

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	1472202355	事業の開始年月日	平成18年3月1日	
		指定年月日	平成18年3月1日	
法人名	有限会社 湘南ホームフレンド			
事業所名	ホームフレンド湘南台			
所在地	(252-0805) 神奈川県藤沢市円行1-10-20			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		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10月10日	評価結果 市町村受理日	平成29年2月13日	

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/pSearch3?0pen>

【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)】

ホームフレンド湘南台では、ご利用者が生き生きと暮らすために、自立支援を基本にご本人が出来ることを支援するように日々行っています。ご本人、ご家族、職員の三者が力を合わせて、ご本人の生活を支えることが、必要であるという考えから、ご家族様にも協力して頂いています。そのことが、ご利用者様の心の安定に繋がり、ご家族様と職員の信頼関係が築かれていくことに繋がらると考えています。また、利用者様と職員が共に生活する中で、利用者様の笑顔がみられ、笑い声が聞こえるあたたかな雰囲気作りに努めています。

【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 神奈川県藤沢市鵜沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成28年12月14日	評価機関 評価決定日	平成29年2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)】

事業所は小田急線、相鉄線、横浜市営地下鉄線「湘南台駅」西口より「文教大学行き」バスで、バス停「桐ヶ谷」下車、徒歩5分の住宅街にあります。周辺には地域の憩いの場所、円行公園や特別養護老人ホーム、グループホームなどの福祉施設があります。

<優れている点>

個別支援を基本に、利用者一人ひとりの残存能力を最大限引き出すよう努めています。気候や体調に配慮し、散歩や近くのスーパーへの買い物など、戸外に出掛けることを心掛けています。スーパーでの買い物では馴染みの店員と代金をやり取りし、利用者も地域の一住民と感じています。地域の傾聴ボランティアや紙芝居を演じてくれるボランティアなどが毎月数回訪問しています。ボランティアは利用者や家族と馴染みの関係となり、困っていることや不安に思っていることなどを職員に伝える役割もしています。職員のスキルアップのため、本部は積極的に内部研修や外部研修を行っています。法人全体合同で「ディズニー流ポジティブリーダー研修」を活用して、OJT研修を行い、リーダーシップを育てる取り組みを行っています。介護福祉士などの資格取得を希望する職員には管理者自ら、時間を割いて指導しています。

<工夫点>

食材係や物品係、イベントの写真係など分担制をとり、カンファレンスの中で意見や要望、提案などを出し合っています。運営に参加することで職員は責任感を身に付け、レベルアップにもつながっています。

【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	ホームフレンド湘南台
ユニット名	1F 鴫

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。	入居者を中心に、地域、家族、職員が協力し、その人らしさを尊重する、介護、支援に取り組んでいる。	事業所が目指すサービスを表した「共に暮らす・共に学ぶ・共に笑う」という三つのキーワードを、玄関や広い廊下に掲示し、職員はいつも確認しています。利用者一人ひとりのリズムやペースを尊重し、日々の支援の実践に反映させています。	
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。	自治会主催の行事に参加している。散歩の際など、近隣の住民の方に挨拶し交流をしている。	地域住民の一員として自治会に加入し、回覧板も回ってきます。町内会の夏祭りに参加したり、近隣のグループホームの納涼祭に招待されています。地域のボランティアが毎月数回訪問し、傾聴や紙芝居などで利用者と交流しています。	
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。	日々の暮らしぶりを理解していただけるように、ボランティア訪問等積極的に受け入れをしている。		
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。	入居者代表、家族代表を始め、地域でかかわる各分野の方々、行政担当に参加いただき、定期的開催。運営状況を報告するとともに情報交換や活動への提案をいただいている。	市や地域包括支援センターの職員、民生委員、老人クラブの会員、傾聴ボランティア、家族などが参加し、年6回第4水曜日の午前に開催しています。事業所から活動状況や行事予定、感染症予防などを報告し、参加者の家族からは相談など、積極的に話し合っています。	
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。	運営推進会議の報告、事故報告の実情を伝えたり、高齢支援課、保険課と連絡取り情報を頂いたり、市町村へ出向き報告し担当者と積極的に連携している。	市の介護保険課職員とは、事故報告や認定調査の相談、運営推進会議の報告書の提出などで訪問しています。市の担当職員も参加するグループホーム連絡会の研修会には、同法人の管理者が会長を担当していることもあり、積極的に参加し話し合っています。	

