

平成22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	(245-0051) 神奈川県横浜市戸塚区名瀬町36-4 KMプラザ			
サービス種別 定員等	小規模多機能型居宅介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
定員等	認知症対応型共同生活介護	宿泊定員	名	
		定員計	18名	
自己評価作成日	平成22年10月21日	評価結果 市町村受理日	平成23年4月27日	
		ユニット数	2 ユニット	

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.kaigo-kouhyou-kanagawa.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=1471000487&SCD=320
----------	---

【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)】

<p>理念に基づき、入居者様一人一人の人格を尊重する介護を心がけ、朝礼等で職員全員に周知徹底を図っている。</p> <p>ビルの4・5階部分に位置している為、近隣との交流が難しいが、散歩の折、近隣の方々とふれあったり、運営推進委員会を通じて、地域の理解を得よう努めている。</p> <p>家庭に近い生活が出来るよう支援し、食事は手作りとし、旬の食材を献立に取り入れ、誕生会などのイベントメニューにも力を入れている。</p>

【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1-2-4 ｸﾞ ｽﾌﾞﾌﾞ 3階		
訪問調査日	平成22年11月24日	評価機関 評価決定日	平成23年1月28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)】

<p>横浜市戸塚区などに十数か所の介護サービス事業所を持つ「株式会社 カスタムメディカル研究所」が運営するグループホーム「スカイホーム湘南」は、平成13年8月に開設された10年近くの運営経験をもつグループホームです。ホームは職員のスキルアップを念頭に置き介護福祉士の資格取得を支援したり、社内研修や神奈川県認知症高齢者グループホーム協議会や横浜高齢者グループホーム連絡会主催などの外部での研修に積極的に参加し、職員の資質向上を図っているグループホームです。</p> <p>このグループホームの優れている点として、地域との交流が盛んなことが挙げられます。自治会に加入し、回覧板にグループホームでのイベント等を掲載した「スカイホーム湘南だより」を回してもらったり、災害時には、近隣のマンションに利用者を避難できるような体制を整えたりしています。グループホームのクリスマス会などのイベントには地域の方を招待したり、地域の盆踊りや地域清掃などに参加しています。また、医療連携加算を取っており、看護師と24時間いつでも連絡が取れる体制が整えられ、2週間に1度内科医、週に1度の歯科医師の往診が来ています。その他、食事はおいしい物を利用者の方に食べてもらうように心掛けています。切り方、大きさ、やわらかさ、味付けなどを利用者の方に合うように考えています。誕生日会やクリスマス会などのイベントや季節ごとの行事の食事は、特に工夫を凝らして手作りをしています。</p> <p>更にこのグループホームの特色は、同じ建物に小規模多機能型居宅介護の事業所が併設されており、そこでのイベントに参加したり、職員の相互業務支援を行っていることが挙げられます。</p>
--

【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
理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
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
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
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

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、活き活きと働けている。 (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
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	家庭に近い介護を志し地域の皆様と共に行うことを理念とし、玄関や食堂に掲示しています。	理念は、玄関・食堂に掲示されています。新人研修時には理念について研修を行っています。朝礼時に理念を職員に確認し、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人として日常的に交流している	町内会に加入し、地域行事に参加し、それだけではなく地域の方々にも事業所が行う行事への参加を呼びかけています。	町内会に加入し、地域の盆踊り、町内清掃、防災訓練に参加しています。回覧板で「スカイホーム湘南だより」を回してもらい、グループホームとは？やボランティアの募集などを掲載し交流を図っています。	
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	地域の中学校との体験学習受け入れや文化祭への参加によって交流をし、認知症に対する理解を深めてもらっています。 町内会の方々には、運営推進会議で事業所の生活を理解してもらっています。	/	/
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	3ヶ月ごとに行い、行事やアクシデント、職員の研修状況などを報告し、アドバイスを頂きながらサービス向上の努力をしています。	2月・5月・8月・11月に開催しています。町内会役員・民生委員、近隣マンションの自治会長も出席し、災害時にはマンションの玄関ホールなどに非難出来る体制が整えられました。	
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	市が行う連絡会に参加し、市担当者との連携を図ることによって入居者様についての情報交換を行っています。	横浜高齢者グループホーム連絡会や市・区の主催する研修には積極的に参加し、交換研修にも職員が参加しています。中学生の福祉体験学習を受入れています。区の行政担当者には、相談や報告を行っています。	

