

平成25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         | 1472700523                                       | 事業の開始年月日       | 平成17年12月1日 |
|               |  | 指定年月日          | 平成17年4月1日  |
| 法人名           | 株式会社 スマイル  |                |            |
| 事業所名          | スマイル住まいる三浦                                       |                |            |
| 所在地           | ( 238-0111 )<br>神奈川県三浦市初声町下宮田601-7               |                |            |
| 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26年1月20日                                       | 評価結果<br>市町村受理日 | 平成26年7月25日 |

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

|          |   |
|----------|---|
| 基本情報リンク先 | <a href="http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wp/Details.aspx?IGNO=ST1472700523&amp;SVCD=150&amp;THN0=00000">http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wp/Details.aspx?IGNO=ST1472700523&amp;SVCD=150&amp;THN0=00000</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)】

私たちは、認知症になってもその人らしさを失わず、持てる力を存分に発揮しながら暮らす家を作りたいと思っています。その人らしさを尊重し、できることをしていただく暮らしにはリスクもあります。しかしリスクを恐れるあまり、可能性を小さくしてしまふケアはしません。自らの意志で暮らしたいと願い、暮らす力を持つ方の足りない部分をお手伝いさせていただく。そんな姿勢でそっと支えていきます。  
”手を出さない、口を挟まない、目は離さない”を信条にしています。

### 【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 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階 |               |            |
| 訪問調査日 | 平成26年2月24日                          | 評価機関<br>評価決定日 | 平成26年5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)】

京浜急行「三崎口」駅から徒歩3分の所にあります。建物は3階建てで、1階がデイサービス、2階、3階がグループホームになっています。周りは駐車場や一戸建てが立ち並ぶ閑静な住宅街です。道沿いに河津桜が咲き誇り、花見客でにぎわっています。ソメイヨシノも植えられていて長期間桜の花見が楽しめます。

<優れている点>

利用者を「お客様」と呼び、職員は敬う気持ちを持ってサービス提供しています。丁寧な言葉遣い、礼儀正しく、心が行き届いたサービス、記録、書類にも敬う表現を用いるなど、具体的に「スマイルの誓い」として提示しています。「お客様満足度アンケート」を法人として10月に行っています。職員の対応について、サービスの総合満足度についてなど、大きく6項目についての5段階評価と意見を記載出来るもので、3月までに集計し、集計結果と意見や感想に対する回答を利用者や家族に届けるようになっていきます。その過程で、職員は気づきを持って自己研鑽し、法人の基本方針が徹底され、よりよいサービス提供に繋がっています。また、法人で、元客室乗務員を講師に迎え、心配りの接遇を学び、マナー向上、サービス向上に役立っています。

<工夫点>

事業所では、外出企画を含むレクリエーション、うきうき便り発行、環境整備、ホームページなど15の役割について担当者を決めています。役割分担をすることで、職員のやる気と責任感を培っています。

### 【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

| 評価項目の領域                      | 自己評価項目  | 外部評価項目  |
|------------------------------|---------|---------|
| I 理念に基づく運営                   | 1 ~ 14  | 1 ~ 7   |
| II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援         | 15 ~ 22 | 8       |
| III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント | 23 ~ 35 | 9 ~ 13  |
| IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援     | 36 ~ 55 | 14 ~ 20 |
| V アウトカム項目                    | 56 ~ 68 |         |

|       |            |
|-------|------------|
| 事業所名  | スマイル住まいる三浦 |
| ユニット名 | うみう        |

