

平成27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)			
	神奈川県三浦初声町下宮田601-7			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		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28年2月8日	評価結果 市町村受理日	平成28年6月16日	

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/pSearch3?Open>

【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)】

認知症であっても 自分らしく生活してもらいやすい環境作りを目指します。ご本人にとって安らげること、穏やかでいられること、ありのままの自分でいられることを重視します。

【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28年3月16日	評価機関 評価決定日	平成28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)】

事業所は京浜急行久里浜線の三崎口駅より河津桜の並木道を下った徒歩3分の新興住宅街にあります。鉄筋造りの1階がデイサービス、2・3階がグループホームです。各階の入り口の踊り場は防火扉により防煙室となり、緊急の一時避難コーナーとなっています。広い廊下の窓からは三浦半島の小高い山々を背景に走る電車が利用者の目を楽させています。

<優れている点>

神奈川県内に多くのグループホームやデイサービスなどの福祉事業を展開し、運営体制は母体の法人が統括管理しています。職員は利用者を敬う姿勢・介護させていただく姿勢を原点として支援しています。職員間で利用者に対する支援について、意見の相違があった時は「本人にとって何が大事か?」「なぜ必要なのか?」「なぜそうするのか?」など問いかけ、「自己決定の尊重」に立ち返って、支援しています。隔年、本部より家族に直接「顧客満足度調査」を行い、職員の対応や食事の要望など把握しています。

<工夫点>

職員が毎日記録する「生活記録」は1日24時間を時系列に、起床から食事・入浴・排泄・日中活動・就寝・睡眠中の状態などの介護や看護・医療面などを、1行ずつ記録しています。1ヶ月分の記録を両面コピーし、家族に「ホーム便り」と一緒に送付しています。家族には利用者の毎日の事業所における生活が手に取るように感じられ、好評です。

【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	2F 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。 (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。	法人の理念・行動規範・ホームの理念を掲示しています。必要に応じ管理者・事業所所長が理念・行動規範を基に課題解決につなげています	職員は日常の支援に迷いが出たときは、事務所に掲示してある法人やホームの理念、行動規範に立ち返り、行動しています。生活上のリスクはあっても、その人らしい暮らしに徹底的にこだわって、利用者ができることの役割を大切に支援しています。	
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。	傾聴ボランティアの受け入れを行い各フロア1名ずつ活動しています。	周辺は新興住宅地で地域の活動は不活発です。市の要請により、地域住民の傾聴ボランティアを受け入れていきます。毎月1回、ユニットに一人ずつ訪問し、利用者と日常生活や要望などについて話し合い、信頼関係が築かれています。職員とも意見交換しています。	
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。	運営推進会議にて感染症や認知症の方を取り巻く社会状況などの情報提供を行っています。		
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。	運営推進会議にてグループホームにおけるターミナルケアや医療体制充実のための話し合いを行い、往診医・訪問看護の変更を行いました	町内会役員や家族が参加し、イベントや避難訓練の実施と同一日に開催しています。利用者の身体状況や行事報告・予定連絡、職員の異動など説明し、意見交換しています。季節に応じて感染症予防の消毒方法や知識について話し合っています。	家族が参加しやすいよう休日に開催し、意見や要望などを把握して支援に反映しています。休日のため行政関係の人の参加が不足しています。年に数回、平日に実行して市の担当者の参加を促すことも期待されます。
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。	毎月、市へ空室状況の報告を行っています。	市の高齢福祉課へ空き室状況など書類で報告しています。市の担当者との情報交換は内容により事業本部の指導やサポートを受けて実施しています。生活保護の担当者は定期的に訪問し、利用者と日々の様子について話し合います。管理者とも意見交換しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 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。	玄関の施錠は一日中おこなっていません。現在、離設される方はほとんどいませんが、認知症の方へ拘束しない事のご理解をして頂くよう 入居時、ご家族へ説明を行っています。	職員は入社時より身体拘束ゼロを目指しています。身体拘束防止の自己点検シートや内部研修会で正しく理解しています。利用者に対してお客様として敬う姿勢、介護させていただく姿勢をモットーに支援しています。見守りを重視し玄関は開錠しています。	
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。	会社として「スマイルの誓い」を宣言しており、敬う姿勢のない指示・命令的な言動の一切を根絶することを掲げています。		
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。	制度の理解について学ぶ機会は設けることが出来ていませんが、認知症の方の権利擁護の考え方については実際の介護場面から適正を保てるよう指導しています。		
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。	ご入居前は十分に説明を行っています。ご入居後も随時、不明点などの質問に対応しています。		
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。	ご家族来所時には現状報告を行っています。運営推進会議の参加表などは参加ご家族様の意見を反映し、改善していく予定です	訪問する家族が多く、来所時には必ず話しかけ報告しています。隔年に法人本部より家族に直接「顧客満足度調査」を行い、職員の対応や食事の要望など把握しています。利用者の毎日の生活や体調を記録した「生活記録」をコピーして家族に送付しています。	

