

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	1492200595	事業の開始年月日	平成27年10月1日
		指定年月日	平成27年10月1日
法人名	株式会社 学研ココファン		
事業所名	ココファンホーム湘南台		
所在地	(252-0815) 藤沢市石川6-25-3		
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	通い定員	名
		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	平成30年10月3日	評価結果 市町村受理日	令和元年5月2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)】

ご利用者の生活ペースを大事にし、ご自分の出来ることを出来るだけ維持する事を大切に考えております。また、その人その人の趣味や生きがいを大切にし、いつまでも自尊心を持ち続けられる環境づくりに努めております。「人の為に役に立ちたい」「ありがとうと言われる存在でいたい」そんなお気持ちに寄り添ってご利用者、ご家族が「ここに来てよかった」と思えるような施設を目指しています。

【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 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	平成30年11月26日	評価機関 評価決定日	平成31年3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)】

事業所は小田急線、相鉄線、横浜市営地下鉄線「湘南台」駅よりバスで7分の「公園北」バス停で下車、徒歩3分の所にあります。4階建ての1階にグループホームと小規模多機能型居宅介護事業所があり、2～4階は住宅型有料老人ホームです。周りはマンションや一戸建てが広がり、大型スーパーマーケットや公園もすぐ近くにあります。

<優れている点>

運営法人は株式会社で、高齢者住宅や介護・看護サービスを全国展開しています。事業所の建物内に同法人の他施設が入居する複合施設で、事務所や厨房、ホールなどを共有しています。1階のホールを使用して全館一緒にイベントを行うことも多く、色々な人との交流や触れ合いがあります。音楽療法や社交ダンス、カラオケ、書道、生け花、絵手紙など自分に合った行事に参加できます。併設の小規模多機能型居宅介護事業所を利用していた人や有料老人ホームに入居していた人がグループホームに移ることもあります。馴染みの関係を継続しながらその人に合ったサービスを受けられます。セラピー犬との触れ合いも癒しとなっています。

<工夫点>

地域との交流に力を入れています。公園体操の後のグランドゴルフや毎週の認知症カフェ、毎月の映画会などで交流しています。中学生の職業体験受け入れや月2回の保育園児の来訪は利用者の楽しみとなっています。

【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	ココファンホーム湘南台
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。	朝礼時に理念の唱和をしています。「すべての人が心ゆたかに生きることがを願い 今日感動、満足、安心と明日への夢、希望を提供します。」問題発生した時は常に理念を振り返り、どう実践して行くかを考えます。	毎日朝礼時に理念の唱和をすることで、職員は理念を共有し、実践に繋がっています。会議の中で理念についてじっくり話し合うこともあります。支援に行き詰った時には、常に理念に立ち返り、問題解決に結びつけています。	
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。	毎週の公園体操や自治会のお祭り、近隣スーパーへの買い物、子供会のイベント、地域防災訓練などに参加しています。	ホールで地域作業所のパン販売があり、事業所でもコーヒーを用意して認知症カフェを開催しています。利用者や近隣の人も楽しみにしています。夏祭りでは屋台を出し、家族や地域の人と盆踊りを楽しんでいます。定期的な保育園児の来訪もあります。	
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。	地域のお祭りを通し認知症の寸劇や認知症カフェ、各種イベントを開催し地域住民への認知症の理解を促しております。	/	/
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。	コミュニティーソーシャルワーカーの参加を始めとして自治会の方々やご家族も気軽に参加できるような雰囲気作りを行い、相互理解に努めています。	運営推進会議は、市職員や地域包括支援センター職員、自治会長、民生委員、コミュニティーソーシャルワーカー、家族、利用者などが参加しています。併設の小規模多機能型居宅介護事業所と合同で年6回開催し、事業所の活動報告の後、意見交換をしています。	
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。	日頃より地域包括ケアの職員や市職員の方とも連絡を取っております。事業所の取り組みや実情について相談したり、アドバイスをいただいております。	市担当者や地域包括支援センター職員は運営推進会議に参加しており、日頃から事業所の取り組みや実情を知らせ、相談に応じてもらうなど連携を取っています。市グループホーム連絡会にも参加し協力関係を築いています。	

