

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         | 1471000487                                       | 事業の開始年月日       | 平成13年8月13日 |
|               |  | 指定年月日          | 平成13年8月13日 |
| 法人名           | 株式会社カスタムメディカル研究所                                 |                |            |
| 事業所名          | スカイホーム湘南   |                |            |
| 所在地           | ( 241-0051 )<br>神奈川県横浜市戸塚区名瀬町36-4 KMプラザ4F・5F     |                |            |
| サービス種別<br>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            | 18名        |
|               |  | ユニット数          | 2 ユニット     |
| 自己評価作成日       | 平成24年10月18日                                      | 評価結果<br>市町村受理日 | 平成25年3月21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 | <a href="http://www.kaisokensaku.jp/14/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&amp;IieyosyoCd=1471000487-00&amp;PrefCd=14&amp;VersionCd=022">http://www.kaisokensaku.jp/14/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&amp;IieyosyoCd=1471000487-00&amp;PrefCd=14&amp;VersionCd=022</a> |
|----------|---|

### 【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)】

入居者の人格を尊重し、入居者様一人一人が自分らしい生活ができるよう支援するとともに、入居者様ご家族また関係者の方々の想いや生活（負担の軽減）も大事にできればと考え、実現に努めています。また運営推進委員会や地域行事への参加・地域ボランティアの方々の協力をいただき、ホームでイベントを行うなど地域との交流機会を多くもっています。

### 【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24年11月30日                         | 評価機関<br>評価決定日 | 平成25年1月19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戸塚駅からバスで約10分の所で、5階建てのビルの4階と5階にあり、階ごとにユニットが分かれています。1階には内科のクリニックと薬局があり、バス停も近くにあり利便性の高い場所にあります。

<優れている点>

ホーム長の取り組みがサービスの向上を促しています。

玄関入口からホール、廊下、居間の動線は木材による化粧が施してあり、ビルの中にいることを忘れさせてくれます。利用者は明るい笑顔で、アットホームな雰囲気が漂っています。ホーム長の人柄が利用者や職員の動きに対し、元気の源になっています。企業理念を職員に理解・浸透させる事により、職員の取り組みが、業務中心から利用者優先へと意識改革をしつつあり、サービスの向上が図られています。前回の外部評価での気付きはその後のホーム運営に活かされ、家族アンケートの実施内容やチームで作るケアプランなどに改善がみられます。地域との交流や連携が進んでおり、同一ビル内の小規模多機能ホーム「わだち」と合同で運営推進会議や避難訓練を企画する等地域密着型サービスの提供が深まっています。

<工夫点>

リビングスペースを広くするために対面式キッチンを改め壁付けとし、壁面には吊戸棚の下に鏡を取り付けて居間の様子が随時見れるようにしています。外出頻度を高めるため、季節の行事の他にも地域の方と積極的に交流を持とうと囲碁や将棋などで楽しんでいきます。

### 【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  | スカイホーム湘南 |
| ユニット名 | あおい      |

| 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。<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、活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 |
| <b>I 理念に基づく運営</b> |      |   |  |  |                   |
| 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                    | 玄関やリビングといった職員の目に付くところに理念を掲示し、確認しています。また新人研修に理念の周知を早期に取り入れ、理念に基づいたケアを実践しています。               | 日常の研修時に「地域と共に、明るく元気で～」という理念の考えを元に、どうあるべきかを考え、職員の行動規範として共有・実践しています。                                     |                   |
| 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員として日常的に交流している                    | どどん焼きや御祭りなど地域行事に、地域の方々のご協力のもと円滑に参加、交流をしています。   | 区内に3ヶ所ある中学校の3年生の体験学習の受け入れをしています。「子供110番」として地域において不審者から子供を守る活動や地域行事への参加で、地域に溶け込んでいこうとする努力がされています。       |                   |
| 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                  | 職業体験の場として近隣中学校へ協力したり、運営推進委員会で事業者から地域に貢献できる事を定期的に伺い、地域のニーズにアプローチしています。本年度は子供110番へ加入しました。    |  |                   |
| 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ヶ月ごとに開催できるよう努めています。会議の際は運営や取組みについて報告し、助言をいただくことでサービス向上に活かしています。現在、入居者様もメンバーとして参加しています。    | 町内会会長や入居者家族、民生委員その他の参加者を得て、2ヶ月に一度実施しています。利用者の暮らし、地域に密着した行事への参加、ヒヤリハットや事故報告、地域の中でのホームの在り方などが議題に上がっています。 |                   |
| 5                 | 4    | ○市町村との連携<br>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           | 地域包括支援センターや区の高齢福祉課などへ困難事例や支援方法について相談しています。また生活保護受給措置を受けている入居者様について、区の担当職員と話し合い、支援に活かしています。 | 生活保護者の入居受け入れにおいて、それまで疎遠であった近親者の方との再会について、職員はもとより、区の保護課との連携で一定の成果を得ることができています。                          |                   |

