

<認知症対応型共同生活介護用>
<小規模多機能型居宅介護用>

評価結果報告書

地域密着型サービスの外部評価項目構成

I. 理念に基づく運営	8
1. 理念の共有	1
2. 地域との支えあい	1
3. 理念を実践するための制度の理解と活用	3
4. 理念を実践するための体制	2
5. 人材の育成と支援	0
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	1
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応	0
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援	1
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	5
1. 一人ひとりの把握	1
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し	1
3. 多機能性を活かした柔軟な支援	0
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働	3
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	6
1. その人らしい暮らしの支援	4
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり	2
合計	20

事業所番号	1492600794
法人名	株式会社グループホームたんぽぽ相武台
事業所名	グループホームたんぽぽ相武台
訪問調査日	平成31年2月15日
評価確定日	平成31年3月31日
評価機関名	株式会社 R-CORPORATION

○項目番号について
 外部評価は20項目です。
 「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。
 「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。

○記入方法
 [取り組みの事実]
 ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入しています。
 [次ステップに向けて期待したい内容]
 次ステップに向けて期待したい内容について、具体的な改善課題や取り組みが期待される内容を記入しています。

○用語の説明
 家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。
 家族 = 家族に限定しています。
 運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。
 職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。
 チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

平成 30 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	142800190	事業の開始年月日	平成21年8月1日	
		指定年月日	平成21年7月31日	
法人名	株式会社 たんぼぼ相武台			
事業所名	グループホーム たんぼぼ相武台			
所在地	(〒252-032) 神奈川県相模原市南区新磯野1-3-5			
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	ユニット	
自己評価作成日	平成31年1月21日	評価結果 市町村受理日		

※ 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)】

利用者様が居心地の良いと感じるのんびりと過ごせるアットホームな施設にしたいとしています。こじんまりとした施設のために、利用者様とのコミュニケーションがとりやすかったり、又体調の変化も発見しやすい利点があると思います。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 R-CORPORATION		
所在地	〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町3-30-8 S Yビル2F		
訪問調査日	平成31年2月15日	評価機関 評価決定日	平成31年3月31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)】

●この事業所は、総合福祉のネットワーク株式会社坂本企画の関連会社、株式会社グループホームたんぼぼ相武台の経営です。たんぼぼネットワークは「人とのふれあい」「手厚い介護」「安心感」をテーマにした総合福祉グループです。グループでは、サービス付き高齢者向け住宅、住宅型有料老人ホーム、小規模・多機能サービス、認知症ディサービス、訪問介護、居宅介護支援、グループホーム等の高齢者福祉事業を多く展開しています。ここ「グループホームたんぼぼ相武台」は小田急線「相武台前駅」北口から「グリーンパーク行き」バスに乗り終点の「グリーンパーク前」で下車して、徒歩3分程住宅地の中に位置し、周囲には保育園、小学校、専門学校等の文教施設が多数点在し、また、相武台まちづくりセンターやこどもセンター等の公共施設もある静かな地域にあります。

●事業所の開設時に作成した10項目からなる理念を玄関に掲示し、職員会議や毎日の申し送り時に振り返りながら、日々、理念に沿ったケアの実践につなげています。管理者は、長年勤務された介護支援専門員の経験を活かし、利用者が「毎日を楽しく過ごせるよう」にとの思いから、レクリエーションや行事等の充実を図りたいと考えており、今後専任の担当者を決めて実行する等、充実した日々を送って頂けるように支援していくことを計画しています。

●地域との交流では自治会に加入しており、回覧板を通して地域行事を把握しています。回覧板が回ってきた時には職員や利用者にも内容を周知し、可能な行事には参加するようにしています。また、地理的にも相武台公民館、まちづくりセンターと言った公共施設に近いため、相武台ふるさと祭りや福祉の集い、公民館まつり、夏祭り等の行事には利用者をお連れして毎年参加しています。更に、月1回開催される認知症カフェ「そあら」の会場も近く、毎回参加して地域の方との交流を図り、社会性を維持できるように支援しています。

