

1 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	0891700049		
法人名	株式会社メディカルアシスト		
事業所名	グループホームたんぼぼ	ユニット名(Aユニット)
所在地	取手市桜が丘1-17-13		
自己評価作成日	令和 1年 10月 8日	評価結果市町村受理日	令和 2年 1月 16日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kihon=true&JigyosyoCd=0891700049-00&ServiceCd=320
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 いばらき社会福祉サポート
所在地	水戸市大工町1-2-3 トモスみとビル4階
訪問調査日	令和元年11月21日

【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)】

当事業者は、地域との繋がりを大切にしています。小学校や中学校からの訪問依頼を受けています。
 小学校、高学年の子供たちは認知症についての学習をして交流訪問をし、低学年の子供たちは町探検で訪問してくれています。中学生の訪問になると、実際の業務のお手伝いをしてもらっています。
 また、可能な限り地域で開催される行事へも参加させていただき、地域の一員として知っていただけるようにしています。

【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)】

事業所は新興住宅地の一角に立地し、周りには小学校や中学校、田園が広がっており、利用者は四季の移り変わりを日々の生活や散歩を楽しむ中で感じることができる。
 職員は家庭的な雰囲気の中で、利用者に寄り添い、行動を制限することなくその人らしい生活ができるよう支援している。
 地域の小学校や中学校とは認知症についての学習や職場体験を通して交流を持ち、地域の一員として活動をしている。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印
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)	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る (参考項目:9,10,19)
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)	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:2,20)
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)	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が広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)
59	利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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)		

自己評価および外部評価結果

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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ふ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	朝礼時、職員全員で唱和し、意識付けしている。	理念を事務所や玄関に掲示。ユニット毎の理念も作成し、食堂兼居間に掲示している。1日のスケジュールを立てて行っているが、理念の「自由な生活の意義」を意識して、強制はせず出来るだけ利用者の意思に任せている。	
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	自治会へ加入し、自治会で開催される行事へは、無理のない程度で参加させてもらい、地域との繋がりが途切れないようにしている。	自治会主催の夏祭りや盆踊りに参加しているおり、こどもみこしが来てくれる。認知症サポーター養成講座の一環として管理者が小学校を訪問して話をするほか、学習発表会に招かれ利用者と一緒に小学校を訪問するなどの交流ができています。	
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	近隣の小・中学校の生徒がホームへ来訪し、利用者様との交流の機会を設けている。また、近隣にお住いの住民の方が見学に来られることもある。		
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	2か月に1度の運営推進会議を開催し、利用者様の状況を伝えたりしている。また、地域で暮らす方々の現状等を相談したり、避難訓練へ参加してもらい、より良いサービスが提供できるようにしている。	地域包括支援センター職員や各町会の民生委員が複数参加して定期的に開催している。事業所からの報告や委員からの意見を聴いて運営に活かしている。	
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り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	地域包括支援センターの職員と協力をし、認知症サポーター養成講座を開催したり、運営推進会議には地域包括支援センターの職員の方に毎回参加していただき、情報交換をしている。	市職員と一緒に認知症サポーター養成講座を開催している。グループホーム連絡協議会会議時に、情報交換しながら協力体制を築いている。市が主催する「成年後見制度利用の関係者が集まる会」の講師依頼があり、管理者は講師となって協力している。	
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	目の前が公道で車の往来の激しい時間帯や直線道路となっている為、スピードを出している車も多くある為、利用者様の安全確保のためにも施錠をしている。外気浴や希望時には開錠している。	身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会設置はあるが、定期的な開催と指針を作成するまでには至っていない。身体拘束排除に関するマニュアルがあり、見直しも行っているが、研修を行うまでには至っていない。	身体拘束適正化検討委員会を3ヶ月1回開催し、介護職員に周知徹底を行なうとともに、身体拘束適正化の指針を作成し、年2回以上研修を行うことを期待する。