| 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<br>2, 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<br>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<br>2, 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>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<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：30, 31)      | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2, 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>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<br>2, 数日に1回程度ある<br>3. たまに<br>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<br>2, 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くいない        |
| 66 | 職員は、生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<br>2, 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2, 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>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近づけている。                     | 法人の理念・行動規範、ホームの理念を掲示しています。実践にむけて朝礼で唱和しています。必要に応じて、管理者・事業所所長が個別に指導し、実践につなげるように働きかけています。          | 利用者を「お客様」として敬う姿勢をもってサービス提供しています。その心を具体的に「スマイルの誓い」として明文化しています。理念は事務所に掲示し、職員は常に利用者をお客様として敬い、節度を持った対応を心がけています。           |  |
| 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。                     | 傾聴ボランティアや中学生の体験学習の受け入れは継続中。新たに美化活動を行なっているボランティアグループにスタッフ・お客様で毎月参加させていただいています。                   | 市の傾聴ボランティア養成講座の実習生受け入れから始まった傾聴ボランティアは定期的に来所しています。中学生の体験学習の受け入れも行っています。地域の花壇管理のボランティアと一緒に落ち葉拾い、花の植え替えなども行っています。        | 町内会の組織がない中、積極的に地域とのかかわりを求めて活動しています。今後は事業所の持つ福祉についてのノウハウを地域に向けて発信する地域貢献も期待されます。 |
| 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。                   | 市のグループホーム連絡会と包括支援センターが連携して、地域住民を対象にした認知症の研修会やグループホームの紹介を行いました。                                  |   |  |
| 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。 | 主に日曜日に行なうケースが多い為、行政から参加がほとんど難しい状況です。またご家族の参加者も固定化されており、課題が多いです。出された意見に関しては必ず共有しています。            | 会議を避難訓練などの行事と同じ日に行い参加者の負担が少なくなる工夫をしています。事業所の報告の後、意見交換をして運営に活かしています。家族から職員の顔と名前が一致しないという意見を受けて、玄関に名前付きの職員写真を掲示しています。   |  |
| 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。            | 毎月、お客様の名簿と入退去状況を報告しています。それらの情報を市役所に掲示し、地域の居宅介護支援事業所に発信しております。また生活保護の方の担当者が定期的に訪問して下さり、情報交換してます。 | 市の高齢介護課へ毎月利用者名簿と入退去状況報告を行っています。それを基に市役所に事業所の空き情報が市民に開示されます。利用者の担当ケースワーカーは定期的に事業所を訪れています。グループホーム連絡会では、市への質問や要望を伝えています。 |  |

| 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。 | 日中玄関に施錠することは無く身体拘束のないケアにスタッフ一丸となり取り組んでいます。ユニットに拘らず、情報共有し、各フロアでケアするように取り組んでいます。プラスして「スピーチロック」にならないケアにも取り組んでいます。  | 日中玄関に施錠はしていません。1階のデイサービスも含めて2階、3階の利用者情報は全職員が共有しており、利用者が他の階に行っても、その階の職員がすぐに連絡をして見守りをしています。言葉による拘束にも注意しています。                                    |                   |
| 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。                                      | 新人職員等を対象にした研修において学ぶ機会を設けています。(他の職員も参加可能) また常々お客様を敬う姿勢・させて頂く姿勢をモットーにサービス提供するよう努めています。結果、虐待防止に繋がると考えております。  |   |                   |
| 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。                                 | ご家族が後見人になられているお客様が新たに入居され、管理者を中心に学習中です。   |   |                   |
| 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。  | 十分な説明を行いお客様やご家族が安心してご入居していただけるよう説明させていただいています。相談にも随時対応させていただいています。契約は必ずホームに来所していただき、取り交わしています。マニュアルを作成し、徹底していくよう努めております。                                  |   |                   |
| 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。   | ご家族が来訪された時は必ず現状報告を行ない、ご意見やご要望を聞くようにしています。必要な事項については職員に必ず伝達しています。また苦情等については、社内で共有できる仕組みとなっています。本年度は法人として全社一斉のアンケートを実施し、お客様・ご家族の貴重な意見を反映できるよう、全社的に取り組んでいます。 | 運営推進会議や家族が来訪した時には意見や要望を聞いています。法人による「お客様満足度アンケート」を10月に実施しています。3月までに集計をして、利用者の意見に対する回答を添えて利用者、家族に届ける事になっています。職員は集計段階で情報共有して今後のサービスに活かすこととしています。 |                   |

| 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<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。                                      | 年1回、所長・管理者と個別に面談する場を設けています。ミーティングを月2回にして意見徴収・交換の場を増やし、反映させています。日頃より、スタッフに声を掛け、意見を聞いています。また気軽に企画・提案ができるようにシートを作成し、反映させています。                     | 月2回のミーティングで、職員の意見や提案を聞きサービスに反映させています。又、シートに記入し提出する事で、いつでも意見や提案が表せる仕組みがあります。法人では、お客様、従業員、社会の満足を掲げサービスを提供しています。 |                   |
| 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。      | 年1回、所長による面談を行なっています。また必要に応じて、面談を行ない、日々のモチベーション維持を図っています。各自年間目標を立て、評価の対象としております。  |   |                   |
| 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。          | 法人全体で、採用時研修・介護技術研修やリスクマネジメント研修等を計画し、提示しています。また外部研修も法人全体に回覧し、参加機会を設けています。事業所としてもミーティングの時間を研修に充てることもあります。本年度より法人全体での外部機関により新たなスキルアップ研修を実施しております。 |   |                   |
| 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。 | 市内のグループホーム連絡会に所属して管理者は必ず参加し、内容は職員に提示しています。本年度も年間計画で研修会を実施し、参加し、伝達するようにしています。   |   |                   |
| <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。        | 必ず入居前にお客様から話を伺いご要望・ご意見や不安などを記録し、職員に伝えています。また入居しばらくはノートを用意し、様々な出来事・言動を記録に残しサービスに反映するようにしています。   |   |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|------|------|---|---|---|-------------------|
|      |      |   | 実施状況  | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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。     | 入居前には話を伺う機会を多く持つようにしています。（見学・申し込み・アセスメント・契約など） また入居後も必要時だけでなく、面会時なども職員が話を伺うようにしています。          |   |                   |
| 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。 | アセスメント実施後、入居者判定会議において、必要な支援を検討しています。入居前に利用していたサービス事業所からも情報収集して、必要性を見極めています。                   |   |                   |
| 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。                    | お客様の意見を聞きながら、また促しながら、出来ることを見守り支援しています。（掃除・食事作り・食器拭きなど）<br>お客様同士の関係についても適度に距離を置き、自律性を尊重しています。  |   |                   |
| 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。     | 毎月、お客様の生活状況を報告して、把握していただいています。外出や外食を促したり、必要に応じて受診同行を依頼するなどご家族もお客様を支えているという意識を持って頂ける機会を作っています。 |   |                   |
| 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う、支援に努めている。                  | 日常生活の中で傾聴し、思いを聞くことで、ご友人の電話や来所を進める等心がけています。<br>また本年度、ご近所で交流があった方がご家族の勧めもあり、入居されたケースがありました。     | 1階のデイサービス利用者が馴染みとなってこの事業所に入居する方もいます。また、友人が訪ねてくることもあります。以前、利用者と御近所同士で付き合いのあった方が、家族の勧めで入居した事例があります。 |                   |

