

平成30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30年10月23日	評価結果 市町村受理日	平成31年4月25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/kaigonavi/
----------	---

【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、ご利用者様が自分らしく、生き生きと暮らしていけるよう支援しています。自立支援を基本に、出来ることは自身で行って頂き、少しでも長く機能を維持していけるよう、ご利用者様、一人ひとりに合わせたケアに努めています。ご利用者様と職員が共に生活する中で、信頼関係を築き、地域社会との関わりを持ちながら、笑顔あふれる、あたたかな雰囲気作りを心がけています。

【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 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	平成30年12月8日	評価機関 評価決定日	平成31年4月16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、小田急江ノ島線・横浜市営地下鉄・相鉄線が利用できる利便性の用の良い湘南台駅西口から徒歩15分、あるいはバスで2、3分の「桐ヶ谷」バス停からほど近い、マンションや古くからの住宅が混在した地域にあります。近くには、円行公園や引地川沿いの桜並木の遊歩道があり、環境に恵まれています。

<優れている点>

日当たりが良く、居心地の良さを感じるリビングで、利用者はモップがけをしたり、食事作りの手伝いをしたり、ソファで寛いでコーヒーを飲みながら新聞を読んだり、介護度の高い利用者にとっと寄り添ったり、職員を相手に談笑したりと思いいきに過ごしています。その人らしい暮らし、生き方のために、職員は個別対応を常に念頭に入れた支援を心がけています。行きつけだったカフェで好みの飲物を楽しむことや元職場の工場見学など、引き出した利用者の意向や本音を支援につなげるよう職員間で話し合っています。言葉でのコミュニケーションが難しい利用者の場合も、職員判断で決めつけず、「どちらが良いか」など、本人が選択できるような言葉かけを工夫し、その人らしい生活の継続に努めています。

<工夫点>

毎月開催しているユニット会議では、職員からの意見や提案を出しやすくするため、話し合いたいことを記載する書式を用意しています。提案案を会議の議題とすることもあり、活用しています。

【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	ホームフレンド湘南台
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
	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。	「共に暮らす。共に学ぶ。共に笑う。」という理念のもと、ご利用者様に寄り添い、地域の方と関わりを持つよう支援している。	開設時に掲げた、「共感」し合える「大きな家」を目指したケア方針、「共に暮らす 共に学ぶ 共に笑う」を変わらないものとして継承しています。その人らしい暮らし、生き方のために職員は個別対応を常に念頭に入れた支援を心がけています。	継承してきたケア方針に根差した現管理者としての思いを折にふれ職員に伝え、浸透に努めています。さらなる共有や実践につなげていくことも期待されます。
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。	自治会のイベントに参加したり、週1回、公園で行っている健康体操にも参加している。散歩や買い物に出掛け、地域の方と挨拶されたり、関わりを持つよう努めている。	毎週、円行公園で開催している朝の健康体操に利用者が参加し、少しずつ顔なじみの関係を築いています。幼稚園児とハロウィン行事を通じて交流が生まれています。近隣の他法人のグループホームとも協力連携を図っていかうとしています。	
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。	日々の暮らしを理解して頂けるよう、ボランティアの受け入れや、慰問の依頼を積極的に行っている。		
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。	2ヶ月に1度の運営推進会議で、活動報告をし、情報交換や意見を頂き、サービス向上に繋げている。	運営推進会議は2ヶ月に1回、定期的で開催しています。グループホームおよび認知症への理解を深め、情報交換を進める良い機会とするため、出席メンバー構成について、再検討することとしています。	
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。	運営推進会議や、連絡会で関わりはあるが、積極的な協力関係は築けていない。今後の課題として取り組んでいきたい。	市の担当者とは、運営推進会議を通して、事業所運営の報告や実際について伝えていきます。市のグループホーム協議会において、研修の参加や情報交換を行っています。市の介護相談員2名が定期的に訪問し、利用者の話を聞く機会を設けています。	

