

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	1493300048	事業の開始年月日	平成19年8月1日
		指定年月日	平成19年8月1日
法人名	ホームトラスト株式会社		
事業所名	デイホーム東本郷		
所在地	(226-0002) 横浜市緑区東本郷 4-5-23		
サービス種別 定員等	<input checked="" type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	25名
	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	通い定員	15名
		宿泊定員	5名
		定員計	名
		ユニット数	ユニット
自己評価作成日	平成27年2月10日	評価結果 市町村受理日	平成27年6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 <http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wp/IDetails.aspx?IGNO=ST1493300048&SVCD=730&THN0=14100>

【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)】

JR横浜線鴨居駅から徒歩で15分の所にあり、2階がサービス付き高齢者向け住宅で1階がデイホーム東本郷です。家庭的な雰囲気を大事にし地域の中に根付いていけるような施設を目指しています。春と秋には外出を定期的に行い天気の良い日に近くの公園に行ったり等外出する機会をできるだけ多く設けるようにしています。また、機能訓練や書道教室、押し花教室、読み聞かせ、紙芝居、音楽療法を定期的に行い、毎日のレクリエーションでは皆さんに楽しんでいただけるように職員一同が力を入れています。そして利用者様やご家族様の要望に合わせて柔軟に対応できるような体制作りを行っています。

【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 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成27年3月14日	評価機関 評価決定日	平成27年5月28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横浜線鴨居駅より市営バスのバス停「御嶽前」で下車して徒歩1分の住宅街にあります。1階が小規模多機能型施設、2階は高齢者専用賃貸住宅となっています。利用者は近隣の人が多く地域との交流を大切にしています。

<優れている点>

機能訓練を中心にした様々なレクリエーションを取り入れて一人ひとりの心身状況に応じた活動を支援しています。書道や押し花教室、読み聞き教室、紙芝居や音楽療法など職員が工夫しています。転倒防止体操などの機能訓練により立居が可能となり介護度が改善した人もいます。地域のボランティアを積極的に活用しています。7周年の記念会ではバザーやケアプラザ紹介のマジックショー、利用者の家族の友達の二胡の演奏、敬老会には青葉リトルコーラスの子ども達が参加して地域との交流が盛んです。催しに参加しない家族にも年4回、写真一杯の「デイホーム東本郷お便り」を案内しています。利用者の一人ひとりの誕生日には職員が写真やメッセージをラミネート加工してリボンをつけて家族に贈っています。

<工夫点>

ケアプランには服薬管理を重視し保管から服薬確認まで看護師や職員により4回の確認が行われています。利用者がそれぞれ病院から受け取ってきた薬を正しく服薬できるように1日分・朝昼夕の区分け、区分けのチェック、袋のチェック、与薬確認、服薬チェックにより薬物の事故を防ぐ管理をしています。

【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	デイホーム東本郷
ユニット名	

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
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。	地域の中で何ができるかミーティングで意見交換を行っている。家庭的な雰囲気や理念を掲げ職員全員が統一を図っている。事業所の見えやすい位置に理念を掲げている。	ホームで利用者が1日を楽しく過ごせるように職員が大切にしている思いを5項目に表現した理念が事務所に掲示しています。地域とのつき合いや身体拘束をしない心あたりのケアなど、それぞれの場面で日々の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。	中学校の職業体験の受け入れを行い地域のボランティアさんによる歌や大正琴演奏や読み聞かせなど定期的に行っている。平成26年8月に事業所の7周年でバザーを開催し地域の方に参加、協力をさせていただきました。	理念の「地域との交流の場に参加する」をモットーに地域住民との触れ合いに取り組んでいます。地域のボランティアによる定期的な大正琴演奏や中学の体験教室、福祉専門学校の実習生の受け入れ、敬老会には地元の子供たちのコーラスを招待しています。	
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。	地区連絡会に参加し民生委員さんと話す機会がある。中学校の職業体験の受け入れや福祉専門学校の実習の受け入れを行っている。		
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。	経過を報告して情報交換に努めている。評価結果を報告で意見をいただき改善できるように取り組んでいる。	年6回、区役所や地域包括支援センターの職員、自治会長、民生委員、家族、利用者などが参加しています。事業所から活動報告や外部評価の実施、避難訓練、今後の行事予定など報告し参加者からは地域の行事や避難訓練などについて意見交換しています。	
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。	区職員が小規模利用紹介で同行して相談を受ける。困難時に相談にのってもらうなど連携に努めている。	区の高齢福祉課や生活保護の担当職員とは、サービスの受け入れや困難事例などについて助言や相談など指導を受けています。行政の「介護相談員派遣事業」で毎月2回介護相談員を受入れ、協力関係を築くとともにサービスの向上につなげています。	

