

平成23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	1470201128	事業の開始年月日	平成17年3月1日
		指定年月日	平成17年3月1日
法人名	社会福祉法人 清徳会		
事業所名	清徳会グループホーム横浜		
所在地	(221-0863) 横浜市神奈川区羽沢町756-3		
サービス種別 定員等	小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
		通い定員	名
		宿泊定員	名
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	定員計	18名
		ユニット数	2ユニット
自己評価作成日	平成23年11月12日	評価結果 市町村受理日	平成24年4月16日

事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	
----------	--

【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)】

樹木の多い自然に囲まれていて、季節の変化を楽しめます。また、玄関口はバス道路にも面していて、車や人の行き来を見ることができ孤独感がありません。明るい陽射しのリビングで毎度なじみの面々が顔を揃え家族的な雰囲気です。いたわり励まし合ったり、時には怒りを発散させたり互いにその人らしい個性を發揮しています。職員は遠く近く、利用者様との距離を調整しながら、声掛け、見守り、援助、介助を行っています。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社団法人 かながわ福祉サービス振興会		
所在地	横浜市中区本町2丁目10番地 横浜大栄ビル8階		
訪問調査日	平成23年12月9日	評価機関 評価決定日	平成24年3月12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)】

<p>【事業所の概要】 この事業所はJR横浜駅より相鉄バスで約20分、青蓮寺バス停の前にある。周囲は小高い丘に囲まれ、林や畑が点在し、静かな住宅街が広がる一角に位置している。 事業所の理念「喜びも悲しみも一緒に手をつなぎ、明日も頑張る」を基に、明るく、楽しく、のんびりと、利用者が住み慣れた地域で、家庭的な雰囲気の中で、自立した生活を送ることができるようサポートしている。</p> <p>【医療と健康】 利用者の健康については、協力医療機関や専門医の医師から適切な医療が受けられるように支援している。専門医を受診する場合は、職員が同行し、医師には利用者の事業所内での生活の状況を伝えている。受診結果は家族にも伝え共有している。また、訪問看護師は毎週訪問があり、利用者の健康管理と協力医との連携に当たっている。利用者の心身の変化や緊急時には、いつでも看護師と相談や対応出来る体制がある。</p> <p>【家族など関係者との連携】 毎月「グループホームからのお知らせ」により運営推進会議、ホーム在宅診療(内科、歯科)、家族会、懇談会、事業所行事、利用者の誕生会などきめ細かな情報提供をしている。また、家族の訪問時には、必ず介護記録により日常の生活をお知らせしている。 知人や友人の訪問時にはお茶やお菓子を提供して交流を楽しめるように工夫している。また、当事業所は地域の方々のために介護に関する相談を行なっている。</p>
--

【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
理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
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
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
アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	清徳会グループホーム横浜
ユニット名	パイン館、ウェル館

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、活き活きと働けている。 (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
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	うれしいことだけでなく、悲しく辛いことも共に励まし頑張ろうとの理念のもとに地域の方とお付き合いしている。何かあればその都度声を掛け合っている。	開設時に職員と意見を出し合い創り上げた理念を、玄関や各ユニットに掲示している。管理者は理念に基づいたケアができるように指導している。馴染みの関係を築くことを重視しているが、馴れにつながらないように注意している。	
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	町内会の行事おさそいあり参加している。送迎には地元の方の駐車場に停めさせて頂くこともある。ゴミ収集場の場所提供、清掃は継続している。	羽沢町内会に加入し、ふれあい羽沢福祉祭りや盆踊り、お祭り、どんど焼きなどに参加して地域の方と交流している。ゴミ収集場所を提供している。利用者は事業所の周囲の清掃を行なっている。	
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	地域の方対象の認知症予防事業に参加している。介護福祉相談にに応じている。		
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	当ホームの活動状況を報告し、話を聞いてもらうことにより、より冷静な振り返りができ次のステップにつなぐことができる。	運営推進会議は2ヶ月に1回開催しており、地域包括支援センター職員、民生委員、町内会役員、利用者家族代表（2名）、事業所職員（3名）が出席している。事業所の活動状況や外部評価、目標達成計画、スプリンクラー設置について報告し、メンバーから意見や助言をもらっている。	
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	区の保護課、高齢障害支援課の方とは、必要に応じて情報を交換している。	市の介護予防事業を受託し、指導員として職員を派遣している。区の高齢障害支援課には、運営推進会議の議事録を送付し、事業所の活動状況を報告したり、利用者の介護保険関係の手続きを代行したりして連携している。	