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
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。	入口のドアは安全面に考慮し施錠している。ご利用者様の希望があれば解除している。	今年度から、外部講師を招いての法人の全体研修および事業所研修で人権や身体拘束をしないケアについて学んでいます。身体拘束廃止委員会の活動を通して意識を高めています。入口ドアに関しては利用者の安全確保のため施錠をしていますが、利用者の希望に応じた対応をしています。	
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、正しい知識や理解を持ち、意識を高めていきたい。		
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。	研修等で学べる機会を設けられていない。事業や制度を理解し、必要とする方を繋げていけるようにしていきたい。		
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、解約の際は、不安や疑問を解消できるよう、丁寧な説明を心がけ、同意が得られるよう努めている。不明な点がある際には、いつでも相談して頂けるよう対応している。		
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。	介護相談員来訪時には、ご利用者様やご家族と自由に話しができるようにしている。ご家族来訪時には、話しをする時間を設け、報告や相談をし、意見を伺うよう努めている。	利用者の意見から、行きつけのカフェや元職場の工場見学などを検討し実現しています。家族からは意見箱や面会時の会話、電話連絡時などで意見や要望を聞いています。外部評価受審時の家族アンケート結果についても運営に反映するようにしています。	

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
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度、ユニット会議を開き、職員の意見、提案を聞き、話し合っている。また、個別にも話しをするよう努めている。	毎月ユニット会議を開催しています。会議で話し合いたいことを記載する書式を用意し、職員から事前に提出してもらい、議題とすることもあります。管理者は普段から職員と積極的にコミュニケーションを図り、意見や提案を出しやすい環境を作っています。	
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。	職員がやりがい、向上心を持って働けるような環境は大切だと考えているが、そのような環境にはできていない。今後の課題として取り組んでいきたい。		
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。	法人内の研修に参加する機会は設けている。職員一人ひとりのレベルに合った研修の確保や指導を行っていききたい。		
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。	連絡会の研修に参加したり、他事業所の研修に参加し、交流をもつ機会を設けるようにしている。サービスの質の向上に繋げていきたい。		
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。	入居前に面談させて頂き、アセスメントをとっている。困りごとや心配事は解消できるよう、これからの希望には沿えるように努め、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。	入居前に、ご家族と話しをする機会を設け、相談を受けたり、要望を伺うようにしている。その後もご本人様の様子を報告したり、相談したり、信頼関係を築けるよう努めている。		
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。	ご本人様、ご家族と話しをし、現状の把握に努め、今、何が必要なのか考え、提供できるよう、努力している。		
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。	ご利用者様には、家事など出来ることを行って頂いている。介助するだけでなく、頼りにし、任せて、教わることもある。暮らしを共にする者として、助け合う関係を築いている。		
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。	来訪時には、コミュニケーションをとり、必要な際には相談し、協力を得、共にご本人様を支えていける関係作りに努めている。		
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。	ご家族、親戚、友人の方に、気軽に来訪して頂けるよう説明している。面会時間に制限も設けていない。	家族、親戚、友人、知人の訪問を歓迎しています。次の面会につながるよう、利用者の情報を積極的に伝えていきます。事前の連絡があれば面会訪問時間の制限は設けていません。これまでの生活習慣を尊重した個別の外出は家族の協力を得ています。	

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、利用者様同士の関係性を把握し、思いやりや、助け合いの気持ちを持てるような関わりができるよう支援している。ユニット毎の行き来もし、多くの方と関われるようにしている。		
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、気軽に相談頂ける旨を説明している。日頃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。	ご本人様の希望や意向を1番に考え、定期的なモニタリングを行い、その時、望むサービスが提供できるよう努めている。	言葉でのコミュニケーションが難しい場合も、職員判断で決めつけず、「どちらが良い？」など、本人が選択できるような言葉かけを工夫しています。引き出した利用者の意向や本音について、支援につなげるよう職員間で話し合っています。	
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、生活歴を伺っている。入居後もご本人様やご家族に話しを伺い、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、職員同士が情報を共有し、現状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。	ご本人様、ご家族の生活への要望や、職員の気付きや意見を、ケアプランに反映させるようにしている。また、ご本人様の状態に変化があった際には、その状態に合ったケアプランへ変更している。	ケアプランは1年で作成し、利用者や家族の希望や状況に基づいて6ヶ月の目標を設定しています。「心と体のシート」を用いたモニタリングは3ヶ月ごとに実施しています。状態が大きく変化した場合は期間に拘わらず見直しをしています。	
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。	日々の気付きや、工夫、実践した結果は、記録に残し、職員間で共有している。ケアプランの更新にも役立っている。		
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。	ご本人様や、ご家族から要望があれば、対応していないサービスでも、相談し、提供したい気持ちはある。		
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。	日々の暮らしの中で、社会の一員として、地域の方と関わりを持った生活ができるよう支援している。地域資源を活かしていないので、把握し、活用していきたい。		
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。	ご家族に協力を仰ぎ、通院はお願いしている。入居の際に、往診に切り替えるご家族がほとんどとなっている。往診医や法人内看護師と連携を取り、適切な医療を受けて頂けるよう努めている。	事業所連携の内科医の往診が月に2回、法人契約の看護師が週に3～4回訪問し、利用者の健康面からの支援をしています。歯科医の検診も毎月あります。入居前からのかかりつけ医への通院は家族対応が基本ですが、家族の都合により、職員が付き添うこともあります。	