総合

【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 たんぽぽ相武台
ユニット名	1階

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	地域に馴染み、地域住民との共生していくことが地域密着型の狙いと見え、日頃より、運営推進会議や自治体の行事等にできる限り参加し、また近隣の方との交流も積極的にしている。	事業所の理念を玄関に掲示しています。理念を職員会議や毎日の申し送り時に振り返ることで理念を共有しています。管理者は、地域に馴染み、地域住民との共生が地域密着型の狙いと見え、日頃から運営推進会議や自治体の行事等にできる限り参加しすることで、地域との交流を図っています。	今後の継続
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	相武台ふるさと祭り、福祉の集い、公民館祭り、夏祭りなどに積極的に参加している。	自治会に加入し、回覧板を通して地域行事を把握しています。回覧板が回ってきた時には職員や利用者にも内容を周知し、可能な行事には参加するようにしています。毎年開催されている相武台ふるさと祭り、福祉の集い、公民館まつり等に参加して交流を図っています。また、月2回傾聴ボランティアの方の来訪もあります。	今後の継続
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	スタッフ募集の看板を掲げている。近隣の住民の方から応募があったり、ボランティアの申し込みがあったりするので、理解を得られていると思う。		
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	運営推進会議では、利用者の状況、施設の活動、直面している問題等を報告している。アドバイスを受け施設サービスに生かしている。	運営推進会議は奇数月の土曜日に設定し、年6回開催しています。自治会長、民生委員、高齢者支援センター職員等の参加を得て、事業所の現状や活動報告、事故等についても報告し、様々な意見を頂いています。また、地域の情報についても情報を頂き、申し送りや職員会議で検討して、実施出来るものから順次実施しています。	今後の継続
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	市町村から送付される資料を参考にし、サービスの取組みに生かしている。実地指導の際の指摘を守るようにしている。	相模原市からは、郵便で感染症などの情報や研修の案内等が送られて来るので、必要に応じて参加しています。生活保護受給者の方が3割程入居している関係で、市の担当者とは連絡を密に取り合っています。また、相模原市のグループホーム連絡会にも加入しています。高齢者支援センターが近くにあることから、散歩時に立ち寄り顔なじみの関係を作っています。	今後の継続

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	身体拘束は行わないことを前提にして、身体拘束委員会の実施と、やむを得ない場合の身体拘束の記録をつけている。研修も行っている。	身体拘束は行わないことを前提としています。身体拘束のマニュアルを完備し、身体拘束委員会の実施と共に虐待の防止について研修を行っています。日常における身体拘束に係る事項に関しては、職員同士でチェックし合うようにしています。玄関やユニット間の出入り口は、安全や防犯のために家族の了解を得て、日常的に施錠しています。	今後の継続
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	職員には研修を通して、日常業務の中で虐待の行為がないか、自己点検を行ってもらっている。職員会議で話し合っている。		
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	職員研修において、プライバシーの保護を学習した。成年後見人成度を利用されている方が2名いらっしゃる。対応ができています。		
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	契約の際は、利用者の意向を伺い、サービスの提供に努めるとともに、信頼関係の構築に努めている。		
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	毎月一回たんぼぼ便りにて、ご意見、ご質問等あればと伝えている。またご家族に運営推進会議への参加を呼びかけているので参加の返事を待っている。	毎月「たんぼぼだより」を発行し、家族に様子を伝えていきます。家族が面会に来られた際にも近況報告と併せて意見や要望を聞いています。面会に来られない方へは、一人ひとりの近況報告等を文章を加えて送付しています。今後は、利用者の行事時の写真なども添付して送付することを検討しています。	今後の継続