| 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<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 | 定期的な研修を行って、職員がどのような事が拘束となるか、代替する方法とは何かを学び、身体拘束を必要としない介護を志しています。                       | ベッドから転倒された方について家族の了解のもと、壁面に面していない2方向のベッドに柵をしている他は身体拘束はしていません。また年間の研修メニューとして身体拘束全般について研鑽が積まれています。                  |                   |
| 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されることがないように注意を払い、防止に努めている                                       | 研修で学んだ事を、日々の支援方法と照らし合わせる機会を持ち、虐待防止に取り組んでいます。また個人面談を実施して、職員のストレスを緩和するよう努めています。         |   |                   |
| 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                                 | 現在、後見人制度を利用している入居者様もいらっしゃる、後見人の方とかわる事で学ばせていただいています。また研修を実施し、諸制度を理解し活用できるよう知識を深めています。  |   |                   |
| 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  | 契約時に入居者様およびご家族にご納得していただけるように説明しています。疑問や不安が生じられた場合は、時間をかけ話し合いご理解いただけるよう努めています。         |   |                   |
| 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   | 日常生活の中で入居者様の要望や意見を伺い、サービスに反映しています。ご家族来訪時や電話、また3ヶ月に1度アンケートを実施し、ご家族の要望や疑問を御聞かせいただいています。 | 家族アンケートを実施し要望や意見ももらっています。その中で外出について、その機会を増やして欲しいという意見に応え町内会で実施している「ミニデイ」に参加しています。また、近くの川沿いの緑地への散歩など気軽な外出機会が増えました。 |                   |

| 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                                      | 定期的な会議を開催し意見や提案を運営に反映しています。また個人面談を行い、個々の意見や要望また不安を聴く機会を設けています。                  | 個人面談を実施しており、職員からは本音の意見が出されています。そのことで利用者ケアにおける感情表出において、より豊かなコミュニケーション対応となり、ケアに余裕のある姿勢が見られるようになっていきます。 |                   |
| 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      | 職員の処遇改善計画を立てて、職員がひとりひとり向上心を持って働けるように努めています。                                     |  |                   |
| 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          | 代表者は、職員に研修を斡旋して職員ひとりひとりの力量に合わせ、スキルアップできる環境を提供しています。                             |  |                   |
| 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 | グループホーム連絡会や協議会の研修へ参加する機会をもち、ネットワークづくりに努めています。また他施設より研修を受け入れて交流し情報交換しています。       |  |                   |
| <b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |      |  |   |  |                   |
| 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        | ご本人またご家族・関係者に見学して頂くよう案内し、見学時は面談や談話の中で不安や要望を聴かせていただこう努めています。希望により体験入居も行うことが可能です。 |  |                   |

| 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<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     | 見学時にホームに関する説明資料を渡し、口頭にて説明しています。説明させていただく時間は十分にとり要望や不安をお聴かせいただけるよう努めています。                                 |   |                   |
| 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 | 情報を収集、分析して入居者様にとって過ごしやすい生活となるよう職員で随時話し合い支援しています。要望や状態に変化あったときはご家族や協力医療機関、職員が話し合う機会をもって、要望に応えられるよう努めています。 |   |                   |
| 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                    | 料理や掃除などあらゆる場面で入居者様から職員へご指導いただいています。入居者様の得意な事や好きな事を率先し行える機会をレクリエーションや生活に取り入れ、入居者様と職員が協同行っています。            |   |                   |
| 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     | 電話だけでなくメールやFAXを活用し、ご家族へご負担にならないよう入居者様の様子を報告・相談して必要な支援について話し合っています。また誕生日会など行事参加を呼びかけています。                 |   |                   |
| 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                 | 要望あった際はいつでも電話や手紙にて連絡が取れるよう支援しています。ご連絡が難しい方は職員から馴染みのある人へ連絡し、関係が途切れないようにしています。                             | 以前、従事していた仕事の思い出の品を居室に置き、職員は会話の中に持ち出して思い出の継続が図れるようにしています。地域のお祭りや花見など馴染みのある場所を訪れ、昔の話を引き出したりしています。 |                   |