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。	玄関の施錠はしないでフロアー内は常に職員がいるようにしている。帰宅の訴えがある利用者には話しを聞き他に目を向けるような対応を行っている。常に寄り添い会話ができるように見守りを行い安心して過ごしていけるような環境を作っている。	理念の「笑顔の声掛けを行い、心あたいたかいケアにつとめる」をモットーに身体拘束をしない介護に徹しています。自分自身を利用者に見立て本人本位のケアを認識し言葉による心理的虐待にも配慮しています。玄関は日中は感知センサーにより開錠しています。	声掛けなどで身体拘束や接遇ケアに配慮しています。今後は虐待の有無について職員全員でチェックシートやアンケートにより定期的な確認やミーティングをしていくことも期待されます。
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。	虐待の勉強会やミーティングの実施に至っていない。自分が嫌な思いをするような介護はしてはいけないと職員に話している。		
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。	成年後見制度に研修に参加したり、当ではまる利用者がいた場合は包括支援センターの相談員に相談にのってもらっている。他の職員は理解していないので職員全員が支援できる体制が整っていない。		
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。	事前に説明を行っているが重度化や看取りについての対応は詳しく説明することに至っていない。体調の変化を見て看護師と相談しながら今後のことをご家族と話すようにしている。		
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。	手紙や連絡ノート、訪問時や送迎時で問いかけを行い気軽に話せるような関係作りを行っている。意見は申し送りやミーティングで話し合うことで反映させている。	日々の送迎時の挨拶、声掛けなどで要望を聴いています。利用日に交換する「連絡ノート」では自宅での身体面や精神面の状況などが記入され職員全員で回覧し共有しています。毎月1回、ケアマネジャーが家庭を訪問し、ホームでの様子などを話し合っています。	

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
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。	月に1回の職員ミーティングで要望や改善事項などの話し合いを行っている。参加できない職員には事前に聞きミーティング内容は議事録で確認している。個別面談は特に設けていない。	毎月職員のミーティングで利用者のケアを含め提言や要望など意見交換しています。法人内では2ヶ月ごとに職員会議を開き、法人の代表者も出席して意思の疎通を図っています。職員専用の休憩室が整備されストレスの解消の場となっています。	
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。	2ヶ月に1度の会社の会議を事業所で行い利用状況や職員の業務や悩みや要望を聞くことにより把握している。職員の休憩室があり休憩時間はゆっくり休憩できるようにしている。		
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。	外部研修を職員が受講できるように計画を立てている。その研修を事業所内研修を行い共有を図っている。		
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。	市内の連絡会があり研修や勉強会に参加している。地域の連絡会に参加し意見交換を行っている。		
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。	ご本人に直接会うことで要望や不安や身体状況の把握に努めている。体験利用を進めご本人の状態を職員が観察し安心して利用できるような関係づくりに努めている。		

