

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	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	(〒225-0014)		
	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28年2月7日	評価結果 市町村受理日	平成28年7月15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)】

使用者様に寄り添ったペースでの介護を行えるように努めている点。

【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28年3月7日	評価機関 評価決定日	平成28年4月29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)】

事業所は田園都市線藤が丘駅から徒歩10分の閑静な住宅街にあります。平成17年6月の設立です。利用者も職員も笑顔でいられる環境づくりを心がけています。クオリティの高いサービス提供を目指すことを理念にうたい、職員は利用者の日々の生活を見守っています。

<優れている点>

職員は、個別支援計画に沿った利用者支援に努めています。3ヶ月ごとにアセスメントを実施し、ADL(日常生活動作)やコミュニケーション力の変化を把握し、計画の見直しに反映しています。また、個別支援計画の短期、長期の課題項目に沿ってモニタリングを実施し、実践の成果を評価して次の計画に反映しています。モニタリング表にサービス実施の方法と利用者・家族の満足度、及びサービス内容の変更の必要性を明記しています。サービス担当者会議を開催し、介護や看護職員との情報共有を図り、アセスメントやモニタリング、介護記録及び家族面談の結果にもとづいて、個々の利用者のニーズに沿った個別支援計画を策定しています。

<工夫点>

利用者一人ひとりの日々の生活支援の状況を1ページの介護記録にまとめています。本人のケース記録に加え、バイタル情報や摂食、排泄、入浴等の生活情報が一目でわかるように介護記録に書き留め、また、個別支援計画の課題に沿った支援が実践できているかを毎日チェックし記録しています。

【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。	理念は、常に目につく場所に掲示している。しかし、その共有・実践に関してはまだ課題が多い。最近、ケアミーティング定期開催しスタッフ間での意識の統一を図っている。	利用者も職員も笑顔でいられる環境作りなど、クオリティの高いサービス提供を理念に掲げています。理念を掲示し、職員に周知しています。職員は笑顔の支援ができていないかを振り返り、現状報告書に記述して理念実践の注意を喚起しています。	
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。	近隣の小学校3年生の2クラスの児童が、年に3回ホームを訪れ、利用者とは交流しています。町内会に加入し、回覧版などでの情報共有を図っています。	認知症について地域の理解のための勉強会の開催や、災害時、避難訓練時の相互協力など、地域連携に向けた活動の推進が期待されます。
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。	現時点では、地域への貢献は行えていない。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。	定期的な運営推進会議は開催されている。情報の共有も行っている。参加をしたことがないので実際に参加をしてサービスの向上につなげたいと考えている。	2ヶ月ごとに運営推進会議を開催しています。利用者と家族、地域ケアプラザ職員の出席はありますが、町内会など住民代表、区役所職員の出席はありません。会議ではホームの活動状況や予定、事故報告の状況について話し合っています。	運営推進会議に地域住民の代表や民生委員など、また、区担当職員に参加を呼びかけ、地域におけるホームの活動状況を住民に説明し、連携の強化を図ることが期待されます。
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。	現時点では、市町村との連携は取れていないと感じる。	横浜市や区役所職員との連携は十分とは言えないようです。グループホーム連絡会への出席はなく、また、市・区役所主催の各種研修にも参加できていない状況です。	グループホーム連絡会や市区主催の各種研修会などに参加し、地域行政との情報交換を図ることが期待されます。地域行政と連携し、認知症について地域住民の理解を深める取り組みが期待されます。

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。	身体拘束排除マニュアルを整備し、拘束をしないケアの実践に努めています。職員は、ユニットミーティングで振り返り、注意を喚起しています。通常、玄関やフロアに鍵をかけていますが、外出を希望する利用者には職員が極力付き添い、利用者が閉塞感を感じることがないようにしています。	
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。	カンファレンスやミーティングの際に、スピーチロック等の制止行動に関しての話し合いが行われている。		
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。	ケアマネや管理者が把握していると思います。個人としては知らない。今後、制度や内容を学必要があると感じる。		
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。	契約は、担当者が行っているのだからわからない。しっかりと、対応していると思います。		
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。	運営推進会議にて、参加された方からの意見や相談に対して対応を行っている。ご家族の面会時等に日常生活の様子をご報告し、意見をお聞きしている。	運営推進会議の家族の意見を取り入れ、ゼリー食を採用した事例があります。職員は家族が訪問しやすい雰囲気づくりに努め、毎日面会にくる家族もいます。納涼祭やクリスマス会には家族にも参加してもらい、要望や意見の把握に努めています。	