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	職員会議の場や日頃の発せられる職員の意見を上部に伝えている。	毎朝の申し送りや、毎月の2ユニット合同の職員会議等で聞いています。日常のケアの気付き等は、申し送りノートに記入して情報を共有しています。管理者と職員との個人面談は年1回行われ、面談時に出た意見や提案は職員会議で検討し、内容に応じて上部に報告し、事業所の運営に反映させています。	今後の継続
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	管理者は職員へ代表者からの伝達事項の連絡を行い、また職員からの要望を代表者に伝え回答をもらえるようにしている。		
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	月1回のミーティングでは必要な研修を実施しており、事業所で行う合同研修の参加もしている。職員に参加のばらつきがあり、参加に消極的な職員もいる。		
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	他のたんぼぼグループで開催しているカラオケ大会の参加やフラダンスの会などに利用者を連れて参加している。本年度は特養の職員3名が施設見学を希望され、交流した。		
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	環境が変わり不安を感じていらっしゃる利用者に対し、安心していただけるように心配りをしています。過去の生活歴などの情報はスタッフ全員が共有しています。		

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	施設見学に来所された時点で困りごとや問題点等をお聞きしています。契約書を交わす時点でも、支援をするうえでも、双方の協力や、信頼関係が必要なことを説明しています。		
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	利用者の入居の状況は様々であるが、その事情にあったサービスを提供している。例えば他の市町村からの移転だったりするときは住所変更を行う。		
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	利用者がまず困っていないか、体調が悪化していないか、本人の気持ちを職員がわかり、傾聴の姿勢を持つようにしている。		
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	利用者が施設で生活するうえでも、家族の励ましや協力が大事なためにいい関係を保てるように手紙や電話で連絡を取っている。		
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	家族以外にも友人の訪問も行っている。なじみの関係や個別に対応できるように傾聴ボランティアの利用をしている。	家族の面会時に外出や食事に出かけている方、家族の面会が困難な方は、職員や後見人の対応で外出や墓参りに出かけている方もいます。電話や手紙のやり取りをされる方には、取次ぎや葉書を用意する等、馴染みの関係を継続出来るよう支援しています。	今後の継続

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	リビングでは利用者の席が決まっているが利用者の個性や相性を見て決めている。利用者同志いい関係で関わり合いができるように職員も支援に努めている。		
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	退所後あるいは退所後に亡くなられたご家族から連絡を頂いたりすることがあります。近況をお聞きしたり、相談、お申し出などに対応しています。		
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。	思いを伝えられない人には傾聴で思いをくみ取るようにし、又意思を伝えられる人の要望には可能な限り寄り添うようにしています。	入居時は、本人や家族、担当ケアマネージャー等から得られた情報を基に基本情報シートを作成しています。基本情報シートを基にアセスメントを行い、思いや意向の把握に努めています。入居の経過と共に、職員の気づきや本人が発した言葉は、個人記録や申し送りノートに記録して職員間で情報を共有しています。	今後の継続
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	ご家族、他事業者、病院から情報提供などから情報提供を取り寄せ、把握に努めています。		
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	ケース記録、申し送り、本人の訴え、身体状況の観察に努め把握するようにしています。		

