

平成28年度

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

	1473701314	事業の開始年月日	平成17年6月1日
		指定年月日	平成17年6月1日
法人名	株式会社 よこはま夢倶楽部		
事業所名	グループホーム夢美		
所在地	(〒227-0014) 神奈川県横浜市青葉区もえぎ野10-28		
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	通い定員	名
		宿泊定員	名
		定員計	18 名
		ユニット数	2 ユニット
自己評価作成日	平成29年2月1日	評価結果 市町村受理日	平成29年7月5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)】

利用者様個々に寄り添ったペースでの介護に努めている点。

【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29年3月9日	評価機関 評価決定日	平成29年4月16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、東急田園都市線「青葉台駅」または「藤が丘駅」より徒歩10分ほどの所にあります。閑静な住宅街の一角に建ち、もえぎの公園や中学校、地域ケアプラザが近くにあります。ゆったりとした庭を有し、おしゃれで落ち着いた造りで、日当たりの良い開放感のある事業所です。

<優れている点>

「その人らしい暮らしを支える尊厳あるケア」を理念として、利用者第一の支援をしています。利用者へのサービス向上のために、職員間で意見を言いやすい雰囲気があります。納得のいく意見はすぐに検討され、支援に活かされています。個別支援記録は職員の意見を基に何回も改良され、一枚で利用者の様子、状態が分かるように工夫し、活用されています。看護師、歯科衛生士を職員として配置し、利用者の健康管理を充実させています。医療の連携のもと、家族の意向を最大限に尊重し、医師、職員の細やかな連携で、安心・納得した最期を迎えられるよう、後悔のない看取りの支援をしています。多くの看取り介護の実績は終末期を迎える利用者、家族の安心感に繋がっています。

<工夫点>

年間研修計画では、職員の各種研修と、介護福祉士などの資格取得のための支援をしており、レベルアップを図っています。書道の先生を職員として配置し、週1回の書道教室は利用者の楽しみの一つとなっています。

【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	グループホーム夢美
ユニット名	ミュージズ棟

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、生き生きと働いている。 (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。	理念である「その人らしい暮らしを支える尊厳あるケア」を常に意識付けたケアを心掛ける。職員それぞれが地域密着型サービス事業所の社会的役割を認識する。しかし地域密着型サービスについては共有と実践は課題が多々ある。	法人理念をベースにユニットの理念を職員皆で考えてリビングに掲示しています。利用者を第一に考え、職員が常に勉強し、お互いに情報を共有して、利用者の笑顔を引き出すケアを目指しています。利用者第一の理念は職員に浸透しています。	
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。	地域の運動会・納涼祭等に参加を行っている。近隣の小学校がホームに訪問して歌などを披露してくれる交流会も行っている。	事業所の納涼祭では、案内のチラシを近所にポスティングしています。焼きそば、フランクフルト、綿菓子、射的、輪投げなどの催し物があり、利用者は家族や近隣住民と共に祭りを楽しんでいます。その時の写真がうちに印刷され、利用者は喜んでます。	地域の自治会に加入していますが、地域と日常的に交流するのは難しい状況です。運営推進会議の招待状を郵送ではなく手渡しするところから始め、少しずつ交流することが期待されます。
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。	AED取扱い研修、避難訓練等、地域ご近所へ参加を呼びかけるが、現時点では、地域への貢献は行っていない。今後の課題の一つだと感じた。		
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。	地域包括センター職員、自治会長、ご家族様等で定期的に年6回開催している、活動報告・事故報告など情報共有も行っている。また参加者からの要望・助言をサービス向上へ活かしている。	運営推進会議は同一法人のグループホームと合同で開催しています。活動報告、事故報告、ヒヤリハット報告の後、意見交換をしています。家族の参加が多く、事業所の食事の栄養素や塩分摂取量についての意見から、食材会社と連携を取って改善しています。	
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。	等施設では、市町村との連携は取れていないと感じる。但し本社側で市町村へ報告・相談を行い、適切な対応が取れるよう随時連携している。	地域ケアプラザの職員と運営推進会議などで日頃から連絡を密に取っています。事業所の実情を伝え、アドバイスをもらい、協力関係を築いています。法人本部では、認知症サポーター講座の講師を引き受けるなど、市や区との連携があります。	市や区主催の研修に参加していますが、事業所として市や区との連携はあまり取れていません。まず、運営推進会議に参加してもらうよう働きかける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
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。	ケアマネを中心とし職員間で情報の共有を行い安全第一に配慮しながらも、身体拘束を行わない介助について話し合い対応している。また定期的に身体拘束についての勉強会を実施している。	年1回、法人本部で身体拘束の研修を行っています。この研修は会議などで全職員に周知しています。居室の窓の鍵はかけていませんが、ユニットごとの出入り口は安全のため、電子ロックをかけています。ロックをかけても閉塞感のないようなステンドグラスの窓など、おしゃれな建物の造りとなっています。	
7		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。	虐待に関しての知識・認識を深めるため、定期的に社内研修を実施している。虐待行為を発見した場合の対処方法についても随時話し合う機会を持つ。		
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。	成年後見制度については職員は把握できていない。これらの相談については相談窓口にて対応もしている。		
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。	見学・問い合わせ時に料金やサービス内容について確りと伝えている。パンフレットへも料金表を明記してある。契約時のご理解頂けるまで詳細を説明している。		
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。	相談・苦情申し立て先を契約書に記載している。また、各棟玄関へ「ご家族の声」のポストを設置している。経験・知識ある職員が相談窓口をなり対応している。	日頃から家族が意見を言いやすい雰囲気を作り、家族が来所した時には積極的に話をするようにしています。運営推進会議やイベント時にも家族から意見を聞いています。利用者と職員の相性についての意見には、ミーティングで話し合い検討しています。	