| 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<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                | 職員がお声をかけて入居者様同士良好な関係を保てるよう配慮しています。また皆さんが力を合わせ行えるレクレーションを企画し行っています。                  |  |                   |
| 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 | 転居先へ会いにいたり、ご家族と電話にて連絡をとっています。その際は相談なども受けており、退居後でもお役に立てるよう努めています。                    |  |                   |
| <b>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</b> |      |   |   |  |                   |
| 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。                       | 日々の生活の中で、スタッフが積極的に想いを伺っております。言葉で表せない方は表情や行動から察し、職員で話しあって意向を察することができるよう努めています。       | 申し送りのノートに『気づきコーナー』を設け、困っていることや何かしたいと思っていることを記録するようにしています。記録内容は職員の言葉で書かれています。 |                   |
| 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                    | 入居時の面談で、本人及び家族からこれまでの生活について話をしてもらい、入居後も様々な場面でその方のこれまでの生活を知る事できるようにコミュニケーションをとっています。 |  |                   |
| 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                                  | 日々の記録をとり、一日の過ごし方や心身状態、潜在能力を把握し、申し送りやカンファレンスにて職員が周知できる体制をとり、支援に活かしています。              |  |                   |

| 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 |
| 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 | 入居者様のニーズを実現できるよう担当者会議などで関係者と話し合い、必要な支援方法を介護計画に反映しています。                  | 担当者会議は5～6人の参加メンバーで更新時及び心身の変化が見られたときに実施しています。ケアプランはチームで作るものという意識で対応しています。モニタリングは随時行いカンファレンスで確認しています。 |                   |
| 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                        | 日々の様子や状態を個別記録に詳細に記録し、申し送りや日誌などで職員間で情報を共有、多くの気づきの中からニーズを抽出し介護計画に活かしています。 |   |                   |
| 28   |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<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               | 個々の要望に沿えるよう、ご家族や地域の方々また同建物内小規模多機能型施設の協力をいただき、多様なニーズに対応できるよう努めています。      |   |                   |
| 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                         | 町内会に加入し、地域の催事に参加しています。その他、地域ミニデいの活用やボランティアの受け入れを積極的に行っています。             |   |                   |
| 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                     | 家族の同意を得て、24時間居宅療養診療医を委託しています。また必要に応じて訪問歯科や訪問マッサージを受けられる体制をとっています。       | 入居前からのかかりつけ医の受診は家族が対応しています。ただ、所用で行けない時はホームの職員が支援しています。マッサージや歯科については週に1回訪問してくれています。                  |                   |

| 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<br>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                      | 職員が入居者様の変化に気づいたら、随時、訪問看護師など協力医療機関に相談できます。また受診の必要性があった場合、基本にご家族も同行していただきますが、都合上難しい場合、職員が対応し迅速に受診しています。          |  |   |
| 32   |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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、ソーシャルワーカーや看護師、リハビリ士と情報交換して、心身の状況をふまえ早期退院について働きかけたり、面会に行き入居者様の様子や要望の把握に努めています。                              |  |   |
| 33   | 12   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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  | 重度化や終末期について、ご家族の意見を伺い話し合っています。ホームで可能な対応についてはご説明させていただき、理解を得られるよう努めています。  | 入居契約時には「利用者の重度化に関する指針」について説明し同意書を交わしています。現実に重度化した場合には更に詳細についての打合せを行う事としています。今年度は詳細打合せの結果病院へ繋げた例があります。        | 看取りや重度化対応の介護は、早い段階から方針の決定や、職員の研修並びにマニュアルの整備に向けた検討も期待されます。                         |
| 34   |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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   | 定期的な研修を実施しています。研修にて使用しているマニュアルは常にスタッフルームに置いて、閲覧できるようになっています。また、緊急時に慌てないようにフローチャートを作成し、円滑に対応できるようにしています。        |  |   |
| 35   | 13   | ○災害対策<br>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   | 定期的に防災訓練や救命処置についての研修を行っています。運営推進委員会では災害時、どのように地域と事業所が協力していくか具体的に決めをしています。また職員が地域の防災訓練にも参加し、防災意識を高くもつよう心掛けています。 | 今年度、避難訓練については夜間の出火想定を含め4回実施しています。そのうち1回は消防署、自治会長代理、及び同一ビルの小規模多機能介護施設の職員が立ち会い、好評を頂いています。災害対策用の備蓄は4日分を確保しています。 | 避難訓練には自治会長代理も出席する等近隣とは良い関係が築かれています。災害対策の一環として避難時の協力態勢を自治会と取り決め、文書化についての検討も期待されます。 |

