めている。                             | 昔からの友人3人が訪ねて来たので、居室に案内してお茶でもてなし、関係継続の支援をした。行きつけの理容店へは職員が送迎している。電話がかかってくると取り次ぎをしている。 |                   |

| 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 |
| 21                       |      | 利用者同士の関係の支援<br>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                | 利用者の状態等により席や誘導場所を変更して利用者同士が良い関係で関わり合えるよう支援に努めている。                  |  |                   |
| 22                       |      | 関係を断ち切らない取組み<br>サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている | 契約終了後も必要に応じて本人・家族をフォローするように努めている。                                  |  |                   |
| 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<br>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。                       | 本人の好きな事や楽しみを把握し本人に確認し希望や意向を踏まえ本人本位に検討している。困難な場合も何が本人に一番良いかを検討している。 | 利用者の思いや暮らし方の希望は普段の生活の様子を観察したり、日常の会話の中で聞き出したりしている。意向の把握が困難な利用者には、表情や素振りから察したり、家族の意見を聞いたり、本人本位で判断して支援している。 |                   |
| 24                       |      | これまでの暮らしの把握<br>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                    | 機会あるごとに話を聞き把握に努めている。   |  |                   |
| 25                       |      | 暮らしの現状の把握<br>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                                  | 生活を共にする事により1日の過ごし方や心身状態の変化が観察でき、出来る事出来ない事・その人のこだわり等が把握できている。       |  |                   |

| 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<br>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 | 本人がより良く暮らす為の介護計画を本人・家族・関係者等と話し合い作成している。                          | 職員から利用者の状態を聞き取り3カ月に1回モニタリングを行っている。カンファレンスで管理者と職員が話し合い、家族の希望も聞き入れて、管理者が6カ月毎に新しい介護計画を作成している。状況変化時には、その都度見直しをしている。                                       |   |
| 27   |      | 個別の記録と実践への反映<br>日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている                        | 日々の生活の様子を記録し、サービスに対する評価も日々の記録の中で行っているため、職員間での共有は出来、見直しにもつながっている。 |   |   |
| 28   |      | 一人ひとりを支えるための事業所の多機能<br>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                | ホームで出来る事は柔軟に対応している。すぐには無理でも計画を立て行えるよう努めている。                      |   |   |
| 29   |      | 地域資源との協働<br>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                         | 安全で豊かな暮らしを楽しんで頂けるように、本人の心身の力を把握し支援している。                          |   |   |
| 30   | 11   | かかりつけ医の受診診断<br>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                     | かかりつけ医との関係は良好に築けていて医療も適切に受けられるように支援している。                         | 全員が協力医を受診している。皮膚科、精神科などは職員が付き添い、家族同伴時なるべく同行して医療情報を個別記録に記入して職員間で共有している。協力医は2週に1回往診し、協力医の看護師は月1回来訪しているため、その際にも健康状態の情報収集を行っている。歯科医は週に1回往診し、主に口腔ケアを行っている。 | 内科の往診が2週に1回あり薬が処方されているが、往診記録がない。職員が付き添い受診内容を残す、など医療情報の共有が望まれます。 |

| 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   |
| 31   |      | <p>看護職員との協働</p> <p>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</p>                      | <p>情報や気づき等は常に看護師に伝え相談を行ない、適切な受診を受けられるように支援している。</p>                             |  |   |
| 32   |      | <p>入退院時の医療機関との協働</p> <p>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。</p> | <p>病院関係者との関係づくりを行い入退院がスムーズに本人にとって良い方法で行えるよう努めている。</p>                           |  |   |
| 33   | 12   | <p>重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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</p> | <p>変化があった時は利用者の状況を、家族や関係者等に連絡しその都度相談し進めている。ホームで出来る事の説明も方針の共有もチームでの支援に努めている。</p> | <p>法人の方針でターミナルケアを行わないことを決めている。「常時医療行為を必要とする時、経口摂取が出来ない時は入院となる」と入居時に家族に説明し、同意を得ている。方針は職員にも周知されている。状況変化時には都度家族と相談している。</p> |   |
| 34   |      | <p>急変や事故発生時の備え</p> <p>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</p>   | <p>ホーム内の研修会で心肺蘇生法の講習を受けている。高齢者の痛み等の特徴をその都度業務の中で伝え訓練している。</p>                    |  |   |
| 35   | 13   | <p>災害対策</p> <p>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</p>   | <p>年2回の避難訓練と年1回の夜間想定避難訓練を行っている。近隣住民にお知らせを配布し協力をお願いしている。</p>                     | <p>避難訓練は年間2回行い、うち1回は消防署の立ち会いで夜間想定で実施している。あと1回は防災設備点検に合わせて、消火器を使用した防災訓練を行った。自治会長、地域住民も参加してくれた。非常用の食料、備品類はまだ整備されていない。</p>  | <p>災害時には地域住民の協力が継続して必要です。引き続き、連携を取ることが期待されます。非常用の食料、水は3日以上、および備品類を、早急に備蓄することが望まれます。</p> |

