

平成28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	1490100193	事業の開始年月日	平成24年2月1日
		指定年月日	平成24年2月1日
法人名	医療法人社団 清怜会		
事業所名	グループホーム横浜鶴見の家		
所在地	(230-0052) 神奈川県横浜市鶴見区生麦五丁目12番10号		
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12月7日	評価結果 市町村受理日	平成29年4月5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)】

ご家族や近隣住民との交流を計り、安心と信頼関係を築けるように努力し、ご利用者が日々穏やかに安心して暮らせるよう職員一同より良い介護を目指しています。日々の生活に調理や配膳、洗濯、掃除等各利用者様に役割をもって規則正しい生活を送っていただいております。また、散歩や買い物等を日課とし、近くのスーパーに出かけたり、行事の時には外出に出かけたり、お花見には交通機関を利用したりと外出の機会を増やすように努めています。お庭には野菜やお花等を育てたり、鑑賞を楽しんだりしています。

【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29年2月10日	評価機関 評価決定日	平成29年3月22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)】

事業所は京浜急行線「花月園前駅」から徒歩5分、国道1号線から道路1本入った静かな住宅街にあります。3階建ての建物に2ユニット18名が暮らしています。医療法人の運営です。

<優れている点>

自立度の高い利用者が多く、食事や排泄、入浴などの日常生活支援は、できない部分を職員が支援する形で進めており、利用者が生き生きと活動的に動きながら過ごしています。家庭的な雰囲気、安心の環境です。壁面には行事の写真と季節の装飾で飾り、職員と利用者の会話も弾んでいます。身体機能の維持を目標に、天気の良い日は利用者1名、必ず最低1回は散歩に出るなど、特徴的な取り組みで効果をあげています。利用者全員足腰が丈夫で、食事が進み、健康的な笑顔で過ごしています。食事の配膳、下膳、食器洗い、洗濯物干しとたたみなどを利用者が自然な形で手伝っています。各居室のプライバシー確保にも配慮しており、職員の明るく元気な声掛けを中心とした温かい支援で、利用者との信頼関係も出来ています。

<工夫点>

職員の連携を大切に考え10分ミーティングやノートで情報を共有し、連絡漏れは殆どありません。職員の働きやすさにこだわったホーム運営に努め、日々の支援の充実につながっています。利用者担当制も機能し、十分な意思の疎通の下、利用者の少しの変化も見逃さない行き届いた支援を行っています。

【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	グループホーム横浜鶴見の家
ユニット名	1号館

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、生き生きと働いている。 (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。	ご家族、ご利用者様に満足していただけるように、会議やミーティングを活用し、管理者、職員同士で話し合い、理念を共有し、常に実践しています。	理念「家庭的な雰囲気の中で明るく笑顔と元気で安心して暮らせる横浜鶴見の家」を掲げ、事業所全体で取り組んでいます。利用者との信頼関係の構築をめざし、環境を整えています。理念の具体化についても検討しており、今後の取り組みが期待できます。	
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。	スーパーなどに、ご利用者様と一緒に買い物や、散歩、挨拶などで交流を計っております。また、夏祭りや敬老会等を催したりして多くの方と交流ができる様工夫しております。	自治会に加入しています。夏祭りの時には、駐車場に神輿が来て利用者を楽しませてくれます。散歩では行く先々で挨拶され、庭の花を貰うこともあります。馴染みの関係が出来上がっており、利用者は地域の人とふれあいながら暮らしています。	
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。	散歩や買い物を通じて地域の方々に理解と安心をしていただけるように努めています。また、施設での行事を行い多くの方に参加して頂き交流を深め、認知症の方の理解を得ています。		
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 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。	運営推進会議を2か月に一度開催。地域ケアプラザの職員や近隣、ご家族の出席により意見を聞き、ケアや運営に取り入れ、サービス向上を目指しています。	2ヶ月に1回開催している運営推進会議に多くの家族が参加し、和やかな雰囲気となっています。地域ケアプラザの職員に最近の話題を提供してもらうなどの工夫で、家族との意見交換もスムーズです。行事や事故の報告、日々の支援について詳細を伝えています。	
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。	生活保護担当、地域ケアプラザの職員とは、サービス改善やご利用者様の要望などを話し合ったり、空室状況の情報交換を行ったり、連携を深めていけるよう努めております。	開設から5年が経ち、運営は非常に落ち着いています。区の保護課との連携や地域ケアプラザと情報交換を密にしています。処遇困難事例への相談などの事例は少なめですが、館長が地域の病院の医療連携室などをこまめに訪問し、ネットワークを作っています。	