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
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	職員は入居者様への理解を深めて、行動を把握する事によって危険行為に対応しています。日中は鍵をかけず、万が一に備えてセンサーをつけています。	「身体拘束その他の行動制限廃止マニュアル」を整備しています。外部研修を受けた職員が朝礼時に他の職員に研修報告を行っています。玄関は、施錠していませんが、センサーを取り付け出入りには注意を払っています。	
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 overs されることがないように注意を払い、防止に努めている	研修会に参加し、毎日の朝礼にて研修報告をし、ケーススタディを行う事で虐待の見過ごし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	研修会に参加して得た事を朝礼にて報告し、職員に法制度や高齢者サービスを学ぶ必要性を話し、これからの制度について適切な対応をしています。		
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	入居者家族に対し、運営規程の概要や職員の体制など重要事項を記入した文書を交付して説明を行い同意を得ています。		
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	入居者様は日常生活の中で常に傾聴し、家族は来所時や介護サービス計画書（ケアプラン）返送時に意見・要望を頂き、サービスに反映させています。3ヶ月ごとに家族会で意見聴取に努めています。	「苦情対応マニュアル」「苦情相談の方法について」「苦情受付書」を整備しています。家族会を3ヶ月に1度開催し、利用者の高齢化で家族の意見により家族旅行を取りやめ、室内でのイベントに変えたりしています。	

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
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、カンファレンスで職員間の意見交換をし問題・疑問が生じた場合には解決策を考え、日々の業務の合間にも、カンファレンスを開き、意見交換の出来る体制を整えています。	2ユニット合同で毎朝、朝礼を30分行っています。この朝礼時に職員間の意見交換を行い、問題解決に向けての話し合いを行っています。管理者は、職員からの意見や提案を言い易い雰囲気作りをしています。	
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	介護職員の処遇改善の計画を立て、職場環境の整備に努めています。		
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	代表者は管理者、職員に法人内外の研修を斡旋し研修に参加した管理者、職員は朝礼にて研修内容を報告し共有化を図っています。		
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の研修などに参加、また交換研修を行い、他施設で学んだ知識、技術を職員間で共有し、活かしています。		
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	見学、体験入居を行い、本人やご家族の納得を得る様心掛け、要望、不安、生活歴を理解し、必要としているサービスを把握する様に努めています。新入居者歓迎会を催しています。		

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
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	入居問合せ時点で、なるべく本人、ご家族関係者に見学して頂く様案内をしています。体験入居も受け入れ要望、不安などを聴取し、納得して頂ける様努力しています。		
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	入居時面接で本人、ご家族の要望を把握し、初期には1日の生活状態を観察、記録し、必要な支援を見つけ、ケアの統一化を図り共有する様努めています。		
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	利用者ひとり一人の出来る事を把握し、食事作り、清掃、植物の世話などを共に行い、本人の力を発揮出来る場面を作り、支え合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	家族会、誕生会、お祭りなどの行事に参加して頂き、本人の要望を代弁するなど、ご家族と連絡を取り協力しながら支援をしています。		
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	家族、親類、友人の写真など好みの物を居室に飾ったり、親戚、友人などの訪問時には、居間、居室等で話して頂きます。又、本人が望む時は家族や遠方の親類へ、いつでも電話をして話して頂きます。	同じ建物内の小規模多機能型居宅介護事業所の利用者2名がグループホームに入居しています。お墓参りなどの要望が利用者の方からあった場合には家族の協力により希望に副って支援しています。	