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
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。	毎月のカンファレンスを行っていないのでしっかりと行って行きたい。意見や提案は行えるが、その反映に関しては課題があると思う。	管理者は職員の相談に応じ、サービス改善の提案や上司への要望、将来に向けての目標設定などを把握し、「部下面談報告書」を作成しています。利用者の重度化が進む中で、外出支援の時間配分についての職員の意見・提案などを運営に活かしています。	介護度の高い利用者が多いユニットでは、職員が現場の仕事に追われ、個々の利用者支援に関する職員間の情報共有に課題があり、改善の工夫が期待されます。
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。	働く側の職場環境をしっかりと整備してほしい。疲労などに配慮した労働環境とは言えない。休憩等のメリハリがない。		
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。	OJT等のシステムはあるが、十分に機能しているとは言えない。内部研修や外部研修を実施されている。各自の目標設定等をしっかりとめ、一年間のスキルアップの意図付けを行っている。		
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。	会社での交流はあるかもしれないが、職員間での交流は無い。研修に参加した際に、会話をする程度。		
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。	ご家族様と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。	入居時サービス計画書に必要と考えられる支援内容を提示している。		
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、一緒に行い生活の中での役割を持ってもらい支えあう関係性を持っている。		
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。	ご家族がホームへ気軽に来られるよう支援している。その都度、日常の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。慣れ親しんだ場所や人とは、あまり対応が出来ていない。面会に来られる場合は、対応している。（ご家族に確認のうえ）	職員は家族と連携し、利用者の馴染みの人との関係が継続するように心がけています。バスケットボール観戦に職員が付き添い、利用者の馴染みの人との関係維持を支援した事例もあります。	

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 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。	必要に応じて職員が間に入り、対応している。		
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。	現在までに、そういったケースの対応がないのでわからない。相談があれば対応して、以前と変わらない関係を続けたい。		
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。	3ヶ月ごと、また、必要に応じて随時アセスメントを実施しています。利用者ニーズを把握し、個別支援計画に反映しています。利用者の日々の生活の状況や、何気なく利用者が発した言葉の内容を介護記録に書き留め、個別支援計画に反映しています。	
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。	ご本人の思い出話やご家族の話しからこれまでの生活歴を知り、ホームでの安心した生活が出来るように支援に生かしている。		
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。	職員間の情報共有に努めている。日々変化する身体状況に合わせて援助を行えるように、理解を深めるように努めている。		

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。	3～4カ月で介護計画の見直しを行っている。状況の変化があれば、随時見直しを行っている。	個別支援計画の課題に沿って3ヶ月ごとにモニタリングを実施し、計画の見直しに反映しています。また、3ヶ月ごとに家族面談を実施し、個別支援計画の実践の成果を共有しています。家族の要望を計画の見直しに反映し、個別支援計画への同意を得ています。	
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。	業務の内容を記入するだけでなく、会話や表情等の記載も行っている。		
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。	状況の変化があれば、医療を連携を取りご家族様と相談し柔軟に対応している。		
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。	以前は地域ケアプラザのイベントに参加していたが、ADLの低下により今後は参加が困難になると考えられる。		
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。	現在は、ホーム提携医に入居後に変更されている。ご家族の希望がある場合は、ご家族と連携して指定のかかりつけ医と連携を図ります。	かかりつけ医の選択は利用者と家族の希望を尊重しています。現在の利用者は事業所の提携医を受診しています。一部の専門診療科について、利用者と家族の希望で従来のかかりつけ医を受診する場合は、家族に付添いを依頼しています。	

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。	日常での変化があれば、看護師に報告相談を行い必要に応じた指示を受けている。提携医とは、定期往診・臨時往診ともに対応してもらっている。		
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。	入院時はケアマネが窓口になり、医療サイドとの情報共有を図っている。		
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。	医療・家族・ホームでの話し合いをしたうえで、対応できる範囲内のケースであれば対応を行っている。	利用者家族は、終末期も事業所での対応を希望しています。利用者ごとに提携医と家族、事業所で話し合いを行い、方針を決めています。看取りも経験しています。看取りの経験は職員にとっても大きな成長につながっています。	
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。	救急対応マニュアルを作成している。定期的な内部研修を行う必要がある。		
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。全職員への定期的な研修が必要。	前年は、消防署に2回立会ってもらい充実した訓練を体験しています。夜間を想定した訓練は未体験のため、事業所として次回は検討する意向を持っています。地域との協力体制の構築が課題となっています。	災害に備えた備品は十分蓄えられています。飲料水、食品については賞味期限を踏まえた入替えが求められます。災害備品台帳などで管理と工夫が期待されます。