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
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。	目の届かないときは玄関を施錠しますが、日中の職員の多い時間帯は玄関を開錠し、目の届く範囲内は自由にしていただいています。身体拘束、スピーチロックなど会議の場でも話し合い、職員は意識してケアに取り組んでいます。	身体拘束、虐待対応、利用者の権利擁護に関する職員の意識は高く、研修も実施しています。職員会議は、利用者への促しについて、肯定的な表現に言い変える手法などを意見交換する場にもなっています。利用者別の支援に注目して取り組んでいます。	
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。	ケアの一環として客観的に思考し、利用者の問題について共有するように指導しています。現時点で虐待と思われるような事例はないが、注意を払い防止に努めています。		
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。	専門知識を養う為、会議やミーティング等を活用し、研修会を行っています。		
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。	契約事項の手順を踏んで説明し、不明な点があれば何時でも連絡して下さるようにと伝えます。リスクも説明し、納得してから入所して頂きます。		
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。	各階に意見箱の設置、毎月のお便りの返信の中に、ご利用者様やご家族様が気軽に意見が言えるようにしています。それらも運営やご利用者様のケアに反映される様努めています。	毎月、利用料の請求書を施設に受け取りに来てもらうため、家族と話す機会が多くあります。家族の希望・要望は面会時や電話で個別に聞いており、館長と居室担当職員を中心に、解決できることは速やかに対応しています。面会者も多く、家族との関係は良好です。	

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。	毎月の職員会議や、毎日の10分ミーティングを活用し、意見や提案を話し合い、意見を取り入れホームの運営に反映させています。	月1回の職員全体会議の他に毎日10分ミーティングを実施し、職員が遠慮なく発言する環境を作っています。職員間は風通しの良い関係が出来上がっており、館長とリーダー、職員の意見交換も円滑です。交代勤務の中での協力関係も密となっています。	
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。	個人の能力、特性を把握し、日々の業務、ケアの連携ができるような環境作りに努めています。毎日10分ミーティングを行い情報を共有することで安心できる環境作りを行っています。。		
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。	より良い職場にする為の研修や、職員育成の研修を開催し職員のレベルアップを行っています。		
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。	勉強会などに参加し、また当法人のグループ内での会議、研修、ディスカッションなど行ってサービスの質の向上に取り組んでいます。		
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。	利用者の話を傾聴しながら様子など常に観察し、また生活歴等も把握し、個々の関係づくりに努めています。さらに、ご家族を交えて話し合い良い関係作りをしています。		

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
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。	ご利用者様、ご家族の要望や希望等を職員が把握し、理解したうえでそれに合った支援を行っています。		
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。	ご利用者様の既往歴やライフスタイル、ADLを事前にアセスメントし、当ホームの生活に慣れて頂く様に支援します。		
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。	職員がご利用者様の生活習慣を理解し、日々の生活が楽しいと思われる様な関係作りをしています。散歩や家事などを共に行いながら過ごし良い関係を築いています。		
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。	ご家族が面会に来られた時には、本人の近況や要望を伝え、ご家族や本人、職員と一緒に考えていける関係を築いています。		
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。	ご家族と連絡を取り、遊びに来ていただいたり、気軽に外出できるよう支援しています。	グループホームから数分歩くと鶴見川の土手です。天気の良い日は馴染みの地域に買い物や散歩に出かけており、外出や外気浴の機会を確保しています。国道1号線や鶴見線国道駅など、周辺の鶴見区らしい雰囲気を味わえるように散歩ルートにも配慮しています。	

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。	ご利用者様一人ひとりが孤立しないように散歩・家事・レクリエーション等、ご利用者様同士の関係構築を視野に入れ、支援を行っています。		
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。	サービスの利用が終了された方や他の事業所へ移られた方にも行事に招待したり等、継続的な付き合いができるように心がけている。		
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。	ご利用者様と接する日常の中で表情、行動、反応で思いを汲み取っています。申し送りノートや介護詳細記録などで情報を共有し、ケアプランに反映させています。	利用者の日々の変化やつぶやきなど、アセスメントの追加情報は申し送りノートに記載し職員は共有していません。計画作成者と担当職員が中心になって情報を集め、代弁する形で発信しています。現在の利用者の姿を正確に把握した上での支援をしています。	
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。	ご利用者様のライフスタイル、生活歴を本人や御家族から聞き取り、検討し職員間で把握しています。		
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。	午前、午後とバイタルチェックをし、体調の管理を徹底し、毎日のミーティング、申し送りなどで日々の変調を把握するように努めています。利用者様の有する力を見極め出来る事は行って頂いています。		