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
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	利用者同士が一緒におられる時は飲み物などを差し上げ、話がはずむようにする。興味の対象が似ている方には、好きな事をお勧めし、一緒に楽しむようにしています。		
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	退去されてからも、家族の方から手紙やハガキを頂いたり、時には転居先の様子を伺いに足を運んでいます。情報提供を求められた際に対応できるように書類などを整備しています。		
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。	個人記録には本人の言動をきちんと記入し、日々の生活の中で何を望んでいるか、意思や要望を知るように努めています。また、変化に気づき職員間で共有し、同じ対応をするように努めています。	入浴時など1対1になったときには、特に本人の思いや意向を良く聞き、生活変化シートに記入しています。困難な場合には、顔の表情や動きを察知し、傾聴して本人の思いや意向を汲み取るようにしています。	
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	入居時面接にて本人及び家族から聞いた生活歴をアセスメントシートに記録し、職員間で共有しています。		
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	個人記録にセンター方式D3を活用し、24時間入居者さんの行動、水分・食事摂取量、睡眠時間、排泄、職員との関りなどを細かく記録に残しています。		

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	<p>チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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</p>	<p>家族からの意見や要望は「家族ノート」に記入し、必要に応じてケース会議を行い、事例を職員間で共有すると共に、医師や看護師にも意見・アドバイスを仰ぎ参考にしています。</p>	<p>「ケアプランにつなげる記録」「家族ノート」「訪問診療予定表」「看護記録」を参考にケース会議を行い、介護計画を作成しています。</p>	
27		<p>個別の記録と実践への反映</p> <p>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</p>	<p>センター方式D3に、個人別に1日の生活状態、言動など具体的に記入し、職員間で共有し介護に活かしています。</p>		
28		<p>一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>本人や家族の状況、その時々にも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</p>	<p>個々の要望に添えるよう、家族とも相談し、同建物内の小規模多機能型事業所と連携を取り、機械入浴や催事参加交流等、柔軟な支援が出来るようにしています。</p>		
29		<p>地域資源との協働</p> <p>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</p>	<p>町内会に加入し、町内清掃や祭りなど催事に参加し、地域の方々にも事業所の行事・催事（祭り、クリスマス会）の参加を呼びかけ、相互交流を図り、囲碁・書道などボランティアの受け入れをしています。</p>		
30	11	<p>かかりつけ医の受診診断</p> <p>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</p>	<p>家族の同意を得て、24時間居宅療養診療医（月2回往診）を委託し、他に訪問歯科・訪問マッサージ・針灸治療を受けられる体制を取っています。</p>	<p>かかりつけ医は、本人や家族の意向を尊重して決定しています。2週間に1度かかりつけ医が往診に来ています。歯科医師は、週に1度往診に来ています。看護師も週に1度訪問しておりホームは医療に万全を期しています。</p>	

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	法人契約にて24時間医療連携体制を行っており、週1回の巡回訪問・体調の変化など必要時に訪問・24時間電話対応で指示を受けています。		
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。	かかりつけ医からの診療情報提供書を早急に送り、入院先と連携する。見舞いに行き、退院後の生活が安心して始められるように態勢を整えています。		
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」を説明し同意を得た上で、医師・看護師・家族を交えて話し合い方向性を確認し、家族と職員の合意をとりながら進めています。	「利用者重度化に関する指針」を整備し、ホームでの終末期ケアは行っていないことを入居時に本人や家族に説明をしています。	
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	救急蘇生講習（AED）の受講や緊急時対応マニュアルを目の付く所に掲示し、朝礼時などに対応の再確認をしています。		
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	自主防災訓練を年2回実施しています。夜間を想定した訓練、初期対応での消火器の使い方、避難誘導方法、通報の仕方などを度々行っています。また、運営推進会議に於いて、地域の方々に協力をお願いしています。	「非常災害時の対応マニュアル」などを整備しています。年2回非難訓練を実施しています。災害時には近隣のマンションの玄関ホールなどに非難出来る体制が整えられています。備蓄防災用品リストを作成しています。	