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	<p>身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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</p>	<p>基準的なものは理解しているが車の往来が多い道路に玄関が面しており危険防止のため、通常玄関は施錠している。居室より外廊下、中庭などへは出入り自由である。</p>	<p>ユニット会議で、外部研修を受けた職員が内容について報告し、話し合い身体拘束をしないケアに取り組んでいる。玄関の前が幹線道路で車の通行も多く危険なため、家族の了解を得て施錠している。時間帯によっては開錠している。</p>	<p>職員の見守りや連携によって、利用者の安全を確保しつつ玄関を開錠することができるかどうか、全職員で話し合うことを期待します。</p>
7		<p>虐待の防止の徹底</p> <p>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</p>	<p>明らかな身体拘束は行っていないが、精神薬の使用や言葉による拘束、車椅子の過剰使用などについても拘束に当たることがないか注意している。</p>		
8		<p>権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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</p>	<p>入居のさい、区にお願いして後見人をつけて頂いた方がいる。成年後見制も含めた高齢者支援の説明会に出ている。</p>		
9		<p>契約に関する説明と納得</p> <p>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</p>	<p>解約、改定等は何度も話し合いの場を持つ。契約の締結は落ち着いて充分時間がとれる日を設定して話し合いながら行っている。</p>		
10	6	<p>運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>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</p>	<p>月1回の家族との懇親会、個人面談、電話相談などいつでも相談苦情受け付けている。ホーム全体の苦情は法人本部、市、区、国保連へ直接話が通るように説明をしている。</p>	<p>家族には家族会、家族懇親会、電話、運営推進会議など意見や要望を聞く機会を作っている。「化粧品を用意してほしい」との要望に対しては、医師と相談のうえ職員が同行し、利用者が使用できる化粧品の購入を支援した。</p>	

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	スタッフ会議等で話し合う。職員との個人面談で管理者と話し合う。必要があれば、管理者等が本部へ報告し相談対応、スタッフが直接本部に行き話し合うこともある。	毎月のユニット会議や個人面談などで職員から要望や提案を聞く機会を設けている。職員から「非常食の賞味期限が迫っているので対応を検討してほしい」と要望があり、順次入れ換えをしている。	
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	概略は事業所にまかせているが、相談にはいつでも応じている。		
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を進めている	管理者、職員の判断で研修等のプログラムを進めることができ、長期、高額な研修に関しては事前に報告をし、必要に応じてアドバイスや指示がある。		
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	グループホーム連絡会の研修会、交換現場研修などほとんど全て事業所の判断にまかされている。		
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	前もって本人に入居予定しているユニットに来てもらい、入居者と一緒にお茶を飲んだりして、拒否反応少なければさらに具体的な話を進めてゆく。		

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	当ホームに入ることだけを考えず本人のニーズを家族と共に考えその上で現実的な解決法を相談しながら進めてゆく。		
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	入居時の不安をなくす。家族と離れること、見当識障害、排泄、睡眠などその人なりの優先課題をみつけ対応する。		
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	日常的に食器洗い、配膳等手伝って頂いている。洗濯してきれいになった衣類を職員と一緒にたたむ。職員が忙しい時は自主的に複数集まり手伝いして下さる。朝夕のあいさつ見送りで、職員が元気付けられる。		
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	家族参加のイベントを月1回行い、職員も含め食事会を開き職員の介護の様子をみて頂き家族も利用者のお世話を手伝っている。		
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う、支援に努めている	通信がスムーズにいくように支援。電話をかける、手紙を出すなどの援助。機会あれば遠方の家族との交流、外出や来訪の対応をする。月1回のイベントにお誘いなどする。	親戚の方や友人、知人の訪問があった際にはお茶とお菓子を提供してもてなし、その関係を断ち切らないよう支援をしている。職員の運転で法事に出席したり、遠方への墓参に出かけるなど、利用者の思い出の場所に出かけている。	