| 自己評価                              | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|-----------------------------------|------|---|---|---|-------------------|
|                                   |      |   | 実施状況  | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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。               | 毎日の体操・レク・散歩等お客様全員が楽しむことが出来る場を作っています。また少人数で交流ができるような環境作りにも努めています（廊下にソファを設置しています） またスタッフは見守り重視で、お客様同士で何かに取り組めるようにしています。 |   |                   |
| 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。 | 利用終了後も可能であればご本人・ご家族との関係を継続させていただき相談・支援をさせていただきたいと考えています。  |   |                   |
| <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。                       | お客様やご家族の希望・意向を伺った時は連絡ノートに書き込んで情報共有するようにしています。意思表示が困難な方でも表情等で把握し、ご家族からも伺う（以前はこんな事を言っていたというような）ことにしています。                | 利用者の日頃の言動などは連絡ノートに書き込み職員間で情報共有しています。職員は1対1になる入浴時は利用者の思いを聞く大事な時間と捉えています。意思表示が困難な方は行動、表情などを観察したり家族から聞くなどして推し量っています。 |                   |
| 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。                   | アセスメント調査以外では、折に触れてご本人・ご家族から今までの生活歴や暮らし方、生活環境を伺い、把握に努めています。内容についてはノートでスタッフ間で伝達しています。                                   |   |                   |
| 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。                                 | 毎日バイタルチェック（血圧・体温・顔色等）を体調の把握に努めています。また排泄状況・食事量などの記録は欠かさず行なっています。まずは見守り重視で、能力の確認をするようにしています。                            |   |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|------|------|---|---|---|-------------------|
|      |      |   | 実施状況  | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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。 | モニタリングの記入は職員全員が行なっています。また計画の作成も職員から意見を聞くシステムが出来ており、反映させています。家族からの要望、また医療関係者からの意見等も反映させています。 | 基本的に6ヶ月に1回介護計画を立てています。アセスメントを行い、利用者、家族、職員、医療関係者の意見などを反映させた介護計画となっています。その後のモニタリングは、毎日職員が行っています。変化があればその都度見直しています。      |                   |
| 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。                        | 日々の様子や気づきを記録し、新たな介護や情報については連絡ノートで共有しています。また必ず勤務前には記録を確認するようにしています。                          |   |                   |
| 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。               | 希望に応じて、同事業所のデイサービスに参加したり、また同一法人の他事業所の企画に参加するなどしています。買い物や美容院への外出など個々のニーズに応じた対応をしております。       |   |                   |
| 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。                         | 毎週地域のスーパーにお客様と共に買い物に行っています。希望により地域の美容院を利用している方もいます。訪問理容の利用や傾聴ボランティアの受け入れを行っております。           |   |                   |
| 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。                     | お客様・ご家族の意向を伺い、往診医を依頼したり、以前からかかりつけ医を継続したり柔軟に対応しています。また必要に応じて他の医療機関にも受診しています。                 | 多くの利用者は協力医療機関の月2回の往診を受けています。週1回訪問歯科の義歯の調整や抜歯があります。週1回、契約の看護師が来訪し、利用者の体調を診て、医師へ提案、相談、服薬注意をします。皮膚科、眼科は家族の付き添いを原則としています。 |                   |



| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|------|------|---|--|---|-------------------|
|      |      |   | 実施状況   | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 31   |      | ○看護職員との協働<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。                      | 医療連携体制により、週1回の訪問看護師が健康管理や処置を行なっております。夜間の相談体制も整っております。また必要に応じて、同事業所のデイサービスの看護師に相談・対応して頂いています。                     |   |                   |
| 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。  | 入院時には早期退院ができる様、介護サマリ等を中心に情報提供を行っています。またその後の経過においても病院関係者と綿密な話し合いを持てるようにしています。また地域の総合病院の地域連携室へは月1回訪問し、関係作りに努めています。 |   |                   |
| 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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。 | 新規入居のお客様には、契約時に看取りについての説明しています。またスタッフには法人全体の研修で看取りについての考え方を伝達しています。  | 新入居の利用者には「重度化対応・終末期ケア対応方針」を説明し同意を得ています。昨年事業所で看取った事例もあり、法人として全体研修や外部研修を重ね、看取りケアに取り組む考えを明確にしています。               |                   |
| 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。   | 毎日、朝礼にてCPRの手順の確認を行なっています。また、法人で普通救命講習会を企画し、参加しています。本年度、急変対応が必要なケースがあり、実践力をより身につけるように取り組んでおります。                   |   |                   |
| 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、地域との協体制を築いている。  | お客様の重度化が進み、訓練の回数を増やす必要があります。重度の方々の避難誘導については消防署からの指導を受けました。また食料等の備蓄についても検討する必要があります。                              | 年2回消防署の立会いで避難訓練を行っています。消防署の指導で火災時には防火壁になっている中階段、または外のベランダに避難し、そこで隣のクリニックの方々の応援を待つ事としています。食料などの備蓄は3日分を準備しています。 |                   |

| 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。                 | スマイルの誓いとしてお客様を敬う姿勢（言動に限らず記録・書類等においても）を提示し、全職員への徹底を図っています。法人として外部講師を招き、マナー向上にも努めています。 | スマイルの誓いに「お客様を敬う姿勢のない指示・命令的な言動は致しません。」と明示し、お客様として敬う指導を言葉のすみずみまで徹底しています。法人講習で、外部講師による空のおもてなしから学んだ心くばりの接遇を学び、マナー向上に励んでいます。     |                   |
| 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。                      | 自己決定は会社の企業理念として、掲げており、お客様の行動を職員が決めてしまう事のないよう、傾聴し自己決定を中心とした生活が送れるよう支援しています。           |   |                   |
| 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。 | 例えば、起床や就寝時間はお客様の希望に沿っています。入浴は希望や状況に応じて入っています。  |   |                   |
| 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。                                   | 援助が必要な方は好みを聞きながら、一緒に衣服を選んでいきます。季節感を感じられるような支援に取り組んでおります。                             |   |                   |
| 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。      | 食材を切る方、味見をする方、食器洗いや食器拭きをしてくださるお客様がいます。メニューはお客様と共に考えます。また月1回は外食する機会を作っています。           | 管理栄養士がメニューを作り、職員が調理して温かい食事を提供しています。食材は業者配達に利用者との買い物に加え、メニューに変化をつけています。刺身、マグロ丼、海鮮丼に、にぎり寿司、笹寿司などの出前を取る事もあります。訪問日は全員が完食していました。 |                   |