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法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	内部研修を行うことで虐待について学び考える時間を設けている。		
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	行政担当者から情報を頂き、必要である方は、関係機関と話し合いの上で活用できるよう支援している。		
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	契約時にパンフレットや重要事項を用いてわかりやすく説明をし、理解と納得を頂き契約をするようにしている。不安な点や質問などはいつでも受け付けている。		
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なら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	苦情相談窓口を設け、契約時に説明をしている。面会時などにも家族の方からの意見を伺い、運営に反映できるようにしている。	重要事項説明書に苦情相談受付窓口を明示するとともに、意見箱を設置している。面会時や電話連絡時に意見を聴くように努めている。家族等から意見が出た際に、管理者は職員と話し合ったり、運営推進会議にも協議し対応に努めている。	
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	日々の申し送り時やユニット毎に連絡用紙を用いて意見を出して、ホワイトボードへ貼り付けて確認し、意見を出し合い統一したケアが行えるようにしている。代表者へは、自己評価表へ意見や思いを記入している。	台所内のホワイトボードに意見や提案などを書いた連絡用紙を貼り付け、まとめて管理者に報告や相談をしているほか、年3回職員に自己評価を提出してもらい、意見や思いをくみ取っている。	
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	職員からの意見や提案については、職員へ周知し、実践してみる。改善が必要であれば意見を出し合って改善策を検討して、日々の介護がより良い介護になるよう取り組んでいる。		
13		○職員を育てる取り組み 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	内部研修を開催するなどして、職員の学びや知識向上に努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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作り、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り組みをしている	グループホーム連絡会を開催し、他のグループホームや行政との情報交換の場を設け、サービスの質の向上に努めている。また、各事業所で抱えている悩みについても相談できるような勉強会を開催して、職員同士が共感できる場を設けている。		
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 サービスを導入する段階で、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	入居前に本人と会う機会を設けるようにしている。本人や家族からこれまでの生活状況を聞くことで、本人の思いや要望を取り入れるようにしている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、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	本人との面会時には、家族の方にも同席していただくようお願いをし、これまでの経緯等を伺い、不安や要望を聞き取るようにしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、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	見学や申し込み時に本人や家族からの相談内容を伺い、思いや状況を確認し、グループホーム以外のサービスに繋げることが出来るようにしている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	本人を尊重し、自分で出来ることはなるべく自分の力で行ってもらうようにしている。それぞれの力量にあった作業が苦痛なく出来るように支援している。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、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	協力的な家族の方が多く、面会に来訪される回数も多くなっております。ホールや居室内でくつろいでいただいたり、ご家族の方がレクリエーションを行ってくださっている。また、外食や外泊、お墓参り等に出かけることもある。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援	入所以前からの付き合いのある方々が気兼ねなく訪問できるように声掛けるなどして関係が途切れないように努力している。入所の際には使い慣れた馴染みの家具などを持ち込んでもらい安心して暮らせるよう配慮している。	入居時の利用者や家族等からの情報とともに、来訪した友人からも話を聴き把握している。家族等と外食や買い物に出かけたり、近隣のカフェでお茶を飲むなどしている。職員と一緒に馴染みの店で買い物をして、これまでの関係が継続できるよう支援している。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
		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			
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	おやつ作りやレクリエーションを通して交流が図れるようにしている。必要に応じて職員が間に入り、スムーズに交流が出来るように配慮している。		
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	サービス終了後も家族の気持ちに配慮し、関係を継続できるようにしている。相談事にも応じられるようにしている。		
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	自分らしく暮らすことができるように、言葉や行動を観察している。また、思いを伝えられない方に関しては本人の立場に立って考えられるよう努めている。	1ヶ月毎に担当職員を替えながら、利用者のモニタリングを実施する仕組みをとり、全職員が利用者一人ひとりの発する言葉や顔色などで把握し、把握した内容を個人記録に記録し共有している。	