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
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カ月に1度ご利用者様の情報を収集し、サービス担当者会議でモニタリング、介護計画を作成しています。	現状に合った計画立案をめざし3ヶ月ごとにモニタリングを実施しています。計画更新時にはケース会議を開催し、職員が十分検討しています。目標に対する支援内容、頻度、達成度も確認しています。	
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。	サービス担当者会議の実施と介護詳細記録に記載。ミーティングや申し送りノートを活用し、ケアの実践に活用しています。		
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。	ご利用者様や御家族様の状況、ニーズに対応した支援やサービスに取り組んでいます。		
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。	地域の方々と会話したり、夏祭りに参加させて頂き交流を図っています。散歩の時、地域の方から花や野菜を頂くこともあり交流を支援しています。		
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。	医療連携体制により、当ホームの担当医の毎月の往診によって、ご利用者様、御家族の安心を得られています。	入所時に利用者は了解の上、ホームの協力医をかかりつけ医に変更しています。協力医は毎月2回以上往診に来ています。また殆どの利用者は月3～4回、歯科医の往診を受けています。毎週看護師が来て利用者の健康管理を行い、十分な医療体制です。	

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。	医療連携体制により、看護師が週1回来られ、職員の報告などで体調の相談、医師への報告、体調の管理を行っています。。		
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。	ご利用者様と御家族が安心して治療できる医療機関との情報交換に努めています。		
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。	御家族に対して、重度化した際や終末期の支援をしている他施設の紹介をしています。	入所時に重度化した際や終末期の対応について、医療行為を伴う場合は関連の他施設を紹介するよう説明しています。今までに看取りの経験はありません。今後、重度化や終末期に向けた対応について検討しようとしています。	地域密着型介護施設として今後ますます重度化や終末期に向けた対応が要請されます。今後、協力医、職員を含めて検討することが期待されます。
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。	訓練と実施が伴うよう会議、ミーティング、マニュアル等で事故発生に備えています。		
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。	年2回、防災訓練を実施し、平日頃より、起こりうる災害を想定した避難方法の把握に努めている。年2回の防災訓練のうち1回は消防署の方に来て頂き、火災時の通報の仕方や消火器の使用方法、様々な災害時における避難の方法等について指導を受けている。	年2回、防災訓練を利用者参加で行っています。そのうちの1回は消防署立ち合いで通報訓練・消火訓練・避難訓練を行っています。避難訓練では1号館（1階）の利用者は外へ出るまでの避難で、2号館（3階）の利用者は端の方にとまり避難します。	火災・地震のほか水害などの災害も心配される地域といえます。夜間の避難などのためにも、地域の協力が必要です。地域との連携のもと地域の人の参加が期待されます。

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。	常に本人のプライバシーや自尊心に配慮し、対応や言葉遣いなどに気をつけて接している。	一人ひとりの人格の尊重やプライバシーの配慮について、週1回の朝礼で必要によりテーマとして取り上げ徹底しています。毎年研修も行っています。不適切な言葉掛けがあれば、職員同士で注意しています。個人情報資料は鍵のかかるロッカーに保管しています。	
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。	日常生活における選択の場面では本人の意思を確認しています。また、ご利用者様が職員に対して思っていることを言い易い雰囲気作りを心がけています。		
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。	一人ひとりのペースが違うことを重視し、全体の都合を押し付けることの無いように留意し、ゆったりとした雰囲気の中で、その人らしい暮らしができるよう支援しています。		
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。	2カ月に一度は訪問理美容にて整髪、散髪しています。整容の時はできるだけ好きな服を着て頂けるよう声かけをしています。買いたい洋服がある時などショッピングに職員が同行したりして支援しております。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	食材を出来る限り職員とご利用者様と一緒にになって調理・盛付・配膳しています。	調理や盛付、配膳、下膳、テーブル拭き、食器洗いなど利用者と一緒に、特に食器洗いは利用者が主体的に行っています。誕生日会で回転寿司に行っています。花見にはホームで作った弁当を持って行きます。ホタテごはん・うな井・だて巻きなど季節の特別料理もあります。	