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
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	管理者・計画作成者・ユニットリーダー・職員で意見を交わし、気付きノートなどを参照し、家族の希望を介護計画に反映できるようにしています。	介護のサービス内容は、支援経過記録に日々記録して、3ヶ月毎にモニタリングを実施しています。介護計画は、6ヶ月毎にケアカンファレンスを管理者（計画作成担当者）、フロアーリーダー、職員を交えて行っています。短期目標は6ヶ月、長期目標は1～2年で見直しています。入退院などの特変があった場合は、その都度見直しを行っています。	今後の継続
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	サービスは、共通のサービスと個別サービスがある。その人にあったサービスを提供したい。ケース記録や支援経過に記録している。		
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	居宅療養管理指導を取り入れて、訪問看護、訪問歯科衛生士による口腔ケアを行っている。個人の希望に応じて、訪問マッサージや訪問理容のサービスを受けている。		
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	地域資源として傾聴ボランティアを利用している。		
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	家族、ご本人の希望や状況に応じ以前からの病院へも通院していただいています。緊急時には緊急搬送先の病院を利用します。たんぼぼの主治医とは医療連携を取っており24時間体制で相談ができ、指示を仰ぐことができます。又、隔週の往診があります。	入居時に事業所の提携医について説明し、家族や本人の希望を尊重して主治医を決めて頂いています。現在は全員が事業所の提携医を主治医として月2回の往診を受けています。主治医とは24時間のオンコール体制を取っており、夜間や急変時にも対応可能なため、家族にとっても安心につながっています。歯科医は週1回の往診があり、月に2～4回の口腔ケアを受けています。他科の診察が必要な場合は紹介状を書いて頂き、家族や職員の対応で受診しています。	今後の継続

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	医療連携の中で、毎週、看護師が訪問しています。身体状況の観察、バイタル測定、処置などを行っています。個々人身体の相談に応じています。		
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。	入院時には、主治医、家族と連絡を取り、適切な対応ができるようにしている。入院先を訪問し、生活相談員、看護師から身体状況を確認。医師から情報提供書を入手し、ご家族と今後の対応について相談しています。		
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	入所時にご家族に説明し、理解を得ています。主治医とご家族と話し合いができる体制があります。	契約時に「重度化した場合に置ける対応に関する指針について」及び「終末期宣言書」の内容について説明し、同意書にサインを頂いています。病状や体調に変化が生じた際には、家族、医師、管理者等による話し合いの場を設け、種々様々な選択肢を示し、家族の意向を尊重して最善の支援に努めています。	今後の継続
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	急変時には主治医の指示に従っております。応急対応については話し合ったり、勉強会をしています。		
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	消防訓練を年2回実施し、災害時の訓練をしています。訓練時に、気づいたことを意見として出してもらい、スタッフの意識向上を図っています。	防災訓練は年2回、うち1回は消防署職員の立合の下で実施しています。事務所内に防災に関するマニュアルを整備し、職員が自主的に確認出来るようにしています。現在は地域住民の協力体制を得られていませんが、今後は運営推進会議で事業所を地域の一時避難場所として提供する等、防災面も含めて検討していきたいと考えています。	今後の継続

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	アットホームな雰囲気を大事にしつつも、その人その人の人格を尊重し、話し方、接し方には十分に注意するようにしています。お部屋に伺う時も声かけを心がけています。	利用者への呼称は基本的に苗字を「さん」付けて呼んでいますが、家族や本人の希望を取り入れた呼称で呼ぶこともあります。声かけ時には、自己決定を促す声掛けを心掛けて対応するようにしています。個人情報の入った書類関係は、鍵の掛かるロッカーで保管しています。	今後の継続	
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	分かり易く声かけし、傾聴に努めています。聞いてくれている安心感を持って頂ける様、急がず耳を傾けることが大事だと考えています。	/		/
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	その人に必要と思われるサービスを提供したい。どのように過ごしたいか、実際実行してほしいが、利用者の多くは自主的に動かれる方は少ないので、声かけの工夫をして誘導をしている。			
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	清潔を第一として、男性ならば髭剃りなどを行い、女性ならば整髪など訪問理容でしている。職員がお手入れをすることもある。季節ごとの衣服の入れ替えもご家族と相談し行っている。			
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	食事は個々の口腔状態に合わせ、刻み食や一口大と食べやすく変えています。摂取時間も遅い人は50分位を要しますが、ご自分のペースで召し上がって頂いています。味付けも塩分を控えたものを出すように心がけています。	食材はレシピ付きで業者に発注し、職員が調理していますが、出来る方には、下拵え等の準備や下膳を手伝って頂いています。食事の前には、必ず口腔体操を行い、嚥下等に留意しています。また、年間の行事に合わせた食事の提供や、お弁当を用意したり、5月にはバーベキューをする等の変化を付けた食事の提供で、食事を楽めるように工夫しています。	今後の継続	