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	利用者同士よりよく関わり合えるような席順考慮し、席を決める。お互いに助け合う関係ができている。反目し合っている者同士もあり、職員が間に入って調整。		
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	終了後も相談事があればいつでも応じている。関係が切れない事を家族が望めば方法を考える。「デイのボランティアがしたい」 予防事業のデイに関わってもらっている。		
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。	入居者の意向は多様で、「働いてお金がもらいたい」「遠くの家族の墓参りがしたい」「おすしが食べたい」など。その中から「自由に買い物がしたい」「遠くへ行ってみたい」「自分の好きなものが食べたい」などの思いを見つけて現実にできることを実施してゆく。	利用者の思いや意向を、居室担当者は散歩時、入浴時など日々の生活の中で聞き、業務日誌にその内容を書きとめ職員間で共有している。意向の把握が困難な方には、家族の方に聞いてもらい、把握している。	
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	利用者の話しから、自分が深く心に刻んでいることを聞き取り、全体の生活歴はできる範囲で家族などから聞いている。ケアプラン等に反映させている。		
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	毎日のケアで状態観察、その日の1日リーダーに報告。1日リーダーが記録にまとめて朝・夕申し送りしている。		

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	ユニットごとでケースカンファレンスをしてアセスメントを確認し計画の見直しをしている。	3ヶ月ごとに管理者、主任、居室担当者でモニタリングを行っている。それを基にケアカンファレンスを開催し、本人や家族の要望、医師、看護師の意見を聞いて話し合い、利用者個々に合った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	個人記録、業務日誌に記入。朝・夕の申し送りをする。さらに連絡ノート活用。ケース会議で重要ポイント話し合う。		
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	月1回の家族との交流会あり家族のいない人も、にぎやかに一緒に楽しんでもらう。整形外科に定期受診困難な人には訪問マッサージを受けてもらう。		
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	近隣の散歩により地域の方とあいさつなどを交わす。地域の方より庭の手入れなどの支援ある。町内会より行事参加のお誘いあり。消防訓練により、地元消防団と顔合わせ交流ある。		
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	かかりつけ医は、直接家族と医療関係者の話し合いの上で決めている。必要に応じて事務所が調整対応に当たる。	全員が協力医をかかりつけ医としている。皮膚科、眼科など協力医に無い診療科はそれぞれ専門医に職員が同行して受診している。訪問看護師は週1回来訪し、利用者の健康管理と医師との連携に当たっている。歯科は要望があればいつでも対応出来る体制にある。	

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		<p>看護職員との協働</p> <p>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</p>	<p>医師は月2回、看護師は毎週訪問しており、電話で24時間つながっているので何かあればすぐ相談している。看護師は常駐していない。</p>		
32		<p>入退院時の医療機関との協働</p> <p>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。</p>	<p>受診のさい電話等にて情報を伝える。入院中の医師の説明にはできるだけ職員も同席する。退院の話は、医師・病院の相談員・本人・家族・職員で話し合う。</p>		
33	12	<p>重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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、事業所の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</p>	<p>家族とは機会をみて話し合っている。主治医と家族の話し合いの場も必要であれば、持つように調整している。</p>	<p>入所時や家族会で重度化や終末期について事業所の方針を説明している。現状では重度や終末期の方はいない。重度化し、医療行為が必要な場合は、病院に入院していただくよう対応している。今後の方針については検討中である。</p>	<p>事業所として重度化や終末期に向けた対応指針を作成することが望まれます。また、職員への教育や医療との具体的な連携の仕方を検討することを期待します。</p>
34		<p>急変や事故発生時の備え</p> <p>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</p>	<p>研修等はできるだけ受けるようにしている。</p>		
35	13	<p>災害対策</p> <p>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</p>	<p>火災訓練、年2回している。消防、自治会との協力体制あり。地震・水害等の防災に関しては、自治会より支援の限度ありといわれており、今後の対策必要。</p>	<p>消防署や地域の消防団の協力により、年2回避難訓練を行っている。夜間想定訓練や消火器の扱いについての訓練も行っている。備蓄も非常食、飲料水の3日分と、備品や衣類などを用意している。</p>	