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。	年1回所長と個別に面談する機会を設けています。日常的に企画・提案が出来るよう意見交換を行っています。人員配置・危険リスクを考慮するなどスタッフ中心に企画立案・実施を行っています。	毎日職員は「申し送りノート」に利用者一人ひとりの体調変化や要望などを記入し、管理者をはじめ全員で共有しています。年1回所長と面談し、目標や成果について話し合い、職員のモチベーションを高めています。「従業員満足度アンケート」も実施しています。	
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。	各自年間目標を立てており、年1回所長と個別に面談する機会を設けています。他、随時面談を行っています。管理者としては勤務態度・状況を把握し、認知症ケアにおけるストレス対策として個別の相談を行っています。		
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。	法人全体で採用時研修・介護技術研修・医行為関連更衣に関する研修など研修委員会を中心に行っています。また往診医からの外部研修（認知症ケアなど）も回覧しています。		
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。	市内のグループホーム連絡会に所属していますが、人員不足の関係で参加できていないのが現状です。		
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。	ご入居前にアセスメントとして面会を行い、ご本人・ご家族様からお話を伺います。ご意見/ご要望・安心できること/不安なことなど精神面/物理的環境など出来る限り把握していきます。入居時より言語的・非言語的表現・動作を記録にてスタッフで共有していきます		

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
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。	可能な限り、ご家族様に直接お話しを伺います。ご入居後の流れを説明し、必要書類も早めにお渡し、確認して頂いております。往診体制やターミナルケアをご希望されるご家族様についてもこちらで可能なケアについて具体的に説明させて頂いております。		
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。	アセスメント実施後、入居判定会議にて必要と思われる支援・課題を検討していきます。ご入居前の状況は出来る限り情報を集めアセスメントの材料にしています。		
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。	持っている能力を最大限活かして暮らして頂けるようお客様おひとりおひとりの能力を考慮して、必要なケアを提供しています。暮らしている感覚を持ってもらえるように掃除や食器拭きなどの生活に無理なく参加していただいております		
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。	どんな毎日を過ごされているか知ること出来るよう、毎月、日々の記録を郵送しています。ご家族様が可能な限り面会に来られており、関係性を保てるよう配慮しています。		
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。	特にご入居されたばかりの状況でご家族様・お知り合いの面会を制限している介護施設もあるとご家族様より相談がありましたが当ホームでは出来る限り面会に来ていただくようお願いしております。	以前住んでいた団地の友人や勤務先の人達、親族の面会が盛んです。毎月定期的に訪問する傾聴ボランティアとも信頼できる馴染みの関係が生まれ、利用者は楽しみにしています。家族や親族の協力で買い物や食事に出掛け、正月には自宅へ外泊しています。	

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。	お客様個々に好まれる環境が違うのでそういったことに配慮し環境の整備をしています。具体的にはリビングでの席の配置はご希望にて変更できるようにしています。レク等に関しても参加したい方・見学だけの方など個々の意志を尊重して行っています。		
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。	当ホームでのお看取りや入院中のご逝去などご家族にグリーフケアが必要な場合があります、特にメンタル面での支援を行っています。		
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。	お客さまやご家族の希望・意向を伺った時はノートに書き込んで情報共有するようにしています。会社の行動規範として《自己決定の尊重》があり、スタッフ間での意見相違時などはまずご本人にとって何が大きいかを考え原点復帰しています。	その人らしい暮らしができるよう利用者の日々の会話から思いや意向を把握しています。「何をしたいか」など把握した時は「申し送りノート」に記録し共有しています。食器拭きや下膳など持てる力を発揮して役割のある暮らしができるよう支援しています。	
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。	ご入居前のアセスメントをベースにご入居後の生活の中から動作的・思想的な特徴を記録・申し送り等にて情報共有しています		
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。	毎日バイタルチェック（血圧・体温・脈・血中酸素濃度など）を行い体調の変化に気付けるよう配慮しています。日々精神面・体力面等の変化があるので随時適切なケアを提供できるよう努めています		