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	水分摂取の少ない方には、声かけなど可能な限り、飲んで戴けるようにしています。また熱発時は、多めに摂取してもらうよう、申し送り等で徹底しております。栄養バランスについては、食材配達を利用し、栄養士の作成するメニューで提供しています。		
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、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	明食後、個々人に声かけして支援している。義歯の洗浄剤は毎晩実施。又、毎週1回、訪問歯科衛生士による口腔内チェックを依頼して、状態把握、紙面による報告があり、ご家族にも報告しています。		
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	個々人の排泄パターンを職員間で話し合い、適切なオムツ選び、介助の支援をしている。記録をつけており、時間で声かけまたは、誘導など一日を通して実施している。又、頻尿、便秘などのケースは医師と相談して対応しています。	日中と夜間はリハビリパンツを使用していますが、ほとんどの方は自分でトイレに行き排泄しています。失敗があった場合でも安易にオムツやパットを使用するのではなく、声掛けと見守りで対応することで、トイレでの排泄習慣が機能として残るよう支援しています。	今後の継続
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	水分補給については記録をつけ、介助、声かけにて、補給の援助をしている。便秘薬は医師と相談して個々人に対応しています。毎朝のミーティングで排便の確認をしている。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	無理強いはせず、希望を取り入れ声掛けし対応している。入浴に際しては、入浴前のバイタルは必ず確認し、体温や血圧の状態により見送ることもあります。入浴拒否の多い方には、声かけの工夫もしている。	入浴は月～金曜日の午前中、週2回を基本として入浴支援を行っています。入浴拒否のある方には、職員を変えたり、曜日を変える等しながら、気持ち良く入浴していただけるように心がけています。入浴前にはバイタルチェックを行い、脱衣後には全身の皮膚チェックもしています。また、入浴時間や水分摂取も確認しながら脱水症状等に留意しています。	今後の継続

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	季節に応じたエアコンの利用、温度設定について職員間で話し合い、照明の調整など、こまめに対応している。清潔なリネンも整えている。		
47		○服薬支援 一人ひとりを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	薬は、一日毎朝、昼、夕、眠前に仕分けされた容器で保管され、その都度職員が利用者へ届けています。服薬については介助が必要な人に限らず、その場で飲み込みまで確認して記録用紙に落とししています。頓服用の記録もしています。		
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	毎朝、体操、廊下歩き、CD音楽、合唱、新聞、パズル、塗り絵、カルタ、トランプなどを楽しんで頂いています。天気が良ければ、庭に出て、外気浴やボール投げ等で身体機能の維持に心がけています。		
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られるように支援している	季節や天候に応じて近隣の散歩をしている。又系列のデイサービスでのカラオケ、フラダンスなどにも数名ドライブを兼ねてお連れしている。	日常的な外出支援は、近くのグリーンパークの公園や認知症カフェ「そあら」に出かけています。春には庭のプランターに季節の花々を植えて、利用者と一緒に水やりをしたり、花を見ながら外気浴等も行っています。遠出の外出支援では、ドライブを兼ねた花見や、初詣にも出かけています。また、系列のデイサービスで行われる、カラオケ、フラダンス等にもドライブを兼ねてお連れしています。	今後の継続
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、お金の所持したり使えるように支援している	個々人の日用品購入の為、小口現金をお預かりし小口現金帳に記録して管理している。家族の同意も得ている。メモ帳、ボールペン。コーヒーカップ、ご希望に応じて購入させ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	希望があれば、家族、友人の電話を取り次いでいます。手紙、はがきの支援もしています。		
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	入居者が仲良く、気持ちよく交流できるよう支援している。職員が季節に合わせた制作物を指導し、利用者によってもらい、展示している。	リビングは広く、大きい窓からは採光が良く入り明るい空間でなっています。また、除湿器や加湿器、空気清浄器も設置され、快適な湿度や室温が保たれています。壁には、利用者と一緒に作成した折り紙や貼り絵等も飾られています。食後はリビングで過ごす方が多く、歌や詩吟、ボーリング、しりとり、トランプ等のレクリエーションをしながら過ごしています。今後レク担当者を設け、更なるレクの充実を図りたいと考えています。	今後の継続
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	利用者が過ごすリビングの席は、隣同士で話ができる方を選んでいる。様子を見て問題があれば席替えを行うこともある。一人の空間を好む利用者もいらっしゃる。		
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	入居時にご家族に必要な物を伝え、傍に置きたい物をご用意していただいている。制作物も飾って頂き、個性的な部屋づくりをされている。	居室には、エアコン、クローゼット、ベッド、換気扇が完備されています。入居時には使い慣れた家具や馴染みの物を持ち込んで頂くことを勧め、使い慣れた家具やテレビ、家族写真等が持ち込まれ、各々馴染みの物に囲まれながら安心して過ごせる居室作りがされています。日常の掃除は、出来る方は職員と一緒に箒やモップがけを行っています。	今後の継続
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	個々人の洗濯物たたみ、食器フキ、テーブル拭き、手すり拭き、フロアのモップかけ等、できる人にはしていただいています。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム
たんぽぽ相武台