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 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。体験の利用を進めている。	利用前にご家族からの要望を確認し事業所がどのように対応できるか説明し話し合いを行っている。体験の利用と事業所の見学で説明し相談につなげている。		
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。	相談時にご本人やご家族の思いや考えを確認しどんな支援が必要か見極めるようにしている。小規模利用の利点や他のサービスとの違いなど説明している。		
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。	日々のかかわりの中で思いや不安や楽しみを聞き知ることで支え合う関係づくりをしている。個別に対応することで話やすい環境づくりを行っている。		
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。	利用者の様子や職員の思いをご家族に伝えご家族の考えを聞くことで同じ目標で利用者を支えていくようにしている。ご自宅の様子など連絡ノートに書いていただくようにし通所での様子を連絡ノートに記入している。		
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。	馴染みの美容院やメガネ屋さんに行ったり、買い物、外出など行きたいところに行くようにしている。	家族の協力で外食や馴染みの美容院、馴染みの店での買い物などに出掛けています。ドライブに出掛けた時に農家の人の畑を見たり、正月に親族の家に日帰り外出をしたりして利用者がこれまで大事にしてきた場所や人間関係の継続支援に努めています。	

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
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。	個別に話を聞いたり相談にのっている。食事やお茶の時間に職員と一緒に過ごすことで利用者同士の関係を円滑にするように支援している。レクリエーションの時間ではみんなと楽しく過ごす時間を設けている。		
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。	行事の招待や年賀状を送るなど継続的な付き合いができるように心がけている。ご家族からの相談にのっている。		
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。	日々のかかわりの中で観察し話をすることで把握に努めている。意思の疎通の困難な方はご家族から情報を得るようにしている。	日々の生活で利用者と寄り添う時間を多く作り、繰り返す会話や生活習慣の中から意向や要望を把握するよう努めています。「したい事」「できるようになったこと」など連絡ノートから転記し職員間で共有しこれまでの生活が継続できるよう支援しています。	
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。	利用前にご本人やご家族に伺い、利用後はご本人との話の中でいろいろと分かることが見えてくることが多いので職員間で共有し経過を把握している。		
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。	利用者一人ひとりの生活リズムを観察し行動や動作等を把握している。ご家族に変わったことがあれば連絡ノートでお知らせするようにしている。申し送りやミーティングで話すことで職員間で共有している。		

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
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。	毎日のかかわりの中でご本人の意見を聞き、送迎時などでご家族から意見を聞き介護計画の反映している。月に1回の職員ミーティングで意見交換を行い参加できない職員は前もって意見を聞くようにしている。	利用者の日々の変化や気づきなど記入している「申し送りノート」や家族と交換している「連絡ノート」などから毎月職員ミーティングで常にケア計画に立ち返ってカンファレンスしています。本人・家族の要望や看護職員の助言を取り入れ見直しています。	
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。	通所の方には連絡ノートを用意し血圧や食事量、排泄、入浴の有無等の記録とその日の様子を記入している。家族から何かあれば書いていただくようになっている。介護記録は特変があった場合は青字で記入し利用者の変化がすぐに分かるようにしている。		
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、その時々にも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。	基本の通所日は決めているが、急な通所の変更や宿泊、時間の延長や急な夕食の提供等を臨機応変に対応している。送迎時間も家族の帰宅時間に合わせるように対応している。		
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。	運営推進会議に地域包括センターの職員や民生委員の参加で意見交換する機会を設けている。独居には通所の休みの日に友人の見守りをお願いしたり、配食サービスの見守りで支援している。		
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。	ご本人ご家族の希望のかかりつけ医となっている。通院は基本にご家族受診となっているが、仕事の関係や独居の方の場合には職員が同行代行を行っている。往診に来てもらう利用者の関しては体調の様子を往診時に伝えている。	利用者はそれぞれのかかりつけ医の受診となっています。基本的には家族の同行ですが、家族の仕事の関係で困難な場合や独居の人には職員が対応し、利用者が安心して適切な医療が受けられるよう支援しています。受診結果を家族に提供し情報を共有しています。	