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や家族の方々に今までの暮らし方や生活歴についての必要な情報を聞き、日々の暮らし方や生活歴についての必要な情報を聞き、日々の介護に取り入れられるようにしている。		
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	朝・夕の申し送りで、一人ひとりの状態を報告し、状態の把握をしている。		
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	職員各自に担当してもらいモニタリングを行っている。介護計画書を作成する際には参考になっている。家族の意見や本人の状態が変化した際には随時見直しを行っている。	1ヶ月毎に担当職員を替えながら、利用者のモニタリングを行い、全職員に計画書を見てもらい、修正をしている。基本6ヶ月で見直しを行っているが、変化があれば随時見直しを行っている。	
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	個別の記録用紙に日々の生活状況を記入し、朝・夕の申し送りで報告をし情報を共有している。この情報を基にカンファレンスを開催し、計画の見直しに生かしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	本人や家族の状況変化やニーズに合わせ柔軟な支援と対応に取り組んでいる。自治会の夏祭りへ招待していただくなどして地域交流にも参加している。		
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	地域住民として除草作業へ参加することがある。また、小・中学校との交流を持ち、楽しい時間が過ごせるようにしている。		
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、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	入所後もかかりつけ医の診察が受けられるよう家族へ協力を依頼している。また、緊急時は職員が同行して受診したり、往診を依頼し、適切な診察を受けることができるようにしている。	協力医療機関の医師による訪問診療が月2回あり、かかりつけ医も訪問診療をしてくれている。医師と看護師、管理者とで無料通話アプリで共有できる環境を作っており、24時間安心できる仕組みがある。	
31		○看護職との協働 介護職は、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	週1度の訪問看護時に状態を伝え、助言や指示を仰ぎ対応している。また、緊急時や状態変化の際は、看護師、医師とのグループLINEを使い医師からの助言や指示を仰ぎ、情報を共有している。		
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、又、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。あるいは、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。	入院時には情報提供書を提出し、安心して治療に臨めるようにしている。面会時には入院中の状態を伺うようにして、職員へも経過を報告して情報を共有している。退院後の対応がスムーズに行えるよう意識付けをしている。		
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	入所時に重要事項説明書により、重度化した際の対応に方針を説明している。状態変化などについては、随時家族へ報告している。家族や主治医と話し合いをし、設備の整った総合病院などを受診したりしている。	基本的に看取りは行わない事業所であり、契約時に重度化ケア対応指針で説明している。重度化に関するマニュアルは作成しているが、職員が定期的な研修を受けるまでには至っていない。	重度化ケア対応指針に基づいた職員研修を実施することを期待する。
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	緊急時のマニュアル整備を行っている。勉強会を開催し、冷静な行動と対応が出来るような体制を整えている。		
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回の避難訓練を実施し、地域住民や近隣住民の方々の協力が得られるようにしている。また、地域で開催される防災訓練にも参加し、災害に備えている。	夜間想定を含む避難訓練のほかに、地域で開催する防災訓練に参加している。近隣住民の避難訓練への参加はないが、非常時の協力体制は整っている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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	その人に合わせた対応ができるように心がけている。入室の際もノックをしたり、ひと声かけてから入室するようにしている。	誇りやプライバシーを損ねない言葉遣いに配慮しているほか、居室への入室の際もノックや一声かけるように心がけている。個人情報に関する書類は、事務室の鍵のかかる書棚で管理し情報漏洩に配慮している。	
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	本人の思いや希望を察し自己決定が出来るような声掛けや環境作りをしている。また、一人ひとりの能力に合わせた声掛けを行い、自分の意思が反映させられるようにしている。		
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	基本的な1日の流れはあるが、一人ひとりの生活リズムに配慮して起床・就寝・食事等、本人のペースに合わせて対応できるように心がけている。日々の生活が楽しくなるよにと声掛けや場面を工夫して自分らしさを引きだせるようにしている。		
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	定期的にかットボランティアの方に来訪していただき散髪をしてもらっている。その他、本人が希望する髪型に出来ない場合は、近隣の美容室へ通ったりしている。衣類などに関しても季節ごとに購入に出かけることもある。		
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	無理のない程度でのお手伝いを行っている。おやつ後のコップや皿洗いなど。	献立や材料など、宅配業者に依頼し、職員が調理しているが、利用者の苦手な物の際には、変更している。利用者は能力に応じた、下膳や茶わん洗いなどの手伝いをしている。季節ごとの行事食を楽しんでいる。	
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	栄養バランスのとれたメニューを提供している。一人一人の状態に合わせて食事形態を変えて提供している。食事や水分量は、個別記録に記録している。夜間帯も、状態や状況に合わせて水分補給を行うなどの支援をしている。		