| 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 |
| <b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |  |  |  |                   |
| 36                              | 14   | ○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保<br>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                | プライバシーについて研修を行い、自尊心や羞恥心に配慮した支援を行うよう努めています。   | プライバシー保護マニュアルや高齢者虐待防止法は室内に掲示され、研修の機会にも話し合っています。特に排泄時や入浴時に職員は言動に注意しています。また特に排泄時や入浴時の声掛けや誘導時には利用者の尊厳を損ねないように注意しています。 |                   |
| 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                     | 要望や不満などを話していただけるよう職員から積極的にコミュニケーションをとり、話していただける雰囲気づくりをしています。また表情や仕草で気持ちを汲み取れるよう努めています。 |  |                   |
| 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 | 基本的な生活ベースはありますが、日々、入居者様の趣味や過ごし方を大切にして、できる限り個々のペースで生活していただけるよう支援しています。                  |  |                   |
| 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                                  | 入居者様の好みや習慣に応じ衣類を選んでおり、意思確認ができない入居者様は職員と一緒に選んでいます。2ヶ月に1度、訪問理容が来訪しています。                  |  |                   |
| 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     | 自信を持って行っていただけるように、できる事や好きな事を把握し、入居者様と職員が協力して行っています。行事などは行事内容に合わせ、食事内容を工夫しています。         | 基本の食材購入はメニューと共に外注に変更しましたが、行事食や不足食材は入居者と共に近隣のスーパーに行きます。誕生月の方には希望のメニューで調理し、皆で祝っています。行事食のご馳走が写真で紹介されています。             |                   |

| 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<br>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            | 栄養士が献立を立て、栄養バランスのとれた食事をお出ししています。水分量はその都度記録し、水分不足とならないようにしています。                               |  |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                    | 毎食後に口腔ケアをしています。また必要に応じて訪問歯科往診を受けることもでき、口腔機能の維持・向上に努めています。口腔体操や口の動かすレク（歌など）を体操の時間やレク時に行っています。 |  |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<br>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     | 排泄リズムや排泄のサインを把握して、トイレで排泄できるよう支援しています。夜間など状況に応じて居室にポータブルトイレを設置するなど個人個人に合わせ対応しています。            | 個人別の排泄リズムが記録されており支援の参考にしています。利用者の排泄に向けた仕草も見逃さないようにして、トイレでの排泄を促しています。パット使用していた利用者がトイレでの排泄に改善された例があります。    |                   |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>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                     | 水分摂取量の把握や適度な体操を行う事で、自然排便を促せるよう努めています。また排便リズムを整えるため、乳製品や食物繊維を多く含む食べ物などの摂取をすすめています。            |  |                   |
| 45   | 17   | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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 | 曜日の指定はありません。日中については時間関係なく個々に応じた入浴を支援していますが、人員が少ない夜間に支援することは難しい状況です。                          | 入浴可能日を週4日から7日に変更しました。入浴は週2日以上を基本とし、希望の日に入浴できるようにしています。湯船には、季節により柚子、菖蒲、バラ、入浴剤などで楽しみ、風呂場で職員と合唱を楽しんだりしています。 |                   |

| 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<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  | 就寝時間は個々の生活習慣に合わせ、眠れないときなどリビングにてテレビを観たり、話をする事で安心して休んでいただけるよう努めています。また日中、活発に過ごしていただけるよう支援しています。                 |  |                   |
| 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   | 個人記録に薬の説明書をファイリングしてすぐ確認できるようにしています。また医師や看護師、薬剤師の協力を得て、薬の副作用や注意する点について詳しい説明をいただき、それら情報を職員が申し送り、周知できる体制をとっています。 |  |                   |
| 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                              | 潜在能力や生活歴またご希望を把握し、食事の準備や掃除、編み物・縫い物などその方に合った役割や楽しみを継続して行っていただけるよう支援しています。                                      |  |                   |
| 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 | ご希望されたときだけでなく、職員から外の空気を感じていただけるよう散歩へお誘いしています。遠い場所や参加者が多い場合は企画書を事前に立てたり、地域ミニデイに協力いただき外出しています。                  | 外出支援には3つのパターンが有ります。おやつや食材購入を含む少人数での小回りの外出、企画書を起こして家族を含む大勢で遠方への外出、更に地域の町内会が主催する地域サロン、バス旅行への参加があります。 |                   |
| 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                              | 基本的には事業所にて保管していますが、入居者様の希望あった場合はいつでも使用していただけるようにしています。日常的に金銭の所持を希望される方は、ご本人やご家族と話し合い、所持していただいています。            |  |                   |

