

平成26年度

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1471000487	事業の開始年月日	平成13年8月13日
		指定年月日	平成26年7月1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	(245-0051) 横浜市戸塚区名瀬町36-4 KMプラザ4・5階		
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	18名
		ユニット数	2ユニット
自己評価作成日	平成26年10月8日	評価結果 市町村受理日	平成27年1月16日

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先 <http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wp/Details.aspx?IGNO=ST1471000487&SVCD=320&THNO=14100>

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

入居者様のこれまでの生活及び、ご家族様の想いを大切に、その方らしく過ごせる様に、また各フロア9名の方々が家庭的な関わりができるように努めています。全員、町内会に所属し、行事での交流また、小中学校の体験学習の場として協力したり、多くのボランティアの協力を得て、豊かな日常生活を過ごせる様に努めています。長い年月をかけて培った開かれたホームです。また、25年度から外食を1ヶ月に1度企画し、入居者様に楽しみを持って頂ける様支援しています。

【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 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成26年11月12日	評価機関 評価決定日	平成26年12月18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分の富士橋バス停前にある5階建てのビルの4階と5階にあります。1階には内科クリニック、薬局、2階と3階には運営法人本社、居宅介護支援、福祉用具貸与、小規模多機能型居宅介護事業所わだち、が入居しています。周囲には様々な商店や飲食店があり利便性の優れた場所に位置しています。

<優れている点>

利用者全員で家族と共に再び日帰り旅行に行く事を目指しています。そのため毎月一回外食に行き、利用者には事業所外の雰囲気になれると共に車の移動にも慣れる様に努めています。毎回、利用者の要望を聞きながら、近隣のレストランや和食店など食事をする店舗を決めています。外食にあたり担当番はトイレ、駐車場の場所を調べたり店内の席の具合を確認したりしています。利用者の外食料金は月々の食費の中で賄われ、職員の料金は法人から補助が出ています。事業所全体で外食に行きやすい環境を作っています。

<工夫点>

「家庭的な雰囲気と生活の中心は食にある」ということをモットーに毎回3品のオカズを提供しています。毎日のメニューは配食されてきますが、当日の色合い、品数などを見てオカズを増やしたり材料を足したりしています。また食事時の来訪者に対しては一緒に食事(無料)をすることを勧めています。

【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	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。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の 2, 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある 2, 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と 2, 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように 2, 数日に1回程度ある 3. たまに 4. ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている 2, 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
66	職員は、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が 2, 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が 2, 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践に近づけている。	玄関やリビングに理念を掲示し、日々職員同士確認しています。新人職員にも理念を周知し、理念に基づいたケアを実践しています。	「家庭生活に近い介護」という理念を、支援する時に常に心がけるよう指導しています。新人は研修時に、経験職員には折に触れ職員会議で取り上げて徹底を図っています。理念に外れている場合は、その場で本人に気づきを促しています。	
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。	どんど焼きや御祭りなど、地域行事に参加。 地域の方々のご協力のもと、円滑にコミュニケーションを取っています。	利用者全員が町内会に入会しています。管理者は町内会議への出席、地域行事への参加や清掃活動の手伝いを行っています。近くの中学生をホームに招待して体験学習の協力をしたり、地域の他の福祉施設との間で職員の交換研修を行っています。	
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。	職業体験の場として、近隣中学校へ協力しています。 地域の方々には、運営推進会議にて事業所の生活を理解して頂いています。		
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。	2ヶ月ごとに開催し、行事やアクシデント、入居者様の様子等を報告。 話し合いの中で、意見や助言を頂き、実践することでサービス向上に活かしています。現在、ご家族様の参加も増えて来ています。	運営推進会議は2ヶ月に一回行っています。地域包括センター、民生委員、町内会や隣接するマンション自治会、家族やボランティアの参加を得ており、現状報告をしてターミナルケアなどの難しい問題も一緒に検討し、意見や助言をもらう場にはしています。	
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。	地域包括支援センターの方に、運営推進会議に参加して頂いています。 また、困難事例や支援方法について相談しています。 生活保護受給措置を受けている入居者様について、市の担当者職員と連携を取っています。	高齢障害支援課に運営推進会議の報告をしています。生活保護受給者の病気、怪我などの際は保護課に相談し協力を得ています。心身状況の変化で、より適切な施設への転出が必要になった場合も、相談し意見を聞いています。	