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
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	理念に基づき、一人ひとりの人格を尊重した支援を心がけ、人前であからさまに介助をしたりせず、言葉かけやレクリエーション参加の呼びかけなど、無理強いのないように気をつけています。	「プライバシーの保護と個人情報の取り扱いについて」を掲示しています。「個人情報とプライバシーについて」の外部での研修を受け、朝礼において職員に研修し共有しています。	
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	飲み物は本人の要望に添うようにし、誕生会の食事メニューは本人の希望する献立を組み入れています。レクリエーション参加は本人の意思を尊重しています。		
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	基本の生活ペースは決まっているが、その都度、要望を伺い柔軟に対応しています。起床時間、食事時間は個人の心身の状態に合わせています。		
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	季節に応じて衣類を選んだり、購入時、本人の希望を取り入れています。男性の髭剃りは、入浴時や自分のペースで行って頂いています。爪切りは自分で出来るところまで切って頂き、出来ないところは手伝っています。		
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	味見、お茶入れなど各々得意とする方と一緒にいき、後片付け、食器洗いも職員と一緒にしています。同じテーブルに職員も着き会話をしながら食事を頂いています。	法人の管理栄養士が作成した献立を参考に、職員が利用者から意見を聞きながら献立を決めています。利用者の能力に合わせて後片付け、食器洗いを職員と一緒にしています。	

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
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	利用者さんの希望や季節の食材を取り入れています。日々の献立は栄養士さんが作成したものを提供しています。食量・水分摂取量は個人記録に記入しています。		
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、見守り、介助にて行うので一人ひとりの口腔内の状態を把握しています。週2回・義歯殺菌、週1回コップ・歯ブラシの消毒を行っています。		
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	一人ひとりの排泄リズムを把握し声かけ誘導し、オムツ・パット等の使用量を減らし、自立排泄を支援している。必要であれば居室内にポータブルトイレを置き使用して頂いています。	排泄チェックリストでリズムを把握し、プライバシーに配慮しながら、さりげない声かけでトイレ誘導をしています。乳製品など食べ物の工夫で自然排便を促し自立に向けた支援をしています。入居後改善して自立した人もいます。	
44		便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	排便チェック表を作成し、排便状態を把握し、便秘が見られる方には、乳製品などを摂取して頂いたり、温タオルで腹部マッサージを試みたりして、自然排便を促しています。		
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	いつでも入浴可能となっています。体調などにより、シャワー浴、清拭を行っています。	週2日の原則としていますが希望があれば対応しています。更に回数を増やす取り組みをしています。菖蒲湯やゆず湯などの季節の入浴を楽しんでいます。浴室で歌を歌ったり、昔話を聴くなど楽しい入浴が出来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
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	居室の清潔を保つ為、こまめに清掃・洗濯・換気等を行っています。入居者のその日の体調を考慮し、プログラムをずらしたり、休んで頂いたりしています。冬季は次亜塩素酸加湿器を使用し、居室には濡れタオルを用いて湿度管理をしています。		
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	薬の説明をよく読み、新しい薬か、量の変更があったら目立つように但し書きをしています。薬局より届いた薬を日にち、朝・昼・夜別に仕分ける人を変え、服用時に日付・名前などを他の人に聞こえるように読み上げ、誤飲を防いでいます。		
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	各自の能力や趣味を把握し、食器洗い、掃除、洗濯物たたみなどを職員と一緒にしています。また、作成した作品などは、リビングや廊下などに展示して鑑賞して頂いています。		
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	近くに散歩に行ったり、買い物に出かけ食品を選んだり、車で公園や食事に出かけたりしています。また、近隣の町内会の催事などに参加しています。	天気の良い日は近くの公園へ散歩、スーパーへの買い物など戸外へ出る機会を作っています。町内の防災訓練や祭りへの参加や戸外の食事会など積極的に外出の支援しています。法人の他のホームとの交流の機会も作っています。	
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	職員が基本的には管理していますが、要望や必要に応じて一緒に買い物をしたりして、いつでも使え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
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	本人の希望に応じて、日常的に電話や手紙のやりとりが出来るようにしています。電話をかけられない場合は職員がかける。かかってきた場合は取り次ぎをしています。		
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	年中行事にちなんで、リビング、廊下の壁などに入居者が作製した習字、飾り物、行事の写真などを展示し、季節感を出しています。また、食卓・玄関に四季折々の花々を飾り、居心地よく過ごせるようにしています。食事時には好みの音楽を流しています。	ホームの周りに高層建物がなく食堂、リビング、居室は終日明るい環境です。テーブルに季節の花が飾られ、コーナーにはソファや座卓があり心地良く過ごせるようになっています。廊下には椅子が置いて寛ぐことも出来ます。	
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	和室でテレビを観たり、居室で過ごされたり好みに合わせて、居場所を選べるような雰囲気作りをしています。職員も利用者の好みを把握して、和室のソファや廊下のベンチで雑談・談話をしています。		
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	以前から使用していた家具や写真、仏壇など馴染みの深い物を置き、思い出の品物を飾ったり、カレンダーを目の付くところに貼ったり、思い思いの居室作りをしています。	各居室にはクローゼットを備え、空調器以外は持ち込み自由で馴染みの家具、調度品を配し居心地良く過ごせるようになっています。家族の居ない利用者の家具などは本人と相談しながらホームで提供するようにしています。	
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	利用者の身体の状態によっては、広いトイレやポータブルトイレを使って安全に行えるように職員が対応しています。居室ドアに大きく名札を貼り分かりやすくしています。体操時には下肢筋力低下防止のための体操メニューを体調に合わせて行っています。		