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
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。	モニタリングはスタッフ全員が行います。計画書作成については毎月のモニタリングを基に継続・変更等の意見反映を行っています。往診医・訪問看護師のアドバイスも考慮し、計画作成を行っています	利用者の課題やニーズを記録した「モニタリング表」に毎月日々の様子やケアの実践・成果など記録し、課題との整合性をチェックしています。6ヶ月ごとに職員全員でカンファレンスし、本人・家族の要望や医師・看護師の助言も取り入れて見直しています。	
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。	個別記録は日々の様子などを記録し、日報にはいつもと変化があったことなどを記録しています。		
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。	ご希望により同御事業所のデイサービスでのレクへの参加を行っています。		
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。	地域のスーパーにはお客様と買い物に行くことがあります。訪問理容・傾聴ボランティアの活動の場所にもなっています。		
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、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、以前からの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。	利用者、家族の意向によりかかりつけ医を決めています。事業所提携の訪問医は24時間対応のクリニックに変更し、月2回の往診があります。必要な人には、精神科医の往診も月2回あります。毎週1回訪問看護師が来所し、利用者の健康管理をしています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	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 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。		
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。	新規入居のお客様には、契約時に看取りについての具体的に説明しています。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等を伝達しています。実際の看取りでは医療・ご家族との連携を必要に応じて行い、書面にて看取りの内容を確認しています	「重度化対応、終末期ケア対応指針」を基に、契約時に看取りについて具体的に説明をしています。実際に重度化した場合には、医師を交え、再度話し合い、納得をした上で方針を共有し、支援をしています。今までに数名の看取りの実績があります。	
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。	CPRの手順の確認はフローチャート表に基づき可能な限り行っています。法人で普通救命講習会を企画し、参加しています。		
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は常備保存品の備蓄を検討しています	毎月1回以上、2階から1階まで階段を使った避難訓練をしていましたが、利用者の身体への負担を考慮して、現在は中止しています。水や米、缶詰、ビスケットなどの食糧3日分やカセットコンロ、軍手、ホッカイロ、バンドエイドなどを用意しています。	利用者の負担を考慮し、消防署の指導も交えて年2回の避難訓練（1回は夜間想定）の実施が期待されます。新人の入社時や定期的に職員同士で通報や避難の確認などを身につけていくことが期待されます。

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	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。	職員は全員、入社時に法人の理念、方針の研修を受け、利用者に対する姿勢を学んでいます。職員は利用者とのコミュニケーションを大切に「尊敬」の気持ちを持って接しています。利用者が安心と尊厳を持って生活出来るように支援しています。	
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。	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 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。それぞれのお客様が日課として継続できる取り組みを考え、提案し、取り組んでいます。		
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。	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 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。	食材は業者から取り寄せていますが、利用者の好みなどにより、2階3階で業者を変えています。利用者はできる範囲で、料理を作ったり、食器洗いや食器拭きをしています。誕生日には、寿司やラーメン、天丼、ハンバーガーなど好きな出前を取っています。	

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
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。	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 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 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排泄のタイミングを察することが出来るよう努力しています。トイレでの排泄は、ご本人にとって不快でないようであれば可能な限りトイレで排泄できるよう援助しています	トイレでの排泄を大切にしています。排泄チェック表から、利用者一人ひとりの排泄パターンを把握して、トイレ誘導することで失敗を減らしています。入院時におむつだった利用者が自立して歩いてトイレにいけるまで改善しています。	
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。	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・オリーブオイル・調味料等を利用した取り組みをしています。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 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。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2回の入浴が基本ですが、利用者の意向により入りたい時に入浴ができます。利用者一人ひとりの健康状態に合わせ、シャワー浴や足湯など無理のないよう入浴の支援をしています。季節により、柚子湯や菖蒲湯も楽しんでいます。	