| 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 |
| 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。            | 一人一人の好みや体調を考慮して、食事の盛り付け量を調整しています。水分量は必ず記録し、水分不足にならないよう促したり、好みに応じて対応するなどしています。また、食材にも配慮し、健康食を意識した食材や調味料を使用しています。 |  |                   |
| 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。                    | 毎食後ご本人の能力・口腔状態に合わせた支援をさせていただいています。週1回の訪問歯科を利用し、口腔状況を把握しています。  |  |                   |
| 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。     | 排泄チェック表から排泄パターンを把握し、お客様の表情や動作からトイレ誘導を促し、トイレでの排泄を維持しています。  | 排泄パターンを細かく記録し、日中は全員パットを使用していますが、トイレでの自立排泄を優先しています。夜間は全介助の方でもトイレに座ってもらっています。便秘傾向の方には医師、看護師の指導で、ヨーグルト、オリゴ糖、薬用酒などを食してもらっています。 |                   |
| 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。                     | ADLが低下してきている方ほど運動不足になりがちで、便秘傾向にあります。服薬だけに頼らず、乳製品・調味料等を利用した取り組みをしております。<br>医師や看護師からも指導いただいています。                  |  |                   |
| 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。 | お客様の希望に添えるタイミングでの入浴実施に努めています。<br>またADLの低下で一般浴が困難な方はデイサービスのリフト浴を利用して清潔保持に努めています。                                 | 週3日の入浴を基本としています。就寝前の入浴にも職員の見守りで対応しています。身体、頭を洗うことが嫌いな方には、「今日も一番風呂にしましょう」などと声かけの工夫をして入浴してもらっています。                            |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項 目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|------|------|---|--|--|-------------------|
|      |      |   | 実施状況   | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 46   |      | ○安眠や休息の支援<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。  | お客様一人ひとりの状況を把握し適切な休息をお客様の意見を尊重させていただきながら支援させていただいています。昼間、ベッドや畳で休んだりしています。                                      |  |                   |
| 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。   | 職員全員が処方内容に目を通せるようになっていきます。必要に応じて職員間で話し合い医療機関への相談を行っています。なるべく量を減らしていきたいと考えております。                                |  |                   |
| 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。                              | 掃除をされる方、調理を手伝う方、部屋で裁縫をされる方、部屋でテレビを観る方などそれぞれの好みに合わせて支援・見守りをしていきます。何かをする意欲を尊重するようにしています。毎日出来ること、続けられる事を意識しております。 |  |                   |
| 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。 | 天気や体調・希望に応じて毎日散歩に出かけています。週1～2回は食事の買い物に出かける為、声掛けをして一緒にショッピングしています。また季節に沿った外出（初詣、花見、ドライブなど）を企画しています。             | 天気の良い日には近くの住宅街の平坦な道を10～15分散歩しています。リビングから自由に出られるベランダに咲く花の水遣りなどで外気浴もしています。月1回のドライブで海辺や、緑を観に出かけています。管理者は屋上にプランター設置を検討しています。 |                   |
| 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。                              | お金を自己管理されている方もいます。買い物時は財布を持っていただき、好きなものを買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<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。   | 電話の使用や手紙のやり取りは自由であり、交流についても支援を行っています。   |  |                   |
| 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。 | お客様が落ち着いて過ごしていただける環境作りを心がけています。又季節行事に伴った展示物・掲示物を取り入れ楽しんでいただけるよう配慮しています。またお客様自身がカーテンの開閉、ライトの消灯点灯を自由に行っています。  | 幅広の廊下は白で統一され、おしゃれな小物が飾られ、ソファと窓に向けた椅子が置かれ、くつろげる空間となっています。3階窓から小さく電車が走る様子が見えます。加湿器などの他、見事な生け花の鉢もあり、花と緑に囲まれた憩いの場となっています。    |                   |
| 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。  | 廊下に椅子を設置し、お客様同士でお話をしていただけるようなスペースとしています。お互いの部屋に出入りして交流を深めていられます。  |  |                   |
| 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。  | お客様の個室については内装はお客様の自由であり生活歴や好みの環境にしていただける状態になっています。なるべく使い慣れた物を置くように勧めています。またスペースに問題なければ、何でもお持ちいただけるようにしています。 | 6畳弱の居室に洗面台、エアコン、照明、ナースコールが備え付けられ、使い慣れた家具、タンス、ベッド、椅子、写真、仏壇、ぬいぐるみなどが持ちこみ、自分らしい部屋作りで安住の場に繋がっています。暖房は26℃に設定し、どの部屋も清潔に保っています。 |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<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。  | 安全に配慮しながら、わかる表現・できるように手が届く所にある設備を心がけています。   |  |                   |

|       |            |
|-------|------------|
| 事業所名  | スマイル住まいる三浦 |
| ユニット名 | やまゆり       |

| 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<br>2, 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<br>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<br>2, 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>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<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：30, 31)      | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2, 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>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<br>2, 数日に1回程度ある<br>3. たまに<br>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<br>2, 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くいない        |
| 66 | 職員は、生き生きと働いている。<br>(参考項目：11, 12)                                       | ○ | 1, ほぼ全ての職員が<br>2, 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2, 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>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。                     | 法人の理念・行動規範、ホームの理念を掲示しています。実践にむけて朝礼で唱和しています。必要に応じて、管理者・事業所所長が個別に指導し、実践につなげるように働きかけています。          |      |                   |
| 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。                     | 傾聴ボランティアや中学生の体験学習の受け入れは継続中。新たに美化活動を行なっているボランティアグループにスタッフ・お客様で毎月参加させていただいています。                   |      |                   |
| 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。                   | 市のグループホーム連絡会と包括支援センターが連携して、地域住民を対象にした認知症の研修会やグループホームの紹介を行いました。                                  |      |                   |
| 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。 | 主に日曜日に行なうケースが多い為、行政から参加がほとんど難しい状況です。またご家族の参加者も固定化されており、課題が多いです。出された意見に関しては必ず共有しています。            |      |                   |
| 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。            | 毎月、お客様の名簿と入退去状況を報告しています。それらの情報を市役所に掲示し、地域の居宅介護支援事業所に発信しております。また生活保護の方の担当者が定期的に訪問して下さり、情報交換してます。 |      |                   |