事業所名	スカイホーム湘南
ユニット名	はづき

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、活き活きと働けている。 (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
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繋がっている	家庭に近い介護を志す事・地域の皆様と共に支援する事を主たる理念として玄関・食堂に掲示しています。新人研修や朝礼等で理念の確認を行い、共有し日々のケアを心がけています。		
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	町内会に加入し、町内清掃・会合・地域の祭りなどに参加すると共に地域の方々にも行事への参加を呼びかけています。コーラスサークル・バレエ教室の訪問・公演も受け入れています。		
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	地域の中学校と体験学習の受け入れを通じて交流し、認知症への理解を深めて頂いています。町内会の方々には運営推進会議を通じて事業所の日々の活動内容を理解してもらえるように努めています。		
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	3ヶ月毎に開催し、行事・インシデント・アクシデントを報告したり、職員の研修参加状況を伝え、意見やアドバイスを頂いています。ボランティアを紹介して頂き生活意欲向上のため、サービスの質と量を高める努力をしています。		
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	市が主催する連絡会に参加し、担当者との連携を図り、困難なケースや生活保護受給措置の入居者様について情報交換を行っています。交換研修に参加し他の施設のサービスへの取組みを学び事業所のサービス向上に役立てています。		

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	職員は入居者一人ひとりへの理解を深め、その行動を把握すると共に職員間の声かけを意識し、危険行為に対応しています。 日中は玄関に鍵をかけていないが、万一に備えてセンサーをつけています。		
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 overs されることがないように注意を払い、防止に努めている	研修会に参加した職員が朝礼にて研修報告をし、ケース・スタディを行う事で「虐待防止法」を理解し、虐待の見 overs し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	研修会に参加した職員が朝礼にて研修報告をし、職員に法制度や高齢者サービスを学ぶ必要性を話しています。これらの制度を入居者様が必要とするか見極め、適切な手続きを取っています。		
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	入居者様、又その家族に対し運営規程の概要や職員の体制、その他のサービスに対する重要事項を記した文書を交付・説明を行い同意を得ています。		
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	入居者様は日常生活の場面で傾聴し、問題解決に向けてケース会議を行って、統一したケアを志しています。家族には来所時や介護計画返送時に意見・要望を頂き、職員に周知徹底し、サービスに反映させています。又、3ヶ月毎に家族会で意見聴取に努めています。		

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
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	朝礼やカンファレンスで互いの意思を交換し、問題や疑問が生じた場合は解決策を考え改善に向けて取り組んでいます。 日々の業務の合間にも意見交換が出来る体制を整えています。		
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	介護職員の処遇改善の計画を立て職場環境の整備に努めています。		
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	法人内外の研修に参加し、研修に参加した職員は朝礼にて研修内容を報告し、共有化を図っています。		
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	グループ連絡会の研修などに参加しています。 又、交換研修を行い他施設で学んだ知識や技術を職員間で共有し活かしています。		
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	見学や体験入居を行い、本人と家族の納得を得る様に心がけ、要望・不安・生活歴を理解し、必要とするサービスを把握するように努めています。 入居者歓迎会を催しています。		

