

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2895200265		
法人名	医療法人社団 医伸会		
事業所名	スマイルぜんかいグループホーム		
所在地	神戸市西区前開南町2丁目14-4		
自己評価作成日	令和6年11月5日	評価結果市町村受理日	令和7年2月13日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action=kouhyou_pref_topiigyosyo_index
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 福祉市民ネット・川西		
所在地	兵庫県川西市小花1-12-10-201		
訪問調査日	令和6年12月5日		

【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)】

介護が重度化している利用者様にも軽度の利用者様も個々人の個性と持っている力を発揮出来るように個別の関わりで対応しています。音楽は共通して楽しんで頂けるレクリエーションであり、地域の方や家族も皆さん参加して頂けるので多く取り入れています。認知症の進行に伴う事故、高齢化による持病の悪化、新型コロナ感染など医療度が高まっています。代表者が隣接のクリニック医師で施設の管理者は看護師で異常があれば、医療連携が取れる体制になっています。透析患者様の受入も可能で看取りケアも行っています。

【第三者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)】

事業所は法人クリニックが隣接し、サービス付き高齢者住宅を併設している。建物内のデイサービスも徐々に始まっている。車や電車で交通量は多いが、リビングや居室は静かで明るく、利用者は落ち着いた生活を送っている。ボランティアの協力で、毎月開催している認知症カフェは好評であり、より多くの参加者を受け入れたいとの意向である。職員は、事業所の理念「笑顔ぜんかい、スマイルぜんかい」を常に意識し、就業前には自身で鏡に向かい、笑顔を確認してから利用者に接するよう努めている。利用者は、近隣の菓子店やコンビニの買い物、毎週火曜日、車で開催される野菜市に行ったり、ボランティアと一緒に清掃活動に参加するなど、出かける事と地域住民とのふれあいの機会が多い。利用者の生活が継続できるよう、職員は支援し見守っている。今後も、利用者の笑顔が絶えず、落ち着いた生活が継続できる支援を期待しています。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印
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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんど掴んでいない	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る (参考項目:9,10,19)	<input type="radio"/> 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
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)	<input type="radio"/> 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	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:2,20)	<input type="radio"/> 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 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)	<input type="radio"/> 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	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が拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	<input type="radio"/> 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
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)	<input type="radio"/> 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	66 職員は、生き生きと働いている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/> 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
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)	<input type="radio"/> 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	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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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. ほとんどできていない
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)	<input type="radio"/> 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		

自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	第三者	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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ふ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	施設理念、グループホーム理念は各フロアー玄関に掲示し来訪者にも共有して頂いている。地域交流室では運営推進会議や認知症カフェが行われるため地域交流室にも理念を掲げ地域の方にも知って頂ける機会にしている。	法人の理念と事業所理念を玄関や地域交流室等各所に掲示し、利用者や家族、事業所の来訪者等に広く公開している。法人の理念はリーフレットに掲載し、利用者紹介業者にも配布している。職員は更衣室入口の鏡に事業所理念を張っており、身だしなみや笑顔と共に理念を確認している。	
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	地域の洋菓子店との連携を継続している。自治会への参加は難しいが地域の民生委員やあんしんすこやかセンターの協力を得ながら認知症カフェの運営を軌道に乗せ地域の方との交流が図れるように努めている。	民生委員と地域包括の協力を得て、毎月1回認知症カフェを開催している。カフェの参加は予約制であり毎回10人としているが、今後は交代制を取り入れ多くの参加者を受け入れたいと管理者は考えている。職員と共に、近くの洋菓子店やコンビニにおやつを買いに行ったり、駅での野菜購入や花壇の植え替え作業に参加したり、地域の清掃活動を行う等近隣住民との出会いの機会が多い。	
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	令和5年10月から地域交流室にて認知症カフェを月に1回開催。利用者もウエイレスとして活躍している。また、月に一度利用者様と地域清掃活動を行っている。		