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
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。	職員は日々の関わりの中での変化や気づきを、往診医や法人内看護師に伝え、相談し、必要な医療に繋げられるよう努めている。		
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。	医師や看護師、ご家族と相談し、ご本人様の状態把握に努め、早期の退院受け入れができるようにしている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	医師や看護師、ご家族と相談を重ね、当ホームで出来る事、出来ないことを説明した上で、ご家族の要望を明確にし、カンファレンスを行い、方針を共有し、支援に取り組んでいる。	重度化や看取りに対する事業所方針は、入居時の重要事項説明の中で行い、同意書を交わしています。看取りには主治医の判断と家族の意向により、終末期ケアプランを作成しています。医師、事業所、家族が参加して、都度ケアカンファレンスを開催しています。	
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初期対応や応急手当の実践力は、職員によって差があるのが現状。すべての職員が対応、処置が出来るように、定期的な訓練の場を設けられるようにしたい。		
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。	日中、夜間想定で、利用者様も参加し、消防、避難訓練を行っている。もしもの時に、地域の方に協力を得られるような関係性が作れていないので、今後の課題になる。	今年度は10月に消防署立ち会いで通報と避難訓練を行っています。年度内に2回目を行う予定です。運営推進会議を利用して、自治会との連携を進めています。災害備蓄品は、法人本部から支給を受けています。	備蓄品は法人本部管轄になっていますが、事業所としての、主体的な関与も期待されます。

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。	介助を行う際には、自尊心や羞恥心に配慮し、利用者様自身で決定できる声掛けを行うように努めている。	人格の尊重は「自分がされて嫌なことをしない」を基本にしています。不適切と思われる場合は、OJTで注意喚起したり、会議でケースワークとして取り上げたりしています。小さなことでも利用者へ依頼し、頼られる喜びを感じてもらっています。	
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。	職員が決めつけることはせず、利用者様自身に選んで、決めて頂けるよう、いくつかの選択肢を用意するよう心掛けている。		
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。	一日の流れはあるが、職員の都合を優先したり、時間に縛られることなく、利用者様一人ひとりが、自身のペースで過ごせ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。	衣類を自身で決めて着ている利用者様もいるが、職員が決めている場合が多い。選択肢を用意し、選んでもらえるようにしていきたい。2, 3か月に1度、訪問理美容をお願いしており、要望を聞いて頂いている。		
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、利用者と一緒に準備や食事、片付けをしている。	利用者様に食材を切って頂いたり、盛り付けをお願いしている。片付けも一緒にやっている。	専門業者のメニューを基本にして、調理専門の職員が利用者に合わせてアレンジしています。調理手伝いや下膳、食器洗いをする利用者もいます。手作りおはぎ、誕生日ケーキ作りなどの食事レクリエーションを行っています。小グループ単位での外食をしています。	