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。	研修をすることにより、職員がどのような事が拘束となるかを理解し、常に拘束解除を念頭に入れ、ケアに取り組んでいます。	毎年3ヶ月間、チェックリストによる自己確認を集中的に行っています。具体例についてはスタッフ会議で取り上げ研修します。危険防止の為の緊急対策は、「身体拘束に関する同意書（期間限定）」で家族の同意を得ます。	
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。	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、職員と気楽に話せる機会を作り、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 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がいらっしゃり、後見人の方と関わる事で、学ばせて頂いています。		
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。	契約時に、入居者様及びご家族に、分かり易く伝えられる様心掛け、疑問や不安が生じた場合は、十分な説明を行い、ご理解頂き同意を得ています。		
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。	運営推進会議、家族会にてご意見を伺い、運営に反映出来る様努めています。また、日常の生活場合においても、大きな変化が生じた時には、家族の意見を反映した介護計画を作成しています。	運営推進会議や誕生会など各種行事の時や、電話やメールで直接家族の意見を聞いています。特に家族が多く集まるクリスマス会の時に家族会を開き、事業所に対する意見や希望を聞き、出来ることは運営に取り入れています。	

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
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。	朝礼やスタッフ会議、業務の合間等で、積極的に意見交換するよう心掛けています。 また、個人面談を行い、要望、不安等を聞き運営に反映されるように心掛けています。	管理者は日常業務中も職員との意見交換を心掛けています。また、年に2回の個別面談を行い職員から意見や提案を聞いています。月1回のグループ管理者会議で法人の代表者に対して、業務報告と共に事業所からの提案をしています。	
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。	介護職員に処遇改善計画を立て、職場環境の整備に努めています。 また、能力給、昇格を設けることで、向上心を持てる様にしています。		
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。	代表者は、管理者、職員に法人内外の研修を幹施し、参加した管理者、職員は、朝礼、スタッフ会議にて報告し、スキルアップのため職員全員が研修報告書を提出しています。		
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。	グループホーム連絡会に所属し、研修等に参加しています。 また、交換研修で他事業者から学ばせて頂く機会を設けています。		
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。	入居問合せの際は、電話、見学時に、不安、要望等を十分に聞いています。 また、見学が不可能な場合には、こちらから伺い、本人との関係作りに努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	入居問合せの際は、なるべく本人またご家族、関係者に見学して頂く様ご案内させて頂いています。ご家族へ希望や不安をお聞きし、ご納得頂けるよう努めています。		
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。	入居時の面接にて、ご家族とご本人の要望を把握し、全スタッフが共有し介護記録にて、毎日の様子を観察し対応しています。経過も細かくご家族に伝えていきます。		
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。	家事等を手伝って頂いたり、アドバイスして頂いたり、入居者様のそれぞれの得意分野を發揮できる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。	電話だけではなく、メールやFAXを活用し、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。通院は、ご家族に協力して頂き、共に支えて頂いています。		
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。	電話や手紙で連絡したいと要望があれば支援し、携帯電話を所持している方にはお声掛けをしたり、絵葉書で季節の挨拶をしたりと、関係が途切れないようにしています。	電話や手紙など、一人ひとりに合った方法で友人や親族に連絡を取るよう支援しています。年賀状は全員が出せるよう支援しています。毎週、暮仲間の所に通っている人も居ます。食事時の来訪者には食事を提供し、ホーム全体で歓迎します。	

