

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	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	17 名
		ユニット数	2 ユニット
自己評価作成日	平成29年11月10日	評価結果 市町村受理日	平成30年3月9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介護に努めている点。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 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル3階		
訪問調査日	平成29年12月26日	評価機関 評価決定日	平成30年3月7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)】

グループホーム夢美(ゆうび)は、東急田園都市線青葉台駅あるいは藤が丘駅から徒歩10分程の閑静な住宅街にあります。ゆったりとした敷地にゆったりとした造りの建物です。建物内はダークブラウンを基調とし、絵画や調度品で落ち着いた空間を作っています。敷地内に同運営法人の「グループホーム夢感(ゆうきゃん)」があり、日常的に連携しています。

<優れている点>

法人の経営理念を踏まえて毎年ユニットごとに職員で話し合い、年間目標(理念)を作り、会議でも折にふれ確認しています。両ユニットとも、職員は利用者を第一に考え、楽しく過ごせる環境作りの実践に努めています。必要な支援をする際も職員主導でなく利用者主体を心がけ、関わりの中で利用者の笑顔を引き出すようにしています。重度化が進んだ場合は、本人、家族が納得のできる最期の支援のために、「看取りの同意書」を交わしています。その人の状況に応じた看取り介護について、職員は研修を行い、対応しています。今年度は数名を看取っています。

<工夫点>

ケア記録は、利用者の深夜、午前、午後、夜間のエピソードやトピック記載、ケアプランの実施状況、健康状態など一枚の書式で利用者の様子が網羅できるようになっています。4つの時間帯の利用者の機嫌も記載することで、職員間で利用者の情報が共有しやすくなっています。

### 【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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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。	法人の経営理念を踏まえて毎年ユニットごとに職員と相談して目標（理念）を作り、事務所などに掲げています。会議でも確認しています。職員は利用者が「笑顔で楽しく過ごせるよう」に理念の実践に努めています。	
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。	地域のイベント参加。施設主催の納涼祭・避難訓練等に参加呼びかけを行っているが近隣住民の参加は少ない。近隣の小学校がホームに訪問して踊りなどを披露してくれる交流会も行っている。	自治会に加入しています。地域の盆踊りの見学や納涼祭のバザー、地域ケアプラザのイベントなどに参加し、地域と交流しています。ソーラン節を披露してくれた小学生に感謝状を贈っています。和太鼓やフラダンスなどのボランティアが来訪しています。	
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。	運営推進会議の主なメンバーは自治会長（兼民生委員）、家族、地域包括支援センター職員です。報告など情報共有し、食事メニューや夜間職員への要望などを運営に活かしています。	会議には、さらに地域の他の代表（老人会や婦人会、保育園、地域防災担当など）のオブザーバーの参加も求め、活発な意見交換や地域との交流の拡大も期待されます。
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。	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。	運営推進会議の報告や要介護認定更新代行、困難事例の相談など行政と連携をとっています。グループホーム連絡会に参加し、交換研修や他の事業所との情報交換をしています。区の感染症予防や消防署のAED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。	職員は定期的な研修で周知し、身体拘束の弊害について理解していますが、安全の確保と拘束の狭間で悩むこともあります。言葉遣いで不適切な事例があれば職員同士で注意しています。日中玄関は施錠していません。利用者が外出の気配があれば職員が見守り同行をしています。	
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。	家族の面会時や運営推進会議、家族と個別の面談の際に要望や意見を聞いています。食事メニューや栄養面、職員への苦情など、要望や意見は事業所の運営に反映しています。	

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経営者と面談、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いる。また、毎月1回はリーダー会議へ検討してほしいこと、要望等を拾い上げている。	職員の要望や意見、提案は「提案用紙」でリーダーへ提出しています。提案用紙は月1回の合同リーダー会議で取り上げ検討しています。リネンの交換方法や会議や研修時間の厳守、職員のユニット間の連携など、意見や提案は運営に活かしています。	
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。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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。	現役時代の教え子の来訪や手紙のやりとりがあります。家族の協力で、墓参りや正月の帰宅、海の近くで生まれた人が懐かしく見に行ったり、本人の両親が好きだった馴染みのレストランへ行くなど、馴染みの継続支援をしています。	

