

平成29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	1473701363	事業の開始年月日	平成17年10月1日	
		指定年月日	平成17年10月1日	
法人名	株式会社 よこはま夢倶楽部			
事業所名	グループホーム夢感			
所在地	(227-0014) 神奈川県横浜市青葉区もえぎ野10-119			
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	9名	
		ユニット数	1ユニット	
自己評価作成日	平成29年12月29日	評価結果 市町村受理日	平成30年3月26日	

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hvoka/003hvoka/hvokanri.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自立支援介護に努めている。「その人らしい暮らしを支えるケア」を理念に掲げ、できることを最大限に発揮していただき、「自分らしく」「生きている」ことを実感していただけるような支援に努めている。また、ご家族様の要望に対しても常に改善可否を検討、実施している点。

【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 神奈川県藤沢市鵠沼橋1-2-7 湘南リハウスビル3階		
訪問調査日	平成30年1月23日	評価機関 評価決定日	平成30年3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)】

グループホーム夢感(ユウキャン)は東急田園都市線の青葉台駅から徒歩10分位の閑静な住宅街にあります。近くにはもえぎの公園という緑豊かな公園もあり、散歩コースに恵まれています。

<優れている点>

建物は2階建てですが、1ユニットで運営されています。玄関、廊下、階段部分を始めとして全般的に広いスペースが取られ、ゆったりしています。1階のリビングとダイニングは別々の空間となっており、生活する場と食事をする場が分かれています。2階は居室ですが、利用者はエレベーターで自由に行き来することができます。広い廊下にはソファも置かれており、他人の目から遮蔽されているスペースが多く、どこでもゆったりと休むことができます。職員は「その人に寄り添ったケア」を心がけており、他の利用者の目を気にすることなく自分自身の生活を大切にしています。医療・看護の面でも手厚くケアされています。月2回の内科医による往診に加え、精神科医による往診もあります。非常勤看護師が健康管理を、歯科衛生士による口腔ケアも毎週実施され、病気の予防の面で優れています。

<工夫点>

隣りが同一運営法人のグループホームなので、協力して地域との交流に取り組んでいます。納涼祭ではフリーマーケットや縁日の出店を出すなどして地域の住民に来てもらっています。近隣の小学校からは20名ほどの児童が来てくれ、歌や踊りを演じてくれたり、利用者と折り紙を楽しんでいます。

【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	グループホーム夢感
ユニット名	カルナ棟

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。職員の思いをつなげた施設理念も必要に応じて更新しつつ、共有することで実践につなげていく。	職員に浸透・共有するために、運営理念を職員のロッカールームに掲示しており、毎日目に触れるようになっています。さらに、2ヶ月に1回開かれる職員会議において運営理念を口頭で言い合う機会を作っています。職員は理念に基づいて行動しています。	
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。また、季節の行事の際にはキッズボランティアによるお手伝いやソーラン節の披露など、地域の子供たちと関われるよう尽力している	地域の自治会に加入しており、自治会ニュースなどが回ってきます。納涼祭を、隣接している同じ運営法人のグループホームと共催して実施しており、フリーマーケットや屋台に近隣の住民に来てもらっています。地域の小学校で開かれる盆踊りなどにも利用者が参加しています。	
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。	AED取扱い研修、避難訓練等、地域ご近所へ参加を呼びかけてはいるが、傘下には至っていない。納涼祭の外部開放により、地域の方との交流や、認知症について相談できる窓口も設置することにより、地域貢献を目指している。		
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。	運営推進会議は年に6回開いています。推進会議で出された意見を参考にしてサービスの内容を改善しています。食事の内容・メニューを提案内容に変更したこともあります。また、医療の面を手厚くするために看護師の増員を図るなどの対処をしています。	
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる。	管理職やケアマネを通して、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。年6回の運営推進会議にも参加を依頼することにより、連携が取れるよう尽力している。	青葉区の高齢福祉課には運営に関する必要な書類を届けています。地域包括支援センターとは運営推進会議で連携を取っています。全国グループホーム協会に加入しており、運営に関する情報を収集したり、研修に参加しています。	