作成日

平成31年2月15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		高齢になり身体機能の低下がある。	筋力が低下しないように運動を進める。	廊下歩行、階段昇降、踵上げ等の下肢運動をして筋力低下を防ぐ	1年
2		病気により、できることが少なくなってきた。	日常生活において、身の回りのことができるようになる	声かけし、洗濯物を干したり、テーブル拭きや、掃除を行っていく	1年
3					

注1) 項目番号欄には、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。

事業所名	グループホーム たんぼぼ相武台
ユニット名	2階

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	地域に馴染み、地域住民との共生していくことが地域密着型の狙いと考え、日頃より、運営推進会議や自治体の行事等にできる限り参加し、また近隣の方との交流も積極的にしている。		
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	相武台ふるさと祭り、福祉の集い、公民館祭り、夏祭りなどに積極的に参加している。		
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	スタッフ募集の看板を掲げている。近隣の住民の方から応募があったり、ボランティアの申し込みがあったりするので、理解を得られていると思う。		
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	運営推進会議では、利用者の状況、施設の活動、直面している問題等を報告している。アドバイスを受け施設サービスに生かしている。		
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	市町村から送付される資料を参考にし、サービスの取組みに生かしている。実地指導の際の指摘を守るようにしている。		

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
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	身体拘束は行わないことを前提にして、身体拘束委員会の実施と、やむを得ない場合の身体拘束の記録をつけている。研修も行っている。		
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	職員には研修を通して、日常業務の中で虐待の行為がないか、自己点検を行ってもらっている。職員会議で話し合っている。		
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	職員研修において、プライバシーの保護を学習した。成年後見人成度を利用されている方が2名いらっしゃる。対応ができています。		
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	契約の際は、利用者の意向を伺い、サービスの提供に努めるとともに、信頼関係の構築に努めている。		
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	毎月一回たんぼぼ便りにて、ご意見、ご質問等あればと伝えている。またご家族に運営推進会議への参加を呼びかけているので参加の返事を待っている。		

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
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	職員会議の場や日頃の発せられる職員の意見を上部に伝えている。		
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	管理者は職員へ代表者からの伝達事項の連絡を行い、また職員からの要望を代表者に伝え回答をもらえるようにしている。		
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	月1回のミーティングでは必要な研修を実施しており、事業所で行う合同研修の参加もしている。職員に参加のばらつきがあり、参加に消極的な職員もいる。		
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	他のたんぼぼグループで開催しているカラオケ大会の参加やフラダンスの会などに利用者を連れて参加している。本年度は特養の職員3名が施設見学を希望され、交流した。		
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	環境が変わり不安を感じていらっしゃる利用者に対し、安心していただけるように心配りをしています。過去の生活歴などの情報はスタッフ全員が共有しています。		