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
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	見学は随時受け入れし、体験入居も行っています。 ご家族・ご本人の要望、心配な事も細かく話を聞きながら対応しています。		
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	入居時の面談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	入居者様一人ひとりが出来る事を把握し、料理、洗濯物たたんだり、書き物、清掃、植木の水やり等、一緒に行っています。その間、楽しく会話したりお互い支え合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	花壇の草取り、苗植え、ふれあい会、誕生日会にも参加して頂き、楽しく時間を共有しています。 家族会ではご家族の意見・要望を聴かせて頂き、ご面会時は介護記録などを見て頂き、様子をお伝えしています。		
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	ご自身の馴染みのある物を居室に飾ったり、ご家族・知人に電話したり、ご面会時は居室にて楽しくお茶を飲まれたり、お食事も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	料理が好きな方、カラオケが好きな方など同じ趣味で集える方の支えになるようにしています。 交流の少し難しい利用者様同士でも職員が間に入って、話題を提供しております。		
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、その方の転居先に職員が訪ね様子を伺っています。又、家族からはその方の近況や介護への思いなどのお便りも頂き、退去後も心が通い合えるよう努めています。尚、情報提供の際には、直ちに対応できるように、書類などの整備をしています。		
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。	食事やお茶の時間に個人の身体ケア時、居室に入った時、入浴時、廊下での会話など、あらゆる時を使いその方の気持ちを汲取るように努めています。 センター方式D3の個人記録を使い詳しく記入し、職員間で共有する事に努めています。		
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	入居時の面談で、本人及び家族から細かく、今までの様子を聞き記録しています。入居後も様々な場面でその方の生活を知り得るチャンスと捉えて、これまでの暮らしを知る努力をしています。		
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	センター方式D3の個人記録、水分量、排泄記録、夜勤者からの申し送りノートなどを用い、一人ひとりの生活状況、身体及び精神状態、今出来る事、今何が必要かを職員全員が把握、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	<p>チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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</p>	<p>家族からの要望・意見は「家族連絡ノート」に記入し、必要に応じケース会議を開催し、職員間で共有すると共に、医師や看護師からアドバイスを仰ぎ、介護計画に反映しています。</p>		
27		<p>個別の記録と実践への反映</p> <p>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</p>	<p>24時間生活変化シートに個別に1日の生活状態・様子・発言と併せ職員の対応等を記録して、職員間で共有し介護に活かしています。</p>		
28		<p>一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>本人や家族の状況、その時々にも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</p>	<p>安心して快適に過ごせるように、利用者様の一人ひとりの要望に添えるよう、家族とも相談し建物内の小規模多機能型事業所と連携を取り、催事参加や交流等を行い支援しています。</p>		
29		<p>地域資源との協働</p> <p>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</p>	<p>町内会に加入し、町内清掃・夏祭りなどに参加し、地域の方々にも施設の行事（祭り・クリスマス会）への参加を呼びかけ相互交流を図っています。囲碁・書道、コーラス、バレー教室の生徒さんの公演・訪問などボランティアの方々の受け入れをしています。</p>		
30	11	<p>かかりつけ医の受診診断</p> <p>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</p>	<p>家族の同意を得て、24時間居宅療養診療医（月2回往診）を委託し、他に訪問歯科、訪問マッサージ、針灸治療を受けられる態勢を取っています。</p>		

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	法人契約にて24時間医療連携体制を行っており、週1回の巡回訪問・24時間電話対応をしています。		
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。	かかりつけ医からの診療情報提供書や職員の介護内容・記録等を直ちに送り、入院先と連携しています。見舞いに行き、退院後の生活が安心してスムーズに始まるよう支えています。		
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」を説明し、同意を得た上で意思・看護師・家族を交えて話し合い、方向性を確認しています。		
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	消防署員による救急蘇生講習（AED）を受講し、職員への周知徹底に務めています。緊急時マニュアルを目の付く所に掲示し、朝礼時などに対応の再確認をしています。		
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	消防署員の指導のもと、防災訓練を年2回実施し、火災・地震時の避難誘導方法の再確認を行っています。夜間ビル内の人数確認のため、毎日、夜勤者・入居者数を記入し把握しています。		