| 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。 | 日中玄関に施錠することは無く身体拘束のないケアにスタッフ一丸となり取り組んでいます。ユニットに拘らず、情報共有し、各フロアでケアするように取り組んでいます。プラスして「スピーチロック」にならないケアにも取り組んでいます。  |      |                   |
| 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。                                      | 新人職員等を対象にした研修において学ぶ機会を設けています。（他の職員も参加可能）また常々お客様を敬う姿勢・させて頂く姿勢をモットーにサービス提供するよう努めています。結果、虐待防止に繋がると考えております。   |      |                   |
| 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。                                 | ご家族が後見人になられているお客様が新たに入居され、管理者を中心に学習中です。   |      |                   |
| 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。  | 十分な説明を行いお客様やご家族が安心してご入居していただけるよう説明させていただいています。相談にも随時対応させていただいています。契約は必ずホームに来所していただき、取り交わしています。マニュアルを作成し、徹底していくよう努めております。                                  |      |                   |
| 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。   | ご家族が来訪された時は必ず現状報告を行ない、ご意見やご要望を聞くようにしています。必要な事項については職員に必ず伝達しています。また苦情等については、社内で共有できる仕組みとなっています。本年度は法人として全社一斉のアンケートを実施し、お客様・ご家族の貴重な意見を反映できるよう、全社的に取り組んでいます。 |      |                   |



| 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。                                      | 年1回、所長・管理者と個別に面談する場を設けています。ミーティングを月2回にして意見徴収・交換の場を増やし、反映させています。日頃より、スタッフに声を掛け、意見を聞いています。また気軽に企画・提案ができるようにシートを作成し、反映させています。                     |      |                   |
| 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。      | 年1回、所長による面談を行なっています。また必要に応じて、面談を行ない、日々のモチベーション維持を図っています。各自年間目標を立て、評価の対象としております。  |      |                   |
| 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。          | 法人全体で、採用時研修・介護技術研修やリスクマネジメント研修等を計画し、提示しています。また外部研修も法人全体に回覧し、参加機会を設けています。事業所としてもミーティングの時間を研修に充てることもあります。本年度より法人全体での外部機関により新たなスキルアップ研修を実施しております。 |      |                   |
| 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。 | 市内のグループホーム連絡会に所属して管理者は必ず参加し、内容は職員に提示しています。本年度も年間計画で研修会を実施し、参加し、伝達するようにしています。   |      |                   |
| <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。        | 必ず入居前にお客様から話を伺いご要望・ご意見や不安などを記録し、職員に伝えています。また入居しばらくはノートを用意し、様々な出来事・言動を記録に残しサービスに反映するようにしています。   |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|------|------|---|---|------|-------------------|
|      |      |   | 実施状況  | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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。     | 入居前には話を伺う機会を多く持つようにしています。（見学・申し込み・アセスメント・契約など） また入居後も必要時だけでなく、面会時なども職員が話を伺うようにしています。          |      |                   |
| 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。 | アセスメント実施後、入居者判定会議において、必要な支援を検討しています。入居前に利用していたサービス事業所からも情報収集して、必要性を見極めています。                   |      |                   |
| 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。                    | お客様の意見を聞きながら、また促しながら、出来ることを見守り支援しています。（掃除・食事作り・食器拭きなど）<br>お客様同士の関係についても適度に距離を置き、自律性を尊重しています。  |      |                   |
| 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。     | 毎月、お客様の生活状況を報告して、把握していただいています。外出や外食を促したり、必要に応じて受診同行を依頼するなどご家族もお客様を支えているという意識を持って頂ける機会を作っています。 |      |                   |
| 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。                 | 日常生活の中で傾聴し、思いを聞くことで、ご友人の電話や来所を進める等心がけています。<br>また本年度、ご近所で交流があった方がご家族の勧めもあり、入居されたケースがありました。     |      |                   |