| 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 |
| 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   | ご本人のご希望により、手紙（字を書くのが苦手な方は代筆もしています）や電話にて連絡をとるお手伝いをしています。ご家族や知人からも入居者様へご連絡いただけるように職員からお願いすることもあります。 |   |                   |
| 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 | 四季折々の作品を入居者様と作って飾ったり、季節の花を置くなど季節を感じていただけるよう工夫しています。また室温や湿度の調整をして過ごしやすい環境となるよう配慮しています。             | ビルの4階、5階部分にあるリビングからは、眼下に遠方の景色が眺められ採光も十分です。リビングには平成15年からの旅行の写真や誕生会等の写真、利用者の作品が掲示され、毎日が楽しそうです。超音波加湿器が設置されています。    |                   |
| 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  | 共有スペースのソファやテーブルの位置を改善し、皆さんが過ごしやすい環境を提供できるよう心がけています。また要所に椅子を設置し、お一人で過ごしたい時など使用できるようにしています。         |   |                   |
| 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  | 入居時に使い慣れた物を持参して頂き、居心地のいい環境となるよう支援しています。掛け軸や花など思い思いの物で居室を装飾されています。                                 | 居室には空調と収納庫以外は入居者が居心地良く過ごせるよう個々に調達しています。家族の写真、テレビ、掛け軸、テーブル、お花等など、思い思いに飾っています。自分が運営していた一般建設業の許可証明証を大切に飾っている方もいます。 |                   |
| 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  | 入居者様の身体状態やできることに応じて、その方に適した介助方法を話し合い支援に努めています。居室ドアに名札つけたり、コップや茶碗等に名前を貼り、ご自分の物や部屋を分かりやすくしています。     |   |                   |

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         | 1471000487                                       | 事業の開始年月日       | 平成13年8月13日 |
|               |  | 指定年月日          | 平成13年8月13日 |
| 法人名           | 株式会社カスタムメディカル研究所                                 |                |            |
| 事業所名          | スカイホーム湘南   |                |            |
| 所在地           | ( 241-0051 )<br>神奈川県横浜市戸塚区名瀬町36-4 KMプラザ4F・5F     |                |            |
| サービス種別<br>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            | 18名        |
|               |  | ユニット数          | 2 ユニット     |
| 自己評価作成日       | 平成24年10月24日                                      | 評価結果<br>市町村受理日 | 平成25年3月21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 | <a href="http://www.kaisokensaku.jp/14/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&amp;IteyosyoCd=1471000487-00&amp;PrefCd=14&amp;VersionCd=022">http://www.kaisokensaku.jp/14/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&amp;IteyosyoCd=1471000487-00&amp;PrefCd=14&amp;VersionCd=022</a> |
|----------|---|

### 【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)】

入居者の人格を尊重し、入居者様お一人お一人が自分らしく生活できるよう支援するとともに、入居者様ご家族・関係者の想いや生活（負担の軽減）を大事にできるよう努めています。また運営推進委員会や地域行事への参加・地域ボランティアの方々の協力をいただき、ホームでイベントを行うなど地域との交流機会を多くもっています。

### 【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24年11月30日                         | 評価機関<br>評価決定日 | 平成25年1月19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)】