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
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	理念に基づいたケアを念頭におき、一人ひとりの人格を尊重した支援を心がけています。 言葉かけやレクリエーションへの参加呼びかけ等、強制しないよう留意しています。		
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	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。 飲み物は本人の要望に添うようにし、誕生会の食事メニューは本人の希望する献立を組んでいます。		
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	基本の生活ペースは決めているが、その都度、要望を伺い柔軟に対応しています。起床・就寝時間、食事時間は個人の心身の状態に合わせています。		
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	定期的に理美容が来訪し、本人の希望に添ってカットや髪染めをして、各々おしゃれを楽しんでいます。 男性の髭剃りは入浴時や自分のペースで行っています。		
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	皮むき・味付け・盛り付けなど各々得意分野を活かしながら、一緒に行っています。 同じテーブルに職員も着き、会話を楽しみながら食事を頂き、食後は後片付け・食器洗いを一緒に行います。		

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		<p>栄養摂取や水分確保の支援</p> <p>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</p>	<p>献立は管理栄養士が作成したものに基づき、利用者の希望や季節感を取り入れ、一人ひとりの体調・健康状態を把握し、摂取して頂けるよう心がけています。</p> <p>個人記録には、食事量・水分摂取量を記録しています。</p>		
42		<p>口腔内の清潔保持</p> <p>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</p>	<p>毎食後、口腔ケアを自力や介助にて行い、口腔内の状態を把握しています。</p> <p>衛生面については、定期的に歯ブラシ、義歯洗浄殺菌を行っています。</p>		
43	16	<p>排泄の自立支援</p> <p>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</p>	<p>一人ひとりの排泄パターンを把握し、支援が必要な利用者には、声かけ誘導を行い、トイレでの自立排泄を心がけています。</p>		
44		<p>便秘の予防と対応</p> <p>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</p>	<p>毎日体操を取り入れ、水分摂取、排便チェック表を用いて、排便状態を把握し、便秘が見られる方は繊維質の多い食物や乳製品等を摂取して頂き、それでも改善されない方については、医師へ相談して指示を仰ぎ対応しています。</p>		
45	17	<p>入浴を楽しむことができる支援</p> <p>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</p>	<p>利用者の体調に応じて、いつでも入浴して頂きます。各々のペースやタイミングに合わせて入浴を楽しめるよう支援しています。</p>		

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		<p>安眠や休息の支援</p> <p>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</p>	<p>居室清掃、リネン交換等こまめに行い、居室の温度・湿度・換気等に配慮しています。</p> <p>冬季は次亜塩素酸加湿器を利用し、居室には、濡れタオルを掛け湿度管理をしています。</p>		
47		<p>服薬支援</p> <p>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</p>	<p>薬の説明を各々に確認して身体の状態と薬の目的を理解しています。変更がある場合、看護師・薬剤師から説明を受けています。</p>		
48		<p>役割、楽しみごとの支援</p> <p>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</p>	<p>一人ひとりの出来る事、やりたい事、得意な事を把握し、清掃・洗い物・洗濯物たたみ等職員と一緒にやり、踊りや歌など得意な事を教えて頂いています。</p>		
49	18	<p>日常的な外出支援</p> <p>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</p>	<p>天気の良い日は外へ行き、季節の花を觀賞したり、川に生息している鯉に餌をあげたりして気分転換に努めています。家族や地域の人々の協力を仰ぎ、屋外でのバーベキュー、花見などを楽しんでいます。</p>		
50		<p>お金の所持や使うことの支援</p> <p>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</p>	<p>基本的には職員が管理していますが、必要に応じて、いつでも使えるよう支援しています。</p>		