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
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。	定期的な研修を行い、「身体拘束防止」への取り組みをスタッフ全員に周知しています。	身体拘束委員会を2ヶ月に1回行い、研修も年2回開催しています。転倒の恐れのある利用者には危険回避のため見回りの強化やフットセンサー、離床センサーを利用しています。玄関は施錠せず、帰宅願望者に職員が付き添って歩き、不安を解消しています。	
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。	定期的な研修や委員会で「虐待防止」への取り組みをスタッフ全員に周知しております。 日常のケアの中でも、職員の言葉づかいや行動、不適切なケアについて振り返りを行っています。		
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。	定期的な研修や地域の研修を通し「権利擁護に関する制度」について学ぶ機会をもち、活用しています。		
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。	契約時、解約時、内容変更の際は、ご利用者様やご家族様の状況、ご理解を確認しながら説明しています。		
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。	利用者からのご意見・苦情等は都度改善方法を探り、全スタッフへ周知しています。ご意見用紙でいただいた場合も改善方法について掲示しております。又、運営推進会議でも報告させていただいております。	家族や利用者へアンケートの実施や意見箱で意見を聞いています。出された意見や要望は検討し、改善策を掲示しています。利用者の服の購買についての要望が衣動販売（業者による衣服の事業所内での販売）に繋がっています。	

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。	常に職員が気づきや提案を出せるような雰囲気、毎月の定例会議にて話し合いを行い、職員に反映できるようにしております。	定例会で職員は気づきや提案を出しています。出された意見などは検討し、業務改善に繋げています。管理者は話しやすい雰囲気、業務以外の事でも職員の話聞き、問題解決を図っています。職員の意見で、利用者のパジャマの洗濯の見直しをしています。	
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。	就業規則を掲示し、各職員の労働時間の把握を常に行っています。定期的な面談や本部の研修により、個々の問題解決やモチベーションの向上に努めています。		
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。	毎月の施設内研修を始め、本部研修（インターネットでの研修を含む）、他施設の見学、新人職員へのOJT、中核職員の研修プログラムを実行しています。日常のケアについて職員間での意見交換をしています。		
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。	市内グループホーム連絡会への参加交流、学研グループ内の他施設との交流、地域勉強会での地域事業所との交流、地域イベント参加、施設見学、合同研修等を行い、サービスの向上へ繋げています。		
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。	サービス利用開始時には、特にご本人を細かく観察し、不安や要望を納得できるように傾聴し、安心できるよう努めています。		

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
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。	サービス利用開始時にはご家族へサービス内容をより具体的にお伝えし、要望や内容の変更があれば随時ご家族と相談しています。ご利用者の状況もこまめに連絡しています。		
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。	初期の段階では、ご本人様との対話、ご家族の希望をよく伺った上で、その方に必要な支援を多面的に検討、確認し、調整しています。		
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。	それぞれの利用者様に、それぞれが出来る家事や簡単な作業、レクリエーションの準備等のお手伝いをさせていただき、感謝しあう関係を築いています。		
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。	ご家族様が支えたいと思う部分は、随時支援していただいています。施設内イベントの参加もしていただいています。家族ならではの悩みや葛藤を傾聴しながら、変化するご本人の支援に努めています。		
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。	認知機能の低下とともに、ご友人は離れてしまうことがあります。レクリエーションで駅や公民館などを訪れています。	家族は少ない人でも月に1回、多い人で週に2回程来訪しています。友人が来た時にも居室でゆっくり出来るように配慮しています。孫と一緒に馴染みの美容室に行っている人や、家族の協力で墓参りに行く利用者もいます。	

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。	利用者様それぞれの性格や関係の築き方を観察し、暮らしの中での関わり合いを尊重しています。		
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。	退去後にご家族様が来設された場合は、新たな暮らしにも希望が持てるよう注意して傾聴、支援しています。		
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。	普段の暮らしの中で現れる何気ない言葉の意味を探り、ご本人の意向をくみ取れるよう努めています。	自分の意思を表現するのが困難な利用者でも、提示したことが嫌な場合は表情に出ます。職員は注意深く観察し、喜んだ時は継続して行います。職員は利用者の何気ない言葉を拾ってメモを取っています。気づきを積み重ねて利用者の意向を汲み取っています。	
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。	生活歴等の資料のほか、ご本人、ご家族、友人や近所の方からの情報でも把握できるよう努めています。		
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。	実際に暮らし始めてみてわかる事は多くあり、聞いていたことと異なる場合もあります。また、その時々のお気持ちによって身体状況も変わるため、総合的な状況把握ができるよう努めています。		