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	施設見学に来所された時点で困りごとや問題点等をお聞きしています。契約書を交わす時点でも、支援をするうえでも、双方の協力や、信頼関係が必要なことを説明しています。		
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	利用者の入居の状況は様々であるが、その事情にあったサービスを提供している。例えば他の市町村からの移転だったりするときは住所変更を行う。		
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	利用者がまず困っていないか、体調が悪化していないか、本人の気持ちを職員がわかり、傾聴の姿勢を持つようにしている。		
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	利用者が施設で生活するうえでも、家族の励ましや協力が大事なためにいい関係を保てるように手紙や電話で連絡を取っている。		
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	家族以外にも友人の訪問も行っている。なじみの関係や個別に対応できるように傾聴ボランティアの利用をしている。		

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	リビングでは利用者の席が決まっているが利用者の個性や相性を見て決めている。利用者同志いい関係で関わり合いができるように職員も支援に努めている。		
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	退所後あるいは退所後に亡くなられたご家族から連絡を頂いたりすることがあります。近況をお聞きしたり、相談、お申し出などに対応しています。		
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。	思いを伝えられない人には傾聴で思いをくみ取るようにし、又意思を伝えられる人の要望には可能な限り寄り添うようにしています。		
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	ご家族、他事業者、病院から情報提供などから情報提供を取り寄せ、把握に努めています。		
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	ケース記録、申し送り、本人の訴え、身体状況の観察に努め把握するようにしています。		

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
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	管理者・計画作成者・ユニットリーダー・職員で意見を交わし、気付きノートなどを参照し、家族の希望を介護計画に反映できるようにしています。		
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	サービスは、共通のサービスと個別サービスがある。その人にあったサービスを提供したい。ケース記録や支援経過に記録している。		
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	居宅療養管理指導を取り入れて、訪問看護、訪問歯科衛生士による口腔ケアを行っている。個人の希望に応じて、訪問マッサージや訪問理容のサービスを受けている。		
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	地域資源として傾聴ボランティアを利用している。		
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	家族、ご本人の希望や状況に応じ以前からの病院へも通院していただいています。緊急時には緊急搬送先の病院を利用します。たんぼぼの主治医とは医療連携を取っており24時間体制で相談ができ、指示を仰ぐことができます。又、隔週の往診があります。		

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	
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	医療連携の中で、毎週、看護師が訪問しています。身体状況の観察、バイタル測定、処置などを行っています。個々人身体の相談に応じています。			
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。	入院時には、主治医、家族と連絡を取り、適切な対応ができるようにしている。入院先を訪問し、生活相談員、看護師から身体状況を確認。医師から情報提供書を入手し、ご家族と今後の対応について相談しています。			
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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入所時にご家族に説明し、理解を得ています。主治医とご家族と話し合いができる体制があります。			
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	急変時には主治医の指示に従っております。応急対応については話し合ったり、勉強会をしています。			
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	消防訓練を年2回実施し、災害時の訓練をしています。訓練時に、気づいたことを意見として出してもらい、スタッフの意識向上を図っています。			

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
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	アットホームな雰囲気を大事にしつつも、その人その人の人格を尊重し、話し方、接し方には十分に注意するようにしています。お部屋に伺う時も声をかけを心がけています。		
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	分かり易く声かけし、傾聴に努めています。聞いてくれている安心感を持って頂ける様、急がず耳を傾けることが大事だと考えています。		
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	その人に必要と思われるサービスを提供したい。どのように過ごしたいか、実際実行してほしいが、利用者の多くは自主的に動かれる方は少ないので、声かけの工夫をして誘導をしている。		
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	清潔を第一として、男性ならば髭剃りなどを行い、女性ならば整髪など訪問理容でしている。職員がお手入れをすることもある。季節ごとの衣服の入れ替えもご家族と相談し行っている。		
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	食事は個々の口腔状態に合わせ、刻み食や一口大と食べやすく変えています。摂取時間も遅い人は50分位を要しますが、ご自分のペースで召し上がって頂いています。味付けも塩分を控えたものを出すように心がけています。		