| 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 |
| 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。               | 毎日の体操・レク・散歩等お客様全員が楽しむことが出来る場を作っています。また少人数で交流ができるような環境作りにも努めています（廊下にソファを設置しています） またスタッフは見守り重視で、お客様同士で何かに取り組めるようにしています。 |      |                   |
| 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。 | 利用終了後も可能であればご本人・ご家族との関係を継続させていただき相談・支援をさせていただきたいと考えています。  |      |                   |
| <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。                       | お客様やご家族の希望・意向を伺った時は連絡ノートに書き込んで情報共有するようにしています。意思表示が困難な方でも表情等で把握し、ご家族からも伺う（以前はこんな事を言っていたというような）ことにしています。                |      |                   |
| 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。                   | アセスメント調査以外では、折に触れてご本人・ご家族から今までの生活歴や暮らし方、生活環境を伺い、把握に努めています。内容についてはノートでスタッフ間で伝達しています。                                   |      |                   |
| 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。                                 | 毎日バイタルチェック（血圧・体温・顔色等）を体調の把握に努めています。また排泄状況・食事量などの記録は欠かさず行なっています。まずは見守り重視で、能力の確認をするようにしています。                            |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|------|------|---|---|------|-------------------|
|      |      |   | 実施状況  | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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。 | モニタリングの記入は職員全員が行なっています。また計画の作成も職員から意見を聞くシステムが出来ており、反映させています。家族からの要望、また医療関係者からの意見等も反映させています。 |      |                   |
| 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。                        | 日々の様子や気づきを記録し、新たな介護や情報については連絡ノートで共有しています。また必ず勤務前には記録を確認するようにしています。                          |      |                   |
| 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。               | 希望に応じて、同事業所のデイサービスに参加したり、また同一法人の他事業所の企画に参加するなどしています。買い物や美容院への外出など個々のニーズに応じた対応をしております。       |      |                   |
| 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。                         | 毎週地域のスーパーにお客様と共に買い物に行っています。希望により地域の美容院を利用している方もいます。訪問理容の利用や傾聴ボランティアの受け入れを行っております。           |      |                   |
| 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。                    | お客様・ご家族の意向を伺い、往診医を依頼したり、以前からかかりつけ医を継続したり柔軟に対応しています。また必要に応じて他の医療機関にも受診しています。                 |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|------|------|---|---|------|-------------------|
|      |      |   | 実施状況  | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 31   |      | ○看護職員との協働<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。                      | 医療連携体制により、週1回の訪問看護師が健康管理や処置を行なっております。夜間の相談体制も整っております。また必要に応じて、同事業所のデイサービスの看護師に相談・対応して頂いています。                      |      |                   |
| 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。  | 入院時には早期退院ができる様、介護サマリ等を中心に情報提供を行っております。またその後の経過においても病院関係者と綿密な話し合いを持てるようにしています。また地域の総合病院の地域連携室へは月1回訪問し、関係作りに努めています。 |      |                   |
| 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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。 | 新規入居のお客様には、契約時に看取りについての説明をしています。またスタッフには法人全体の研修で看取りについての考え方を伝達しています。  |      |                   |
| 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。   | 毎日、朝礼にてCPRの手順の確認を行なっております。また、法人で普通救命講習会を企画し、参加しています。本年度、急変対応が必要なケースがあり、実践力をより身につけるように取り組んでおります。                   |      |                   |
| 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、地域との協体制を築いている。  | お客様の重度化が進み、訓練の回数を増やす必要があります。重度の方々の避難誘導については消防署からの指導を受けました。また食料等の備蓄についても検討する必要があります。                               |      |                   |

| 自己評価                            | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|---------------------------------|------|---|--|------|-------------------|
|                                 |      |   | 実施状況   | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <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。                | スマイルの誓いとしてお客様を敬う姿勢（言動に限らず記録・書類等においても）を提示し、全職員への徹底を図っています。法人として外部講師を招き、マナー向上にも努めています。 |      |                   |
| 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。                     | 自己決定は会社の企業理念として、掲げており、お客様の行動を職員が決めてしまう事のないよう、傾聴し自己決定を中心とした生活が送れるよう支援しています。           |      |                   |
| 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。 | 例えば、起床や就寝時間はお客様の希望に沿っています。入浴は希望や状況に応じて入っています。  |      |                   |
| 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。                                  | 援助が必要な方は好みを聞きながら、一緒に衣服を選んでいきます。季節感を感じられるような支援に取り組んでおります。                             |      |                   |
| 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。     | 食材を切る方、味見をする方、食器洗いや食器拭きをしてくださるお客様がいます。メニューはお客様と共に考えます。また月1回は外食する機会を作っています。           |      |                   |

| 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。            | 一人一人の好みや体調を考慮して、食事の盛り付け量を調整しています。水分量は必ず記録し、水分不足にならないよう促したり、好みに応じて対応するなどしています。また、食材にも配慮し、健康食を意識した食材や調味料を使用しています。 |      |                   |
| 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。                    | 毎食後ご本人の能力・口腔状態に合わせた支援をさせていただいています。週1回の訪問歯科を利用し、口腔状況を把握しています。  |      |                   |
| 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。     | 排泄チェック表から排泄パターンを把握し、お客様の表情や動作からトイレ誘導を促し、トイレでの排泄を維持しています。  |      |                   |
| 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。                     | ADLが低下してきている方ほど運動不足になりがちで、便秘傾向にあります。服薬だけに頼らず、乳製品・調味料等を利用した取り組みをしております。<br>医師や看護師からも指導いただいています。                  |      |                   |
| 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。 | お客様の希望に添えるタイミングでの入浴実施に努めています。<br>またADLの低下で一般浴が困難な方はデイサービスのリフト浴を利用して清潔保持に努めています。                                 |      |                   |