自己	者	第三	項目	自己評価	外部評価	
				実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 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	災害訓練時他事業所から車椅子に人の代わりにお米30kgを乗せ運ぶ練習をしていると教えて頂き当施設でも今年度から実践している。また、災害時の避難場所として指定されている場所への移動が難しいことを伝えた際は地域福祉施設へとの助言を頂きBCPの変更を行った。他事業所との協定も取り交わせた。	運営推進会議は、複数の家族や利用者、地域包括や民生委員、地域の他事業所、併設の事業所などの参加を得て、地域交流室で2か月ごとに開催している。管理者は他事業所の運営推進会議に参加し、情報を得たり交流を図っている。毎回全家族に開催の案内状を送付し参加依頼をしている。議事録は全家族や参加者全員に送付し内容の浸透を図り、全職員は議事録を閲覧して各種会議で情報共有している。災害対策について他事業所の意見を参考にして、事業所内での訓練に反映している。		
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り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	毎日神戸市のkaigo_sidouからのメールを確認し、新しい情報を入手している。転倒骨折等の重大事故は報告している。グループホーム連絡会や運営推進会議、地域ケア会議を通して市町村との連携に努めている。			
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指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	年1回の勉強会では身体拘束は虐待である事を伝え、特にフィジカルロック、スピーチロック、ドラッグロックについて事例を用いながら話し合った。玄関の施錠については運営推進会議で他事業所や家族からの意見も聞き現行になっている。	身体拘束適正化のための指針が整備され、ホーム長や各フロアリーダー、フロア委員やケアマネ、看護師などで構成し2か月ごとに会議を開催している。各フロア委員を中心に、フロアごとにチェックリストを活用し、委員会に結果を提出し検討している。1階の玄関とフロア入口は施錠中、2階の玄関は開錠している。1階フロアの開錠を再三検討しているが、目が届きにくく交通事情から実質的には難しいと判断している。年間研修計画を立て、委員会中心の研修と共に、eラーニングでの研修を受け個人記録を残している。		
7	(6)	○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法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	年1回虐待防止の勉強会を行っている。内出血は事故とみなし虐待予防の一環としている。また年1回職員の面談とストレスチェックを行いストレスコーピングを行っている。	虐待防止委員会は、身体拘束適正化委員を兼ね虐待防止指針とマニュアルを整備している。虐待の芽チェックリストをフロアで活用し、2か月ごとに委員会で検討している。研修の際に指針を読み合わせ、再認識する仕組みがある。指針とマニュアルを整備しているが通報義務に関する記述が十分ではない。スピーチロック等があれば、委員会で話し合い状況により管理者から本人に伝えることもある。職員のストレスに関しては、管理者が聴きメンタルケアに努めている。職員間で注意し合える良好な関係性づくりを目指している。	令和6年度の虐待防止に関する指針の内容について、再考していただきたい。	