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
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	常に気をつけて話し合っているが、馴れによる気持ちのゆるみから無神経な言動が通っていないか、さらにチェックが必要である。	職員は接遇マナーやプライバシーについて研修を受けている。管理者は、職員に対して利用者の人格の尊重や馴染みの関係が馴れにつながらないように言葉遣いに十分配慮するように指導している。	
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	選択肢を単純化し「これとあれとどちらがいいですか」などの問いかけをしたりユニット全員の多数決をとったりしている。年1回位、利用者懇談会を開いている。		
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、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	定まったスケジュールは大まかなものとし、1人1人の状態や希望により、その日のスケジュールを決めている。		
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	下着、上着、くつ、はなるべく本人同行し、好みのものを買うようにしている。通信販売も希望により利用している。		
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	嗜好品調査をして、嫌いなものは代替食を用意する。調理の下準備、後片付けなど利用者参加もあり。イベント時は味付けなどにも参加することがある。	献立と食材の購入は業者に依頼している。調理は職員が行い、利用者は下拵え、味見や後片付けなどできる範囲で手伝っている。食事は利用者、職員共同テーブルで会話をしながら楽しんでいた。	

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		<p>栄養摂取や水分確保の支援</p> <p>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</p>	<p>食事量、水分、体の状態は毎日申し送りしている。必要量に欠ける時は補助食、栄養ドリンク、代替食等を検討。医療との連携あり。1か月に1度体重測定。</p>		
42		<p>口腔内の清潔保持</p> <p>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</p>	<p>毎日、毎食後の口腔ケア実施。職員が声かけや介助をして様子観察している。週1回来る訪問歯科医と連携をとっている。</p>		
43	16	<p>排泄の自立支援</p> <p>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</p>	<p>全員トイレ誘導又は自立での（時により失敗あるも）トイレ使用。状態により紙パンツ、尿とりパットを調整しながら使用している。</p>	<p>職員は利用者個々の排泄表から排泄パターンを把握しており、見守りや時間を見て声をかけ、トイレでの排泄を心がけ自立への支援をしている。失禁時にはさりげなくトイレや状況によって浴室に案内し、清潔を保つように支援している。</p>	
44		<p>便秘の予防と対応</p> <p>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</p>	<p>薬だけに頼らないように、起床時、ヤクルトを用意して適宜飲んでもらう。散歩、歩行促している。野菜、バナナ、ヨーグルトなど食してもらう。便チェックにより下剤調整。</p>		
45	17	<p>入浴を楽しむことができる支援</p> <p>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</p>	<p>入浴の順番などはできるだけ個々の希望や状態に合わせて行っている。利用者同士や職員と会話を楽しみながら入っていただいている。</p>	<p>基本的には週2回、入浴できるように支援している。希望があればいつでも入れるように対応している。入浴したがりない方には、言葉かけを工夫したり、タイミングを計ったりして柔軟に対応している。</p>	