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
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。	職員は半年毎に「目標管理シート」を作成し、経営者・管理者は適宜に面談・相談を行っている。日頃からコミュニケーションを大切にしている。また、毎月1回は各棟にて定例会議を実施している。	職員は管理者に、管理者は部長に意見が言いやすい雰囲気です。毎月の会議でも職員は自分の意見を言っています。納得のいく理由がある要望についてはすぐに検討しています。常に利用者第一に考えた現場の意見を吸い上げ、改善に役立てています。	
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。	休憩室の確保・整備もしている。社内研修・外部研修も積極的に参加できるようスキルアップ・モチベーション向上へ勤めている。また、月一度は職員対象で理学療法も実施している。		
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。	新人社員へはOJTを中心に必要スキルを身に付けてもらえるよう支援する。必要と思われる人材へは個人研修も実施している。		
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。	交換研修等、他グループホーム職員を迎えたり、他グループホームへ出かけたりに意見交換・情報交換を行っている。今後グループホーム協会の会合等へも積極的に参加できるよう努める。		
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。	事前情報により作成されたケアプラン内容を確認し、利用者様の行動・表情・日常生活の様子に注意し本人が安心できる生活環境を作れるように努力している。		

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。	ケアマネが事前面談でご家族様の声に耳を傾け十分に時間をかけて話し合い、必要に応じて連絡取り合い対応している。		
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。	ご本人様、ご家族様の要望を把握し、対応可能なことは速やかにケアプランへ取り組み対応している。またプラスの支援ができるようご提案し、その後の状況でさらなるサービス提供につなげている。		
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。	職員が一方的に介護をするのではなく、お互いが支えあえる良い関係を築く努力をしている。また個々の利用者様の対応方法についても職員は情報共有している。		
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。	来棟しやすい雰囲気作りや、ご家族参加イベント企画へも力を入れている。来棟時のみならず、その都度、日常のご様子を報告し支援内容等の話し合い等を行っている。		
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。	入居時に使い慣れた物等の持ち込みを促している。ご家族様以外でも来棟しやすい雰囲気作りに努めている。友人・お孫様からの年賀状・手紙をお渡しする際に、昔話を傾聴するよう心掛けている。外出支援へも尽力している。	知人が訪ねて来ることもあり、ゆっくり過ごせるよう配慮しています。自分の携帯電話で友人に電話をする利用者もいます。今まで利用していた美容院に行く利用者もいます。これまで大切にしてきた馴染みの関係が途切れないように支援に努めています。	

