

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	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	グループホーム夢感			
所在地	(227-0044)			
	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28年1月15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)】

毎日の外気浴や散歩を行っている点。 小さいが畑での野菜作りを行っている点。

【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2月15日	評価機関 評価決定日	平成28年4月6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から徒歩10分の緩やかな丘を進んだ住宅街の一角にあります。通り手前に同じ法人の「グループホーム夢美」があり、その奥にある1ユニットのグループホームです。右手には別法人の訪問看護ステーションもあります。

<優れている点>

現在、利用者は比較的ADL（日常生活動作）が高いので、自立活動の範囲が広く、日常会話もできる方が多い中、今後ADLの変化に伴う日常支援の在り方を考えて、支援活動を展開しています。日常、散歩をケアプランに位置付け、自由コースや目的別コースの設定をしています。散歩代わりにウッドデッキで外気浴をしたり、事業所周辺を小さく回遊したり、福祉センターでの健康体操に参加しています。職員は、「歩く（動く）こと」を手段に、下肢鍛錬に繋げています。家族と共にスポーツを観戦したり、外食を楽しむ個別外出も積極的に支援を行っています。

<工夫点>

様式「RDRシート」と「ケアプラン面談メモ」の作成活用しています。ケアプランの見直しに必要な本人の意向確認や、かつての輝かしい時代を聞き取る工夫をしています。「RDRシート」には4項目の生活履歴欄と、西洋暦に合わせ、その時代の象徴的な出来事（関東大震災、皇太子結婚式など）を予め記載した項目欄があり、利用者との会話の糸口に活用しています。

【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。	事業所の理念をもとに、目標設定を行い年に2回全職員を対象に自己評価を行っている。地区センターでのコンサートや行事に参加をしている。	「愛・心・夢・絆」を理念として「優しい心で温かい介護」を目指しています。毎月の定例会議で本人に寄り添った支援（スタッフ中心では無い）ができてきているかを話し合っています。理念を意識した年間目標を作成し、サービス評価を実施しています。	
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。	近隣の小学校との交流会を毎年開催している。ケアプラザとのイベントへに参加を行っている。	法人中心の勉強会の開催では職員に混じり地域からの参加もあります。小学校のクラス単位で訪問する子供たちが歌を披露してくれたり、運動会には利用者ともども学校へ出かけて応援しています。ホームの納涼祭には地域への声かけを続けています。	地域と事業所の繋がりでは自治会との関りが希薄です。今後、ホームが一自治会員として担える役割を積極的に申し出るなど、意向を伝え、地域との相互協力関係の構築が期待されます。
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。	事業所としては地域貢献は行っていない。会社として年に数回、職員と地域の方が一緒に学べる勉強会を開催している。		
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。	議題にでた問題点や話しを現場の職員に報告し、必要に応じ改善必要か等の話し合いを行っている。ただし不十分な面も有ると感じている。	隣接の同じ法人の「グループホーム夢美（2ユニット）」と合同開催しています。職員の処遇改善の取組みなども報告されています。参加者は利用者家族と地域包括支援センターの職員です。	自治会長や地域の友人・知人などを通じた参加案内文を継続発信するなどして、運営推進会議に地域住民の参加を実現す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。	以前は行っていない。現在の管理者は、区役所へ挨拶等を行っているので今後は取り組んで行くと思う。	地区センター主催のコンサートやイベントに、利用者と出かけることがあります。地域包括支援センター主催のケアマネジャー研修会に参加しています。区役所へは運営推進会議の内容を伝えたり、利用者の相談に訪問しています。	

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。	安全に配慮し、利用者の自主性に配慮したケアの実践を行っている。 ケアマネージャー・リーダーを中心としご家族や利用者様のニーズに応えられるよう話し合いを行っている。	身体拘束、言葉の拘束、薬の拘束を事例で話し合っています。玄関は安全のために施錠していますが、ホーム内は行き来が自由です。鍵をかけない自由な暮らしの追求から帰宅願望者には自宅外泊を取りいれたり、プランに位置づけて近所への個別外出を支援しています。	
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。	研修会や勉強会は開催していない。職員同士での虐待が発生しないように話し合いを行う範囲に留まっている。言葉づかいなどにも、配慮をしている。		
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。	職員への研修会や勉強会は開催していない。成年後見人制度を利用されている方もいるので知ってはいる。あまり詳しくは知らない。		
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。	契約は丁寧に行っていると感じる。契約は限られた人が行うのであまり解らない。		
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。	利用者や家族の意見は介護記録に記入し職員間で共有している。反映できるように努めている。不十分だと感じている。	日常の支援から収集した意見を介護記録に記載しています。朝の散歩を希望したケースについて速やかに実施しています。面談時の意見を含め職員全員で共有しています。家族意見はテーマ別に5項に分類しています。	