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		<p>安眠や休息の支援</p> <p>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</p>	<p>ほぼ全員早寝早起き、しかし夜中にテレビを見る、自室の整理をはじめの人などいるので、状態に合わせて昼寝などで調整する。起きるのが遅い人は無理をせず朝食をおくらせたりする。</p>		
47		<p>服薬支援</p> <p>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</p>	<p>症状の観察をおろそかにして投薬が情性に流されないように注意している。眠剤等脳や神経に作用する薬は専門医と連携をとりチェックしている。</p>		
48		<p>役割、楽しみごとの支援</p> <p>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</p>	<p>各自できる範囲での役割分担お願いしている。あくまで自主的にやっていただくのが原則。外出、外食の機会を作る。毎月ほぼ全員の家族集まるイベントあり。</p>		
49	18	<p>日常的な外出支援</p> <p>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</p>	<p>天気のよい日の外気浴、買い物、外出など出来る範囲の支援をしている。地域の行事はほぼ毎回参加している。家族には外出の機会を作って頂くようお願いしている。</p>	<p>利用者の体調やその日の天候に合わせて週3~4回は散歩に出かけいる。車を利用して、季節の花見やドライブ、外食(2ヶ月に1回)、子供自然公園に出かけている、車椅子の方も一緒に出かけている。</p>	
50		<p>お金の所持や使うことの支援</p> <p>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</p>	<p>全体に認知症が進んでおりごく一部の人しかお金を所持していないが、希望があれば支援している。</p>		

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	状態に応じて、手紙、リビング内の公衆電話、事務所内の電話、携帯電話の通信ができるように支援している。		
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	廊下、リビングには写真（個人情報了解済み）利用者との共同制作の作品などかけて親しみのもてる空間にしている。	リビングは天井も高く日差しもよく入り明るい。こあがりの畳を敷いたコーナーもあり、利用者が洗濯物を畳んだり、談笑したりする場所となっている。共用空間には、利用者の作品や行事の写真を掲示し、クリスマスツリーを飾り、季節感を取り入れるよう工夫している。	
53		共用空間における一人ひとりの居場 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	リビングにおける各自の定席の他ソファなどおき自由に使用できる。廊下にも腰掛けソファがあり適宜利用している。		
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	各自の好みや状況により部屋のしつらえはそれぞれであるが、全員使い勝手はよさそう。	居室には、ベッド、エアコン、洗面台、クローゼットが備え付けられている。利用者は馴染みの整理ダンス、テレビや家族の写真、遺影などを飾っている。また、鉢植えや観葉植物を育てて飾っている方もいる。	
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	言葉で伝えることはすぐ忘れるが文字は読め理解できるので簡単な絵や文字で表示している。		

目標達成計画

事業所名

浦徳会ケール-70ホーム不渡沢

作成日

平成 24年 4月 8日

【目標達成計画】

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組み内容	目標達成に要する期間
1	10 19	家族へのつながりをより密接なものとし、家族、本人の希望と実践がかなえられるように努める	家族への信頼関係を高めて利用者が支えてゆくためには必要となる実践を家族、施設との協働関係を高めて	常に問題点を認識して職員間で共有し家族に伝え音声を問題点は水で連絡して音声を合意 。共通の音楽課題は家族会公音会	年度末
2	2 3 5 29	事業所の特長を生かした地域とのサービスに合わせ、地域貢献を図る	地域へのつながりを密にしながら地域とのサービスを推進し、具体的な行動力としてゆく	。地域への行事、消防訓練参加、介護予防事業参加 。予防事業終了後の講習参加者へのフォローアップ 。緊急時の対応AEDの設置等	年度末
3	31 32 33 34	利用者の急変と重症化への対策	介護技術を高めて自信を持って介護にあたることができる	。研修の機会を創出する 。急変時、事故発生時の対応者や不測事態対応の音川卒業生 。利用者へ健康講座を定期的に実施してゆく	年度末及び 来年度入居継続者
4	11 12 13 14 21	チームワークの強化 。職員（日々の生活利用時）個人としての能力を高め、連携してチーム力を創出する	チームとしてチーム全体のレベルアップを図る 。個人の能力、他者の能力を尊重し、お互いの術を高めてゆく	。介護力を高め 時間と心のゆとりを作る 。コミュニケーションを高める 研修や研習を中心とした研修の活用 。ワークショップ等を行う	年度末及び 来年度入居継続者
5	29 35	災害対策 。火事、地震、水害時等の対応	災害時に利用者が避難する際に全職員が身を守り、具体的なお互いの支援としてゆく	。職員がバリエーションを 整理してマニュアルを 整備する 。防犯図、地域内内容、消防団関係者との連絡の取り方について	年度末及び 来年度入居継続者

(注) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。
項目数が足りない場合は、行を追加すること。