|  |
|--|
|  |
|--|

### 【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  | スカイホーム湘南 |
| ユニット名 | はづき      |

| 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。<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、安心して暮らせている。<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、活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 |
| <b>I 理念に基づく運営</b> |      |  |  |      |                   |
| 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                     | 玄関やリビングといった職員の目に付くところに理念を掲示し、確認しています。また新人研修に理念の周知を早期に取り入れ、理念に基づいたケアを実践しています。               |      |                   |
| 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員として日常的に交流している                     | どどん焼きや御祭りなど地域行事に参加、地域の方々のご協力のもと円滑に参加、交流をしています。   |      |                   |
| 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                   | 職業体験の場として近隣中学校へ協力したり、運営推進委員会で事業者から地域に貢献できる事を定期的に伺い、地域のニーズにアプローチしています。本年度は子供110番へ加入しました。    |      |                   |
| 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 | 2ヶ月ごとに開催できるよう努めています。会議の際は運営や取り組みについて報告し、助言をいただくことでサービス向上に活かしています。現在、入居者様もメンバーとして参加しています。   |      |                   |
| 5                 | 4    | ○市町村との連携<br>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            | 地域包括支援センターや区の高齢福祉課などへ困難事例や支援方法について相談しています。また生活保護受給措置を受けている入居者様について、区の担当職員と話し合い、支援に活かしています。 |      |                   |

| 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 |
| 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 | 定期的な研修を行って、職員がどのような事が拘束となるか、代替する方法とは何かを学び、身体拘束を必要としない介護を志しています。                       |      |                   |
| 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されることがないように注意を払い、防止に努めている                                       | 研修で学んだ事を、日々の支援方法と照らし合わせる機会を持ち、虐待防止に取り組んでいます。また個人面談を実施して、職員のストレスを緩和するよう努めています。         |      |                   |
| 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                                 | 現在、後見人制度を利用している入居者様もいらっしゃり、後見人の方とかわる事で学ばせていただいています。また研修を実施し、諸制度を理解し活用できるよう知識を深めています。  |      |                   |
| 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  | 契約時に入居者様およびご家族にご納得していただけるように説明しています。疑問や不安が生じられた場合は、時間をかけ話し合いご理解いただけるよう努めています。         |      |                   |
| 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   | 日常生活の中で入居者様の要望や意見を伺い、サービスに反映しています。ご家族来訪時や電話、また3ヶ月に1度アンケートを実施し、ご家族の要望や疑問を御聞かせいただいています。 |      |                   |

| 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 |
| 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                                      | 定期的な会議を開催し、意見や提案を運営に反映しています。また個人面談を行い、個々の意見や要望また不安を聴く機会を設けています。                   |      |                   |
| 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      | 職員の処遇改善計画を立てて、職員がひとりひとり向上心を持って働けるように努めています。                                       |      |                   |
| 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          | 代表者は、職員に研修を斡旋して職員ひとりひとりの力量に合わせ、スキルアップできる環境を提供しています。                               |      |                   |
| 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 | グループホーム連絡会や協議会の研修へ参加する機会をもち、ネットワークづくりに努めています。また他施設より研修を受け入れて交流しています。              |      |                   |
| <b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |      |  |   |      |                   |
| 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        | 入居問合せの際はご本人またご家族・関係者に見学して頂くよう案内し、見学時は不安や要望を聴かせていただけるよう努めています。希望により体験入居も行うことが可能です。 |      |                   |

| 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<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     | 見学時にホームに関する説明資料を渡し、口頭にて説明しています。説明させていただく時間は十分にとり要望や不安をお聴かせいただけるよう努めています。                                 |      |                   |
| 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 | 情報を収集、分析して入居者様にとって過ごしやすい生活となるよう職員で随時話し合い支援しています。要望や状態に変化あったときはご家族や協力医療機関、職員が話し合う機会をもって、要望に応えられるよう努めています。 |      |                   |
| 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                    | 料理や掃除などあらゆる場面で入居者様から職員へご指導いただいています。入居者様の得意な事や好きな事を率先し行える機会をレクリエーションや生活に取り入れ、入居者様と職員が協同し行っています。           |      |                   |
| 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     | 電話だけでなくメールやFAXを活用し、ご家族へご負担にならないよう入居者様の様子を報告・相談して必要な支援について話し合っています。また誕生日会など行事参加を呼びかけています。                 |      |                   |
| 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                 | 要望あった際はいつでも電話や手紙にて連絡が取れるよう支援しています。ご連絡が難しい方は職員から馴染みのある人へ連絡し、関係が途切れないようにしています。                             |      |                   |