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
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。	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 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 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。日課として出来ることをそれぞれ提案し、継続しています。		
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。	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。	利用者と一緒に買い物に行ったり、通院の際に行きたい所に寄り道をしたりしています。河津桜の並木道をドライブし、車窓から花見を楽しんでいます。3月にイチゴ狩り、6月に菖蒲園に行く予定です。菖蒲園に行くために体力作りをしています。	
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。	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 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 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。	リビングは明るく、大きな窓からは近くの桜並木がよく見えます。廊下は広く、ソファやテーブルが置かれています。外がよく見えるようにテーブルとイスが配置され、もう一つのリビングのようです。利用者は自分の気に入りの場所で寛いでいます。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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 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。	居室は洗面台とエアコンが備え付けられています。掃き出し窓を開ければベランダに出られます。利用者は使い慣れたタンスやテレビ、仏壇、位牌などを持ち込んでいます。写真や花などを飾り、自分らしく居室をレイアウトして居心地良く暮らしています。	
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。	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	3F 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。 (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。	法人の理念・行動規範・ホームの理念を掲示しています。必要に応じ管理者・事業所所長が理念・行動規範を基に課題解決につなげています		
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。	傾聴ボランティアの受け入れを行い各フロア1名ずつ活動しています。		
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。	運営推進会議にて感染症や認知症の方を取り巻く社会状況などの情報提供を行っています。		
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。	運営推進会議にてグループホームにおけるターミナルケアや医療体制充実のための話し合いを行い、往診医・訪問看護の変更を行いました		
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。	毎月、市へ空室状況の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。	玄関の施錠は一日中おこなっていません。現在、離設される方はほとんどいませんが、認知症の方へ拘束しない事のご理解をして頂くよう 入居時、ご家族へ説明を行っています。		
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。	会社として「スマイルの誓い」を宣言しており、敬う姿勢のない指示・命令的な言動の一切を根絶することを掲げています。		
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。	制度の理解について学ぶ機会は設けることが出来ていませんが、認知症の方の権利擁護の考え方については実際の介護場面から適正を保てるよう指導しています。		
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。	ご入居前は十分に説明を行っています。ご入居後も随時、不明点などの質問に対応しています。		
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。	ご家族来所時には現状報告を行っています。運営推進会議の参加表などは参加ご家族様の意見を反映し、改善していく予定です		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	年1回所長と個別に面談する機会を設けています。日常的に企画・提案が出来るよう意見交換を行っています。人員配置・危険リスクを考慮するなどスタッフ中心に企画立案・実施を行っています。		
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。	各自年間目標を立てており、年1回所長と個別に面談する機会を設けています。他、随時面談を行っています。管理者としては勤務態度・状況を把握し、認知症ケアにおけるストレス対策として個別の相談を行っています。		
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。	法人全体で採用時研修・介護技術研修・医行為関連更衣に関する研修など研修委員会を中心に行っています。また往診医からの外部研修（認知症ケアなど）も回覧しています。		
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。	市内のグループホーム連絡会に所属していますが、人員不足の関係で参加できていないのが現状です。		
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。	ご入居前にアセスメントとして面会を行い、ご本人・ご家族様からお話を伺います。ご意見/ご要望・安心できること/不安なことなど精神面/物理的環境など出来る限り把握していきます。入居時より言語的・非言語的表現・動作を記録にてスタッフで共有していきます		

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
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。	可能な限り、ご家族様に直接お話しを伺います。ご入居後の流れを説明し、必要書類も早めにお渡し、確認して頂いております。往診体制やターミナルケアをご希望されるご家族様についてもこちらで可能なケアについて具体的に説明させて頂いております。		
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。	アセスメント実施後、入居判定会議にて必要と思われる支援・課題を検討していきます。ご入居前の状況は出来る限り情報を集めアセスメントの材料にしています。		
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。	持っている能力を最大限活かして暮らして頂けるようお客様おひとりおひとりの能力を考慮して、必要なケアを提供しています。暮らしている感覚を持ってもらえるように掃除や食器拭きなどの生活に無理なく参加していただいております		
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。	どんな毎日を過ごされているか知ること出来るよう、毎月、日々の記録を郵送しています。ご家族様が可能な限り面会に来られており、関係性を保てるよう配慮しています。		
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。	特にご入居されたばかりの状況でご家族様・お知り合いの面会を制限している介護施設もあるとご家族様より相談がありましたが当ホームでは出来る限り面会に来ていただくようお願いしております。		