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
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。	身体拘束の事例はないが、マニュアルに沿って対応方法を職員に説明、研修している。入口ドアは安全面を考慮し施錠しているが、入居者の希望があれば解錠するよう対応している。	ミーティングの中で定期的に「身体拘束ゼロへの手引き」を教材に、身体拘束防止や接遇ケア、日常の支援について確認しています。不適切な場面があった場合は、リーダーがその都度話し合っています。ユニットの入り口は安全確保のため施錠しています。	
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に注意を払い、防止に努めている。	虐待の事例はないが、高齢者介護の人権の研修に参加したりしていき、意識を高めるようにしていきたい。		
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。	研修参加や文献、実際に後見人を請け負われている法律家の方より話を聞く等、制度の理解に努めていきたい。		
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。	入居契約時に不安、疑問を残さないよう1つ1つ確認しながら時間をかけて説明している。		
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。	介護相談員来訪時自由に入居者と会話できる環境を整えている。また、家族、入居者に対しても苦情相談窓口の説明や用紙を設置し利用しやすい工夫をしている。	家族の多くは週に1回は訪問しています。利用者と会話したり、散歩しています。食事をソフト食に変更する場合には家族も試食して意見を聞いています。家族は健康診断書のコピーやトイレへの歩行支援状況など確認し、職員と支援について話し合っています。	

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。	定期的な会議の開催だけでなく、日々の会話で意見、提案しやすい環境作りに努めている。必要であれば個人面談を実施している。	利用者の日常の変化など記入する「連絡ノート」や毎月のカンファレンスなどから、管理者は利用者に対する職員の声を把握しています。法人の4施設の管理者会議が2ヶ月ごとに開催され、職員の意見や提案を持ち寄って、運営に反映しています。	
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2回職員個人の査定を行い、実績や勤務状況を評価している。		
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。	法人内研修、外部研修に参加する機会を確保するようにし、各個人の習得状況にあわせた指導をおこなっている。		
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。	連絡会や法人内他事業所との意見交換をはかり、サービスの質の向上につながるよう取り組んでいる。		
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。	信頼関係の構築を目的に入居前面談や入居直後に介護に対する要望に限らず、生活全般の要望や生活歴、習慣について話す機会を多く作るよう努めている。		

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。	入居前にはご家族様とじっくり話をするようにしている。入居後も本人の様子を伝えたり、面会の際など関係づくりを行っている。		
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、家族の要望をもとに、現状を把握し、今必要としている支援が提供できるよう努めている。		
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。	職員は入居者とともに過ごす時間を大切にし、共に生活する姿勢を常に心がけている。		
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。	必要な時に相談、協力を仰ぎ、共に生活を支えて行く関係であるよう心掛けている。		
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。	家族、親戚、知人、旧人、ご近所の方にお気軽に来訪くださるよう家族に説明している。	入所しても今までの生活の延長であるよう、知人との付き合いや習字の先生、囲碁の強い利用者など、好きなことが継続できるよう努めています。毎月訪問する傾聴ボランティアと信頼関係が生まれ、利用者は楽しみにしています。	

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。	日頃から利用者同士の関係性を把握し、共同生活ならではの思いやり、助け合いの気持ちが持てるように努めている。		
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。	退去後も気軽に相談いただける旨説明するとともに日ごろから相談しやすい関係であるよう努めている。		
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。	本人や家族の意向を考慮、尊重し、定期的なモニタリングをもとに個々に適したサービスが提供できるよう努めている。	年に数回、モニタリングを繰り返し、利用者や家族の意向の把握に努めています。利用者が得意としてきたことや趣味として続けてきたことを活かして活動ができるよう、食器拭きや習字、ゲームなどのレクリエーション活動を支援しています。	
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。	入居前にサービスの利用状況、生活歴の確認を行う。入居後も随時本人、家族に聞き取りをし、日々の支援に活用している。		
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。	日々の介護記録を活用し、随時聞き取り、モニタリングを行い状況の把握に努めている。		