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
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。利用者間での将棋・楽器演奏も行っている。		
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。		
<b>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</b>					
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。	日常の会話を通して把握しています。自ら都度意思を表出する利用者もいます。言葉と実際の思いと異なる利用者もあることに注意しています。意思表示の困難な利用者は態度や仕草、言葉などのサインで汲み取ることもあります。	
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。	モニタリングは3ヶ月ごとに行っています。見直しの際は居室担当職員や他の職員、計画担当、リーダー（又は管理者）が参加する担当者会議を経てプランを作成しています。プランには本人や家族の意見、医療情報も反映しています。	
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、その時々にも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。	現在は利用者全員が事業所の協力医をかかりつけ医としています。協力医の専門外の受診の際は家族のほか、状況に応じて職員が付き添っています。非常勤として看護師の配置があり、日々の健康管理や医療面において、より安心な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。	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。	本人、家族が納得のできる支援のために、重度化、終末期と医師が判断した場合は、「看取りの同意書」を交わしています。その人の状況に応じた看取り介護について、職員は研修を行い、対応しています。今年度は、数名を看取っています。	
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。	消防署の協力を得て、年2回、日中を想定した避難訓練を行っています。地域の人々の訓練参加は今後の検討課題としています。備蓄品は必要な物品のリストを作り、整備中となっています。	年に1度は夜間想定訓練を取り入れたり、地域の人々の協力が得られるような働きかけなど、今後の地道な努力が期待されます。備蓄品の整備後は、適正な保管管理についても期待されます。

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
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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。	利用者を人生の大先輩と敬うことを大前提にしています。支援に入る際は丁寧語あるいは敬語を使っています。その他リラックスを伴う関わり方の時は対等語を使うなど職員は、TPO（時間、場所、場合）をわきまえた対応を心がけています。	
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。	食材の下ごしらえ、下膳、食器洗い・食器拭きなどその人の力ややる気に応じて関わる場面を作っています。職員も同じ食事を摂っているほか、サンマ祭り、焼き芋大会といった行事や、ピザ、弁当の宅配で食事を楽しむこともあります。	

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
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。	トイレでの排泄を基本として、ケア記録でそれぞれの状況を把握し、声かけやトイレ誘導をしています。本人の仕草や行動などのサインも見逃さないようにしています。便秘がちな場合は医師、看護師に相談し、服薬などで、適切な処置を行っています。	
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。	週2、3回の入浴を基本としています。大理石の一般浴槽の湯は利用者ごとに入れ替えており、皆が一番風呂を楽しんでいます。その他特殊浴槽も設置しています。温度差が大きくなるないように浴室、脱衣室は十分に暖めてから使用しています。	

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。	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、興味のありそうな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。	天気の良い日は散歩に行ったり、庭で湯茶を楽しんだりしています。園芸が趣味で花の世話をする利用者もいます。花見や蛸狩りなど季節の外出も企画し実施しています。個別の夕食や買い物などは、家族の協力を得ています。	
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。	建物全体がゆったりとした造りで、ダークブラウンを基調とし、絵画や調度品で落ち着いた空間を作っています。リビングの窓は大きく、陽光が降り注ぎ、眩しい時はカーテンで調整しています。利用者同士談笑したり、将棋を指して時間を過ごすこともあります。	
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。	利用者は、慣れ親しんだ家具、好きな油絵、鉢植え、大切な家族の写真など持ち込み、その人らしい居室をつくっています。喫煙の継続は自由ですが、居室ではなく、1階の庭先に所定の場所があります。	
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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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。	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。	職員は契約更新時に経営者と面談、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いる。また、毎月1回はリーダー会議へ検討してほしいこと、要望等を拾い上げている。		
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で意見交換・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。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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。		
<b>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</b>					
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。		

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。		
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
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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29年度

## 目標達成計画

事業所名 よこはま夢倶楽部 グループホーム夢美

作成日：平成 30 年 3 月 8 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	3	会議には、さらに地域の他の代表(老人会や婦人会、保育園、地域防災担当など)のオブザーバーの参加も求め、活発な意見交換や地域との交流の拡大も期待されます。	運営推進会議へ、年2回は自治会長へ参加して頂き地域との繋がり方(地域のイベントへの参加・施設アピール等)について情報交換を実施する。 近くの施設の方への呼びかけを行い、近隣施設として地域密着についた情報交換を行う。	会議への案内文書の郵送だけではなく、電話案内も実施する。  近隣施設への訪問を行い会議への参加をお願いする	6ヶ月
2	13	年に一度は夜間想定訓練を取り入れたり、地域の人々の協力が得られるような働きかけなど、今後の地道な努力が期待されます。備蓄品の整理後は、適正な保管管理についても期待されます。	夜間想定避難訓練は今月末に実施予定。 避難訓練への地域の協力については、上記同様に対応し、地域との交流を深めて協力を得られるようにする。 備蓄品は入出庫の在庫管理を確りと行う。	年2回の避難訓練を1回は夜間想定で実施する。 備蓄品については管理を一任し、在庫管理の徹底と賞味期限を確り管理していく。また、保管場所についての連絡も随時行う。	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月