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	家族や身内の方等への電話は本人自ら自由にかけて頂き、もしかけられない場合は職員が補助してかけています。ハガキ、手紙のやり取りの際は本人の要望により支援しています。ハガキ・便箋等は常に用意しています。		
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	和室・居間では自由にソファ、椅子でくつろぎテレビ、ラジオ、CDを楽しんでいます。		
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	居間、和室で気の合った者同士でテレビを観たり、雑談したり、廊下のベンチで談笑されたりしています。居室にて一緒にテレビ、雑談に興じる場合もあります。		
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を活かし、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	思い出深い品物や、愛用していた物、道具等を居室に持ち込まれ、写真等と一緒に飾り、居室を自分の部屋として作ってもらっています。		
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	フロア内ではカートや廊下の壁の手摺りを利用しなるべく歩く事に心がけ、時には身体の調子などによって、自室にポータブルトイレを入れ利用したりしています。居室の入口に名札を貼ってあります。		

目標達成計画

作成日: 平成 23 年 4 月 20 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	35	災害対策の一環である地域住民、近隣諸施設との防災訓練の実施の定例化を図る。 非常食、飲料水、災害時備品の定期的なチェック。 地域の配給等による、食料・飲料水の明確化した情報収集から確保までの経緯を周知する事。	各フロアに「防災対策委員会」を設置し、職員が管理者及びフロアリーダーと共に活動し、課題を達成して行きたい。	地域住民等共同による避難訓練の実施・地域住民等との協力体制を明確化し共同した防災計画の作成・・・などを運営推進会議で提案し地域住民等の理解、協力を得る。定期的な非常食などが妥当か?等を委員会で検討し懐中電灯の電池、消火器の期限等をチェックする。	6ヶ月
2	27	個別の記録にケアプラン実践の反映ができていない為、ケアプランの実践状況の把握ができていない。	職員一人一人がケアプランの内容を把握し、常に日々の業務をケアプランのニーズを意識した介護を実践する。	・ケアプランのニーズに と番号を付け、個人記録にファイリングしケアプランに沿ったケアを実践した場合、記録内にニーズの番号を頭に記入しケア内容を記入する事によりアセスメントの効率化が図れ評価及び次の作成に活用できる。	6ヶ月
3	49	利用者のADLの低下や、新人職員の雇用などの理由により、日常的な外出支援が少なくなっている。	近隣散歩やドライブ外出、外食、買い物付添などに目的を分け、全員または個別対応で安全性を重視した企画を立て、定期的に外出支援を行いたい。	・新人職員を含めた全職員が車いす操作や自動車への移乗等のスキルを身に付けられるよう、研修を行う。 ・季節感や楽しさを感じられる外出をしていただけるように職員はリサーチをし、企画力を磨き、企画書に沿った支援ができるようにリーダーシップのスキルを身に付ける。	6ヶ月
4	26	介護計画作成に向けた会議を行っておらず、チーム(本人・家族・医療関係者等・介護職員)で作る介護計画とモニタリングに欠ける。 家族へ介護計画書を郵送しており説明責任や理解を得る事を怠っていた。	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(医療関係者など)それぞれの意見やアイデアを基に職員が話し合い共有し、現状に即した介護計画の作成に反映できるようにしたい。	・利用者に対して職員担当制とし書式にてモニタリングを行いカンファレンスにて共有する ・職員各々がカンファレンスの重要性を認識し専門性の向上に努める ・可能ならばカンファレンスに家族に参加してもらい現状の理解を深めていただく。 ・職員各々が介護計画書の説明ができるスキルを持つ。	6ヶ月
5	29	利用者は町内会に加入し、職員と共に地域行事に参加したり、ボランティア交流などを行っているが、地域に対して当ホームの所在や役割の理解が不足している。また、地域密着型としてあるべき施設形の理解が職員に周知徹底できていない。	職員一人一人が地域密着型施設である事や役割を理解できるよう研修を行うと共に、運営推進会議や町内会を通し、地域資源との協働体制を確立し、利用者が安全で豊かな暮らしを送られるように支援したい。	・町内会の定例会などに参加し協力体制を明確化する呼びかけをする。 ・時には中心となり地域活動へ積極的に参加する。 ・中学生に限らず体験研修の受け入れやボランティア育成研修に協力する。 ・運営推進会議の参加者増員の為に行政や地域ケアプラザに働きかけをする。	12ヶ月

注)項目の欄については、自己評価項目の 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。