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。	福祉メニューを提供しています。薄味を心がけ、職員も検食し、所見を記入しています。お茶タイム、おやつタイムを設けて水分摂取等にも気を付けています。		
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。	各ご利用者様に応じた口腔ケアを行っています。定期的に訪問歯科を受けています。		
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。	排泄表に記録し、各人ごとの排泄パターンの把握に努め、失敗を減らすよう適宣声掛けしています。又、排泄の促しや誘導も行っております。さらに、排便の回数や形状などの確認にも努めています。	利用者ごとの排泄パターンを”排泄チェック表”で把握し、適切な声掛けや誘導を行っています。その結果、何人ものリハビリパンツ+パットの人がリハビリパンツだけになっています。排便では必要により、利用者了解のもとで形状チェックもしています。	
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。	散歩や体操等の運動で腸の働きを良くするように毎日実施しています。また、朝食には野菜を多く使用し食物繊維を取り入れるようにしています。		
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。	入浴の順番などのご利用者様の意向もあり、柔軟に対応しています。	入浴は午後2時～4時で1日3人入ります。利用者は週2回入浴を基本にしています。2回以上入りたい希望者には出来るだけ対応しています。入浴を拒否する人には声掛けの工夫で入ってもらうようにしています。季節を感じるゆず湯やしょうぶ湯を行っています。	

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
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。	ケアプランに従い、出来る限り日中の活動を促し、夜間の安眠に繋げられるよう努めている。		
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。	服薬ファイルの作成や処方箋のコピーケースごとに整理し、全職員が内容を把握できるようにしている。服薬時、本人への名前確認と必ず飲み込みまで確認している。		
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。	出来ることは可能な限りご利用者様にさせていただき事にしていきます。役割を持っていただき楽しみのある毎日をご過ごされています。		
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るように支援している。	歩行ペース等考慮し散歩に出かけます。買い物などは職員やご家族と外出をします。	鶴見川沿いの散歩コースを含め良く散歩をします。薬・日用品・食材など利用者と一緒に行き物に行きます。潮田公園への花見にはホーム隣のJR鶴見線国道駅から利用者全員で電車に乗って行きます。良く散歩をしているため、ADL（日常生活動作）を維持しています。	
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。	朝食食材の買い物時や要望があれば介護職員の同行のもと私物の商品の購入などをして頂き、ご自分で支払いをしていただいています。		

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
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。	居室担当職員によるご利用者様の出来事等、御家族へのお手紙を毎月書いております。手紙や電話のできる方には連絡できるよう支援しています。		
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。	使いやすい物やなじみの物などを選んで使ってもらったり居室に置いている。フロアの飾りつけや家具の配置などは利用者と一緒に考えている。	1階～3階の共有空間は朝・夜2回掃除を行い、朝は利用者も一緒に掃除して清潔を保っています。1階・3階のリビングは日差しが良く入り、温度・湿度は職員が細かく管理しています。冬場は加湿器を設置しています。壁にはクリスマス・福は内・チューリップ花見などイベント時の笑顔の写真が貼ってあります。	
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。	フロアにはテレビ、ソファ、本や雑誌などがあり、職員を交えて自由に過ごされております。		
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。	本人御家族と相談をして、居心地よく過ごせるよう、なじみの物、好みのものを使っていただいています。テレビ、ラジオ、音楽プレーヤー、お仏壇等も持ち込みしていただいています。	1～3階に居室が18室あります。低床固定ベッド（2～3台電動ベッド）、クローゼット、カーテン、エアコン、照明が備え付けです。テレビ・テーブル・仏壇など利用者の必要なものを持ち込んでいます。居室担当職員と利用者で、衣類の衣替えや部屋の管理を行っています。	
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。	本人の状況に合わせた環境整備に努めている。本人の不安、混乱材料を取り除き、自立支援に繋げている。		