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。	会社や管理者は、現場の意見等を聞いてはくれている。内容の反映はされていない事が多く不十分である。	定例のユニット会議で意見を出しています。出された困難な意見も諦めず少しずつ前向きに取り組んでいます。壁の面鋸止めを安全面からマグネット止めに変更したり、階段下の衝撃吸収用に買い求めたクッション材を自分達で設置しています。	
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。	努めてはいると思う。夜勤勤務続く場合や休みに不満を感じている。出来ていないと思う。		
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。	外部研修や内部研修への参加の機会を設けてくれている。計画と違うが行っている。		
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。	他の事業所との交流会はない。経験職員からの事例等を参考にし、ケアの質の向上に努めている。		
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。	事前に得ている生活歴等の情報をもとに、ご本人との会話を中心としたコミュニケーションを行い安心できる状況を作れるように工夫をしている。日常の行動なども参考にしている。		

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。	家族の要望を事前に聞いたいるので、その点に注意して業務にあたっている。入居後も随時、要望があれば対応している。		
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。	ケアマネージャを中心として、環境に慣れるまでの不安の軽減に努めている。		
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。	利用者の得意なこと好きな事を知った上で、必要に応じた場面でその力を発揮できるように支援を行っている。役割を持った生活が出来るように支援をしている。		
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。	ご家族の面会時に、ケア記録を見ていただいたり口頭での近況報告を常に行っている。		
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。	面会等の対応も、ご家族が事前に了承しておられる場合は知人や友人の面会にも対応している。	入居者の「情報提供書」は、本人からの聞き取りや家族からの情報提供により随時更新しています。話し合いにより、家族が利用者の知人を同伴したり、近隣の公園に同伴で出かけたり、思い出の記念日に外出に出かけることもあります。	

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。	利用者同士の相性等も考慮して対応を行うが、全員が参加できるレクリエーションを考えたりして対応している。		
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。	家族の希望が有れば、行事等の情報をお知らせしている。 情報提供書等を使用して、以前の同じような生活が出来るように支援を行っている。		
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	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。	利用者との会話や日常生活での表情等を注意し観察し、その表情や行動の真意を理解するように努めている。	利用者の情報シート「RDRシート」を作成し、本人の思いや意向の把握に努めています。シートには生活履歴欄、エピソード欄、社会情勢欄があり、家族との面談でケアプランにつなげる「面談メモ」を作成し、区分を設けて内容を分かりやすくしています。	
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。	プライバシーに配慮して対応している。 会話等で以前の生活習慣を知りその習慣が継続できるもので有る場合は、継続できるように対応している。		
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。	集団生活の中でも、一人ひとりの生活のリズムを継続できるように支援をしている。		

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
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。	職員全体で話し合いを行い情報の共有を行っている。十分とは言えない。	ケアプランの見直しは3～4ヶ月ごとに実施しています。居室担当者が日々の介護記録から評価を行い、医師の意見書や看護師の記録を含めて会議をしています。計画作成者は本人のことに注目して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。	個別のケア記録に状態の変化や行動や訴えを記入して介護計画の見直しに役立てている。		
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。	家族の要望による外泊や宿泊・配食等にも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。	ケアプラザ等での健康体操やコンサート行事に参加している。ボランティアの受け入れも積極的に行っている。		
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。	入居後は、ホーム連携医が主治医となっている。家族や利用者の希望により専門的な診察が必要な場合は、以前と同じようにご家族対応になるが通院を行うケースもある。	月1回、ホームの連携医(内科・歯科)の往診があります。週1回訪問看護師が体調の変化の報告や相談を受けています。週2回、法人の歯科衛生士が訪問し、口腔ケアを行っています。緊急時は法人・連携医の看護師、医師の24時間連携体制を整えています。	

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。	会社内の看護師と連携を取り不安がある場合は、報告し助言を受けている。緊急時には、連携医の看護師とも連絡を取り合い指示を受けている。		
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。	入院時には、医療との連携をはかり介護サマリの提供を行っている。速やかな退院が出来るように支援を行っている。		
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。	入居時や体調が悪くなられた際などに必要に応じて今後の治療方針を話し合っている。	契約時、本人・家族に「重度化した場合における対応に係る指針」を説明し、意向を確認しています。食事摂取状況など状況変化に応じ、早い段階から家族・職員・医師で随時話し合いを行い、意志を確認しながら方針の統一を図っています。	「看取り」に関する研修を受けていますが、職員全員が研修の内容を共有するために、記録として残す仕組みの構築や話し合う機会を作る事が期待されます。
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。	マニュアル等により周知を行っている。内容把握が出来ている職員とそうでない職員がいる。		
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。	定期的な消防訓練等を行っている。水・食糧・毛布等の備蓄を行っている。	年2回（昼・夜）、入居者・職員・消防署員が参加して、火災訓練を行っています。玄関を入ってすぐの壁に避難経路図を掲示しています。飲料水、食料、備品は自主点検チェック表で確認しています。ベランダがコの字型で避難しやすい作りになっています。	AEDの取り扱いについての指導を行う際に、自治会や近隣住民の人にも参加を呼び掛け、施設について住民の理解を深めてもらう機会とすることも期待されます。