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。	常にご本人の尊厳を大切にし、守る介護を心がけている。	一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保については、マニュアルもあり徹底しています。職員は、不安を抱えている利用者へは敬意を忘れず、それが良いと思う場面ではフレンドリーに、その場に最適な言葉遣いを心がけています。	
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、日常生活の様子から判断をさせていただいている。		
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。	食事の時間等の決まったリズムはあらが、その中に自由に過ごせる時間を取り入れるように配慮している。		
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。		
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。	調理が一緒に行える方には、一緒に調理を行っている。調理に参加できない方には、会話等でメニューの話をして食べる事への意欲を促している。	食材はメニュー付きで提携業者から配送されています。ユニット（棟）ごとに調理担当者が工夫し、棟ごとのオリジナルとなって提供しています。イベント時に外部から弁当を取寄せ活用していますが、量が多すぎるなど課題となっています。	

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。	食生活での好き嫌いを把握し、一日のトータル摂取量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。		
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。	食後の口腔ケアを行っている。訪問歯科と社内の歯科衛生士の協力体制にて口腔内の清潔保持に努めている。		
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。	表情や仕草を観察し、誘導を随時行っている。定時誘導もあり。トイレにへの排泄をできるだけ行っている。	排泄記録は、利用者ごとの「介護記録」に記入しています。個人別の排泄、水分摂取などの記録は手間がかかりますが、利用者の体調管理面で大きな役割を果たしていることを職員も実感しており「介護記録」を重視しています。	
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、飲み物や自然排泄を促しているが必要に応じて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むように、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。	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、原則、一週間に2回としています。1階（ミュージズ棟）浴室には、機械浴設備があります。バルーンを付けている利用者からシャワー浴の希望があり、この場合は、足先の冷えも考慮して足湯も行っています。入浴拒否の利用者はいません。	

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。		
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。	薬剤師と連携を取り対応にあたっている。		
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。	外出等は、なかなか困難である。庭等の散歩に出来るだけお連れしている。	重度の人も多く、職員数の問題もあり、外出が難しい状況ですが、近くの公園、小型スーパーまでは、極力出掛けることを勧めています。フラワーアレンジメント（月1回）、音楽療法（月2回）や事業所の庭での日光浴も大切にしています。	
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。	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。	電話の取り次ぎ等を対応している。 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。		
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。	利用者様が安心出来るように、CDをかけたりしている。室温や換気を行い風邪などの予防に配慮した対応を行っている。	利用者の居室を出ると職員の事務スペースを挟んで居間が配置され、大きな窓から陽射しが差し込む明るい空間です。特に2階のユーモス棟は天井も高く、より明るい空間です。夏の暑さに対し、温・湿度には万全の配慮をしています。居間の飾りつけは、落ち着いた雰囲気作りを心掛けています。	
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。	ソファやテーブルの配置などを利用者様の状況の変化に合わせておこなっている。		
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を行っている。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。	クローゼット、カーテン、赤外線センサーなどを事業所が用意しています。ベッドは本人の体調に合わせてリースし、布団を使う人もいます。各部屋には、本人の愛着のある品物（家具・日用品・家族写真など）の持ち込みを積極的に勧めています。	
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補助は行っています。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。	実践していると思う。		
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。	年に1～2回小学生が訪問にくる。		
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。	地域の住人にもイベントのお知らせをしているが、理解や支援には不十分さを感じる。		
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。	報告は有るが、話し合いは行っていない。		
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に取り組んでいる。	行っていない。		

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
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。	ご家族に同意のもとでの拘束は、一部有り。 基本的にはなし。		
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。	努めています。 記録に記入している。		
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。	理解はしているが、実際には行っていない。		
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。	行っている。		
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。	反映されていると思う。		

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。	意見や現状の報告は行っている。反映に関してはコメントが難しい。		
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。	経営の事なのでコメントが難しい。		
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。	会社としては不十分だがある。個人で行っている。		
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。	個人的には、行っている。		
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。	親近感を持って頂けるように努めている。笑顔が多い生活を意識している。		

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。	ご家族や本人からのご相談等は、返答が解らない場合は上司に相談を行っている。		
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。	対応をしている。		
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。	簡単な家事を手伝ってもらっている。世間話をして、よりよい関係性を気付くために努めている。		
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。	面会時に、近況の報告を行っている。		
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。	要望があれば、個別でのスポーツ観戦等にお連れしている。		

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。	支援をしている。		
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。	以前にサービス終了後の交流は禁止されたことがあるのでしていない。		
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。	集団生活が苦手な方には強制等をしないように努めている。		
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。	日々の会話の中での話を聞き、情報の把握に努めている。		
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。	把握に努めている。		

