

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	<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	18名	
		ユニット数	2ユニット	
自己評価作成日	平成25年12月2日	評価結果 市町村受理日	平成27年6月30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)】

<p>建物のまわりは樹木や畑が残っており季節を感じ楽しむことができます。バス道路に面している玄関口は車や人の行き来を見ることができて外部との一体感があり淋しくありません。明るい陽射しのリビングには、なじみの顔が揃い、家庭的な雰囲気の中で暮らしています。時には笑い、時には怒りの感情を発散させその人らしい個性を発揮しています。職員は利用者様との距離を調整しながら、できるだけ寄り添い、見守り、介助を行っています。利用者の方皆さんお元気です。</p>

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益社団法人 かながわ福祉サービス振興会		
所在地	横浜市中区本町2-10 横浜大栄ビル8階		
訪問調査日	平成27年3月30日	評価機関 評価決定日	平成27年6月18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>【事業所概要】 この事業所は、横浜駅からバスで15分程度の、青蓮寺バス停のすぐ前に位置している。事業所の前の通りはバス通りだが、裏手は畑が広がるのどかな環境になっている。 平屋建ての2ユニットで、両ユニットの間には多目的ホールがあり、レクリエーションやイベントなどに活用している。事業所内は全体的にゆったりとした造りで、天井が高く、木のぬくもりが感じられる。</p> <p>【地域とのお付き合い】 事業所が周辺地域に溶け込めるように、町内会等を通じて働きかけをしており、夏祭りでは神輿が事業所に立ち寄ってくれる。散歩時に地域の方から花をもらったり、庭の手入れをしてもらうなど、日常的な交流がある。 災害時に地域の方を事業所で受け入れることを話し合ったり、地域の方から介護相談を受けるなど、事業所の力を活かした地域貢献にも取り組んでいる。</p> <p>【日常的な外出支援】 事業所の裏手は交通量も少なく散歩に適している。小川沿いの道や畑の中の道を、車いすを使用している方も含めて日常的に散歩に出かけ、外気に触れる機会を作っている。</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
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	清徳会グループホーム横浜
ユニット名	パイン館、ウエル館

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、活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	うれしいことだけでなく、悲しいこと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、	理念は開設時に法人本部の職員が話し合って作った。理念をもとに職員の「標語」も作成している。アセスメントシートに理念を記載し、業務の中で職員が常に意識できるように工夫している。理念を基に、家族等との交流の機会を積極的に作るようにしている。	
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	町内会の行事のおきそいはできるだけ参加している。ゴミの収集場の場所提供、清掃は継続している。防災訓練は地域の消防団に協力して頂き実施している。	散歩時に地域の方から花をもらったり、庭の手入れをしてもらうなどの交流がある。自治会に加入しており、夏祭りでは神輿が事業所に立ち寄ってくれる。地域の小学生の訪問を受け入れている。地域の方から介護相談を受けることもある。	
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	介護福祉相談に応じている。		
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	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がる事ができる。	運営推進会議は2か月に1回、偶数月に開催している。メンバーは町内会役員、民生委員、地域包括支援センターの職員、利用者・家族である。会議では事業所の運営状況や活動内容、外部評価の受審などを報告し、地域行事への参加などについて意見交換をしている。	
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に取り組んでいる	区の保護課、高齢障害支援課の方とは必要に応じ情報を交換している。	神奈川区の保護課、高齢障害支援課と、後見人や利用者の経済面などについて相談をしている。神奈川県および横浜市のグループホーム連絡協議会に加入しており、懇談会等で区職員とも意見交換している。	

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	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。	向精神薬の使用していた方について、本人の状態を見ながら徐々に減らした事例がある。玄関はオートロック式となっているが、利用者が外出を望む場合には職員が付き添い出かけている。近年は身体拘束廃止や虐待防止の研修を実施していない。	身体拘束廃止等の研修を定期的実施または外部研修に参加し、身体拘束をしないケアについて理解を深め、実践していくことを期待します。
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	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。		
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	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。		
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	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十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。		
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	個人面談、電話相談などいつでも相談苦情を受付けている。ホーム全体の苦情は法人本部又は個々の苦情は担当職員、計画担当、管理者等へ。市、区、国保連へ直接話が通るように説明している。	訪問時や電話で家族から意見を聞いている。家族会は行っていないが、事業所のイベントで家族が集まる機会があり、その際にも要望等を聞き取っている。離床センサーについて家族から相談があり、購入した事例がある。	

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
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。	業務の中で管理者が個別に職員から意見を聞き取っている。職員から要望があり、介護福祉士等の資格取得のための研修参加は出張扱いとしている。	
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ことを進めている	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。		
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	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。ご本人の見学が難しい場合は職員が出向いて面接し十分話を聴く。		

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を前提にせずまずは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	入居者の不安をなくす。家族と離れること、心身の状態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年に何回か行い、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下さる。		
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	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。機会があれば遠方の家族との交流、外出や来訪の対応をする。年に数回のイベントにお誘いなどする。	かつての仕事関係の知人が訪れる方がおり、その際にはお茶やお菓子を出して、落ち着いて話ができるように支援している。家族と共に遠方に墓参りに行ったり、親戚に会ったりすることを支援している。鶴見のお祭りに出かけ、かつての仕事仲間と挨拶を交わしたこともある。	