事業所名	グループホーム横浜鶴見の家
ユニット名	2号館

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させている。 (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
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。	地域密着型サービスの意識と事業所理念を職員会議、ミーティングの場で再確認し、理念に基づいたケアを実践している。		
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。	毎年行われる夏祭りには、ご家族だけでなく、近所や地域の方にも参加を呼びかけている。また、散歩に出かけた時には地域の方々と言葉を交わしたり近所の方から花を頂くこともあり、人とのふれあいが多い。		
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。	地域ケアプラザ等で開催される様々な研修会へ、職員の参加を促している。		
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。	運営推進会議で出された意見を、可能な限りケアに取り入れていけるよう努めている。		
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。	市町村担当者へ、入居者の様子やニーズなどを伝え、連携を深めている。		

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
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。	会議や社内の研修会等を活用し、高齢者の権利擁護や身体拘束に関する理解を深めていくよう努めている。		
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。	会議や社内の研修会等を活用し、高齢者虐待防止法に関する理解を深めていくよう努めている。		
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。	職員は会議や社内研修等で学んでいる。		
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。	契約時には、事業所のケアに関する考え方、取り組み、退居などについて、時間をかけて丁寧に説明している。また、利用料金や起こりうるリスクについては詳しく説明している。		
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。	普段のケアの中で、本人の意見や要望を把握し、可能な限り運営に反映させていくよう努めている。家族へは、手紙や訪問時を活用し、出された意見や要望を、可能な限り運営に反映させていくよう努めている。		

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
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。	日々のミーティング、月1回の職員会議、勉強会などで、職員の意見や要望を話し合い、より良い介護ができるように実行している。		
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。	職員の努力や成果を汲んで頂き、給与水準は上がり、仕事をしやすい労働環境の整備に努めている。		
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。	職員の質の向上に向けた研修、介護知識及び技術の育成や、勤務年数の長い職員に対しての研修にも力を入れている。		
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。	勉強会などに参加したり、グループ内でも交流する機会を作っている。		
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。	利用者様と親密な関係を築き、本人の思いや不安を受け止めて、日々の介護に生かしている。		

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。	入所時には、ご家族に情報収集表を書いて頂き、ご家族の要望、本人の要望をお聞きし、それに沿ったサービス内容を実施している。		
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。	月日の経過とともに、本人の身体や心情に変化が見られるため、その都度ご家族に相談し、本人が望むケアを行うことに努めている。		
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。	グループホームは、共同生活の中でも家族的なケアが求められるため、本人の今できる能力に適した役割を持って頂き、自立した関係を築いている。		
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。	ご家族が面会に来られた時には、本人の近況や要望を伝え、ご家族や本人、職員が一緒に考えていける関係を築いている。		
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。	一人一人の生活習慣を尊重しながら、地域等との関係が継続できるように働きかけている。		

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。	個別に話を聞いたり、相談に乗ったりして利用者同士の関係がうまくいくように職員が調整役となって孤立しないよう支援している。		
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。	サービスの利用が終了された方や他の事業所へ移られた方にも行事に招待したり等、継続的な付き合いができるように心がけている。また、ご家族も相談に来られている。		
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。	日々関わっている中で、声かけ・一人一人の思いや意向等を把握し、言葉や表情等からの真意を推し量ったりして確認するように努めている。意思疎通が困難な方には、ご家族等からの情報を得るようにしている。		
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。	プライバシーに配慮しながら、本人の生活歴等に関する情報の大切さをご家族に伝え、把握して頂くように努めている。		
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。	一人ひとりの生活リズムや行動、心身状態等を把握して、その人らしさを把握でき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ヶ月に1回、モニタリングを行い、職員全員で意見交換等を行っている。		
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。	食事、水分量、排泄等、身体的状況及び日々の暮らしの様子等を記録して、いつでも家族、職員が共有できるように努めている。		
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。	本人や家族に応じて通院や送迎が必要な方には柔軟に対応するように努めている。		
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。	運営推進会議に地域包括支援センターの参加、民生委員の方との情報交換、近所の方々の余興など、関係作りを大切にし本人の暮らしを支援している。		
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。	訪問診療月2回、訪問看護月4～5回実施し、専門医が必要な時は紹介状を書いて頂き、家族または職員により受診し、その結果を訪問医に伝えており、訪問医、施設、家族との連携を強化するよう努めている。		