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。	本人、家族、職員の要望、意見、気づきを定期的な介護計画の更新に役立てている。また本人の状態に変化があった場合は随時変更対処している。	職員は毎日、利用者一人ひとりの変化や気づきなど、日中と夜間に区分けして「ケア記録」に記録しています。毎月のケアカンファレンスでは成果や課題を把握し、話し合っています。看護師の医療記録や助言を取り入れ3ヶ月ごとに介護計画を見直しています。	
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。	介護記録を活用し情報の共有を図るとともに、随時カンファレンスを行い介護計画の更新に役立てている。		
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。	本人、家族の状況、要望に応じ、誘因付き添い、外出支援等を行っている。		
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。	日々の暮らしを地域の方々に理解して頂けるよう努め、地域の中で安心して頂けるよう働きかけている。		
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、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。	家族に協力を仰ぎ、かかりつけ医への通院の継続をお願いしている。困難な場合は本人、家族の意向を確認の上、協力病院へ変更し、継続医療を受けられるようにしている。	かかりつけ医は、入居前からの継続でも事業所の協力医でも、本人や家族の希望に沿って選べます。必要によって通院支援もしています。内科のほか、訪問歯科および法人内看護師の訪問により、適切な医療を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あ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。	法人内看護師及び協力病院看護師に状況の変化、病変等を相談、指示を仰いでいる。		
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。	入院先の医師、看護師、NSMと連絡、相談を重ね、本人の現状把握に努め、早期退院受け入れできるよう実施している。		
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。	本人、家族、主治医と相談を重ね、当施設として出来ること、出来ないこと、家族の要望を明確にして方針を決定するよう努めている。	重度化した場合における対応及び看取りの支援内容について、重要事項説明書に明記し、利用者や家族へ入居前に説明しています。必要な段階で再度関係者で話し合い、支援する体制を整えています。職員へは入職時に看取りを行う旨を伝えています。	
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。	急変や事故発生時の応急手当を職員に伝えたり、連絡体制の方法についても指導している。		
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。	年2回以上日中想定、夜間想定での入居者参加の非難防災訓練を実施している。また、避難訓練案内時に近隣の家を訪問した際、地域での災害時での協力をお願いしている。	年2回、消防署員の立ち合いを含め、定期的に避難訓練を実施しています。災害備蓄リストを用意し、飲料水や非常食、備品を管理しています。避難訓練の際には、近隣へお知らせを配布したり、自治会や運営推進会議で災害時の協力を依頼しています。	

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
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。	常に自尊心、羞恥心には配慮して入浴やトイレ誘導時等、日々の声掛けや注意を払うよう指導している。	職員は、利用者の思いを汲み取り、明るい笑顔がみられるように、一人ひとりに合った支援に努めています。職員に不適切な対応があった場合は、管理者は口頭および会議の場などで、必要に応じた形で伝え、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。	職員が決めつけず、希望、思いを受け止める姿勢を持ち、状況に合わせ意志決定できるよう支援している。		
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、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。	職員からの押し付けにならないよう注意しながら入居者の希望を反映できるように努めている。		
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。	季節に合っているかを見守りつつ、好みの服装をご自分で選べるよう支援している。また、定期的に散髪できるように、訪問理美容を手配している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	一法的な食事の提供にならないよう、食事作りや、方付けを一緒に行っている。季節、誕生日などでお祝いメニューや外食を取り入れている。	食材や献立は外注ですが、季節の行事食や外食の日もあります。利用者との会話から急遽買い物に行き、お好み焼きなどを作って食べる時もあります。美味しい食事を食べてもらいたいと、献立の種類も多く、ソフト食も提供出来る業者に変えています。	

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、水分摂取量の一覧表を活用し、個々の状況把握に努め、状況に合わせた提供することで食事、水分量の確保に努めている。		
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。	毎食後声掛け、誘導をすることで、磨き忘れを防ぎ、口腔内の清潔を保つ努力をしている。必要に応じ、訪問歯科診療を受けられるよう連携している。		
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。	排泄チェック表を活用し、排泄パターンの把握に努め、必要に応じ定期誘導、声掛けを個々に行っている。	排泄記録や表情、仕草などの様子から声掛けをし、個々に沿った誘導でトイレでの排泄を支援しています。水分摂取に留意し、自然食品やヨーグルトなどを提供して、自然な排泄が出来るように工夫しています。	
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。	排泄チェック表を活用し、食べ物、飲み物の工夫、運動を取り入れ、自然排便を促す努力をしている。必要に応じ医師と相談し内服の調整ができるよう連携している。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	シャワー浴、手浴、足浴、清拭も取り入れながら、出来る限り本人の希望に添えるよう努めている。	週2回の入浴が基本ですが、個別の対応に努めています。季節に合わせて、ゆず湯やしょうぶ湯にして楽しめるようにしています。介護度が高い利用者には職員二人で介助し、安心して入浴が出来るように支援しています。	