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。	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。	身体拘束をしない介助についてのマニュアルが作成されています。年に6回ある内部研修の内、1回は身体拘束、虐待に関する勉強会に充てています。勉強会では、単に身体拘束について学ぶだけでなく、自分が介護士としてどうあるべきかという根本の点から拘束を考えていくようにしています。	
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。	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。	日常生活による生活リハビリや、日々の自立支援を念頭に置いたケアで、自立支援事業において、求められていることは周知できている。成年後見人制度や権利擁護に関する制度の理解については今後の研修課題としていきたい。		
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。パンフレットには料金表を明記している。契約前にじっくりとご家族様と話す機会を持ち、ご不安なく入居を決めてもらえるようにしている。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。随時ケアプラン更新などの面談時や運営推進会議などでも、要望や意見を伺うよう心掛け、経験・知識ある職員が相談窓口をなり対応している。	意見や要望は運営推進会議に出席している家族から把握しています。また、ケアプラン作成時に家族との面談を行っており、その際にも家族から要望を聞き、ホームの運営に活かしています。苦情が出た場合には、その都度対応し、記録に残しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	職員は契約更新時に管理職と面談、また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おり、毎月1回はリーダー会議へ検討してほしいことや要望等を全員から書面で提出してもらい、課題として話し合っている。	毎月のリーダー会議に、職員から討議してほしい事項を提出してもらっています。最近では利用者のためのエアマットの導入が提案されています。また職員の膝痛、腰痛緩和のためのマッサージを導入してほしいという意見が出され、検討しています。	
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。	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会社負担で受けられる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確認シート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。外部研修や社内研修もできる限り受けることができるよう支援している。		
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。今後もグループホーム協会や協議会の会合等へも積極的に参加できるように努める。		
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。	事前にご家族様やご本人様、担当ケアマネと面談する時間をもち、事前情報により作成されたケアプラン内容を確認しをもとにしたケアを行う。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 治間を持っている。随時必要に応じて連絡を取り合い、できる限り要望に えられるよう対応している。		
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。生活業務はご利用 者様と一緒にいき、自立支援を促しつ つ、ここで必要とされていると感じて 頂ける様尽力している。また個々の利 用者様の対応方法を職員は情報共有。		
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。	ホームでの生活が長く高齢化になって いる利用者が多くなり、友人・知人が 訪れるケースも少なくなっています。 来訪の時には、別室を用意するなどの 配慮をしています。利用者の中には、 昔から利用していた理容室に行き、馴染 みの関係を続けている人もいます。	

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。利用者同士が楽しく過ごせるよう、見守りつつサポートをしている。		
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。	職員は、利用者の表情や動作を見てその人の思いを把握するように努めています。個々の利用者との親しみの関係を作り、笑顔になってもらう努力をしています。職員の対応に問題を感じた場合、ベテランの職員が注意を促すこともあります。	
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し共有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。サービス担当者会議で職員の意見を出し合い、利用者が何を求めているのかを常に考え、ケアプランにつなげている。	3ヶ月ごとにモニタリングを行い、ケアプランは半年ごとに作成しています。居室担当の職員がモニタリングの原案を作成してから、ケアマネジャーと他のスタッフがチェックし、チームとしてモニタリング、ケアプランを作成しています。	
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。時間単位でのご機嫌、言葉や行動による発信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が、今後も地域とのつながりを持ってもらえるような活用を支援していく。		
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しており、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ることができる体制を整えている。	往診は内科医は月2回、精神科医月1回、歯科医週1回、皮膚科は必要に応じて往診に来ています。眼科や皮膚科医は外来で、原則家族対応です。その他毎週歯科衛生士の口腔ケア、訪問看護や看護師職員が週ごとの健康管理をしています。24時間オンコール体制です。	

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
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。ICにはケアマネ・管理職が必ず参加させていただき、現状把握と、今後の介護計画につなげている。		
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ることで、安心・納得した終期を迎えられるように尽力。状況変化にも随時対応し、意思確認の場を設けることで、ご本人とご家族様にとって心残りのないお看取りとなるよう支援している。	事業所の「重度化対応の指針」は契約時に説明しています。看取りは現在行っていません。主治医の判断で看取りを行う際は家族との同意書を交わし、看取り介護計画書を作成し、家族との同意の下での実施となっています。事例検討や研修を重ね、今後に備えています。	
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。地域住民への参加依頼をしているが、まだ叶ってはいない。今後の検討課題としていきたい。	年2回（日中想定）の訓練を実施しています。夜間想定訓練は次回行う予定です。備蓄は食糧、飲料水3日分の確保の他コンロやボンベ、ランタン、テントなどリストを作成して管理しています。地域住民の参加が課題となっています。	災害時の地域の協力は必須条件です。運営推進会議の活用や訓練の際に近隣へ案内の回覧、ポスティング、地域の防災担当の招へいなど、日頃からの地道な活動の継続が期待されます。