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。	職員がお声を掛けて、入居者様同士良好な関係を保てる様配慮しています。また、入居者様が力を合わせて行えるレクリエ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 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。	転居先を訪問し、ご本人やご家族から様子を伺ったりしています。ご家族からご相談があれば、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。	日々の生活の様々な場面で、想いを伺う様努めています。コミュニケーションが困難な方は、表情や行動から想いを察し、職員で話し合い本人の意向に添えるよう検討しています。	入浴時や散歩など、一对一の時に一人ひとりの気持ちや思いを把握するように努めています。そこで得た情報は個人記録に残して共有し、本人の意向に添えるように支援をしています。	
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。	入居時の面接にて、本人及びご家族から今までの生活について話をしてもらいます。入居後も様々な場面でその方の今までの生活を知ることが出来るようコミュニケーションを取っています。		
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。	日々の記録を取り、一日の過ごし方や心身状態、潜在能力を把握し、申し送り、カンファレンス等で情報を共有し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 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出来る様に、更新時及び心身の変化が見られた時に、担当者会議を实践し、必要な支援方法を話し合い介護計画に反映しています。	ケアプランに基づいて支援した状況を日誌や申し送り書に記録し、医療データやケースカンファレンスの資料と合わせて、3ヶ月ごとにモニタリングを行っています。ケアプランの見直しや継続の結果は、家族に説明し了解を得ています。	
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。	日々の様子や状態を個別記録に詳細に記録し、申し送りや日誌等で職員間で共有し話し合うことで、介護計画の見直しや実践に活かしています。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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。	個々の要望に添える様、ご家族や地域の方々、また同建物内、小規模多機能型居宅介護事業所わだちの協力を頂き、多様なニーズに対応できるように努めています。		
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。	地域ケアプラザや、近隣に外食へ出掛けたりしています。地域中学生の福祉体験学習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 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に委託しています。また、必要に応じて訪問歯科や訪問マッサージ、耳鼻咽喉科を受けられる体制を取っています。	入居時に家族の了解を得て事業所の協力医が主治医となっています。主治医は週1回、看護師は週2回(うち1回は主治医の訪問日と一緒に)訪問しています。主治医の指示書により訪問マッサージを受けたり、必要に応じて歯科医や耳鼻咽喉科の受診もできます。	

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。	法契約にて、24時間医療連携を取り、週一回の定期訪問以外に、体調変化等の必要時の訪問、また24時間電話対応で指示や助言を受けています。また、週2回勤務の看護職員と常に連絡を取り、日常の状態を報告しています。		
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。	入院時には、掛かりつけ医の情報提供書や職員による介護記録を送り、安心して治療できるよう連携を取っています。また、退院後にスムーズにホームの生活に移行できる様、積極的に病院関係者と話し合っています。		
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、事業所です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。	入居時に「重度化に関する指針」をご説明した上で、同意を得ています。必要が生じた場合には、ご家族と医師や看護師、職員で話し合い合意を取りながら進めています。	入居時に24時間医療連携を取っているが、事業所として介護者ができる事、できない事を利用者、家族に対して説明しています。利用者が重度化した場合には、医師、看護師、職員、家族で話し合いながら方針を決めています。	今年度経験された終末期介護の在り方を個々の職員の経験として蓄積するのみならず、事業所として終末期におけるマニュアルを作成されることも期待されます。
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。	定期的に看護職員から、応急手当や心肺蘇生の訓練、指導を受けています。また、救急時のマニュアルを目に付く所に掲示し、冷静に対応できるようにしています。		
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。	消防署の協力のもと防災訓練を行っています。7月に行った防災訓練に地域の方々も来訪されました。また、運営推進委員会で、災害時における地域の協力体制について話し合っています。	年2回防災訓練を行っています。また、毎日防災自主点検表で建物内のチェックを行っています。地域の協力を得て、建物崩壊が起こった時の避難場所が隣接するマンションとなっており、そこまでの移動手段（カート、車いすなど）を話し合っています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	入居者様お一人お一人の人格を尊重した支援に努め、お声掛けする時は、回りの状況等にも配慮を行いながら、無理強いのないよう支援を行っております。	排泄時には周囲に配慮してさり気なく声掛けを行ったり、カーテンをしっかり閉め、膝の上にタオルを当てたりして利用者の人格を尊重した支援を行っています。また、言葉使いに気を付け強い口調にならないよう心掛けています。	施設の構造上難しい部分もあって、職員によるトイレ介助時の配慮が行われていますが、利用者一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの保護のためトイレドアの設置も期待されます。
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。	要望や不満が話せる様に、常に職員とコミュニケーションを取り、表情、仕草で気持ちを汲み取れる様に努めています。		
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、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。	入居者様の過ごし方を大切にし、コミュニケーションを取りながら、その方のしたい事を出来るだけ感じ取り、希望に添えるよう支援しています。		
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。	基本にご本人に任せていますが、入居者様の好みや習慣に応じ衣類を選んだりしています。自身で決める事が難しい場合は、職員が身だしなみを整える、また、おしゃれをするお手伝いをしています。汚れが見えた時は、さりげなくお声を掛けて、居室にて着替えて頂きます。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 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頂けるように、出来る事や好きな事を把握し、入居者様と職員が出来るだけ一緒に楽しみながら行っています。また、月1回の外食では、お店でお好きなメニューを選んでもらっています。	入居者が食事を楽しんだり、自信が持てるように配膳、盛り付け、食器洗い、下膳などの入居者のできる事を手伝ってもらっています。月一回行われる外食時には「トロミ」「はさみ」を持参して利用者が無理なく食べられるよう配慮しています。	