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。	支援を行う際にも、利用者の気持ちや考えをふまえた対応を行っている。	入居者が自宅で生活しているように、自分らしく過ごせるように支援しています。自立している入居者が多く、トイレへの誘導はさりげない言葉かけをしています。日々の散歩やレクリエーションのメニューを豊富に揃え、自己決定しやすいように配慮しています。		
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。	利用者に支援を行う際に、表情や反応をしっかりと観察し対応を行っている。			
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。	一日の流れはあるが、利用者の体調や気分に合わせてペースでの介助に努めている。			
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。	利用者ごとに違った言葉掛けを行っている。			
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。	料理を食べる際に、食材や味付け等の雑談をしながら食べている。盛り付けなどによる見た目も大切に考えている。	食材会社から届く材料を職員が調理しています。流し台が2ヶ所あり、入居者は片づけを手伝っています。音楽を流し、雑談をしながら食事を楽しんでいます。敷地内の畑で採れたサツマイモで芋パーティーをしたり、誕生会には手作りケーキで祝っています。		

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。	一日の水分摂取量や食事摂取量を確認し、不足しがちな方へは言葉かけで促したりして対応している。		
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。	食後の口腔ケアを行っている。歯科衛生士が週に1回確認に来ている。会社でも歯科衛生士を採用し週に2回様子を見て職員にアドバイスを行っている。		
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。	排泄のタイミングやペースを大事にして対応を行っている。	排泄チェック表を使い、習慣やパターンに応じた排泄支援を行っています。自立した入居者が多く、職員は見守りながらさりげない支援を心がけています。トイレが汚れたら、その都度職員が掃除をし、いつも気持ちよく排泄できるよう努めています。	
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。	水分摂取量を確認している。毎朝乳酸菌飲料を摂取している。		
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。	入浴日には、何時頃に入浴されるか確認を取っている。入浴中や準備などを行う際には会話をしながら楽しい環境を作るように努めている。	週2～3回の入浴を楽しんでいます。風呂の湯はその都度入れ替え、清潔に入浴できるよう努めています。入浴日は前日に伝え、時間の希望を確認しています。入浴中は施設内の畑の話や子どもの頃の話などをしながら、楽しく入浴できるよう工夫しています。	

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
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。	昼夜逆転が起こらないで、夜間に安心して眠れるように工夫を行っている。		
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。	日付や時間が間違っていないかチェックを行っている。内服薬の変更時は薬剤師が随時、職員へ説明を行っている。		
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。	一人ひとりの得意なことをお願いし、日常生活の中に役割を持って頂いている。		
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。	天気が良い日は、必ず外気浴や散歩に出かけている。	散歩を楽しみにしている入居者が多く、できるだけ外出の機会を作るよう努めています。ベランダのプランターの花の水やりは入居者が当番制で行っています。近くの老人福祉センターの講座の広報を掲示し、希望者は体操講座などに参加しています。	
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。	現金の管理は、原則行っていない。		

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
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。	自立度の高い方は、携帯電はにてご家族と自由に連絡をとられている。		
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。	季節に合わせた飾り付けを行っている。	玄関から居間へ続く廊下は、入居者の残存能力を維持したいとの思いから、あえてスロープと階段を並行に配置しています。居間には大きめのソファが置かれ、思い思いに過ごせるよう配慮しています。食堂には自動給水機があり、湯茶やコーヒーなどいつでも自由に飲むことができます。	
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。	廊下のソファにて談笑できるスペース設けている。居室にてご自分のプライベートタイムを過ごされる方が多い。		
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。	ご家族の写真や長年使用している愛着のある物を持ってこられている。	エアコンと照明が備え付けられ、それ以外は馴染みの品物や使い慣れた物を持ち込んでいます。家族と相談し、居心地良く過ごせるよう工夫しています。リネンは週1回交換し、居室の清掃は職員が行っています。	
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。	多少の時間がかかる事でも、職員が行うのでわなくご本人が自分のペースで行えるように支援をしている。		

目標達成計画

事業所名 株式会社よこはま夢倶楽部 グループホーム夢感

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。	・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。 ・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。	・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。	・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。 ・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	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)	・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貰ってもらい、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	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はなく、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	6ヶ月