自己	者第三	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
8	(7)	○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	年に一度権利擁護に関する勉強会をおこなっている。また入居時にはパンフレットを用いて契約時に制度の説明と紹介を行っている。管理者は成年後見制度に関する勉強会などに参加している。	契約時にパンフレットを提示し、家族に制度の紹介をしている。入居中に制度利用の申請書作成を支援した例がある。管理者は制度についての研修に参加し、職員に伝達研修をした。eラーニングで権利擁護の研修を受講し研修報告書を残しているが、日常生活支援事業に関しては学ぶ機会がない。	日常生活自立支援事業について、職員の知識を深めていただきたい。
9	(8)	○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	ホーム長が重要事項説明書の項目に沿って不明な点がないか確認しながら説明を行い、同意を得るようにしている。退去に際しては本人・家族が不安や困難がないように支援を行っている。	契約は、管理者が時間を掛けて丁寧に説明し納得を得ている。面会は予約制であり外泊やドライブ等で出かける際は、感染対策のため外出は控えていただくようお願いしている。事業所で、医療行為が出来ない事は契約時に説明している。写真掲載は契約時に許可をもらっている。加算や法制度変更時は、家族会で説明し不参加家族には家族会の議事録を送付している。	
10	(9)	○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なら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	運営推進会議や家族会開催時ご家族様や外部者に案内を送らせて頂き、意見や要望を聞かせて頂いている。また担当者会議時に利用者、家族にも意見を聞く機会を設けている。外出時の外出の希望が多く聞かれる。	家族会や運営推進会議、サービス担当者会議で家族の意見を聞く機会はある。意見箱の設置はあるが意見は入らない。写真を多く取り入れたスマイルだよりを、2か月ごとに送付している。利用者の昔の写真をモニターに映し、一緒に楽しんだ家族がいる。家族から利用者や外出時に外出の希望が多いが、現在は感染対策のため難しいことを伝えている。	
11	(10)	○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	月1回フロア会議でリーダーがフロア職員の意見を聞き、リーダー会議で事務長も交え意見を吸い上げている。起き上がりコールの導入や夜勤体制をロング夜勤とショート夜勤で選べるようになった。	年2回の職員面談や毎月のフロア会議で、職員の意見を聞く機会はある。職員の提案で本来の夜勤の負担軽減のため、夜勤時間を短くするショート夜勤を導入し選択できるよう配慮した。設備に関する提案は随時あり、法人が状態を見て修理か買い替えを検討している。職員の提案で、畳スペースで足湯やフットケアを取り入れた。	
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	代表者は職員がコロナ対応時など慰労のため飲み物など差し入れてたり、お疲れ様の言葉をかけたり、物品が不足しないように準備してくれる。管理者の負担軽減のため兼務軽減を図っているOJTや介護マニュアルの見直しを行い理念の共有や介護方法の共有を行っている。		

自己	者	第三	項目	自己評価	外部評価	
				実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
13			○職員を育てる取り組み 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	内部研修はeラーニングを用いて専門家の研修が受けられる。外部研修案内が来たときは回覧し自己啓発を促している。ステップアップ研修の希望時は勤務調整を行い、外部研修の受講の希望があれば受講できる。OJTはわかりやすく簡潔にした。		
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作り、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り組みをすすめている	グループホーム連絡会や他施設の運営推進会議に参加したり、他事業所主催の研修に参加しサービスの質を向上させていく取り組みに努めている。		
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 サービスを導入する段階で、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	電話相談や申込時・入居決定時など本人の困りごとや不安なことや要望、これまでの生活等時間をかけて傾聴し信頼関係が得られるように努めている。		
16			○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、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	電話相談や申込時や入居決定時に時間をかけ家族の困りごとや不安、本人に対する思いなど傾聴し、信頼関係作りに努めている。わからないことや不安があればいつでも相談に乗ることを伝えている。		
17			○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、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	本人の心身の状態を確認し、必要時鍼灸・マッサージや、訪問歯科、福祉用具の使用など本人・家族・主治医とも相談し対応している。また家族状況等から今後成年後見人制度が必要と思われる時には制度の説明を行っている。		
18			○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	日常生活で行う、掃除、洗濯、調理・片付け花の水やりなど入居者の持っている力に応じて職員と共に役割を行いながら生活している。利用者が見守りが必要な利用者が行動したときに職員に知らせてくれたり、一緒にフロアを歩いて落ち着かせてくれたりする。		