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
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。	室温、明るさの環境を季節に合わせて整え、その日の体調を把握し、休憩できるようにしている。就寝の時間は個々の生活ペースに合わせている。		
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。	個々の服薬中の薬品名、用法・容量、作用は常に職員が確認できるようにしている。又、服薬後の様子観察に気を配っている。		
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。	個々が得意とすること、趣味として続けてきたことを活かした活動が出来るよう、家事参加やレクリエーション活動を支援している。		
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。	散歩、買い物同行などの希望を聞き、できるだけ希望に沿うよう努めている。外食をする機会をもてるようにしている。	毎日のように散歩に出掛け、おやつを買ってきたりしていましたが、利用者の重度化により、難しい面が出てきています。出来るだけ、散歩や買い物に出掛けるよう心掛け、出来ない場合は、事業所のウッドデッキで外気浴するなど、支援しています。	
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。	ご家族の同意がある場合は本人に所持して頂いて。買い物に同行した際は支払いのお手伝いをお願いするなど関わられるよう支援している。		

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。	定期的に来訪がある方が多く、本人自らは電話での連絡はほとんどない。自らかけたい希望があれば、家族との調整を取り次ぎたい。		
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。	明るさ、温度、湿度、清潔等の環境を整え、季節ごとの植物をおいたり、装飾をし、楽しく居心地の良い場所になるよう努めている。	リビングには寛いで休めるよう、ゆったりとしたソファや季節の植物を置き、季節感を感じられるようにしています。清掃専門の職員がいて、清掃が行き届いています。空調に気をつけ、冬季は加湿器や濡れタオルを使用し、快適に過ごすことが出来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。	居間の家具の配置を考慮して入居者が思い思いの場所で過ごせるよう工夫している。		
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。	家具、寝具等、使い慣れたものをお持ち頂くよう家族に伝えている。必要に応じて室内の温度、明るさの調整を支援している。	本人や家族の好みの品々を持ってきてもらうように伝えており、タンス、化粧台、テレビ、家族の写真などの品々を居室に持ち込んでいます。利用者の状態に応じてベッドを使用しないなど、動線にも配慮し、安全に過ごせるように配慮しています。	
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。	家具を手すり代わりにするよう配置に工夫したり、貼り紙、名札を用い、入居者が「行きたい場所」「やりたいこと」を迷わず遂げることが出来るよう支援している。		

事業所名	ホームフレンド湘南台
ユニット名	2 F 夢中

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。	入居者を中心に、地域、家族、職員が協力し、その人らしさを尊重する、介護、支援に取り組んでいる。		
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。	定期的には、運営推進会議の開催を行っている。地域主催の夏祭りや他の事業所施設の納涼祭にも参加し交流している。		
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。	避難訓練には地域の方々の参加はできていないが、運営推進会議の開催には地域の一員として各分野の方々に参加していただいている。日々の暮らしぶりを理解していただけるように、ボランティア訪問等積極的に受け入れをしている。		
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。	運営推進会議ではホームの運営状況を報告し、意見、感想をいただいている。意見等は運営、日々の支援に活かす様にしている。		
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。	運営推進会議、事故報告の実情を伝えたり、高齢支援課、保険課と連絡取りながら情報を頂いたり、連絡に努めている。介護相談員の方々に来て頂き、ホームの質に役立てている。		

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 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。	身体拘束の事例はないが、日常で話し合ったりしている。基本的には玄関施錠は行わずセンサーチャイムにて出入りがわかるようにしている。入口ドアは安全面を考慮し施錠しているが、入居者の希望があれば解錠するよう対応している。		
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。	虐待の事例はないが、外部研修に参加したり、内部でも研修を行い職員の意識を高めるようにしていきたい。		
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。	後見人を儲け負われている法律家の方より話を聞く等、制度の理解に努めている。外部研修に参加したりしていきたい。		
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。	契約を交わす際等は、理解、納得を得られるよう、確認しながら時間をかけて説明を行っている。		
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。	ご家族が来所された時、ケアプランを説明する際など、意見や要望を聞くようにしている。また、職員はご家族が話しやすい雰囲気作りを心がけ、意見等を管理者に伝えている。介護相談員来訪時自由に入居者と会話できる環境を整えている。		