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
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。	普段の様子や言動を観察して支援記録に残し、モニタリング、アセスメント、カンファレンスを通して介護計画を作成しています。	ケアプランは利用者、家族、職員、医療関係者の意見も聞き、ケアプラン作成担当者が6ヶ月に1回作成しています。3ヶ月の短期目標、6ヶ月の長期目標を立て、毎月モニタリングしています。急変時は随時見直しています。	
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。	変化に気付いた時、いつもと違う時は、その様子と対応を支援記録と業務日誌に残し、情報共有しています。その後の経過観察によって統一的に実践し、介護計画に		
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。	その人それぞれの、その時々困りごとからニーズを探り、案を出し合っって対応しています。		
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。	自治会のお祭り、公園清掃、公園体操、防災訓練への参加を行い、地域の方々と交流しています。		
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。	主治医を中心として、ご本人とご家族の希望によって他医療機関への受診も受け入れ、相互の報告を行い、連携を図っています。	協力医は内科・老年神経科の医師で、月2回往診し、利用者全員を診察しています。病歴や手術歴などにより、従来からの医療機関に継続して受診している利用者もいます。訪問看護師は毎週来訪して健康状態をチェックしています。	

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。	普段から気付いた事を医療ノートにメモできるようにしており、訪問看護師に報告、相談し、指示を仰いでいます。		
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。	スムーズに入退院でき、退院後もグループホームで安全に過ごせるよう早めの連絡と情報提供をしています。		
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。	早めにご本人、ご家族と話し合い、どのような選択をしたいのか、どのような対応ができるのか等を十分にご説明します。お気持ちを尊重、配慮しながら、こまめな方針の確認に努めています。職員も話し合いの経過を含めて参加し、チームケアにあたっています。	入居時に本人と家族の要望を聞き、重度化に際しての事前確認書を交わしています。重度化の場合は、協力医の意見も参考に再度意向を確認しています。本人と家族が希望すれば、最期まで受け入れる方針で、研修も定期的実施しています。	
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。	速やかな対応ができるよう、情報提供書類の整備、初期対応の訓練を定期的に行っています。		
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。	利用者と共に職員主導で定期的な防災訓練を行っています。また、地域との連携が取れるよう、自治会防災訓練への参加及び来設していただいで助言もいただいています。	防災訓練は年2回実施し、1回は夜間災害を想定して、夜勤の職員が出勤する夕方から行っています。訓練には消防署、自治会、地元の消防団などの協力を得ており、利用者も避難訓練に参加しています。自治会と連携して、水や食料などの備蓄をしています。	

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
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。	人格を尊重することの意味を理解し深められるよう、接遇、高齢者虐待防止法、不適切なケア等、様々な方向からアプローチ、対応しています。	原則として利用者を名字に「さん」付けで呼んでいます。「身体拘束・虐待防止」の研修は施設内で年に2回実施しています。本社での研修にも参加しており、出席した職員は研修の内容を報告して、職員間で情報共有しています。	
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。	ご本人が自己決定ができるような声掛けの工夫をしながら選択肢の提示をしています。		
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。	利用者様のペースや、それぞれの生活習慣、やり方を大切にしています。		
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。	更衣の際には選択していただくよう声をかけています。		
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。	楽しい雰囲気になるよう準備を行い、一緒に配膳や後片付けをしています。外食やデリバリー、中庭での焼肉などいつもと違う雰囲気でのお食事もしています。	専任のスタッフが厨房で、館内すべての食事を調理しています。グループホームだけで暖かいご飯が食べたいという要望があり、日曜日の昼食は職員が調理して提供しています。月に1回の割合で、利用者が希望するレストランなどで食事をしています。	