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。	看護職員2名の配置を行い体調管理や服薬管理の支援を行っている。体調の変化等を早期に発見し看護師に報告していくようにしている。看護ノートがあり不在の時は随時記録し把握できるようにしている。		
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。	入院時は家族に状態を確認しお見舞いに行くようにしている。退院間近に医療関係者より相談があった場合は、事業所でも対応できることを話し合いながら支援に繋げていくようにしている。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	重度化に対する書面はないが、事業所でも対応できることできないことの説明を行っている。体調の把握に努め早めに家族に相談し病院受診に繋げるようにしている。	重度化した場合について、契約時に事業所が対応できる支援内容や方針など説明し同意を得ています。自宅での家族による介護ということを考慮し医療関係者と連携を取り、病院など紹介し、段階に応じて利用者や家族の意思を尊重した支援を行っています。	
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。	緊急時対応マニュアルを作成している。消防署の協力を得て救急手当てや誤嚥時の対処法など実施している。避難訓練で119番に電話を掛ける等の訓練を行っている。		
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。	マニュアルを作成と提示し、年2回の消防署の協力で避難訓練を行っている。消火器の設置や避難路の確保と設備の点検を定期的に行い、非常用の備蓄や備品の準備をしている。	マニュアルは事務所入口に掲示しています。年2回、地域の人も参加して、消防署の協力により避難訓練を行っています。消火器は2ヶ所に設置し、非常用の備蓄は賞味期限リストとともに事務所に保管し年1回点検を行っています。	火災発生時・地震発生時の対応方法としてマニュアルに沿って皆で発声する等の机上訓練を実行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。	介助が必要な時はご本人の気持ちを考えながら声かけし介助している。トイレに行くときの声かけはこちらへ行きましょうなど他の利用者に影響のないような言葉を選んでいる。職員には論理規定を渡しプライバシー確保を理解している。	馴れ合いにならない様、呼び方としては名字にさん付けとし、排泄の場合は食前に耳元で小声にて声掛けしています。職員には倫理規定などにより周知徹底し、特に失禁した場合などは本人を傷つけない様に支援しています。	
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。	暖かいお茶、冷たいお茶等の希望を聞いたり、入浴後の水分補給に麦茶とポカリを用意しどちらがいいか聞いている。利用者の希望に合わせた対応が行えるように心がけている。		
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、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。	一日に流れはあるが、一人ひとりの体調を見ながら個々に対応している。疲れて休みたい時はベッドに横になっていただく。入浴日は利用者の利用日に合わせ、行事等の時は職員の都合で決めることがある。		
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。	入浴時にどの洋服を着るか聞きながら用意している。外出時にお化粧をするなど声かけを行っている。2ヶ月に1回の訪問理美容があり好みに合わせカットやカラーを行っている。		
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。	一日の献立をボードに書いている。希望により週2回が麺類、週1回をカレーの献立にしている。食材の皮むきやもやしの根を取る、テーブル拭きや洗い物を共に行っている。職員と利用者と同じテーブルで会話しながら食事している。	食材業者がメニューを作成し職員が1週間ごと発注し購入しています。調味料等は1ヶ月に1回、職員と利用者が近所に買いに行っています。利用者は火を使わない調理、配下膳などを手伝っています。	

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。	毎食後食事量の確認し記録を行っている。一人ひとり食べられる量を考えながら盛り付けを行い体重増加気味の方は主食を控えるようにしている。食材提供事業者による栄養士によるバランスのとれた献立となっている。		
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、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。	毎食後歯磨きをしている。昼食後は看護師が口腔内のチェックを行っている。昼食前は口腔体操を行い嚥下機能低下を防ぐようにしている。		
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。	尿意のない利用者には定期的にトイレ誘導を行いトイレで排泄するようにしている。また、トイレに介入することでリハビリパンツやパッドの汚れを随時股間することができるように対応している。	家族との連絡ノートを通して自宅や事業所における排泄状況を確認しています。食前や帰宅前にトイレへ声掛け誘導をし、排泄の自立支援を行っています。特に自宅での排泄が困難な人にはできるだけ送迎の前後に事業所での排泄を支援しています。	
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。	排泄記録で看護師がチェックを行っている。午前午後と2回の体操で体を動かすようにしている。定期的に水分補給を行うように対応している。		
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。	週3回の入浴ができるようにしている。午前中が入浴時間で利用日が入浴となっている。声かけに配慮し嫌がる場合は時間をおいたり男性が苦手な利用者には女性で対応するように配慮を行っている。また、しょうぶ湯やゆず湯を楽しんでいただいている。	入浴は週3回ですが、拒否する人にはタイミングを変えたり、職員を代えて声掛けをしています。又、体調に合わせ日を代える等、柔軟に対応しています。季節にはゆず湯やしょうぶ湯を楽しめるよう支援をしています。	