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。	ケアプランを確認しサービスに努めている。		
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。	出来るだけ努めている。		
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。	不十分である。 未記入		
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。	不十分である。 未記入		
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。	よくわからないが、提携医が行っている。		

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
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。	必要があれば連絡をしている。		
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。	ケアマネが行っている。		
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。	不明瞭。 未記入。		
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。	A E D ・ 心臓マッサージの訓練を受けた。 出来るかは自信がない。		
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。	消防訓練は参加したので大丈夫。 地域との協力体制はなし。		

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。	個人の人格を尊重している。		
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。	話しかけやすい、職員であるように努めている。		
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。	努めているが、対応は難しい。		
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。	出来ていない事があるが、努めてはいる。		
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。	努めている。 食事中の会話などで楽しめるように努めている。		

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
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。	記録に残し、必要に応じて対応している。		
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。	個別の対応を行っている。		
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。	出来るだけ、自立での排泄を支援している。		
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。	乳製品等での自然排泄に努めている。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。	2～3日の入浴。入浴剤を使用したりして気分転換を図っている。		

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。	努めている。		
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。	確認を行い努めている。		
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。	音楽を好きな方が多いので、リビングに手CDをかけている。		
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。	散歩に努めている。		
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。	一部の方は、支援をしている。		

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
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。	依頼があれば対応している。		
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。	季節により工夫をしている。		
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。	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。	好みのものや。写真を掲示している。		
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。	努めている。		

平成27年度

目標達成計画

株式会社よこはま夢倶楽部 グループホーム夢美

作成日：平成 28年 6月 15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	1	経営理念である「ご入居者様とご家族様の幸福」を職員全員が意識し、ケアに携わっていない部分がある。	ご入居者様とご家族様の幸福な生活を守るために、どうすべきかを考えかつ再確認し、ケアに励むことができるようにしていく。	<ul style="list-style-type: none"> 個人カルテ・ケアプラン・生活歴の個人ファイルを見直し、必要に応じご家族様にヒアリングすることで、日々のケアを充実させる。 <ul style="list-style-type: none"> ご家族様と医療の架け橋となり、連携を取りつつご入居者様の「声なき声」をお聞きし、安心してお過ごし頂けるよう努める。 	12ヶ月
2	2	日々のケア→記録を含めた情報共有→モニタリング→ケアプランに反映→日々のケアにて実施という一連の流れを意識しケアに生かすことができていない。	ケアプランを立てた理由を職員全員がきちんと理解し、日々の業務の際「気づき」を意識しつつ、より良いケアをご提供できるようにしていく。	<ul style="list-style-type: none"> 統一された職員の理解を得るため、プラン作成に至る理由（ご本人様やご家族様の希望や要望）をリーダーより職員に周知する。 プラン作成・ケア提供・記録などの流れを職員全体に周知する。 ケアタイムマニュアルに組込み可能なものは組込む。 ケア方針をリーダーから職員へケアミーティングで伝達していく スタッフの記録内容に問題やもれがないか、リーダーとチーフが確認し、必要な指示を伝えていく。 	12ヶ月
3	3	地域の方々との連携による防災・事故対策	地域の皆様との交流の場が広がりつつある今、いざというときにお互いが協力し合える関係性を深め、築いていく。	<ul style="list-style-type: none"> 防災訓練では、消火器やAEDが当施設に設置されているという周知と共に、使用方法などを地域の方皆様にも学んでいただく機会を設け、声掛けしていく。 <ul style="list-style-type: none"> 社内勉強会に地域の方に無料で参加して頂いたり、カフェを無料貸し出しすることで、地域とのつながりを増やすと同時に、ここがグループホームであり、非常時に助けが必要な事、逆に助けが必要な時はいつでもおこ掛けできる場であるということをお伝えすることで地域との理解を深めていく。 	12ヶ月

4	4	<p>職員の技術の向上と、知識の向上 (職員全体のスキルアップ)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・社内研修の充実を継続させ、また意欲の高い職員にはどんどん外部研修にも参加していってもらおう。学んだことを報告してもらい、得られた知識を日々のケアに実践していくことで技術と知識の向上を図る。 ・業務マニュアルを見直し、必要なマニュアルを再編、更なる充実化を図る 	<p>①オリエンテーション時にマニュアル保管場所や項目をきちんと説明する ②マニュアルを更新し、だれが見ても理解でき、実施できるようにする ③研修に参加する際、テキストを参照し学ぶだけでなく、具体的な実技テストやテスト問題を盛り込み、知識を十分に実際の業務で発揮できるようにしていく</p>	6ヶ月
---	---	--	---	---	-----