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
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。	利用者様それぞれの認知症レベル・性格を理解し、ご利用者様同士が楽しく生活できる場を作るように、職員が調整役となっている。また、トラブルを回避するよう努めている。		
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。	サービス終了後もこれまでに築き上げた関係を活かし継続的なフォローを行っている。お手紙やご連絡を頂戴することもあるため、都度必要な相談やご支援に対応している。		
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	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。	常に表情や仕草を気にして対応し、状況に応じて言葉掛けを行い本人が何を望んでいるのかを知るための努力をしている。また、介護記録を充実することで職員間での共有に努めている。	普段の会話の端々や行動、仕草、表情などから、利用者が何を望んでいるのかを汲み取っています。利用者の状況に応じて言葉掛けを行い探っています。家族からも聞き、得られた情報は必ず介護記録に記入しています。職員間で情報共有し、支援に活かしています。	
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。	生活歴や趣味などを知ることでその人の理解にもつなげる。現在のADLだけでなくどんな仕事をされていたのか、どんな方だったのかあらゆる情報を把握するよう努めている。		
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。	一日の健康チェックと観察を必須で行っている。介護記録の充実で時間区切りのご機嫌やケアプラン内容がわかるよう記載している。施設配属看護師は定期的に心身の状態再確認と看護記録を記載している。		

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。	支援計画に沿ったモニタリングを3カ月毎に行い、支援変更の必然性を明確にし介護計画を作成している。	入所した時に利用者、家族と話し合い、要望を聞いて1ヶ月の暫定ケアプランを立てています。その後はモニタリングをして、担当者会議を経て3ヶ月から半年のケアプラン作成となっています。安定している時は半年に1回の作成ですが、急変時は随時見直しています。	
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。	介護記録には、食事・水分量、排泄、入浴、バイタル、リネン交換日、個々の特変基準値を記載している。ご機嫌、言葉内容からご本人の訴えを見逃さないよう意識している。		
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。	ご本人様・ご家族様の要望に配慮しつつ必要な時、必要な支援が提供できるよう努め、柔軟性・多機能性を活かした支援を心掛けている。		
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。	自治会主催のイベント、地域ケアプラザのイベントに参加している。ADLの低下により参加回数が縮小してきた。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	利用者様全員が施設提携医療機関と契約され24時間往診の体制を整えている。整形外科、接骨医による訪問マッサージも受けれる体制である。	協力医が利用者全員のかかりつけ医です。内科医、精神科医及び歯科医が毎月定期的に往診しています。歯科衛生士が週3回口腔ケアを行っています。往診医の指示内容を記録し、職員間の情報共有を図っています。また、投薬管理表を活用し、誤与薬防止を徹底しています。	

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。	看護職員を雇用しており、日々の健康管理や医療面での相談・対応ができています。また往診時には主治医に対しても医療面からみた身体状況の報告ができています。緊急時には迅速かつ適切な対応が取れている。		
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。	入院したことによるダメージを軽減するため、可能な限り早期退院できるよう医療機関・ご家族様を情報交換を行っている。		
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。	ご家族様の意向を最大限尊重し、医師・職員が細かに連携をとり安心・納得した終期を迎えられるように状況変化へも対応し、幾度もいし確認の場を設け後悔の無いお看取りまで支援している。	多くの看取り介護の実績があり、終末期を迎える利用者の安心感につながっています。医師や看護師、家族、職員が連携し、チームを組んで利用者・家族の意向に沿って支援しています。看取り介護の勉強会を開催し、職員全員で利用者の最期を見守っています。	
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。	緊急時対応マニュアルを配備し周知徹底を図っている。救命訓練の研修も定期的に行っている。急変や事故発生時に落ち着いて行動できるよう実践力を身に付けるよう取り組んでいる。		
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。	防火管理者が中心となり、年に2回消防署立会のもと訓練を実施している。地域住民を巻き込んだ訓練はできていない。	防災及び非常災害時対応マニュアルを整備し、年2回避難訓練を実施しています。避難経路と避難に要する時間を訓練で確認しています。また、消防署の協力を得てAED実践訓練を実施し、非常時に備えています。災害時用に3日分の飲料水などを備蓄しています。	