自己	者	第三	項目	自己評価	外部評価	
				実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
19			○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場 におかず、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	感染状況を鑑みながら企画実施時は家族も 参加し利用者に関わって頂けるような企画 の立案、また面会時の外出支援や外部受 診の依頼、季節毎の寝具や衣類の交換な どもお願いします。理由のわからない内出血 報告時など行動を観察し原因を考えてくれ たこともあった。		
20	(11)		○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う、支 援に努めている	お墓参りのための鹿児島までの旅行を感染 予防や日々の注意点を伝えたり、主治医に 確認しながら支援した。また、自宅が歩ける 距離にある方の帰宅願望時は一緒に交換 日記を届けに行った。2階利用者やサービ ス付き高齢者との交流を行っている。	入居後も、行きつけの美容室に行っていた利 用者があったが、現在は、コロナ感染対策の ため中止しており、訪問理美容者が毎月来所 し必要に応じカットをしてもらい、新たな馴染み の関係性を作っている。若い頃洋裁の仕事をして いた利用者が、足踏みミシンを持ち込み、 袋やミシンのカバーを縫ったり、他の利用者の パジャマの裾上げなどの繕い物をしている。毎 日、新聞切り抜きを貼ったり、文字や絵、文章 等を書き写し楽しんでいる利用者もある。	
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	会話のキャッチボールが出来る方を同じに 席にしたり、同じ役割を行って頂く時には分 担して行っていただけるように調整を行って いる。役割が出来ない方の洗濯物なども出 来る利用者が行っている。		
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	契約終了後も家族の困りごとの相談に乗っ たり、他施設への入居時などは必要な情報 を提供したり、看取りケア後は悲嘆に寄り添 うようにし、写真の提供やお通夜への参列 を行っている。		
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	(12)		○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	6か月毎のプラン見直し時は必ず本人、家 族に直接生活に対する意向を確認してい る。把握が困難な時は好きなことやしたい事 等表現を変えながらお伝えしたり、日頃の言 動や行動を鑑みながら把握に努めている。	利用者の入居前の生活歴を確認し、家族の 意向も確認しながら職員で共有し支援してい る。音楽好きの利用者が多いので、歌や楽器 演奏を行い、ハンドベルの企画では事業所内 で発表会も行っている。入浴時等職員とのス キンシップを通じて心がなじんできると利用者も いる。足踏みミシンを使って裁縫したり、毎日 日記を書いたり、居室の窓から外を見て楽しむ 利用者等それぞれの思いに寄り添って個別に 支援している。	

自己	者	第三	項目	自己評価	外部評価	
				実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	入居時の面談時アセスメント表を用い、本人・家族から聞き取りを行っている。認定調査票や施設・病院からのサマリーや在宅時のケアマネジャーから情報を聞かせて頂くこともある。		
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	本人が起床した時間に朝食を提供し、体調の確認後、一日の流れの中で利用者に寄り添いながらケアプランに沿って個人の役割や生活リハビリ、レクリエーションへの参加、受診などを行っている。		
26	(13)		○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	担当者が毎月モニタリング・認知症アウトカム評価を行う。毎月の認知症アウトカム評価が活かしきれておらず改善がないまま経過していることもあるが、6か月のプラン見直し時は心身の状態の変化、新たな本人・家族の要望など確認し、必要な関係者と話し合い、意見を出し合い、本人がよりよく生活できるようプランの見直しを行っている。	チームで毎月モニタリングと認知症アウトカム評価を行い、居室担当が記録する仕組みがある。プランの見直しは原則半年ごとに行い、事前に開催するサービス担当者会議には、利用者や家族も参加し、意向の確認を行っている。個別にミシン作業や紙箱作りなどをプランに上げている利用者もいる。	
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	プランに沿った記録を行っているが、同じプランの記録になったり、時間に追われ実施したことの工夫や気づきまで記録出来ないことが多い。申し送り時には細かな情報を伝え情報の共有が出来るようにしている。		
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	散歩時に空き缶などのゴミが落ちていることを気にされる利用者の言葉を受け止め月に一度だが散歩しながらゴミも拾う清掃活動をR5.10月から始めた。また、神戸シニアポイントのボランティア活動を利用しての音楽レクや見守りを取り入れている。認知症かふえでもウエイトレスで活躍している。		