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。	栄養士による、栄養バランスの取れた食事を召し上がって頂いています。また、ご希望に応じておかゆ、きざみ食等の対応をしています。水分量はその都度記録をし、水分不足にならないようにしています。		
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、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。夜には、義歯の方は消毒をしています。ご自分で出来る方はご自信で、難しい方は支援させて頂いて口腔機能の維持向上に努めています。また、必要に応じて、訪問歯科受診ができます。		
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。	一人ひとりの排泄パターンを把握し、支援が必要な入居者様はお声掛けや誘導をして、トイレで排泄出来る様自尊心に配慮して支援を行っています。	排泄に関して半数の入居者が自立しています。職員はさり気なくそっと事後確認などを行っています。声掛けの必要な入居者に対しては排泄チェック表を基にパターンを把握し声掛けを行ったり食事前などに声掛けを行っています。	
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。	毎日、排便確認を行い申し送りを行っています。自然排泄が出来る様に、水分摂取量の把握、体操、散歩をしています。排泄リズムを整えるため、乳製品、食物繊維を多く含む食べ物を摂取して頂いています。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。	清潔保持の為、お一人お一人の状態に合わせ、随時方法を選択し、午前・午後いつでも入浴できるようにしています。入浴時、安全性を配慮し、滑り止めゴムマット、手すり等取り付け、入浴後も水分補給、休養を取り、疲労感、身体状態の変化を観察しています。	基本は週2回の入浴となっていますが、希望すればいつでも入浴できます。一人15分から20分の入浴時間を取り、1対1でゆっくりできるようになっています。入浴後は20℃Cずつの清涼飲料水を補給しています。	

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。	一人ひとりの生活習慣に合わせ、その時の状況を把握し、リビングにてテレビを観たり、話をすることで安心して休んで頂ける様に、努めています。また、日中活発に過ごして頂けるよう支援しています。		
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。	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頂き、それら情報を職員が申し送ると共に、個人記録に薬の説明書をファイリングし直ぐに確認出来るようにしています。		
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。	入居者お一人おひとりの好きな事や得意な事を把握し、清掃、食事作り、日曜大工等を職員と行ったり編み物、縫い物等お一人おひとりが楽しめる様に支援しています。		
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。	ご希望時だけでなく、天気の良い日などはお声を掛け、散歩や買い物へ行っています。月に1度計画を立て、外出に行っています。また、地域の協力の元、お祭り等季節ごとのイベントに出掛けています。また、普段行けない様な場所でも、ご家族と協力しながら出掛けられる様支援しています。	その日に入浴する人以外は一日一回外に出るようにしています。車いす利用者には他の入居者や職員が車いすを押して外出しています。月一回外出のための外出もしています。また家族の参加も得てズーラシア動物園などの遠出も行っています。	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	基本的には、事業所にて保管していますが、入居者様が使用する要望があった場合は、使用出来るようにしています。お小遣いという形で、ご本人が所持を希望される場合は、ご家族と話し合い、所持して頂いています。		

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 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。	ご本人が、家族や友人に気軽に電話を掛けたり、暑中見舞い、年賀状等時候に応じて、手紙のやり取りを支援しています。また、外出、イベントの報告を家族に定期的にお知らせしています。		
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。	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頂くよう工夫をしています。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。	レクリエーション時間に作成した入居者の作品を、リビングの壁や家具の上に飾り季節を感じる事ができるようにしています。利用者同士の相性によってソファやテーブルの配置を変える事もあり、全員が心地よく過ごせ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 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、入居者様が過ごしやすい環境を提供できるよう心掛けています。大画面のテレビを設置しているので、利用者様同士で語らいの場所となっています。		
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。	居室には、使い慣れた家具、思い出の品々、写真などを持参して頂き、入居者様にとって居心地良く過ごせるスペースとなっています。	居室にはベッド、空調などが備品として用意してありますが、ベッドの持ち込みも可能です。セミダブルのベッドや家族が座る椅子などを入れている方もいます。毎朝職員による清掃も行われ清潔で居心地の良い室内となっています。	
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。	フロア、トイレ、浴室等の手すりを設置し、身体状況に合わせて、生活できるようになっています。居室ドアに名札、自席に名前を付けわかり易い様工夫をしています。		