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
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	水分摂取の少ない方には、声かけなど可能な限り、飲んで戴けるようにしています。また熱発時は、多めに摂取してもらうよう、申し送り等で徹底しております。栄養バランスについては、食材配達を利用し、栄養士の作成するメニューで提供しています。		
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	明食後、個々人に声かけして支援している。義歯の洗浄剤は毎晩実施。又、毎週1回、訪問歯科衛生士による口腔内チェックを依頼して、状態把握、紙面による報告があり、ご家族にも報告しています。		
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	個々人の排泄パターンを職員間で話し合い、適切なオムツ選び、介助の支援をしている。記録をつけており、時間で声かけまたは、誘導など一日を通して実施している。又、頻尿、便秘などのケースは医師と相談して対応しています。		
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	水分補給については記録をつけ、介助、声かけにて、補給の援助をしている。便秘薬は医師と相談して個々人に対応しています。毎朝のミーティングで排便の確認をしている。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	無理強いせず、希望を取り入れ声掛けし対応している。入浴に際しては、入浴前のバイタルは必ず確認し、体温や血圧の状態により見送ることもあります。入浴拒否の多い方には、声かけの工夫もしている。		

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	季節に応じたエアコンの利用、温度設定について職員間で話し合い、照明の調整など、こまめに対応している。清潔なリネンも整えている。		
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	薬は、一日毎朝、昼、夕、眠前に仕分けされた容器で保管され、その都度職員が利用者に届けています。服薬については介助が必要な人に限らず、その場で飲み込みまで確認して記録用紙に落としています。頓服用の記録もしています。		
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	毎朝、体操、廊下歩き、CD音楽、合唱、新聞、パズル、塗り絵、カルタ。トランプなどを楽しんで頂いています。天気が良ければ、庭に出て、外気浴やボール投げ等で身体機能の維持に心がけています。		
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られるように支援している	季節や天候に応じて近隣の散歩をしている。又系列系のデイサービスでのカラオケ、フラダンスなどにも数名ドライブを兼ねてお連れしている。		
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	個々人の日用品購入の為、小口現金をお預かりし小口現金帳に記録して管理している。家族の同意も得ている。メモ帳、ボールペン。コーヒーカップ、ご希望に応じて購入させ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	希望があれば、家族、友人の電話を取り次いでいます。手紙、はがきの支援もしています。		
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	入居者が仲良く、気持ちよく交流できるよう支援している。職員が季節に合わせた制作物を指導し、利用者につってもらい、展示している。		
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	利用者が過ごすリビングの席は、隣同士で話ができる方を選んでいる。様子を見て問題があれば席替えを行うこともある。一人の空間を好む利用者もいらっしゃる。		
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	入居時にご家族に必要な物を伝え、傍に置きたい物をご用意していただいている。制作物も飾って頂き、個性的な部屋づくりをされている。		
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	個々人の洗濯物たたみ、食器フキ、テーブル拭き、手すり拭き、フロアのモップかけ等、できる人にはしていただいています。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム
たんぽぽ相武台

作成日

平成31年2月15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		高齢になり身体機能の低下がある。	筋力が低下しないように運動を進める。	廊下歩行、階段昇降、踵上げ等の下肢運動をして筋力低下を防ぐ	1年
2		病気により、できることが少なくなってきた。	日常生活において、身の回りのことができるようになる	声かけし、洗濯物を干したり、テーブル拭きや、掃除を行っていく	1年
3					

注1) 項目番号欄には、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。