| 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 |
| 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               | 職員がお声をかけて入居者様同士良好な関係を保てるよう配慮しています。また皆さんが力を合わせ行えるレクレーションを企画し行っています。                             |      |                   |
| 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 | 転居先へ会いにいたり、ご家族と電話にて連絡をとっています。その際は相談なども受けており、退居後でもお役に立てるよう努めています。                               |      |                   |
| <b>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</b> |      |  |  |      |                   |
| 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。                      | 日々の生活の中で、スタッフが積極的に思いを伺っております。言葉で表せない方は表情や行動から察し、職員で話しあって意向を察することができるよう努めています。                  |      |                   |
| 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                   | 入居時の面談で、本人及び家族からこれまでの生活について話をさせていただけるよう努めています。入居後も様々な場面でその方の今までの生活を知る事のできるようにコミュニケーションをとっています。 |      |                   |
| 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                                 | 日々の記録をとり、一日の過ごし方や心身状態、潜在能力を把握し、申し送りやカンファレンスにて職員が周知できる体制をとり、支援に活かしています。                         |      |                   |

| 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 |
| 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 | 入居者様のニーズを実現できるよう担当者会議などで関係者と話し合い、必要な支援方法を介護計画に反映しています。                  |      |                   |
| 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                        | 日々の様子や状態を個別記録に詳細に記録し、申し送りや日誌などで職員間で情報を共有、多くの気づきの中からニーズを抽出し介護計画に活かしています。 |      |                   |
| 28   |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<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               | 個々の要望に沿えるよう、ご家族や地域の方々また同建物内小規模多機能型施設の協力をいただき、多様なニーズに対応できるよう努めています。      |      |                   |
| 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                         | 町内会に加入し、地域の催事に参加しています。その他、地域ミニデいの活用やボランティアの受け入れを積極的に行っています。             |      |                   |
| 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                    | 家族の同意を得て、24時間居宅療養診療医を委託しています。また必要に応じて訪問歯科や訪問マッサージを受けられる体制をとっています。       |      |                   |

| 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<br>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                      | 職員が入居者様の変化に気づいたら、随時、訪問看護師など協力医療機関に相談できます。また受診の必要性があった場合、基本にご家族も同行していただきますが、都合上難しい場合、職員が対応し迅速に受診しています。   |      |                   |
| 32   |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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、ソーシャルワーカーや看護師、リハビリ士と情報交換して、心身の状況をふまえ早期退院について働きかけたり、面会に行き入居者様の様子や要望の把握に努めています。                       |      |                   |
| 33   | 12   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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  | 重度化や終末期について、ご家族の意見を伺い話し合っています。ホームで可能な対応についてはご説明させていただき、理解を得られるよう努めています。                                 |      |                   |
| 34   |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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   | 定期的な研修を実施しています。研修にて使用しているマニュアルは常にスタッフルームに置いて、閲覧できるようになっています。また、緊急時に慌てないようにフローチャートを作成し、円滑に対応できるようにしています。 |      |                   |
| 35   | 13   | ○災害対策<br>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   | 定期的に防災訓練や救命処置についての研修を行っています。運営推進委員会では災害時、どのように地域と事業所が協力していくか具体的に取り決めをしています。                             |      |                   |

| 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 |
| <b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |  |   |      |                   |
| 36                              | 14   | ○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保<br>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                | プライバシーについて研修を行い、自尊心や羞恥心に配慮した支援を行うよう努めています。                            |      |                   |
| 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                     | 要望や不満などを話していただけるよう職員から積極的にコミュニケーションをとっています。また表情や仕草で気持ちを汲み取れるよう努めています。 |      |                   |
| 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 | 基本的な生活ベースはありますが、日々、入居者様の趣味や過ごし方を大切にして、できる限り個々のペースで生活していただけるよう支援しています。 |      |                   |
| 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                                  | 入居者様の好みや習慣に応じ衣類を選んでおり、意思確認ができない入居者様は職員と一緒に選んでいます。2ヶ月に1度、訪問理容が来訪しています。 |      |                   |
| 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     | 自信を持って行っていただけるように、できる事や好きな事を把握し、入居者様と職員が協力して行っています。                   |      |                   |

| 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 |
| 41   |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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            | 栄養士が献立を立て、栄養バランスのとれた食事をお出ししています。水分量はその都度記録し、水分不足とならないようにしています。                    |      |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                    | 毎食後に口腔ケアをしています。また必要に応じて訪問歯科往診を受けることもでき、口腔機能の維持・向上に努めています。                         |      |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<br>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     | 排泄リズムや排泄のサインを把握して、トイレで排泄できるよう支援しています。夜間など状況に応じて居室にポータブルトイレを設置するなど個人個人に合わせ対応しています。 |      |                   |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>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                     | 水分摂取量の把握や適度な体操を行う事で、自然排便を促せるよう努めています。また排便リズムを整えるため、乳製品や食物繊維を多く含む食べ物などの摂取をすすめています。 |      |                   |
| 45   | 17   | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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 | 曜日の指定はありません。日中については時間関係なく個々に応じた入浴を支援していますが、人員が少ない夜間に支援することは難しい状況です。               |      |                   |