自己	者	第三	項目	自己評価	外部評価	
				実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	地域の花壇の散水や花の植え替えなどに参加。その際余った花を頂きプランターで育てている。神戸シニアポイントのボランティアを利用し見守り支援や歌のボランティアを利用している。近所の7-イレブンや、ケーキ屋、医院、薬局など利用している。		
30	(14)		○かかりつけ医の受診支援 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	入居時にかかりつけ医を確認する。希望があれば診療情報提供書を頂き、母体の医療機関に繋いでいる。専門医療に関しては継続受診を依頼している。受診時は受診表を作成し日頃の状況がわかるようにしている。	多くの利用者が母体法人のクリニックを主治医とし、月1回定期受診しているが、入居前のクリニックをかかりつけ医として家族同行で受診している利用者もいる。歯科と口腔ケアの訪問診療は全利用者が受診している。他科は家族での対応としている。夜間休日は主に管理者が対応しているが、併設サ高住の看護師にも応援を依頼している。誤薬事案対策のため、今年度服薬管理マニュアルを策定した。副施設長と管理者が看護師資格を持ち、他に日勤の看護師がいるため医療との連携が十分に行える仕組みである。	服薬管理マニュアルに策定年月を追記していただきたい。
31			○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	職場の看護師にバイタル測定時や入浴時、食事やフロアでの様子等おかしいと思ったときや事故発生時は報告、相談する。褥瘡や創処置や足の爪切りなど入浴日は後に看護師に依頼する。		
32	(15)		○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、又、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。あるいは、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。	入院時は施設からは介護・看護サマリーを送らせて頂き、主治医からは診療情報提供書が送られ医療連携を図っている。また、退院時は退院前に連絡があり、状態の変化があれば面会に行き退院後の生活環境作りなどスムーズに退院できるように努めている。	入院先の病院へは主治医から情報提供を行い、事業所から介護サマリーを提出している。退院後、事業所での生活に支障なく復帰できるよう、退院前に病院から早めにサマリーをもらい、状態把握に努め、家族、職員と共にカンファレンスを複数回開催する仕組みがある。主治医の協力を得て、早期の退院に繋がり、日中の看護師体制も含め、事業所での生活に支障がないように支援している。	
33	(16)		○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、事業所の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	入居時に重度化の指針を用いて説明し、施設で出来ることを説明し同意を得ている。食事が介助しても食べれない時期が来たときは医師に相談し家族への説明を行い看取り期として対応するかどうかを検討している。	重度化に関する事業所の指針を契約時に家族に説明し、看取りに関しては事前に意向の確認を行っている。延命処置や緊急時における対応に関する利用者の入居時の意向表明書は、その後毎年家族に確認して更新する仕組みである。緊急時の対応を利用者個々のベッドサイドに置き、職員の手順にミスが出ないよう工夫している。看取り後には、職員の振り返りの機会を持ち、リーダー会議で集約し、その後全職員に共有している。	