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。	態度や言葉使いに配慮し、常にご本人の誇りやプライバシーを傷つけないよう日々の支援の中で確認・改善に努めている。	高齢者の尊厳保持とプライバシーの保護マニュアルを整備し、入浴や排泄介助などの言葉掛けで利用者の自尊心を損なうことがないように注意しています。接遇マニュアルを作成し、呼称などの不適切な言葉に対しては職員が相互に注意し合うようにしています。	
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。	ご自分の意思表示が出来る方は、話しやすい環境をつくり対応している。意思表示の困難な方には、日常生活のご様子から判断をさせていたっている。		
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。	職員側に都合ではなく、利用者側のペースを尊重している。日々のレクや音楽療法、書道等、意思確認しつつ笑顔で参加できるよう努めている。		
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。	起床時や入浴後には身だしなみを整えるように促したり、介助を行っている。また外出時はお化粧品やおしゃれをして参加できるよう支援している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	食事は職員もご利用者様も同じメニューを同じ食卓で会話を楽しみながら召し上がっていただいている。準備や片付けは行えないため未実施。	食事中、利用者は思い思いに話をし、楽しい雰囲気です。所定のメニューに基づき職員が調理しています。ピザやウナギの日など、イベント食が食卓を飾ることもあります。利用者の身体状況に配慮し、刻みやミキサー食で、利用者が安心して食事できるように支援しています。	

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
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。	日々のトータル摂取量（食事・水分）をしっかりと記録し情報の共有を行っている。個々のADLに合わせた形態の食事を提供している。また栄養バランスは医療と連携した内容で提供している。		
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。	日々3食後に口腔ケアと実施している。また週2回は歯科衛生士によるケア・チェックを実施している。以外にも月2回は、歯科によるケア・治療も実施している。		
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。	定期的な排泄介助を実施している。非定期的には、表情や仕草を観察し、誘導を随時行っている。トイレでの排泄をできるだけ行っている。	排泄チェック表を活用し、利用者の排泄パターンに応じて排泄を促しています。便秘の状況をチェックし、看護師が適切に対応しています。日々の利用者の体調や状況の変化を申し送り確認し、介護記録に明記して情報共有を徹底し、支援の一貫性を図っています。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	記録にて排泄管理を行っている。基本的には、飲み物や自然排泄を促しているが必要に応じて看護師相談・下剤を使用している。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	基本となる入浴の目安日はあるが、体調やご本人の気分などを考慮して対応している。	入浴は週に2～3回が基本です。希望があれば毎日でも可能で、夕食後に入浴する利用者もいます。浴室は広くゆったりとしています。浴槽は一般浴と機械浴があり利用者の半数は機械浴です。入浴時間に職員は利用者の日頃の思いをしっかりと受け止めています。	

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。	居室内の湿度や温度の管理を行っている。状況に応じて、日中でも居室にて休んでいただいている。寝付けない方には無理に入床していただくのではなく、音楽や話し相手になるなどの支援をしている。		
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。	職員ひとりひとりが薬についての理解を持ち、都度状態の変化にも注意を払っている。服薬管理マニュアルに則って誤薬や漏れがないように二重三重のチェックを徹底している。		
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。	趣味や生活歴から、興味のあることにお誘いしている。レクリエーション等には、お声掛けを行っている。		
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。	日々の職員との散歩・日光浴・ご家族様との外出への支援を行っている。ティータイムをガーデンにて談笑して過ごされることもある。	散歩や買物など、車いすの利用者も一緒に外出し、外の空気を楽しんでいます。花見など季節のイベントには利用者全員が参加しています。ADL（日常生活動作）の低下に伴い、外出の機会は少なくなっていますが、天気の良い日はホームの広いガーデンに出て日光浴を楽しんでいます。	
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。	個人での金銭管理は行っていない。買い物を楽しむときには、検討の必要性も感じている。		