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。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまにある
			4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と
			2, 家族の2/3くらいと
			3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまに
			4. ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている
			2, 少しずつ増えている
			3. あまり増えていない
			4. 全くいない
66	職員は、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が
			2, 職員の2/3くらいが
			3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が
			2, 家族等の2/3くらいが
			3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている。	玄関やリビングといった職員の目に付く所に理念を掲示し確認しています。また、職員会議で定期的に理念を議題に取り入れ、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 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。	どんど焼きや御祭りなど、地域行事に参加。地域の方々のご協力のもと、円滑にコミュニケーションを取っています。		
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。	職業体験の場として、近隣中学校へ協力しています。地域の方々には、運営推進会議にて事業所の生活を理解して頂いています。		
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ヶ月ごとに開催し、行事やアクシデント、入居者様の様子等を報告。話し合いの中で、意見や助言を頂き、実践することでサービス向上に活かしています。現在、ご家族様の参加も増えて来ています。		
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。	地域包括支援センターの方に、運営推進会議に参加して頂いています。また、困難事例や支援方法について相談しています。生活保護受給措置を受けている入居者様について、市の担当者職員と連携を取っています。		

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。	入居者様への理解を深めて、行動把握に努めることで、身体拘束をしないよう支援を行っています。 日中、玄関は施錠していませんが、万一に備えてセンサーを設置しています。		
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている。	研修に参加し、参加者、管理者を中心に会議にて周知し意見交換を行っています。 また、チェックリストを活用し、虐待防止に努めています。		
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。	現在、後見人制度を利用している入居者様がいらっしゃり、後見人の方と関わる事で学ばせて頂いています。 また、研修に参加し、管理者を中心に会議にて周知し、理解することで活用できるようにしています。		
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。	契約時に、入居者様及びご家族に、分かり易く伝えられる様心掛け、疑問や不安が生じられた場合は、十分な説明を行い、ご理解頂き同意を得ています。		
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。	運営推進会議、家族会にてご意見を伺い、運営に反映出来る様努めています。 また、日常の生活場面においても、大きな変化が生じた時には、家族の意見を反映した介護計画を作成しています。		

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。	朝礼やスタッフ会議、業務の合間等で、積極的に意見交換するよう心掛けています。 また、個人面談を行い、要望、不安等を聞き運営に反映されるように心掛けています。		
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。	介護職員に処遇改善計画を立て、職場環境の整備に努めています。 また、能力給、昇格を設けることで、向上心を持てる様にしています。		
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。	代表者は、管理者、職員に法人内外の研修を幹施し、参加した管理者、職員は、朝礼、スタッフ会議にて報告し、スキルアップのため職員全員が研修報告書を提出しています。		
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。	グループホーム連絡会に所属し、研修等に参加しています。 また、交換研修で他事業者から学ばせて頂く機会を設けています。		
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。	入居問合せの際は、電話、見学時に、不安、要望等を十分に聞いています。 また、見学が不可能な場合には、こちらから伺い、本人との関係作りに努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	入居問合せの際は、なるべくご本人またご家族、関係者に見学して頂く様ご案内させて頂いています。ご家族の希望や不安、ご本人の思いに向き合える様努めています。		
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。	入居時の面接にて、ご家族とご本人の要望を把握し、全スタッフが共有し介護記録にて、毎日の様子を観察し対応しています。経過も細かくご家族に伝えています。		
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。	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頂いています。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、入居者様と職員が共同し行っています。		
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。	入居後、ご家族とご連絡させて頂き、入居者様の生活状況等を伝え共有しています。また、事業所の行事を行う時はお声を掛け参加して頂く機会をもっています。外泊支援を行っています。		
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。	ご面会時には外出したり居室にて楽しく過ごされたり、一緒にお食事をされたりしています。		