自己	者	第三	項目	自己評価	外部評価	
				実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	年に一度、家族会の時期に急変時の延命処置についての再確認を行っている。今年度は実践的な訓練までは行えなかったが、ラーニングにて研修を行っている。転倒時の対応についてはフローチャートを見直し再作成した。		
35	(17)		○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	サ高住・デイサービスと共同で年2回日中・夜間を想定した消防訓練を行っている。設備、避難経路、持ち出し袋確認、災害食の実食、災害時の階段の車椅子での移動練習を行った。災害食は3日分をストックしている。家族会では災害時伝言ダイヤルの使い方の説明を行った。他施設との協力体制を築いている。	防災委員会を定期的開催し、防災マニュアルを更新し、BCP(災害)を策定している。居室の入り口に、利用者の写真と移動方法を明示し、避難完了のプレートは平時は扉内側に設置し、避難後は扉外側に出す仕組みである。避難経路をフロアに掲示し、出口には大きな文字で方角を記している。食料の備蓄のほかトイレ用の生活用水や防災頭巾も備蓄している。避難訓練において消防署の立ち合いはないが、業者が機器の点検を兼ねて訓練に同席し、アドバイスをもらったり、クリニックからも搬送方法のアドバイスをもらったり、地域他施設との協力体制など関係機関との連携が確立されている。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援						
36	(18)		○一人ひとり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	トイレ使用時は使用中プレートで表示。居室に入る時にはノックや声かけを行っている。一人一人のこだわりを大事にし、役割など行ったあとは感謝を伝えるようにしている。	職員は処遇研修を受け、利用者への声掛けは、利用者目線を合わせて、声のトーンを下げ、ゆっくり話すよう共有している。部屋で過ごしたい利用者には薄手ののれんを居室入り口に掛け孤立しないよう工夫する等、利用者個々の思いを尊重して支援している。	
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	何か行う時は必ず声掛けし、利用者の意向を確認している。出来ないときは職員がこれまでの嗜好や出来そうなことを考慮し選び、表情など反応を確認するようにしている。		
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	起床、就寝は個人のペースに合わせている。また、入居者の「したい」「やりたい」を尊重し、1日の日課を一緒に決める方もいる。毎日の散歩は出来ない日もある為家族やフロア職員以外の協力も得ながら対応している。		

自己	者	第三	項目	自己評価	外部評価	
				実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	起床時は洗面・整髪など鏡を見ながら支援。毎月1回、訪問理美容を入居者・家族の希望に沿って行っている。普段化粧をしない方も敬老会やひな祭りなど企画時に化粧などおしゃれをする機会を設けている。		
40	(19)		○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	メニューを書き、盛り付け、後片付けと自分の得意な事やしたい事を一緒に行う。企画食では季節感を感じられるような食材を選んだり、選択メニューで2～3種類から利用者を選んでもらう。食事の時はゆったりした音楽を流すようにしている。	事業所で炊飯し、業者から届く主菜を湯煎し、利用者が味付けや盛り付けを行っている。食後は食器洗い、お盆拭きなどに参加する利用者を支援する仕組みがある。食材委員会で朝食とおやつを決定している。毎月食事レクがあり、利用者の楽しみに繋がっている。茶碗、汁椀、湯呑、箸は利用者が入居前から使い慣れたものを持ち込んでいる。献立は業者が作成するが、利用者の希望を伝える仕組みがある。食事前には口腔体操を行い、献立は利用者がホワイトボードに書いたり、職員が読み上げたり、フロアごとに工夫している。	
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	水分・食事量の表を用いて1日量を把握し、記入しながら飲水を促したり、水分制限がある方は注意している。血液検査時は検査データにも注意し、低栄養に注意している。嚥下状態に応じ食形態もソフト食・刻み・一口大、トロミ付きなどにし提供している。		
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	訪問歯科との連携で歯科衛生士からの注意点に気を付け歯間ブラシなど出来ないところは介助し、洗口液やスポンジブラシなども用いて利用者の状態に応じて毎食後口腔ケアに努めている。毎月歯ブラシは更新する。		
43	(20)		○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むけた支援を行っている	介助が必要な方は、排泄チェック表で排泄パターンを把握し、トイレ誘導を行っている。ADLに合わせて出来ないところを介助する。おむつ対応の方でも日中はトイレの訴え時は二人介助で支援する。	トイレでの排泄を基本とし、機能維持のための下半身強化を目的に、トイレまで歩いたあとはフロアを1周するなど運動に繋げている。水分摂取と運動を取り入れ、入居時の機能維持に繋げる支援を行っている。	