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。	利用者様一人ひとりの体調と、一日の食事量や水分量を把握している。摂取が進まない時などは、好みの食べ物や飲み物を提供している。		
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。	食後、可能な方には洗面台で口腔ケアを行って頂くよう誘導している。難しい方には、スポンジブラシや口腔ガーゼを使って介助している。うがい薬も使用している。		
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。	排泄チェック表を記入しており、自身からトイレの訴えがない方でも、時間を見て声掛け、誘導を行いトイレで排泄できるよう支援している。	排泄表に便の量、色、形を記録して個別の特徴と体調を把握しています。オリゴ糖や冷たい牛乳など、一人ひとりに合わせた便秘対策もしています。布パンツ使用者が多く、現状維持を目指しています。	
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。	毎朝、オリゴ糖を入れたヨーグルトや牛乳を提供している。適度な運動も必要と考え、体操や散歩のお誘いも行っている。		
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。	ほとんどの日が午前中に入浴と決まってしまう。それ以外の時間に入浴したいと要望があれば、浴えるよう努力している。	週に2～3回、午前中に入浴が基本ですが、午後を希望の場合にも対応しています。肌の乾燥がある場合は、入浴後に保湿剤を塗布します。自立入浴の場合も、ふろ場内転倒防止や湯上り貧血対応の為など、見守りは必ず行っています。	

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
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。	出来るだけ日中は活動的に過ごし、夜はゆっくり眠って、という生活リズムが作れ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。	薬情のファイルを作成しており、利用者が何の目的で、どの薬を服用しているのか、職員が確認できるようにしている。与薬時には、きちんと飲めたのか、声掛けし、口の中を確認させて頂いている。		
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。	得意なことを活かせるように、家事などをお願いし、一緒に楽しく行えるように支援している。外出や、地域の行事にも積極的に参加するよう努めている。		
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。	散歩には毎日行けるよう努力している。個別にだが喫茶店やレストランで食事をしたり、コンビニに行き、好きなおやつを選んで頂き、提供したりしている。	花見やアジサイ観賞などに出かけています。また、通院付添いの帰りに喫茶店に寄ったり、コンビニエンスストアで買い物をしたりなど、個別での外出を多く行っています。受け入れ態勢の整ったレストランへの全員外食を計画しています。天気の良い日には、ベランダで寛ぐ利用者もいます。	
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。	個人でお金を管理している方は居ませんが、買い物に行った際に、お金を預け、会計して頂いている。		

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。	手紙がきたご利用者様には、返事を書いてみたら、と声掛けを行っている。電話も要望があれば応えるようにしている。		
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。	玄関やフロアには季節のものや、行事の際の写真、利用者様が作った作品などを飾っている。音や温度、明るさにも配慮し、居心地の良い空間になるよう努めている。	食事が終わると、自分の部屋に帰る人、居間でいつもの自分の居場所で新聞を読んで寛ぐ人、他の利用者の面倒を見てあげる人、自分の家での生活の延長のような雰囲気です。畳コーナーを新しくして、有効利用の計画があります。温湿度は、天候に合わせてその時々で調節しています。	
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。	フロアには食席の他に、首まで支えるハイバックのソファを置いており、和室もある。利用者様が好きな場所できつろげるよう配慮している。		
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。	居室の家具はご家族と相談し、使い慣れた家具を配置している。茶碗、お椀、箸、マグカップも、ご本人様が使い慣れているものを持ってきて頂いている。	介護用ギャッジベッドを事業所で備えています。設置位置や向きは入居時に家族と相談して決めています。手足の挟まり危険がある場合は、ガードをタオルで包み防いでいます。カバーやシーツは毎週洗濯し、ふとんも日干しをしています。居室の掃除は毎日行い、冬でも換気をしています。	
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。	利用者様の状態に合わせて、目印をつけたり、安全な動線を確保できるよう、物の配置に配慮している。		

事業所名	ホームフレンド湘南台
ユニット名	2 F

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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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。	「共に暮らす。共に学ぶ。共に笑う。」という理念のもと、ご利用者様に寄り添い、地域の方と関わりを持てるよう支援している。		
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。	自治会のイベントに参加したり、週1回、公園で行っている健康体操にも参加している。散歩や買い物に出掛け、地域の方と挨拶されたり、関わりを持てるよう努めている。		
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。	日々の暮らしを理解して頂けるよう、ボランティアの受け入れや、慰問の依頼を積極的に行っている。		
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。	2ヶ月に1度の運営推進会議で、活動報告をし、情報交換や意見を頂き、サービス向上に繋げている。		
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。	運営推進会議や、連絡会で関わりはあるが、積極的な協力関係は築けていない。今後の課題として取り組んでいきたい。		