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 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。	入居者様同士が上手く関われない時、互いを遠ざけることなく、スタッフが互いを継いでいけるように対応することで、孤立しない関係を築けています。それぞれの環境の違いを理解し、互いの態度や言葉を補完して、良好な関係を創り出しています。		
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。	転居後も、転居先と連絡を取り、穏やかな生活が継続できるように努めています。また、転居先を訪問したり、家族の状況を聞き、必要あれば親身になって、相談を受けられるように努めています。		
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。	生活の場面で、本人の思いや望む暮らしを見つけられる様に、声掛けや会話を大切にしています。更に、ご家族を通して本人の声を聞けるように、来所時、又は電話やメールで伺っています。		
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。	入居前は、サービス利用のケアプランを得て、ケアマネージャーや、ご家族から、本人の生活歴、背景を知るように努めています。 入居時面談や、入居後の様子から、またご家族の話から情報を把握し、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 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。	睡眠・食事・排泄・活動・衛生面と心情を日誌に記録し、職員全員が把握しています。 また、申し送りノートを用い、今何が必要かを職員で共有しています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	日々行っているケアの狙いをご本人に説明し、本人の意向を伺い、ご家族からも書面や電話や会議で、意見を伺っています。また、専門職と一緒に話し合う機会もあり、援助の振り返りと、これからの検討し、計画を共有するように努めています。		
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。	より良い記録の為に、記録様式を見直し、改善しています。 記録の為に時間を設け、個別記録を関わった人が記入し、他スタッフと共有した情報をもとに、より適切な介護の為に意見交換をして、支援の見直しに続けています。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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家族と相談しながら、取り組んでいます。 訪問リハビリマッサージも実施しています。 同事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、グループホームと連携を取り、行事に参加するなど交流をしています。		
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。	地域ケアサや、近隣へ外食に出掛けたりしています。また、町内会に加入し、地域の一員として、お祭り等に参加しています。地域の方々にも、事業所の行事や催事へ参加して頂いております。中学生福祉体験、ボランティアを広く受入れる事で、相互交流を図っています。		
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。	ご家族の同意を得て、24時間居宅療養診療医に委託して、月2回往診に来ています。また、随時入居者様の健康についてご家族様から相談できる体制を取っています。また、必要に応じて訪問歯科、訪問マッサージを受けられる体制を取っています。		

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。	法契約にて、24時間医療連携を取り、週一回の定期訪問以外に、体調変化等の必要時の訪問、また24時間電話対応で指示や助言を受けています。また、週2回勤務の看護職員と常に連絡を取り、日常の状態を報告しています。		
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。	入院時には、掛かりつけ医の情報提供書や職員による介護記録を送り、安心して治療できるよう連携を取っています。また、退院後にスムーズにホームの生活に移行できる様、積極的に病院関係者と話し合っています。		
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。	入居時に「重度化に関する指針」をご説明した上で、同意を得ています。必要が生じた場合には、ご家族と医師や看護師、職員で話し合い合意を取りながら進めています。		
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。	定期的に看護職員から、応急手当や心肺蘇生の訓練、指導を受けています。また、救急時のマニュアルを目に付く所に掲示し、冷静に対応できるようにしています。		
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。	消防署の協力のもと防災訓練を行っています。7月に行った防災訓練に地域の方々も来訪されました。また、運営推進委員会で、災害時における地域の協力体制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
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。	入居者様お一人お一人の人格を尊重した支援に努め、お声掛けする時は、回りの状況等にも配慮を行いながら、無理強いのないように支援を行っております。		
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。	体操やレクリエーション参加は、本人の意思を尊重しています。日常の飲み物は、本人の要望に添えるようにし、お誕生日会の食事メニューは、本人の希望する献立を選んでいきます。外食の際も、メニューからお好きな物を選んで頂いています。また、入浴はいつでも希望に応じられる様、毎日行っております。		
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。	要望を伺い、柔軟に対応し、起床、就寝時間、食事時間等、心身の状態に合わせお一人お一人のペースを大切にできるよう支援しています。		
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。	基本にご本人に任せていますが、ご自身で決める事が難しい場合は、職員が身だしなみを整える、また、おしゃれをするお手伝いをしています。 2ヶ月に1回、訪問理美容を実施しています。		
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。	入居者様が得意な事や、出来る事を活かしながら、食事準備や後片付けを職員と共に行っています。食事の際は、明るいムードの音楽を流し、職員も各テーブルに着き会話をしながら食事を楽しめる雰囲気作りに努めています。月1回の外食支援、またホームでお弁当等を食べたりしています。		