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。	できるだけ日中は活動を促し生活にメリハリがあるように心がけている。午前と午後に体操を行いレクリエーションで利用者と職員で楽しむ時間を設けている。		
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。	薬の説明書は利用者の個人ファイルに入れ職員が内容を把握できるようになっている。変更があった場合は申し送りに記入している。服薬管理表があり配薬した職員のサインと薬を飲ませた職員のサインを記入するようになっている。		
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。	食事の時の材料を切ってもらい、盛り付けてもらうようにしている。ゴミ捨て用の新聞紙たたみや洗濯物を干す、たたむ等を手伝ってもらっている。		
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。	天気のいい日に公園や近くの河川敷に花を見に出かけたり、観賞用の花を花屋さんに買いに行き、春はお弁当を持ってお花見や外食など戸外へ出る機会を積極的に行っている。	その日の天候に合わせて外出先を決め、四季の森公園や河川敷に花を見に出掛けたりしています。春・秋には2階にある高齢者賃貸住宅の利用者と合同でズーラシア動物園や八景島シーパラダイス等、日帰りのバス旅行に行っています。	
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。	長期宿泊利用者に対して金銭管理を行っている。一緒に買い物に行った時や外出時にご自分で払っていただくようにしている。		

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。	電話は事務所にある。自宅から通いの利用者が多いので電話をしたり手紙のやり取りが特にならない。長期宿泊利用者には必要に応じて電話をすることがある。またはご自分の携帯電話の利用がある。		
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。	テレビの前にソファがあり、室内は季節感を採り入れた装飾品と外出した時の利用者の写真を飾っている。また、ソファ近くに日めくりカレンダーとその日のメニューをボードの書いている。	リビングは広くゆったりして清潔です。季節感を採り入れた装飾品は職員と利用者が一緒に考え作成し、リビングに飾っています。また皆で外出した時の写真もコメント付きで飾っていて、利用者家族が希望する場合は写真を提供しています。	
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。	食堂と居間は一体になったつくりで全体を見渡せるようになっている。ソファやテーブル、椅子の設置してあり個々にくつろげるスペースがある。		
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。	宿泊居室にはベッドとクローゼットを配置している。長期利用者は毛布やシーツ、家具、椅子等の持ち込みやテレビ、CDプレーヤーを持ち込んでいます。ご自分の書いた習字を貼ったりご自分で装飾を行っている。	ベッドとクローゼットが配置してありますが、個人の状況に合わせた柔軟な対応をしています。利用者の書いた習字や作品を飾ったり家族の写真を飾って居心地を良く過せる工夫をしています。	
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。	玄関前は階段があるが手すり付きスロープを設置している。玄関から室内は全面バリアフリーで手すりの設置がある。トイレは3か所あり分かりやすいように「トイレ」と表示している。宿泊居室のドアには宿泊利用者の名札を掛けている。		

平成26年度

目標達成計画

事業所名 デイホーム東本郷

作成日： 平成 27年 6月 29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	5	身体拘束防止について職員にはマニュアルを見るように伝えているが意識向上が図れていない。	定期的な身体拘束防止について勉強会を行い職員の認識を再確認を行う。	身体拘束についてミーティングで話し合いの場を設ける。研修に参加する。	1年
2	13	年2回の避難訓練を行っているが災害時に備え訓練を行う。	声掛けや動きがスムーズにできるようにする。	机上訓練をミーティングの時に行う。	1年
3	4	重度化した場合の対応について書面に説明がない。	重度化や終末期についての対応を書面を作成する。	勉強会等を行う。	1年
4					ヶ月
5					ヶ月