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。	電話の取次ぎはADL低下により対応していない。年賀状等は内容を読み上げて差出人との思い出話を差し上げている。		
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。	利用者様が安心してお過ごし出来るように、季節感を取り入れたカレンダー装飾などで季節を感じられる環境を提供している。また、湿度・温度計を居室、リビングに設置してあり加湿器等で対応している。	リビングは採光に工夫があり、季節を感じる飾りもあって、明るく開放的な雰囲気です。毎週火曜日は利用者全員が集まり、ピアノに合わせて歌をうたい、楽しい時間を過ごしています。車いすや転倒しやすい利用者の動線にも注意し、テーブル配置などの安全性に配慮しています。	
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。	リビングにはテーブル席、ソファ席を設置。それぞれが好きな場所でおくつろぎいただける。天気の良い日はガーデンにてティータイムが出来るよう支援している。		
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。	清潔さを大切に環境整備行っている。居室内には、思い出の品や写真を掲示してご自分の居室で有る事を解るように工夫をしている。	居室は利用者それぞれに個性的です。テレビや家具、家族の写真や趣味の置物など、利用者の思いが感じられます。清掃が行き届いています。居室の入り口の壁にメモリーボックスがあり、利用者の好みの物を置いて本人の居室の印象を強くしています。	
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。	出来ることは、ご自分でして頂くが介入は行っています。介護というより介助の重要性を大切にしている。		

事業所名	グループホーム夢美
ユニット名	ユーモス棟

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ます。 (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。	理念である「その人らしい暮らしを支える尊厳あるケア」を常に意識付けしたケアを心掛ける。職員それぞれが地域密着型サービス事業所の社会的役割を認識する。しかし地域密着型サービスについては共有と実践は課題が多々ある。		
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。	地域の運動会・納涼祭等に参加を行っている。近隣の小学校がホームに訪問して歌などを披露してくれる交流会も行っている。		
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。	AED取扱い研修、避難訓練等、地域ご近所へ参加を呼びかけるが、現時点では、地域への貢献は行っていない。今後の課題の一つだと感じた。		
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。	地域包括センター職員、自治会長、ご家族様等で定期的に年6回開催している、活動報告・事故報告など情報共有も行っている。また参加者からの要望・助言をサービス向上へ活かしている。		
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。	等施設では、市町村との連携は取れていないと感じる。但し本社側で市町村へ報告・相談を行い、適切な対応が取れるよう随時連携している。		

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。	ケアマネを中心とし職員間で情報の共有を行い安全第一に配慮しながらも、身体拘束を行わない介助について話し合い対応している。また定期的に身体拘束についての勉強会を実施している。		
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。	虐待に関する知識・認識を深めるため、定期的に社内研修を実施している。虐待行為を発見した場合の対処方法についても随時話し合う機会を持つ。		
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。	成年後見制度については職員は把握できていない。これらの相談については相談窓口にて対応もしている。		
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。	見学・問い合わせ時に料金やサービス内容について確りと伝えている。パンフレットへも料金表を明記してある。契約時のご理解頂けるまで詳細を説明している。		
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。	相談・苦情申し立て先を契約書に記載している。また、各棟玄関へ「ご家族の声」のポストを設置している。経験・知識ある職員が相談窓口をなり対応している。		

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。	職員は半年毎に「目標管理シート」を作成し、経営者・管理者は適宜に面談・相談を行っている。日頃からコミュニケーションを大切にしている。また、毎月1回は各棟にて定例会議を実施している。		
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。	休憩室の確保・整備もしている。社内研修・外部研修も積極的に参加できるようスキルアップ・モチベーション向上へ勤めている。また、月一度は職員対象で理学療法も実施している。		
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。	新人社員へはOJTを中心に必要スキルを身に付けてもらえるよう支援する。必要と思われる人材へは個人研修も実施している。		
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。	交換研修等、他グループホーム職員を迎えたり、他グループホームへ出かけたりに意見交換・情報交換を行っている。今後グループホーム協会の会合等へも積極的に参加できるよう努める。		
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。	事前情報により作成されたケアプラン内容を確認し、利用者様の行動・表情・日常生活の様子に注意し本人が安心できる生活環境を作れるように努力している。		