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
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。	入口のドアは安全面に考慮し施錠している。ご利用者様の希望があれば解除している。		
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、正しい知識や理解を持ち、意識を高めていきたい。		
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。	研修等で学べる機会を設けられていない。事業や制度を理解し、必要とする方を繋げていけるようにしていきたい。		
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、解約の際は、不安や疑問を解消できるよう、丁寧な説明を心がけ、同意が得られるよう努めている。不明な点がある際には、いつでも相談して頂けるよう対応している。		
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。	介護相談員来訪時には、ご利用者様やご家族と自由に話し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
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度、ユニット会議を開き、職員の意見、提案を聞き、話し合っている。また、個別にも話しをするよう努めている。		
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。	職員がやりがい、向上心を持って働けるような環境は大切だと考えているが、そのような環境にはできていない。今後の課題として取り組んでいきたい。		
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。	法人内の研修に参加する機会は設けている。職員一人ひとりのレベルに合った研修の確保や指導を行っていきたい。		
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。	連絡会の研修に参加したり、他事業所の研修に参加し、交流をもつ機会を設けるようにしている。サービスの質の向上に繋げていきたい。		
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。	入居前に面談させて頂き、アセスメントをとっている。困りごとや心配事は解消できるよう、これからの希望には沿えるように努め、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。	入居前に、ご家族と話しをする機会を設け、相談を受けたり、要望を伺うようにしている。その後もご本人様の様子を報告したり、相談したり、信頼関係を築けるよう努めている。		
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。	ご本人様、ご家族と話しをし、現状の把握に努め、今、何が必要なのか考え、提供できるよう、努力している。		
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。	ご利用者様には、家事など出来ることを行って頂いている。介助するだけでなく、頼りにし、任せて、教わることもある。暮らしを共にする者として、助け合う関係を築いている。		
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。	必要な際には相談し、協力を得、共にご本人様を支えていける関係作りに努めている。		
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う、支援に努めている。	ご家族、親戚、友人の方に、気軽に来訪して頂けるよう説明している。面会時間に制限も設けていない。		

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
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、利用者様同士の関係性を把握し、思いやりや、助け合いの気持ちを持てるような関わりができるよう支援している。ユニット毎の行き来もし、多くの方と関われるようにしている。		
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、気軽に相談頂ける旨を説明している。日頃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。	ご本人様の希望や意向を1番に考え、定期的なモニタリングを行い、その時、望む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。	入居前にサービスの利用状況、生活歴を伺っている。入居後もご本人様やご家族に話を伺い、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、職員同士が情報を共有し、現状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。	ご本人様、ご家族の生活への要望や、職員の気づきや意見を、ケアプランに反映させるようにしている。また、ご本人様の状態に変化があった際には、その状態に合ったケアプランへ変更している。		
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。	日々の気づきや、工夫、実践した結果は、記録に残し、職員間で共有している。ケアプランの更新にも役立っている。		
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。	ご本人様や、ご家族から要望があれば、対応していないサービスでも、相談し、提供したい気持ちはある。		
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。	日々の暮らしの中で、社会の一員として、地域の方と関わりを持った生活ができるよう支援している。地域資源を活かしていないので、把握し、活用していきたい。		
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。	ご家族に協力を仰ぎ、通院はお願いしている。入居の際に、往診に切り替えるご家族がほとんどとなっている。往診医や法人内看護師と連携をとり、適切な医療を受けて頂けるよう努めている。		

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
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。	職員は日々の関わりの中での変化や気づきを、往診医や法人内看護師に伝え、相談し、必要な医療に繋がられるよう努めている。		
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。	医師や看護師、ご家族と相談し、ご本人様の状態把握に努め、早期の退院受け入れができるようにしている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	医師や看護師、ご家族と相談を重ね、当ホームで出来る事、出来ないことを説明した上で、ご家族の要望を明確にし、カンファレンスを行い、方針を共有し、支援に取り組んでいる。		
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初期対応や応急手当の実践力は、職員によって差があるのが現状。すべての職員が対応、処置が出来るように、定期的な訓練の場を設けられるようにしたい。		
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。	日中、夜間想定で、利用者様も参加し、消防、避難訓練を行っている。もしもの時に、地域の方に協力を得られるような関係性が作れていないので、今後の課題になる。		