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
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を考慮し、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。		
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。	毎日の生活の中から、様々な希望や訴えを聞くことができる。口数が少ない方も表情態度で何を云おうとしているか推察できる。	定期的に居室担当者がアセスメントをして、意向の把握に努めている。思いを聞き取ることが難しい方は、状態が良い時などに話しかけ、表情などから推測している。	
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。	アセスメントを計画作成担当者がチェックし、計画を作成している。利用者の状態に応じた個別計画になっていることを確認した。モニタリングは居室担当者が中心に行い、3ヶ月から6ヶ月ごとに計画を見直している。	職員のほか、必要な関係者が集まって介護計画について検討する機会を定期的に作り、それぞれの意見を反映させていくことを期待します。
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	年数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り。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支援 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合いの上で決めている。必要に応じて事業所が調整対応に当たる。	現在は利用者全員が事業所の協力医を受診している。その他の医療機関は原則家族対応だが、職員が通院に付き添うことも多い。	

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
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	医師は月2回訪問しており、電話で24時間つながっているのが何かあればすぐ相談している。看護師は常駐していない。		
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。	受診のさい前もって重要ポイントは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。		
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	家族とは機会をみて話し合っている。主治医と家族の話合いの場合も必要であれば、持つように調整している。	終末期対応については利用者・家族に説明し、同意を得ている。事業所での看取りの希望があるため、医療機関との連携を推進し、勉強会などを開催し準備を進めているが、今年度は人員体制等の理由で一時保留となっている。	事業所での看取りについては、人員体制を踏まえつつ、徐々に準備を進めていくことを期待します。
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	研修等はできるだけ受けるようにしている。		
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	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言われており、今後の対策必要。	27年3月27日に消防署および町内の方の協力を得て夜間想定避難訓練を実施した。また、同31日には自主訓練を開催する予定である。非常災害用の食料・飲料水は3日分程度備蓄があるほか、非常用持ち出し袋を準備している。	

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
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	常に気をつけて話し合っているが、慣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。	個人記録を含む書類は事務室内の書棚に保管している。フロア内にある書類では、利用者の名前はイニシャルで表記している。	利用者への接し方について研修や勉強会を実施し、定期的に見直す機会を持つことを期待します。
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	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。日常生活の中で職員が寄り添い思いをくみ上げている。		
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	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、上着は家族が好みを考え選ぶことが多い。くつはなるべく福祉用具のカタログなどから、好みのものを買うようにしている。毎日の着替えはできるだけ本人に選んでもらうように支援している。		
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	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。	献立および食材は外部の業者を利用している。利用者ごとの好みに応じて肉料理を魚に変えるなどの対応をしている。利用者は庖丁を使った下ごしらえや、配膳・下膳をしている。弁当を購入したり、すしの出前を取るなどして食事を楽しめるようにしている。	

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
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ヶ月に1度体重測定。		
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	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。ほぼ全員歯科衛生士により口腔ケア週1回。		
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	ほぼ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。（1人のみオムツ対応の方がいる）	個人生活記録に利用者ごとの排泄パターンを記録し、それをもとに誘導し、トイレでの排泄を支援している。便意・尿意があまり感じられない方には定時誘導している。	
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	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。		
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	入浴の順番などはできるだけ個々の希望や状態にあわせ行っている。利用者同士や職員と会話を楽しみながら入っただけである。	入浴は原則週2回としている。入浴状況は個人生活記録に残している。入浴をしたがらない方には、さりげなく誘導したり、声掛けの仕方を工夫している。	

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	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。		
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	症状の観察をおろそかにして投薬が惰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。		
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	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くのが原則。外出、外食の機会を作る。ほぼ全員の家族集まるイベントあり。（年数回）		
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。地域の行事に参加している。家族には外出の機会を作って頂くようお願いしている。	事業所の前はバス通りのため、裏手の小川沿いの道や畑の中の道を散歩している。ベランダにイスを出して外気浴をすることもある。行事としては、いくつかのグループに分かれて、三ツ沢公園へ花見に出かけている。	
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	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。		

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、手紙、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。	ユニット内は天井が高く、木のぬくもりが感じられる雰囲気となっている。全体的にゆとりがあるスペースのため、必要に応じて利用者同士の距離感が作れるようになってきている。すり足の方もいるため、敷物は外して安全に配慮している。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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。	居室はエアコン、洗面台、クローゼットが備え付けられている。利用者は使い慣れたすや整理ダンス、家族の写真を飾り、居心地よく暮らせるように配慮している。	
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	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 清徳会グループホーム横浜

作成日 平成27年6月29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	<ul style="list-style-type: none"> 家族との信頼関係を継続する工夫 家族の状況を推察しサポートする 	利用者を中心として家族と施設との協働関係を作る	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の状況を電話、状況報告書で連絡として現状を確認し合う アセスメントシート、ケアプランの説明を通じ家族の意向をおさえる 	年度末
2	2 3 29	<ul style="list-style-type: none"> 事業所の特長を生かし 地域のニーズに応える 	<ul style="list-style-type: none"> 地域交流を進め 地域に貢献できる事業所としてゆく 	<ul style="list-style-type: none"> 介護福祉相談 地域行事への参加 小学生等の体験学習受け入れ 災害時緊急時の協力体制作り 	"
3	31 32 33 34	利用者の急変重篤化への対策	<ul style="list-style-type: none"> 医療との連携を強化して職員の安心した介護に当たりこたがでいる 長く当ホームにいた方の利用者家族の希望に添えることを行う 	<ul style="list-style-type: none"> 医療や介護技術の研究の機会を作る 医療職から学ぶ 医療と連携してターミナルケアの指針を作る 	"
4	29 35	災害対策	災害時に助かる方法を探求しできることを実行する	災害時のマニュアル作り 継続	来年度へ継続
5	11 12 13	<ul style="list-style-type: none"> 個々の能力を生かし チームとして連携する 意識を高める 	<ul style="list-style-type: none"> チームとしてホーム全体のレベルアップをはかる 認知症ケアのフロアとして社会に認められる存在になる 	<ul style="list-style-type: none"> 介護職が各々自分の能力を発揮して、他者のよい所も観察吸収できる力を養う ケース会議 内部・外部の研究 	"

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