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
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。	栄養士が献立をたて、1日を通してバランスの取れた献立で食事を出しています。お一人お一人に合わせた摂取量、盛付け、咀嚼機能に応じた調理等細かい配慮と工夫により自立で摂取できるようにしています。水分量、食事摂取量は、その都度記録して、低栄養や水分不足にならないようにしています。		
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、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、口腔ケアを行っています。お一人お一人に応じた口腔清掃の器具、やり方など支援しています。必要に応じて、訪問歯科の往診を受け、口腔機能の維持をし、健康を保持、増進できるようにしています。		
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。	運動機能に合わせて排尿方法を選択し、自立した排泄行動が取れるよう対応しています。 トイレで排泄できるよう、排泄リズムや排泄サインを把握して、対応しています。		
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。	便秘予防の為、水分摂取不足にならないよう、水分量を把握し、食品の選択、調理法を工夫しています。 過不足なく食事が摂れるように、適度な体操、運動、規則正しい生活が過ごせる様にしています。		
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むように、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。	清潔保持の為、お一人お一人の状態に合わせて、随時方法を選択し、午前・午後いつでも入浴できるようにしています。 入浴時、安全性を配慮し、滑り止めゴムマット、手すり等取り付け、入浴後も水分補給、休養を取り、疲労感、身体状態の変化を観察しています。		

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。	利用者様の体調を観察して、必要な時は居室にて休んで頂いています。眠れない時は、話をしたり入居者様と一緒に過ごし、安心して頂けるようにしています。定期的にリネン交換し、毎日の掃除を行っています。		
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。	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頂き、それら情報を職員が申し送ると共に、個人記録に薬の説明書をファイリングし直ぐに確認出来るようにしています。		
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。	入居者様、お一人お一人の好きなことや得意な事を把握し、清掃、食事作り等を職員と一緒にしたり、編み物、縫い物、囲碁等、お一人お一人が楽しめる様に支援しています。		
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。	ご希望時だけでなく、天気の良い日などはお声を掛け、散歩や買い物へ行っています。月に1度計画を立て、外食に行っています。また、地域の協力の元、お祭り等季節ごとのイベントに出掛けています。また、普段行けない様な場所でも、ご家族と協力しながら出掛けられる様支援しています。		
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。	基本的に職員が管理させて頂いていますが、必要に応じて買い物できるよう支援しています。		

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
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。	ご本人の希望により、電話を掛けるお手伝いや、電話のお取次ぎを行っております。手紙、年賀状等のやり取りのお手伝いもしています。また、外食、イベントの報告を家族に定期的にお知らせしています。		
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。	各所の空調や照明の調節をこまめに行い、スタッフの作業時の音や声にも配慮し、穏やかに生活できるように努めています。季節の花や作品を飾り、懐かしい音楽も流しています。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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。	廊下の途中に椅子を、コーナーに鑑賞魚水槽を置き、一人で休んだり、ソファの配置を工夫し好きな場所に座り、好みのクッション、膝掛けを使い、テレビを観たり雑談に囲基にと思ひ思ひの空間意識を感じられ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 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。	入居時になじみのある家具や、生活用品を持参して頂き、落ち着いた空間作りに活かしています。また、家具等も移動もご本人の状態に合わせて相談し、過ごし易い様に工夫しています。		
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。	フロア、トイレ、浴室等の手すりを設置し、身体状況に合わせて、生活できるようになっています。居室ドアに名札、自席に名前を付けわかり易い様工夫をしています。		

(別紙4(2))

事業所名 スカイホーム湘南

目標達成計画

作成日： 平成 27年 1月 10日

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	7	新人職員への教育が出来ていない	介護のプロとして自覚を持ち、臨機応変な対処を実行できるようにする。 馴染みの職員になれるよう向上させる。	新人職員研修への参加。 教育担当職員が余裕を持って指導出来る様に、業務の見直しを行う。 介護の基本、挨拶礼儀等、日々の業務の中で身につく様、繰り返し伝える。	12ヶ月
2		終末期についての方針が共有できていない	終末期について方針を、職員が理解、共有し、いつでも終末期ケアを行える環境を作っておく。	終末期ケアマニュアルの作成。 定期的に終末期について話し合い、研修を行っていく。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月