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。	ケアマネが事前面談でご家族様の声に耳を傾け十分に時間をかけて話し合い、必要に応じて連絡取り合い対応している。		
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。	ご本人様、ご家族様の要望を把握し、対応可能なことは速やかにケアプランへ取り組み対応している。またプラスの支援ができるようご提案し、その後の状況でさらなるサービス提供につなげている。		
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。	職員が一方的に介護をするのではなく、お互いが支えあえる良い関係を築く努力をしている。また個々の利用者様の対応方法についても職員は情報共有している。		
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。	来棟しやすい雰囲気作りや、ご家族参加イベント企画へも力を入れている。来棟時のみならず、その都度、日常のご様子を報告し支援内容等の話し合い等を行っている。		
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。	入居時に使い慣れた物等の持ち込みを促している。ご家族様以外でも来棟しやすい雰囲気作りに努めている。友人・お孫様からの年賀状・手紙をお渡しする際に、昔話を傾聴するよう心掛けている。外出支援へも尽力している。		

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。	利用者様それぞれの認知症レベル・性格を理解し、ご利用者様同士が楽しく生活できる場を作るように、職員が調整役となっている。また、トラブルを回避するよう努めている。		
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。	サービス終了後もこれまでに築き上げた関係を活かし継続的なフォローを行っている。お手紙やご連絡を頂戴することもあるため、都度必要な相談やご支援に対応している。		
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	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。	常に表情や仕草を気にして対応し、状況に応じて言葉掛けを行い本人が何を望んでいるのかを知るための努力をしている。また、介護記録を充実することで職員間での共有に努めている。		
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。	生活歴や趣味などを知ることでその人の理解にもつなげる。現在のADLだけでなくどんな仕事をされていたのか、どんな方だったのかあらゆる情報を把握するよう努めている。		
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。	一日の健康チェックと観察を必須で行っている。介護記録の充実で時間区切りのご機嫌やケアプラン内容がわかるよう記載している。施設配属看護師は定期的に心身の状態再確認と看護記録を記載している。		

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。	支援計画に沿ったモニタリングを3カ月毎に行い、支援変更の必然性を明確にし介護計画を作成している。		
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。	介護記録には、食事・水分量、排泄、入浴、バイタル、リネン交換日、個々の特変基準値を記載している。ご機嫌、言葉内容からご本人の訴えを見逃さないよう意識している。		
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。	ご本人様・ご家族様の要望に配慮しつつ必要な時、必要な支援が提供できるよう努め、柔軟性・多機能性を活かした支援を心掛けている。		
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。	自治会主催のイベント、地域ケアプラザのイベントに参加している。ADLの低下により参加回数が縮小してきた。		
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。	利用者様全員が施設提携医療機関と契約され24時間往診の体制を整えている。整形外科、接骨医による訪問マッサージも受けれる体制である。		

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。	看護職員を雇用しており、日々の健康管理や医療面での相談・対応ができています。また往診時には主治医に対しても医療面からみた身体状況の報告ができています。緊急時には迅速かつ適切な対応が取れている。		
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。	入院したことによるダメージを軽減するため、可能な限り早期退院できるよう医療機関・ご家族様を情報交換を行っている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	ご家族様の意向を最大限尊重し、医師・職員が細かに連携をとり安心・納得した終期が迎えられるように状況変化へも対応し、幾度もいし確認の場を設け後悔の無いお看取りまで支援している。		
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。	緊急時対応マニュアルを配備し周知徹底を図っている。救命訓練の研修も定期的実施している。急変や事故発生時に落ち着いて行動できるよう実践力を身に付けるよう取り組んでいる。		
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。	防火管理者が中心となり、年に2回消防署立会のもと訓練を実施している。地域住民を巻き込んだ訓練はできていない。		