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 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。	お客様個々に好まれる環境が違うのでそういったことに配慮し環境の整備をしています。具体的にはリビングでの席の配置はご希望にて変更できるようにしています。レク等に関しても参加したい方・見学だけの方など個々の意志を尊重して行っています。		
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。	当ホームでのお看取りや入院中のご逝去などご家族にグリーフケアが必要な場合があります、特にメンタル面での支援を行っています。		
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。	お客さまやご家族の希望・意向を伺った時はノートに書き込んで情報共有するようにしています。会社の行動規範として《自己決定の尊重》があり、スタッフ間での意見相違時などはまずご本人にとって何が大事かを考え原点回歸しています。		
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。	ご入居前のアセスメントをベースにご入居後の生活の中から動作的・思想的な特徴を記録・申し送り等にて情報共有しています		
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。	毎日バイタルチェック（血圧・体温・脈・血中酸素濃度など）を行い体調の変化に気付けるよう配慮しています。日々精神面・体力面等の変化があるので随時適切なケアを提供できるよう努めています		

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
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。	モニタリングはスタッフ全員が行います。計画書作成については毎月のモニタリングを基に継続・変更等の意見反映を行っています。往診医・訪問看護師のアドバイスも考慮し、計画作成を行っています		
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。	個別記録は日々の様子などを記録し、日報にはいつもと変化があったことなどを記録しています。		
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。	ご希望により同御事業所のデイサービスでのレクへの参加を行っています。		
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。	地域のスーパーにはお客様と買い物に行くことがあります。訪問理容・傾聴ボランティアの活動の場所にもなっています。		
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、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、以前からの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 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 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。		
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。	新規入居のお客様には、契約時に看取りについての具体的に説明しています。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等を伝達しています。実際の看取りでは医療・ご家族との連携を必要に応じて行い、書面にて看取りの内容を確認しています		
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。	CPRの手順の確認はフローチャート表に基づき可能な限り行っています。法人で普通救命講習会を企画し、参加しています。		
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。	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は常備保存品の備蓄を検討しています		

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
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。	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 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 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。それぞれのお客様が日課として継続できる取り組みを考え、提案し、取り組んでいます。		
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。	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。	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。		

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。	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 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 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排泄のタイミングを察することが出来るよう努力しています。トイレでの排泄は、ご本人にとって不快でないようであれば可能な限りトイレで排泄できるよう援助しています		
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。	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・オリーブオイル・調味料等を利用した取り組みをしています。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 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。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 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 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 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。日課として出来ることをそれぞれ提案し、継続しています。		
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。	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 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 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 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所 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ただけます。		
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。	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 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。		

平成27年度

目標達成計画

事業所名 スマイル住まいる三浦

作成日： 平成 28 年 6 月 10 日

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	4	現在ご家族様が参加しやすい休日の夕方に運営推進会議を設定しており、行政関係者の参加が不足している。	年に数回は平日での運営推進会議を行い、市の担当者の方にも参加してもらえる。地域の方にも参加してもらえる	運営推進会議実施の年間計画を作成し、市の担当者の方にも参加してもらいやすいようにしていく。町内の方にも参加してもらえそうな取り組みを考えていく。	12ヶ月
2	35	避難訓練などの災害対策が十分に実施できていない	年間2回は避難訓練ができる 常備防災食としてのストック量を考え直していく（適正量） 実際に電気が止まったら何ができなくなるのかなどを把握していく	避難訓練の年間計画から 消防署指導による訓練の計画・実施を年1回は行えるよう取り組んでいく 実際の人員配置の中での避難を想定しミーティングで議題に挙げ、訓練実施時に活かしていく	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月