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。	介助を行う際には、自尊心や羞恥心に配慮し、利用者様自身で決定できる声掛けを行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。	職員が決めつけることはせず、利用者様自身を選んで、決めて頂けるよう、いくつかの選択肢を用意するよう心掛けている。		
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。	一日の流れはあるが、職員の都合を優先したり、時間に縛られることなく、利用者様一人ひとりが、自身のペースで過ごせ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。	衣類を自身で決めて着ている利用者様もいるが、職員が決めていた場合が多い。選択肢を用意し、選んでもらえるようにしていきたい。2, 3か月に1度、訪問理美容をお願いしており、要望を聞いて頂いている。		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	利用者様に食材を切って頂いたり、盛り付けをお願いしている。片付けも一緒にやっている。		

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
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。	利用者様一人ひとりの体調と、一日の食事量や水分量を把握している。摂取が進まない時などは、好みの食べ物や飲み物を提供している。		
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。	食後、可能な方には洗面台で口腔ケアを行って頂くよう誘導している。難しい方には、スポンジブラシや口腔ガーゼを使って介助している。うがい薬も使用している。		
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。	排泄チェック表を記入しており、自身からトイレの訴えがない方でも、時間を見て声掛け、誘導を行いトイレで排泄できるよう支援している。		
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。	毎朝、牛乳を提供している。適度な運動も必要と考え、体操や散歩のお誘いも行っている。		
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。	ほとんどの日が午前中に入浴と決まってしまう。それ以外の時間に入浴したいと要望があれば、浴えるよう努力している。		

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
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。	出来るだけ日中は活動的に過ごし、夜はゆっくり眠って、という生活リズムが作れ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。	薬情のファイルを作成しており、利用者が何の目的で、どの薬を服用しているのか、職員が確認できるようにしている。与薬時には、きちんと飲めたのか、声掛けし、口の中を確認させて頂いている。		
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。	得意なことを活かせるように、家事などをお願いし、一緒に楽しく行えるように支援している。外出や、地域の行事にも積極的に参加するよう努めている。		
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。	散歩には毎日行けるよう努力している。個別にだが喫茶店やレストランで食事をしたり、コンビニに行き、好きなおやつを選んで頂き、提供したりしている。		
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。	個人でお金を管理している方は居ないが、買い物に行った際に、お金を預け、会計して頂いている。		

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。	手紙がきたご利用者様には、返事を書いてみたら、と声掛けを行っている。電話も要望があれば応えるようにしている。		
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。	玄関やフロアには季節のものや、行事の際の写真、利用者様が作った作品などを飾っている。音や温度、明るさにも配慮し、居心地の良い空間になるよう努めている。		
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。	フロアには食席の他に、ソファを置いており、和室もある。利用者様が好きな場所でくつろげるよう配慮している。		
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。	居室の家具はご家族と相談し、使い慣れた家具を配置している。茶碗、お椀、箸、マグカップも、ご本人様が使い慣れているものを持ってきて頂いている。		
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。	利用者様の状態に合わせ、安全な動線を確保できるよう、物の配置に配慮している。		

平成30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31年 4 月 24 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	1	具体的なケア方針が浸透しておらず、職員によって、提供するケアが変わってしまっている。利用者様本意のケアより、職員の都合や考えが優先されてしまうことがある。	職員が変わっても、利用者様本意の同じケアを提供できるようになる。	職員が同じ方向を向けるように、話し合い、共有していくために、定期的な会議を継続する。気になることがあったら、話し合えるような環境を作る。	12ヶ月
2	2	災害対策の備蓄品の管理を本部に任せてしまっており、備蓄品の内容を把握しきれていない。災害時の対応、避難方法等、職員間での情報の共有もできていない。	災害時に落ち着いて対応できるよう、救命方法や避難方法を学ぶ。	災害時の際のマニュアルを見直し、職員間で共有する。救命の研修に参加。避難訓練の実施。備蓄品の把握。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月