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
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。	態度や言葉使いに配慮し、常にご本人の誇りやプライバシーを傷つけないよう日々の支援の中で確認・改善に努めている。		
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。	ご自分の意思表示が出来る方は、話しやすい環境をつくり対応している。意思表示の困難な方には、日常生活のご様子から判断をさせていたっている。		
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。	職員側に都合ではなく、利用者側のペースを尊重している。日々のレクや音楽療法、書道等、意思確認しつつ笑顔で参加できるよう努めている。		
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。	起床時や入浴後には身だしなみを整えるように促したり、介助を行っている。また外出時はお化粧品やおしゃれをして参加できるよう支援している。		
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。	食事は職員もご利用者様も同じメニューを同じ食卓で会話を楽しみながら召し上がっていただいている。準備や片付けは行えないため未実施。		

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。	日々のトータル摂取量（食事・水分）をしっかりと記録し情報の共有を行っている。個々のADLに合わせた形態の食事を提供している。また栄養バランスは医療と連携した内容で提供している。		
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。	日々3食後に口腔ケアと実施している。また週2回は歯科衛生士によるケア・チェックを実施している。以外にも月2回は、歯科によるケア・治療も実施している。		
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。	定期的に排泄介助を実施している。非定期的には、表情や仕草を観察し、誘導を随時行っている。トイレでの排泄をできるだけ行っている。		
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。	記録にて排泄管理を行っている。基本的には、飲み物や自然排泄を促しているが必要に応じて看護師相談・下剤を使用している。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	基本となる入浴の目安日はあるが、体調やご本人の気分などを考慮して対応している。		

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。	居室内の湿度や温度の管理を行っている。状況に応じて、日中でも居室にて休んでいただいている。寝付けない方には無理に入床していただくのではなく、音楽や話し相手になるなどの支援をしている。		
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。	職員ひとりひとりが薬についての理解を持ち、都度状態の変化にも注意を払っている。服薬管理マニュアルに則って誤薬や漏れがないように二重三重のチェックを徹底している。		
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。	趣味や生活歴から、興味のあることにお誘いしている。レクリエーション等には、お声掛けを行っている。		
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。	日々の職員との散歩・日光浴・ご家族様との外出への支援を行っている。職員との買い物へも同行して頂くことがある。		
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。	個人での金銭管理は行っていない。買い物を楽しむ為には、検討の必要性も感じている。		

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。	電話の取り次ぎ等に対応している。 お手紙等は、居室にて保管している。 写真等は、居室内に掲示している。携帯電話を所持されている利用者様へは通話取次できるように支援している。 また、手紙を出したい利用者様への支援も行っている。		
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。	利用者様が安心してお過ごし出来るように、季節感を取り入れたカレンダー装飾などで季節を感じられる環境を提供している。また、湿度・温度計を居室、リビングに設置してあり加湿器等で対応している。		
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。	リビングにはテーブル席、ソファ席を設置。それぞれが好きな場所でおくつろぎいただける。天気の良い日はガーデンにてティータイムが出来るよう支援している。		
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。	清潔さを大切に環境整備行っている。 居室内には、思い出の品や写真を掲示してご自分の居室で有る事を解るように工夫をしている。		
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」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。	出来ることは、ご自分でして頂くが介入は行っています。介護というより介助の重要性を大切にしている。		

平成28年度

目標達成計画

事業所名(株)よこはま夢倶楽部 グループホーム夢美

作成日：平成 29年 6月 30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	2	地域の自治会に加入していますが、地域と日常的に交流するのが難しい状況です。運営推進会議の案内を郵送ではなく手渡しするところから始め、少しずつ交流することが期待されます。	年6回の運営推進会議へ、自治会長または民生員を少なくとも3回は参加して頂けるようにする。	現状通りの案内文を郵送する。参加可否の連絡がない場合は電話にて問い合わせる。これまでは都合が付かない事が多かったため、今後は事前に参加可能日程を伺い、施設側が調整する。	3ヶ月
2	4	市や区の主催する研修に参加していますが、事業所として市や区との連携はあまり取れていません。まずは、運営推進会議へ参加してもらうよう働きかけることが期待されます。	年6回の運営推進会議へ、市職員を少なくとも2回は参加して頂けるようにする。	現状通りの案内文を郵送する。これまではご家族が参加しやすい様に土・日曜日に会議を開催していましたが、ご家族の了承を得て、平日開催を可能にする。	3ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月