自己	者第三	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	入居前の排便状況を知り、飲水量の不足や活動量の低下がないか確認している。便秘の予防のためオリゴ糖を使用したり、便秘体操を行っている。緩下剤使用時は結果を確認し調整を行っている。		
45	(21)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	週2回入浴を行っている。個浴が困難な方は中間浴の器械浴に入ったり、シャワー浴や清拭対応など状態に合わせて変更する。体調不良時は別日に対応したり、時間や人を代え支援する。汚染時などは適宜対応している。	利用者個々の状態に合わせて普通浴槽、チェアインバス、シャワードバスを併用し、足湯等の部分浴も取り入れている。シャンプーハットを利用する等個別な対応も支援している。	
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	日中は出来るだけ活動的に動けるような関わりを行うが、体調を見ながら臥床時間を設けることも多くなった。ナイトケア後は本人のペースで臥床して頂く。室温など環境を整え、安心できる声掛けで入眠を促す。		
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	服薬チェック表により用法、用量を確認し服薬介助時は名前、日付を声に出し確認する。薬の作用・副作用がわからない時は薬剤情報で確認し、効果や副作用に注意している。わからないことや疑問に思うことは看護師に確認し、受診時はかかりつけ医に情報提供している。		
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	洗濯物を干したり畳んだり、モップ掛け、食事の盛り付け、花の水やり、新聞でゴミ入れを作ったり、認知症カフェのウエイトレスなど個人の力を発揮出来るようにしている。パズルなど熱中してしまうことは時間を決め行っている。散歩に行けない時はベランダでの外気浴で対応したり、長時間の散歩は家族の協力を得ている。		
49	(22)	○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。又、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支援している	近隣の公園やお菓子屋、地域の野菜売り場、薬局、ポストまでなど外出する機会を作っている。希望の利用者にはご家族の支援も得ながら面会時にドライブ等外出支援を行っていただいている。お墓参り等冠婚葬祭は外出可としている。	週1回近くの洋菓子店にケーキを買いに行ったり、駅近くのポストやコンビニへの買い物等職員が用事があって出かけるときは利用者を誘って、外出機会を多く持つよう工夫している。	

自己	者	第三	項目	自己評価	外部評価	
				実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	本人の希望があり家族の許可も得られれば小銭を所持して頂いている。初詣時のお賽銭をお小遣いから出していた。		
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	希望者は家族の許可があれば携帯電話を使用して頂く。本人の希望がある時は電話して良い時間に連絡し変わる。また、暑中見舞いと年賀状は毎年支援しながら書いて頂く。また、今年は敬老会時に家族から利用者カードを書いて頂いた。		
52	(23)		○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	毎月季節感のある壁飾りと表札飾りを利用者と一緒に作成している。フロアと各居室に温・湿度計を設置し入居者の声も聴きながら加湿器、除湿器、冷暖房や衣服調整を行っている。入浴では5月は菖蒲湯、冬至にはゆず湯を行っていきたい。	フロアには季節の壁面飾りが数多く華やかに飾られ、習字等利用者の作品も掲示している。フロアの畳スペースは、足湯やフットケアを行ったり、洗濯物たたまいの場所として活用している。ベランダの植木の水やりや布団干し、フロアの床掃除等利用者が活躍できる場を多く取れるよう支援している。	
53			○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	畳のスペースに座って話をしたり、ソファでTVをみてくつろいでいたり、天気が良い時はベランダに椅子を出し日光浴や花を観て過ごしたりする。		
54	(24)		○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	寝具や家具は使い慣れた物を使用して頂いている。居室には思い出の品や手作りの作品、写真、仏壇が置いてあったり、TVや音楽が好きな方は部屋に設置し自分のペースで楽しんでいる。	居室には洗面台、防災カーテン、たんす、エアコン、電灯が提供され、利用者は使い慣れた机や椅子、テレビや家族の写真等を持ち込み、それぞれの生活の場となるよう工夫している。トイレ付きの居室がフロアに1室ずつ配置されている。	
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」「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	トイレには大きな文字でトイレと書いた紙を貼っている。ベッドからの立ち上がりやすい方にはL字バーを設置。車椅子の設置位置など安全に移乗しやすい位置をテープで表示するなど工夫。		

(様式2)