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
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。	ミーティング時の他、個別にも意見、提案を聞くよう努めている。代表者等は、ホームへ来られた際などスタッフと意見交換ができる場を設けるようにしている。		
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2回職員個人の査定を行い、実績や勤務状況を評価している。		
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。	職員の力量をみながら研修を受ける機会を確保するようにし、資格についても各個人の状況にあわせ習得を進めている。		
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。	グループホーム連絡会にて同業者と交流する機会を作り、意見の交換をはかり、サービスの質の向上につながるように取り組んでいる。		
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。	入居前にできるだけ本人と話をし入居時の不安を軽減するよう努めている。入居後は職員全員で見聞きしたことや気がついたことを記録し、情報を共有しご本人が安心して暮らせる支援ができるようにしている。		

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
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。	入居前にはご家族様とじっくり話をするようにしている。入居後も本人の様子を伝えたり、面会の際など関係づくりを行っている。		
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、家族の要望をもとに、現状を把握し、今必要としている支援が提供できるよう努めている。		
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。	ご本人の今までの生き方、考え方を大切にし、共に生活する姿勢や、能力を發揮できる場を支援するように努めている。		
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。	必要な時に相談、協力を仰ぎ、共に生活を支えて行く関係であるよう心掛けている。		
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う、支援に努めている。	いつでも面会ができることを事前に説明し、家族、親戚、知人、旧人の方にお気軽に来てもらっている。		

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
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。	日頃より一人ひとりの言葉や表情、行動に気を配り、利用者同士の関係に配慮している。共同生活ならではの思いやりの気持ちが持てるように努めている。		
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。	退去後も気軽に相談いただける旨説明するとともに日ごろから相談しやすい関係であるよう努めている。		
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。	本人や家族の意向を考慮、尊重し、定期的なモニタリングをもとに個々に適したサービスが提供できるよう努めている。		
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。	これまでの暮らし方を把握する為に、ケアマネジャー等に基本情報シートの記入をわかる範囲でお願いしている。入居後も本人との会話の中から把握し、職員間で共有するようにしている。		
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。	共に関わり過ごす中で現状の把握に努め、記録や申し送りにより職員間で本人の情報を共有している。有する力により異なるが、心身状態に合わせた対応を行っている。		

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
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、家族等と話し合ったり、意見を求めたりしながらケアのあり方、介護計画を作成している。随時本人の心身の変化に応じた見直しをし、モニタリングで検証を行っている。		
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。	個別の記録は、本人の言葉や行動を記入している。個別の記録、申し送り記録、朝夕の申し送りや話し合いで職員間の情報を共有し、支援につなげ見直しにも生かしている。		
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。	本人、家族の状況、要望に応じ、誘因付き添い外出支援など行っている。		
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。	日々の暮らしを地域の方々に理解して頂けるよう努め、地域の中で安心して頂けるよう働きかけている。		
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、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。	受診は本人、家族の希望を第一にしている。医師により必要な情報を提供したり又もらったりしている。通院支援も必要に応じて行っている。家族、かかりつけ医、ホーム三者での話し合いも必要時行っている。		

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
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。	日常でとらえた気づきや情報を法人内看護師及び、協力病院看護師伝えている。必要な処置を受けたり、主治医の往診や協力病院への受診につながっている。		
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、情報を提供している。入院中も家族と連絡を取り合ったり、病院の医師や看護師、ケースワーカーと話し合ったりしている。退院後の受診に関しても家族の状況により、病院への送迎、医師等と情報交換を行いながら支援している。		
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。	家族の意向を伺い、ホームでできることの説明を行っている。重度化、終末期に至るまでには何度も家族、主治医、ホームで話し合い、関係する皆で支援できるような体制作りをしている。		
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。	急変や事故発生時の応急手当を職員に伝えたり、連絡体制の方法についても指導している。		
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。	年2回以上日中想定、夜間想定での入居者参加の非難防災訓練を実施している。また、運営推進会議を通じ、地域での災害時での協力をお願いしている。		

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
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。	人格の尊重やプライバシーの確保が適切に行えるように日々の声掛けやトイレ誘導時等の際注意を払うよう指導している。		
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。	職員が決めつけず、希望、思いを受け止める姿勢を持ち、選択できるように働きかけている。理解困難な場合は、本人本位で考え、かつ随時家族に連絡をとり、希望を伺うようにしている。		
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、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。	基本的な一日の流れはあるが、日常行っていることや行いたいと思っていることがスムーズに行えるよう、体調に配慮しながら支援している。		
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。	訪問理美容を利用したり、季節に合っているか着替えの時、衣服と一緒に選んだりしている。髪型の要望を伝えられる方は自分で伝え、希望に沿うようにしている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	個々の好みや咀嚼、嚥下状態に応じた食事内容にしている。食べ方の変化にも注意を払い、見やすく食べやすい食器に変更したり声掛けを行っている。季節、誕生日などでお祝いメニューや外食を取り入れている。		