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
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。	日常生活において本人に変化があった場合、訪問医に常に連絡し、指示を仰いでいる。		
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。	家族、病院関係者から現在の状況報告を頂き、管理者・職員がお見舞いに行くなど情報交換に努めている。		
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。	当ホームにおいては、現在まで重度化の方はいないが、利用者、家族にとってより良い支援ができるように努める。		
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。	事故が発生した場合、マニュアルに従い、落ち着いて対応できるように努めている。		
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。	年2回、防災訓練を実施し、平日頃より、起こりうる災害を想定した避難方法の把握に努めている。年2回の防災訓練のうち1回は消防署の方に来て頂き、火災時の通報の仕方や消火器の使用方法、様々な災害時における避難の方法等について指導を受けている。		

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
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。	常に本人のプライバシーや自尊心に配慮し、対応や言葉遣いなどに気をつけて接している。		
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。	日常生活における選択の場面では本人の意思を確認している。また本人が職員に対して思っていることを言い易い雰囲気作りを心がけている。		
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。	一人ひとりのペースが違うことを重視し、全体の都合を押し付けることの無いように留意し、ゆったりした雰囲気の中で、その人らしい暮らしができるよう支援しています。		
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。	2カ月に一度は訪問理美容にて整髪、散髪しています。整容の時はできるだけ好きな服を着て頂けるよう声かけをしている。買いたい洋服がある時などショッピングに職員が同行したりして支援している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	食事の調理・盛付・配膳・片づけ等、個々の能力を活かし、可能な限り職員と一緒にいる。食事も利用者どうし、同じテーブルで食べて頂き、職員は楽しく食事ができるよう支援している。		

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
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。	福祉メニューを提供しています。薄味を心がけ、職員も検食し、所見を記入しています。お茶タイム、おやつタイムを設けて水分摂取等にも気を付けています。		
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、声かけにより、その方に応じた口腔ケアの支援をしている。定期的に訪問歯科を受けています。		
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。	排泄表に記録し、各人ごとの排泄パターンの把握に努め、失敗を減らすよう適宣声掛けしている。又、排泄の促しや誘導も行っております。さらに、排便の回数や形状などの確認にも努めている。		
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。	ラジオ体操、散歩、家事等を出来る限り毎日やって頂くとともに、食物繊維の多い食事を心掛けています。		
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。	入浴の順番など本人の思いを尊重し、入浴を楽しむことができるよう支援を行っている。		

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
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。	ケアプランに従い、出来る限り日中の活動を促し、夜間の安眠に繋げられるよう努めている。		
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。	服薬ファイルの作成や処方箋のコピーケースごとに整理し、全職員が内容を把握できるようにしている。服薬時、本人への名前確認と必ず飲み込みまで確認している。		
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。	一人ひとりの有する力を最大限発揮して頂けるよう、職員と一緒に家事などを行って、張り合いのある生活を送らせている。		
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。	一人ひとりのその日の体調に合わせて、積極的に戸外に出られるよう支援している。外出時はご家族、職員が支援しています。		
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。	朝食食材の買い物、要望があれば介護職員の同行のもと、私物の商品購入をして頂き、ご自分で支払いをしたいたでている。		

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。	プライバシーに配慮しながら、電話や手紙のやり取りができるよう支援している。		
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。	使いやすい物やなじみの物などを選んで使って頂いたり居室に置いている。フロアの飾りつけや家具の配置などは利用者と一緒に考えている。		
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。	ソファやテーブルの配置などに配慮し、落ち着いてくつろげるスペース作りに取り組んでいる。		
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。	家具やタンスなど、思い出の品やなじみの物が持ち込まれ、それぞれの利用者の居心地の良さを考え配慮している。		
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。	本人の状況に合わせた環境整備に努めている。本人の不安、混乱材料を取り除き、自立支援に繋げている。		

平成28年度

目標達成計画

グループホーム横浜鶴見の家

作成日： 平成29年4月3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	35	災害時の避難の時、地域の協力が必要である。	災害からの避難時の、地域の協力。	散歩の時間等を利用し、地域の方への声かけを繰り返し行っていく。	6ヶ月
2	33	重度化や終末期に向けた対応がより一層必要になる。	重度化や終末期に向けた対応の強化。	協力医、管理者、職員を交え、話し合いをしていく。	6ヶ月
3	4	運営推進会議に参加する家族が固定化されている。	運営推進会議に参加の少ない家族の参加をめざす。	面会時や手紙などで、参加への呼びかけを行っていく。	6ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月