| 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<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  | 就寝時間は個々の生活習慣に合わせ、眠れないときなどリビングにてテレビを観たり、話をする事で安心して休んでいただけるよう努めています。また日中、活発に過ごしていただけるよう支援しています。                 |      |                   |
| 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   | 個人記録に薬の説明書をファイリングしてすぐ確認できるようにしています。また医師や看護師、薬剤師の協力を得て、薬の副作用や注意する点について詳しい説明をいただき、それら情報を職員が申し送り、周知できる体制をとっています。 |      |                   |
| 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                              | 潜在能力や生活歴またご希望を把握し、食事の準備や掃除、編み物・縫い物などその方に合った役割や楽しみを継続して行っていたり、周知できる体制をとっています。                                  |      |                   |
| 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 | ご希望されたときだけでなく、職員から外の空気を感じていただけるよう散歩へお誘いしています。遠い場所や参加者が多い場合は企画書を事前に立てたり、地域ミニデイに協力いただき外出しています。                  |      |                   |
| 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                              | 基本的には事業所にて保管していますが、入居者様の希望あった場合はいつでも使用していただけるようにしています。日常的に金銭の所持を希望される方は、ご本人やご家族と話し合い、所持していただいています。            |      |                   |

| 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 |
| 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   | ご本人のご希望により、手紙や電話にて連絡をとるお手伝いをしています。ご家族や知人からも入居者様へご連絡いただけるように職員からお願いすることもあります。                  |      |                   |
| 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 | 四季折々の作品を入居者様と作って飾ったり、季節の花を置くなど季節を感じていただけるよう工夫しています。また室温や湿度の調整をして過ごしやすい環境となるよう配慮しています。         |      |                   |
| 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  | 共有スペースのソファやテーブルの位置を改善し、皆さんが過ごしやすい環境を提供できるよう心がけています。また要所に椅子を設置し、お一人で過ごしたい時など使用できるようにしています。     |      |                   |
| 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  | 入居時に使い慣れた物を持参して頂き、居心地のいい環境となるよう支援しています。掛け軸や花など思い思いの物で居室を装飾されています。                             |      |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<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  | 入居者様の身体状態やできることに応じて、その方に適した介助方法を話し合い支援に努めています。居室ドアに名札つけたり、コップや茶碗等に名前を貼り、ご自分の物や部屋を分かりやすくしています。 |      |                   |

### 目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

| 【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        | 27   | 個別の記録にケアプラン実践の反映ができていないため、ケアプラン実施状況の把握が難しい。                   | ケアプランの実施状況を把握して、入居者様のニーズに対して実施したサービスにより充足できているか明確化し、サービスの質を向上させていく。 | ケアプランの短期目標(場合により長期目標)に番号をつける。また個人記録にケアプラン記入欄を作成し、ケアプランの実施状況を記入していく。記入されたケアプラン実施状況をふまえ、モニタリングやアセスメントに活用する事でサービスの質を向上させていく。 | 6ヶ月        |
| 2        | 38   | ご利用者一人一人の生活リズムや要望が共同生活に隠れてしまうことがある。                           | 入居者様について職員が担当制として、お一人お一人の生活リズムや要望・不満等をより細やかに察せられる体制にする。             | 入居者様お一人に対して、職員2名(メイン・サブ)が担当となり、担当入居者様にかかわる行事企画(誕生日など)・協同作業やケアプラン更新時のアセスメント・モニタリング補助を行う。                                   | 12ヶ月       |
| 3        | 49   | 以前より増えたが、ご家族や入居者様より外出の要望多くある。そのため外出頻度を向上させ、入居者様やご家族の要望にこたえたい。 | 外出頻度を月単位で数値化(外出頻度を目に見えるものにする)して、業務改善等について話し合っていくことで外出頻度の向上につなげる。    | 月終わりに外出について統計をとり、数値化し職員が結果を周知する。その後会議にて話し合い業務改善に繋げることで、外出率が上がるよう努めていく。  | 12ヶ月       |
| 4        |      |   |   |   | ヶ月         |
| 5        |      |   |   |   | ヶ月         |

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。