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
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、水分摂取量を記録し職員で共有している。主治医等の指示を基本として本人の好みも取り入れ飲み物の形状を変えている。		
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。	毎食後声掛け、利用者に合わせた口腔ケアを支援している。声掛け誘導することで、磨き忘れを防ぎ、口腔内の清潔を保つ努力をしている。訪問歯科による定期的な口腔ケアを行っている利用者も多い。		
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。	排泄チェック表により排泄状況やパターンの把握に努め、トイレでの排泄に向けた支援を行い、動作や表情から察したさりげない声掛けや支援を行っている。必要に応じ定時誘導、声掛けを個々に支援している。		
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。	排便表により毎日の排便確認を行っている。食べ物、飲み物の工夫、自然排便を促す努力をしている。必要に応じ医師と相談しながら、状況に応じて便秘薬、増減量を随時行っている。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴をその日の楽しみとしてももらえるようにタイミングをはかり声掛けを行い入浴を支援している。体調やその日の気分なども考慮し本人本位で行っている。		

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
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。	起床、入床の時間や睡眠の様子を申し送りで伝え、生活リズムを整え把握ができるよう努めている。室温や湿度にも注意して安眠ができるように支援している。また、その日の体調を見ながら休憩できるように努めている。		
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。	薬局にて服薬管理を行い、薬変更の際は申し送りにて周知し、薬品名、約定により用法、用量、副作用の把握ができるようにしている。服薬後の様子観察に気を配っている。		
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。	個々の身体状態に合わせ、得意とする事や日々の生活の中で楽しみながらできる役割を把握できるように努め、個々に合った「できること」から「やりがい」につながるよう支援している。		
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。	外へ出られる天候の日は、個々の状況に合わせ、近隣の公園まで散歩に出るようにしている。イベントの日など買い物同行を行ったりしている。ご家族の協力を得て自宅も含め外出、外食をする機会をもてるようにしている。		
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。	個人所持については、家族、本人と相談して決めているが、現金を個人で管理している方はいない。買い物に同行した際は支払いのお手伝いをお願いするなど関われるよう支援している。		

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。	定期的に来訪がある方が多く、本人自らは電話での連絡はほとんどない。かかってきたり、かけたい希望があれば家族との調整を図り取り次ぎたい。		
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。	採光、温度、湿度の調整、家具の配置、清潔等の環境を整え、楽しく居心地の良い場所になるように努めている。		
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。	居間の家具の配置に気を配り、過ごしやすい空間を作れるよう努めている。共用空間、広いテーブルでは個々の状況により、ぬり絵や、書道をしたり思い思いに過ごせるようにしている。		
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。	本人、家族と相談して部屋に家具や使い慣れたものをお持ち頂き、好みの物を置き居心地よく過ごせるようにしている。テレビも個人により置いていてひとりで楽しむ時間も持てるようにしている。		
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。	部屋内部は、動線を考えた家具配置の設置を行い、安全にひとりで移動できるように努め工夫している。		

平成28年度

目標達成計画

事業所名 ホームフレンド湘南台

作成日： 平成29年2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	35	災害に備えて年2回以上の訓練を計画しているが、昨年度は年2回は行えたが、予定通り4月、10月、ではなく、9月、12月の実施になり地域（自治会）との協力体制も再確認が必要。	計画どおりに訓練を実施する。また地域（自治会）や近所の方との協力体制を構築して行きたい。	①毎年4月/10月に防災訓練を実施する。②自治会へGHの周知と災害時の協力依頼を行う。	12ヶ月
2	21	利用者の重度化が進む中、軽度の利用者はコミュニケーションが減る状況にある。	一人ひとりが孤立せず共同生活ならでの、個々にあった事、やりがいなどに繋げられる支援を構築していく。	①本人に無理強いせず、個々の興味のある事や集中できる物事の把握。②同じ共通のやりがいなど、ある場合、状況に応じ役割の分担行い、継続できる支援行う。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月