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。	栄養士が考えた食事メニューで食事を用意し、嚥下状態によって一口大、キザミ、ミキサー等で支援しています。		
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。	食事、水分の摂取量は一覧表で確認しています。		
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。	ご本人の状態に合わせて支援しています。失禁で自尊心が傷つかないように、タイミングの把握や前もっての声掛けを行っています。	約半数の利用者は自立しています。自分でトイレに行ける人には見守りをしています。介助が必要な人には排泄チェック表の活用や、表情や仕種などで尿意、便意を察知してトイレに誘導しています。寝る前の声掛けや、夜間の見回りも行っています。	
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。	往診医、訪問看護と連携しています。水分の促しや適度な運動、腹部マッサージ等を工夫しています。		
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。	基本的な入浴日に合わせて、その日のご気分や状態による必要性などを考慮してご案内しています。	浴室は小規模多機能型居宅介護事業所と共用のために、通常午後を使用しています。3日ごとに入浴日を設け、職員が1対1で介助しています。浴室には個浴と機械浴の設備があり、同時に使用できます。湯は毎回交換しています。	

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。	一人一人の生活リズムに合わせて対応しています。ベッドリネンは汚れを発見し次第交換しています。		
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。	薬局の居宅療養管理が入っており、変更時には与薬者にわかるよう指示し、様子観察をしています。様子観察の結果は次回往診時に報告しています。		
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。	その人に合った役割や楽しみを持てるよう支援しています。外気浴や買い物など外出をしての気分転換も行っています。		
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。	気分転換も含め、週1回の公園体操に出かけています。遠めの場所であってもご希望があれば計画を立て支援しています。	毎週水曜日の朝は、自治会や地域包括支援センターの人々も集まるラジオ体操が近くの公園であり、ほぼ全員の利用者が参加しています。「元気な時に好きなところに行く」が事業所の方針で、やや遠方でも利用者が希望する場所に同行しています。	
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。	ご本人の希望やご家族のご意向により、好きな物の購入やお支払いをいただいております。		

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
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。	ご本人の希望やご家族のご意向により、家族やご友人からの手紙の受け取りや返信の支援をしたり、電話をお繋ぎしています。		
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。	日中は利用者様と一緒に清掃を行い、夜間はフロアを水拭きをしています。レクリエーションの写真や季節の絵、草花を飾るようにしています。	清潔で居心地よい共用空間を目指して、清掃は日中に利用者と職員が協力して行い、夜間に職員がフロアの水拭きをしています。温度や湿度の調節、空気の入替えにも注意しています。居間や玄関には季節感のある絵や写真、草花を飾っています。	
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。	その人の生活リズムや体調・気分によって一人の時、二人の時など対応しています。仲良し同士で果物を召し上がり「女子会」もしています。		
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。	使い慣れたものや、ご自宅で長年馴染んだものは持ち込んでいただいています。取り外しが可能な範囲での簡単なリフォームも可能です。	窓のカーテン、照明、エアコン、ベッドやクローゼットは備え付けで、トイレは居室ごとに設置されています。衣類やテレビ、冷蔵庫などを利用者が持ち込んでいます。転倒予防や動線の確保に配慮し、職員も協力して家具や家財を設置しています。	
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。	洗濯物を干す、取り込む、たたむ。お茶を入れる、洗い物をする。テーブルを拭く、床の掃除をする。等のやって頂けることは職員と一緒にしています。また、貼り紙のご案内によりご自分で気づくことができるような工夫をして支援しています。		

平成30年度

目標達成計画

事業所名 ココアホーム湘南台

作成日: 平成31年4月27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
1		不適切なケアではないかと感じている場面を目にすることがある。	スタッフ間で、互いに尊重しあい、言葉で伝え、風通しの前向きな良い職場とする。	管理者やリーダーからの言葉だけでなくスタッフ間でも伝え合う。悪口は伝えず理解し合う。	6ヶ月
2		いつの間にか外出機会が減り、利用者もスタッフも新たな発見や気分転換ができにくくなっている。	季節毎のイベント、レクで機会を設けるとして、日常生活の中での小さな機会も大切に外出する。	企画の促し、提案をしやすい環境づくりを促す。記入しあえるボードを設置。シフト人数の多い日に声かけ促す。 (外出を)	3ヶ月
3		認知症への理解が不十分で自信をもてケアにあたることができない。	施設内・外の研修に参加し、得たことを実践し、失敗も成功も体験する。	スタッフへの研修案内を積極的にを行い、参加の為にシフト調整をスタッフ同士が互いに行う。	6ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月