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。	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。	プライバシーについて年間の研修計画の中で実施し周知しています。入浴や排泄時のドアの開閉、声掛けの声の大きさなど利用者の尊厳を損わないよう細心の注意を払っています。原則、姓に「さん」付けをしています。入室時のノック、声掛けの励行をしています。	
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、日常生活のご様子や表情の変化をを見逃さないように見守り、判断につなげている。		
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。	職員主体のケアではなく、利用者側のペースを尊重し、利用者主体のケアが提供できるよう尽力している。日々のレクや音楽療法、書道等についても意思確認しつつ、笑顔で参加できるようサポートに努めている。		
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。また外出時や施設の企画などの際はお化粧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。準備や片付けは状況に応じ、できる方にお手伝いをお願いしている。手作りおやつなどを一緒に作っていただき、他棟にも振舞ってもらうこともある。	食材と献立は外部に委託し、調理は利用者の形態に合わせて職員が作っています。正月や雛祭などの季節の行事食は、オリジナルの献立を楽しんでいます。誕生日の食事は利用者の希望メニューです。利用者は下膳や食器洗いなど自ら出来ることをしています。	

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
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食後に口腔ケアを実施しているほか、週2回は当社雇用の歯科衛生士による航空ケア・チェックも実施している。また月2回は、歯科往診によるケア・治療も充実している。		
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。	定期的には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。トイレでの自立排泄をできるだけ促せるような支援を行っている。	排泄チェック表でパターンを把握し、トイレに誘導しています。態度や様子観察で事前に声掛けし、「排泄はトイレ」をモットーに自立に向けた支援をしています。失禁者にはさり気ない声掛けでトイレや浴室に案内して対応しています。	
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。	記録にて排泄管理を行っている。基本的には、水分摂取や運動による自然排泄を促すよう支援しているが、必要に応じて看護師や医師に相談し薬物療法にて便秘の予防と解消につなげている。		
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・意向などを考慮して、穏やかに楽しく、リラックスしていただけるような入浴支援と対応をしている。	入浴は週2～3回です。回数は希望により対応しています。入浴を拒否する場合は声掛けの工夫や相性の合う職員で促しますが無理強いはしていません。入浴剤や個人でシャワー、リンスなどで楽しんでいます。湯水は都度取り換え、衛生的で快適な入浴に努めています。	

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。	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、音楽を聞いていただいたり、話し相手になるなどの支援で、安眠につながるよう支援している。		
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。またガーデニングや畑仕事の手伝いなどで、感謝される側の存在意義を持ってもらえるよう支援している。		
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。ご家族との外出についても、支援をしている。	散歩は週5日程の機会をつくっています。車いすの利用者も同様です。季節ごとの花見や公園の散策など、楽しいドライブを兼ねた外出も実施しています。家族の協力で理美容や教会、相撲観戦など、外出の機会もあります。外気浴はベランダや屋外で容易にできます。	
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。	個人での金銭管理をされている方は現在いない。今後は買い物を楽しんでもらうために、預り金（さいふと少額の現金）の検討をしていきたい。		

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
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。	玄関は広くバリアフリーです。食堂とリビングが分かれており、終日明るく清潔な共用空間です。利用者はどちらでもくつろぐことが出来ます。リビングにはゆったりとしたソファやテレビを備え、利用者は談笑しながらテレビを見ています。	
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。	居室には予めエアコンやクローゼット、照明が備えてあり、他は持ち込み自由となっています。ベッドやタンス、椅子、テレビ、鏡、時計、写真など馴染の品を揃え、居心地よく過ごせる居室となっています。障子戸もベランダもあり和洋折衷です。	
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、ご自分でして頂き、必要に応じて介入するよう心掛けています。介護というより介助の重要性を大切にしている。		

平成29年度

目標達成計画

事業所名 グループホーム夢感

作成日： 平成 30年 3月 23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	13	災害時の地域の協力は必須条件です。運営推進会議の活用や訓練の際に近隣へ案内の回覧、ポスティング、地域の防災担当の招へいなど、日ごろから地道な活動の継続が期待されます。	念2回尾避難訓練の中で次年度は少なくとも一度は近隣住民が参加できるようにする。	年6回の運営推進会議の中で自治会長からアイデアを提供して頂く。また、自治会回覧板から地域のイベントへ参加し地域との繋がりを広げる。 可能か否か、消防団員からも近隣住民への協力を依頼して頂く。 年1回行っているAED取り扱い研修時に、近隣住民も実際にAED実務に参加して頂き、施設と近隣との関係交流を増やしたい。	12ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月