| 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 |
| 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                      | 一人ひとりの人格を尊重しプライドを傷つけないように性格を考慮し声掛けを行いプライバシーを確保するよう心掛けている。                         | 利用者とは家族として接しているが、あまり気安くならないように、羞恥心や誇りを損ねないように心がけている。つい制止の言葉が出やすくなるが、職員同士で注意し合い、朝夕の申し送りで確認している。                  |                   |
| 37                    |      | 利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                     | 小さな事でも常に自己決定をして頂けるような声掛けを心がけている。  |   |                   |
| 38                    |      | 日々のその人らしい暮らし<br>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 | 無理強いをするのではなく本人の気分や希望に沿って行動できるように支援している。   |   |                   |
| 39                    |      | 身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                  | その人らしいオシャレや髪形が出来るように支援している。   |   |                   |
| 40                    | 15   | 食事を楽しむことのできる支援<br>食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている     | 準備で野菜の皮むきを女性に大根おろしを男性利用者をお願いし、食事は同じテーブルを囲み、自分の使った食器は自分で下げ、食器拭きと棚への収納を利用者をお願いしている。 | 食材は業者からレシピ付で宅配され、職員が調理している。利用者は下準備や下膳、食器拭きなどできることを手伝っている。職員は同じものを一緒に食べながら、見守りや介助を行っている。誕生日は利用者の希望を聞いて外食を楽しんでいる。 |                   |

| 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 |
| 41   |      | <p>栄養摂取や水分確保の支援</p> <p>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</p>                 | <p>その人に合わせた量やバランスを考慮し毎食全部食べて頂ける様に工夫している。食事形態はその人の食べ方により一口大・キザミと食べやすい形態にて提供している。</p> |   |                   |
| 42   |      | <p>口腔内の清潔保持</p> <p>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</p>                          | <p>毎食後の歯磨きを実施し、月に4回の歯科衛生士による口腔清掃も行なっている。</p>  |   |                   |
| 43   | 16   | <p>排泄の自立支援</p> <p>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</p>          | <p>排泄パターンを考慮し1時間毎や2時間～4時間程時間を開けたりと個々に対応している。</p>                                    | <p>排泄チェック表で一人ひとりの排泄パターンを把握して、その方に合った時間にトイレ誘導している。トイレでの排泄を励行し手引き歩行を行っているので、筋力が鍛えられて排便にも効果的である。時間誘導の効果でパットの使用量が減ってきた。</p> |                   |
| 44   |      | <p>便秘の予防と対応</p> <p>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</p>                          | <p>毎朝冷たい麦茶を1杯全員に飲んで頂き腸の働きを良くして便秘予防に努めている。その他個々に冷たい牛乳野菜ジュース等の提供も行っている。</p>           |   |                   |
| 45   | 17   | <p>入浴を楽しむことができる支援</p> <p>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</p> | <p>曜日を決めずに少なくとも週に2回程度入浴できるように声掛けを行い入って頂いている。入浴スタイルもその人らしく楽しんで入れるように順番等考慮している。</p>   | <p>入浴は週2回は入れるようにしているが、希望があれば毎日でも可能である。入浴したがない方には、時間や人を変えて声かけし、無理はしない。入浴剤を入れたり、しょうぶ湯やゆず湯を楽しめるように工夫をしている。</p>             |                   |