| 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 |
| 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。  | お客様一人ひとりの状況を把握し適切な休息をお客様の意見を尊重させていただきながら支援させていただいています。昼間、ベッドや畳で休んだりしています。                                     |      |                   |
| 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。   | 職員全員が処方内容に目を通せるようになっています。必要に応じて職員間で話し合い医療機関への相談を行っています。なるべく量を減らしていきたいと考えております。                                |      |                   |
| 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。                              | 掃除をされる方、調理を手伝う方、部屋で裁縫をされる方、部屋でテレビを観る方などそれぞれの好みに合わせて支援・見守りをしています。何かをする意欲を尊重するようにしています。毎日出来ること、続けられる事を意識しております。 |      |                   |
| 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。 | 天気や体調・希望に応じて毎日散歩に出かけています。週1～2回は食事の買い物に出かける為、声掛けをして一緒にショッピングしています。また季節に沿った外出（初詣、花見、ドライブなど）を企画しています。            |      |                   |
| 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。                              | お金を自己管理されている方もいます。買い物時は財布を持っていただき、好きなものを買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<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。   | 電話の使用や手紙のやり取りは自由であり、交流についても支援を行っています。  |      |                   |
| 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。 | お客様が落ち着いて過ごしていただける環境作りを心がけています。又季節行事に伴った展示物・掲示物を取り入れ楽しんでいただけるよう配慮しています。またお客様自身がカーテンの開閉、ライトの消灯点灯を自由に行っています。   |      |                   |
| 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。  | 廊下に椅子を設置し、お客様同士でお話をしていただけるようなスペースとしています。お互いの部屋に出入りして交流を深めていられます。   |      |                   |
| 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。  | お客様の個室については内装はお客様の自由であり生活歴や好みの環境にさせていただける状態になっています。なるべく使い慣れた物を置くように勧めています。またスペースに問題なければ、何でもお持ちいただけ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<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。  | 安全に配慮しながら、わかる表現・できるように手が届く所にある設備を心がけています。  |      |                   |

(別紙4(2))

事業所名 スマイル住まいる三浦

## 目標達成計画

作成日: 平成26年6月25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        | 12   | 安定した人員配置（社内規定人員数）が確保出来ていない。現スタッフへの負担が多い。  | <ul style="list-style-type: none"><li>年間を通じての安定した人員配置の確保</li><li>負担増によるスタッフのモチベーションの低下を防ぐ</li></ul>                         | <ul style="list-style-type: none"><li>定期的な求人活動と就業形態を多様化し、働きやすい環境を整える。</li><li>管理者とスタッフの面談を定期的実施し、日頃の悩み等を聞く機会を増やす。</li></ul>                     | 12ヶ月       |
| 2        | 13   | <ul style="list-style-type: none"><li>会社全体として新たな仕組みによるスキルアップ研修を行っているが、グループホームに特化したスキルアップ研修が確立されていない。</li><li>スタッフの認知症ケアへの意識が低い。</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>職員一人一人がスキルアップできるような仕組みを確立する。高い意識・目標が持てるように導く。</li><li>日々の”業務”だけに負われない為の意識改革</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>まずは定期的な勉強会の時間をつくる。一人一人目標を定め、達成の為に内外の研修に参加させる。</li><li>ケアの目標を共有化をより強くし、スタッフ間での是正ができるようにする。</li></ul>       | 12ヶ月       |
| 3        | 34   | 急変や事故発生時の実践力がまだ身につけていないスタッフが多い。   | <ul style="list-style-type: none"><li>あらゆる場面において冷静で適切な対応ができるようにする。</li><li>同じ内容の事故を繰り返さない。</li></ul>                        | <ul style="list-style-type: none"><li>月1回のCSミーティング時に事例を元にしたロールプレイを実施し、実践力をつける。</li><li>内外の研修に参加し、必ず他者への伝達講習を行う。</li></ul>                       | 12ヶ月       |
| 4        | 49   | 人員不足が影響し、お客様が外出する機会が減らしてしまっていた。   | <ul style="list-style-type: none"><li>週に1回は買い物や散歩で外出する。</li><li>月に1回は全員で外出する機会をつくる。</li></ul>                               | <ul style="list-style-type: none"><li>外出レクを年間で計画する。</li><li>家族やボランティアに協力して頂き、外出支援の機会を増やす。</li><li>ADL低下により、全員での外出から個々の外出の内容をより多く検討する。</li></ul> | 12ヶ月       |
| 5        |      |   |   |   | ヶ月         |