目標達成計画

事業所名:スマイルぜんかいグループホーム

作成日: 令和7年2月7日

【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	60	新型コロナ感染の発生以後、利用者様が行きたいところに出かけて行ける支援が出来ていなかった。	利用者様が目的をもって行きたいと思う場所を見出し、外出支援をおこないながら地域とのつながりながりを持つことが出来る。	①企画食時のお買い物時に、人の少ない時間にマスク装着し、職員と買い物に行く。 ②車いすの方も行ける畑を借り、農作業で外出する機会や、畑に来られている地域住民との交流を図る機会を作る。 ③地域のふれあいまちづくり協議会の活動に参加出来、福祉活動や仲間づくり活動に参加する。	12か月
2	63 64	職員はご家族様に日頃の様子を直接伝える機会やご家族の思いを聴く機会が少ない。	ご家族様にご利用者様の様子を伝える機会やご家族様の思いを聴く機会を持ち信頼関係を深めることが出来る。	①ご家族様が面会で来所時は日頃の様子をお伝えする。その後面会して頂き、終了後はご家族様からの頼み事等がないか確認する。 ②感染状況を鑑みながら、ご家族様と一緒に参加できる企画を計画し参加して頂く。 ③ご家族様には認知症かふえに参加して頂き、家族同士のつながりを持って頂く。	12か月
4					

(様式3)

サービス評価の実施と活用状況(振り返り)

サービス評価の振り返りでは、今回の事業所の取り組み状況について振り返ります。「目標達成計画」を作成した時点で記入します。

【サービス評価の実施と活かし方についての振り返り】

実施段階		取 り 組 ん だ 内 容
1	サービス評価の事前準備	<input type="radio"/> ①運営者、管理者、職員でサービス評価の意義について話し合った
		<input type="radio"/> ②利用者へサービス評価について説明した
		<input type="radio"/> ③利用者家族へサービス評価や家族アンケートのねらいを説明し、協力をお願いした
		<input type="radio"/> ④運営推進会議でサービス評価の説明とともに、どのように評価機関を選択したか、について報告した
		<input type="radio"/> ⑤その他()
2	自己評価の実施	<input type="radio"/> ①自己評価を職員全員が実施した
		<input type="radio"/> ②前回のサービス評価で掲げた目標の達成状況について、職員全員で話し合った
		<input type="radio"/> ③自己評価結果をもとに職員全員で事業所の現状と次のステップに向けた具体的な目標について話し合った
		<input type="radio"/> ④評価項目を通じて自分たちのめざす良質なケアサービスについて話し合い、意識統一を図った
		<input type="radio"/> ⑤その他()
3	外部評価(訪問調査当日)	<input type="radio"/> ①普段の現場の具体を見てもらったり、ヒアリングで日頃の実践内容を聞いてもらった
		<input type="radio"/> ②評価項目のねらいをふまえて、評価調査員と率直に意見交換ができた
		<input type="radio"/> ③対話から、事業所の努力・工夫しているところを確認したり、次のステップに向けた努力目標等の気づきを得た
		<input type="radio"/> ④その他()
4	評価結果(自己評価、外部評価)の公開	<input type="radio"/> ①運営者、職員全員で外部評価の結果について話し合った
		<input type="radio"/> ②利用者家族に評価結果を報告し、その内容について話し合った
		<input type="radio"/> ③市区町村へ評価結果を提出し、現場の状況を話し合った
		<input type="radio"/> ④運営推進会議で評価結果を報告し、その内容について話し合った
		<input type="radio"/> ⑤その他()
5	サービス評価の活用	<input type="radio"/> ①職員全員で次のステップに向けた目標を話し合い、「目標達成計画」を作成した
		<input type="radio"/> ②「目標達成計画」を利用者、利用者家族や運営推進会議で説明し、協力やモニター依頼した(する)
		<input type="radio"/> ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)
		<input type="radio"/> ④「目標達成計画」に則り、目標をめざして取り組んだ(取り組む)
		<input type="radio"/> ⑤その他()