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、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	毎食後、必ず口腔ケアを実施している。また、必要に応じて歯科往診を依頼したり、歯科衛生士による定期的な口腔ケアを実施している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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むけた支援を行っている	排泄チェック表を用いて個人の排泄パターンを把握するように努めている。排泄での失敗が少なくなるよう時間や行動に気を付けて誘導したりしている。	利用者一人ひとりにあった時間や行動に気をつけて声かけを行っている。日中はほとんどの利用者がトイレでは排泄しているが、夜間は不安解消から居室にポータブルトイレを置いている利用者などもある。	
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	排泄チェック表を用いて排泄の有無を確認している。便秘傾向の方には、センナ茶を提供している。(個人に合わせて量や濃さを調整して提供している)身体状況に合わせた運動も取り入れてスムーズな排泄になるよう支援している。		
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、個々にそった支援をしている	本人の希望に基づき入浴表を作成している。当日の体調や気分にも考慮して対応している。安全性を確保するために2人介助を行うこともある。季節感を感じられるように、菖蒲湯や柚子湯なども楽しんでいただいている。	基本週3回、午後からとしているが、利用者の意向にそっていつでも入れるよう支援している。入浴表を作成している。菖蒲湯や柚子湯で季節感を味わっている。	
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	昼夜逆転しないよう配慮しつつ、居室やソファなどで休息できるようにしている。また、一人で過ごせる時間も大切に、室温にも気を配っている。天気の良い日には布団を干し、安眠できるようにしている。		
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	個別に薬情をファイルに綴り確認できるようにしている。また、不明な点については、近隣の調剤薬局の薬剤師へ質問し理解できるようにしている。薬の変更があった際はホワイトボードへメモを貼り周知している。		
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	個人の力量にあったお手伝いをしてもらっている。(新聞折、洗濯物たたみ、タオル干し等)		
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。又、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	ホーム周辺に散歩へ出かけたり、玄関ポーチへ出て体操やお茶をしたりしている。地域での行事や季節の行事へ参加し、楽しめるように支援している。	散歩に出かけている。玄関ポーチで体操をしたり、お茶を飲んだりしているほか、サンデッキへ出て外気浴をしている。おやつを持ち、近隣の花見に行くときもあるほか、家族等と一緒に近隣にカフェでお茶を飲んでくる利用者もいる。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	家族からお小遣いを預かり施設金庫で保管している。買い物際には職員が付き添い、お金を持って自分で支払い購入する支援をしている。また、家族へは毎月、請求書と共に収支決算を報告している。		
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	家族や知人との繋がりが保てるように電話や手紙など、本人の希望に添え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	居室内には使い慣れた家具等を設置している。共有空間は、居心地がよくなるように室温などの環境整備に配慮している。玄関先には季節の花を植えたりしている。時折、犬を連れてくる方がおり、動物と触れあう機会がある。また、小さい子供の来訪もある。	食堂兼居間には天窓を設置し、光を取り入れ明るく開放的な空間になっている。廊下は広く手摺を設置して、歩行訓練ができるよう工夫している。居間にはグランドピアノやゆったりとしたソファ、カラオケ、テレビがあり癒しの空間となっている。玄関ポーチにはベンチが設置され、日光浴ができるようになっている。	
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	状況に応じてホールのレイアウトを変更するなどして快適に過ごせるようにしている。また、テラスには椅子やテーブルが設置してあるため、お茶をしたりしている。		
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	安心して暮らせるように長年愛用していたものや家族との思い出の品々を置くなどして居心地よく暮らせるようにと工夫している。	居室は整理整頓されており、転倒防止や躓きなどに配慮した居室になっている。利用者の好きなものを持ち込めるようになっていて、寝具やテレビ、洋服、スケッチブック、椅子、家族の写真など思い思いの物を持ち込んでいる。	
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」「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	各居室には表札を表札を付けるなどして自分の居室がわかるようにしている。居室内のベッド等の配置も各自の状態に合わせて配置換えをして安全に生活できるようにしている。		

(別紙4 (2))

目標達成計画

事業者名 グループホームたんぽぽ

作成日 令和 2年 1 月 15 日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに次のステップへ向けて取り組む目標を職員一同で話し合いながら作成します。
目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【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り組み内容	目標達成に要する期間
1	6	身体拘束適正化検討委員会を3か月1回開催し、介護職員に周知徹底を行うとともに、身体拘束適正化指針を作成し、年2回以上研修を期待する。	書類の整備と研修の実施	身体拘束適正化検討委員会を開催。周知徹底。書類整備。	2週間
2	33	重度化ケア対応指針に基づいた職員研修を実施することを期待する。	研修の実施	訪問看護の看護師又は看護師資格保有の社長へ重度化に関する研修を依頼する。	3ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注1) 項目番号の欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。