| 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<br>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  | 状況によってソファに移って頂いたり、居室への声掛けを行ない休息しやすい場所の提供をしている。                                    |  |                   |
| 47   |      | 服薬支援<br>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   | 薬の説明書は職員の解る場所に保管してありいつでも確認が出来るようになっている。薬の変更があった場合は職員全員に申し送り、しばらくの間様子観察を行っている。     |  |                   |
| 48   |      | 役割、楽しみごとの支援<br>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                              | 日常生活の中で出来る事はどんどん手伝って頂き役割が出来ている。ジュースが好きな方、毎日トランプする方、たまにビールを飲む方等いつでも実施できるように準備してある。 |  |                   |
| 49   | 18   | 日常的な外出支援<br>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 | 必要に応じて服や布団を買いに行ったりと買い物は本人と一緒に外出する。昼食やおやつを食べに外食に行くこともある。                           | 周辺は坂道が多く、利用者の歩行力も低下してきているので、日常の散歩が難しくなってきた。利用者と一緒に車で買い物に行く、少人数でドライブに行くなどで気分転換を図っている。歩行能力に合わせた少人数毎の、電車日帰り小旅行を企画する予定である。 |                   |
| 50   |      | お金の所持や使うことの支援<br>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                              | 入居時より少額のお金をご自分で管理している方もいて、必要があればいつでも使えるお金がある事はその都度伝えている。                          |  |                   |

| 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<br>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   | 入居者や家族の要望により行えるよう支援している。                                      |   |                   |
| 52   | 19   | 居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 入居者の安全を考え必要最低限の物だけを置いている。テレビ前の邪魔にならない所に門松・鏡餅等飾って季節感を出している。    | 建物の1階に食堂、居間、浴室などの共用スペースがある。食堂兼居間は明るく利用者の手作りの作品が飾られ、家庭用の家具が置かれ、利用者は寛いで過ごしている。2階の廊下にはソファを配置し仲良しがお喋りを楽しめる場となっている。安全確保のため余分な物は置かない。 |                   |
| 53   |      | 共用空間における一人ひとりの居場<br>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  | 1階のソファは気の合った利用者同士が並んで座れるように2階のソファは静かなところで一人になりたい時等利用している。     |   |                   |
| 54   | 20   | 居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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  | 使い慣れた家具や道具を持ち込んで頂き心地よく過ごせるように工夫している。                          | 居室は2階にあり、クローゼットとエアコンが備付けてある。利用者は自宅で使い慣れたタンスや収納ケース、鏡台、仏壇、時計などを持ち込んでいる。ベッドの周りには家族の写真や人形、ぬいぐるみなどを置いて、落ち着ける場所となっている。                |                   |
| 55   |      | 一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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  | フロア内で手引き歩行の利用者でも一人で階段を上り下り出来るように両側に手すりが設置してあり安全に1階2階を移動できている。 |   |                   |

# 目 標 達 成 計 画

事業所名 フレンドィ本宿

作成日 平成25年4月22日

## 【目標達成計画】

| 優先順位 | 項目番号 | 現状における問題点、課題  | 目 標                    | 目標達成に向けた具体的な取り組み内容   | 目標達成に要する期間 |
|------|------|---|------------------------|--|------------|
| 1    | 13   | 災害時は地域住民に協力をお願いする事になると思うのでその為にも災害時の非常用食料・水・備品等の確保が急がれる。 | 食料・水・備品の確保             | 本社と相談し毛布・水・主食になるような物は本社でまとめて購入してもらい、チョコレート・缶詰等細かい物は事業所で購入して行く。 | 6か月        |
| 2    | 11   | 往診医の往診記録・通院付添時の医師の指示等を職員全員で共有する為の方法を確立する。               | 往診記録を往診時に通院記録を通院時に作成する | ファイルを作成しその都度記入して行く。  | 1週間        |
| 3    |      |   |                        |  |            |
| 4    |      |   |                        |  |            |
| 5    |      |   |                        |  |            |

注) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。  
 注) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。