

<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	2018年2月2日
評価確定日	2018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 29 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	1492600794	事業の開始年月日	平成27年9月1日	
		指定年月日	平成27年9月1日	
法人名	株式会社グループホームたんぼぼ相武台			
事業所名	グループホームたんぼぼ相武台			
所在地	( 252-0325 ) 神奈川県相模原市南区新磯野 I -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	2ユニット	
自己評価作成日	平成30年1月22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)】

家庭らしさを大切に、食事作り、外出支援、近隣交流に重点を置き、実施運営している。

【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30年2月2日	評価機関 評価決定日	平成30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、グループホームなどの高齢者福祉事業を展開しています。「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分程のスーパーマーケットや、看護専門学校、保育園などがある住宅地の一面に位置しています。

●事業所では、開設当初に作成した10項目からなる理念を継続して掲げています。理念は玄関に掲示して、職員会議や毎日の申し送り時などに、振り返ることで理念を再確認しています。昨年交代された管理者は、長年勤務されたディサービスでの経験を活かし、利用者が毎日を楽しく過ごせるように、レクリエーションの充実を図りたいと考えており、今後レク担当者を決めるなどの計画をしています。

●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などが回ってくるので、行事のお知らせ等はコピーをして他職員や利用者にも周知しています。毎年行われる、相武台ふるさと祭り、福祉の集い、公民館まつり、夏祭りなど利用者と一緒に積極的に参加しています。日常の散歩では、近くの「そあら」で地域の方との交流も図っています。

【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	グループホームたんぼぼ相武台
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であると考え、日頃より、運営推進会議や自治体の行事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。	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」をテーマにしています。事業所では、開設当初に作成した10項目からなる理念を継続して掲げています。理念は玄関に掲示し、職員会議や毎日の申し送り時などに振り返ることで、理念を再確認しています。	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、公民館まつり、夏祭りなどに積極的に参加している。	地域の自治会に加入しています。回覧板を通して地域行事などが回ってくるので、行事のお知らせ等はコピーをして他職員や利用者にも周知しています。毎年行われる、相武台ふるさと祭り、福祉の集い、公民館まつり、夏祭りなど利用者と一緒に積極的に参加しています。毎月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	認知症カフェに参加し、在宅で認知症の方をお世話している方々の相談にのる。		
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	最近では、民生委員、自治会長等の関係者が多忙の中で、等施設の会議に参加して貰い、サービス状況を報告している。その中で意見について職員で検討し実施できるものについては、実施している。	運営推進会議は、奇数月の月末近くの土曜日で、年に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、事業所の近況報告、行事の報告、事故報告等について話し、参加者からは事故時の対応等について、様々な意見をいただいています。いただいた意見については、申し送りや職員会議で検討して、実施出来るものは実施しています。	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	介護保険法の改定等のルールが変わることで発生する手続きやケアの仕方について、行政と密に連絡を取って行っている。又、指定を受けてサービスを提供しているという立場なので、法令順守を基本にして最大限サービスをしている。	相模原市からは、郵便で感染症などの情報や研修の案内などが送られて来ています。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。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所にあるので、日常の散歩などで立ち寄って挨拶しています。	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
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	本人の権利を尊重し、また禁止対象となる行為を正しく理解することによって本人の権利を守っている。	身体拘束の防止についてのマニュアルを整備し、虐待の防止を含めた社内研修を実施しています。スピーチロック等については、フロアーリーダーなど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ないよう注意を払い、防止に努めている	管理者やケアマネが市が開催する研修に参加し、施設の他職員に持ち帰り内部研修することにより全体として理解を深めている。		
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	行政の後見人事業など、ご利用者の必要に応じて手配できるようにしている。		
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	改定に伴う再契約等は行政に相談し対応している。		
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	最近、身内がないご利用者様や、何かしらの理由によって家族と連絡しない方が多くなってきたものの、ご家族が直接施設等に連絡してくれた場合や施設にいらっしゃった際にご要望された場合ただちに反映します。また、運営推進会議にもご家族、ご利用者様に参加して頂き、要望意見を反映させている。	家族の面会時や、利用者の小口現金の納入で家族が見えられた際に、利用者の近況報告を行い家族の意見、要望を聞いています。「たんぼぼだより」を毎月発行して家族へ送っていますが、面会に来られない方へは、一人ひとりの近況報告など別文章を付けて送っています。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	日々の申し送りの他、毎月の職員会議で職員から意見等を聞き、実施可能な場合は反映・検討している。	毎朝の申し送りや、毎月の2ユニット合同の職員会議で、職員からの意見や提案を聞いています。日常のケアについての気付きなどは申し送りノートに記録して、申し送り時に報告しています。管理者と職員との個人面談は年1回の予定で行われています。出された意見や提案は職員会議等で検討され、事業所の運営に反映されています。	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	資格、役職等で手当等が整備されている。		
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	持ち帰った知識を他の職員へ提供することで外部研修への参加が許可されるため、知識を共有することができている。		
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	地域で職員同士の交流が開催されており、そこで情報交換している。		
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	基本的には、入居前に複数回の面談、施設見学、ご家族へのヒヤリング等によりご本人が感じる事、好きなことなどを把握したうえで入居すると言った手順で進めている。		

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
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	基本的には、入居前に複数回の面談、施設見学、ご家族へのヒヤリング等によりご本人が感じる事、好きなことなどを把握したうえで入居すると言った手順で進めている。		
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	アセスメントを作成した段階で、一番に優先すべきことを見極めています。延長線上にある課題やニーズに関しても、窓口を広げ迅速に対応できるようにしています。		
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	引っ張る介護ではなく、場合に応じて背中を押すような介護も行っている。		
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	家族に要望や入居者様の状況により第三者としての意見を申し上げたりして関係を保ちながら実践している。		
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	認知症ケアの観点から必要に応じて馴染みの人等と関係が途切れないように支援し、劣悪な環境下だった場合は、なるべく接点を持たないよう、逆の支援も行っている。	家族の面会で、一緒に外出され食事をされている方もいます。家族の面会が困難な方へは職員や後見人の対応で、外出し墓参りをする事もあります。電話や手紙のやり取りをしている方には、取次ぎや、葉書を用意する等、馴染みの関係が途切れないように支援をしています。	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	共同生活においては、入居者様同士の関係作りが非常に大事であり、個性を把握しつつ輪が広がるよう後押しを行っている。		
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	特に身寄りがいない方については、契約終了後も関係を保ち、その後の支援も継続して行う場合がある。退去され、他に移られた方についても可能な限り様子を確認面会に行っている。		
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。	日々の関わりの中で、声かけをし言葉や表情から思いを引き出せるように心がけている。家族からも情報を得るようにしている。	入居時には、本人や家族、担当ケアマネージャーなどの話から、基本情報シートを作成して、アセスメントを行い思いや意向の把握に努めています。日常は、職員の声掛けに表情の変化や、発した言葉などから思いを引き出すように心がけています。職員の気付きなどは、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	ご入居時の面談や、ご入居前のサービス利用状況などの把握に努め、入居の経緯、生活歴、生活習慣などの把握に努め環境や暮らしている場所が変わっても、快適に過ごして頂けるように支援しています。		
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	限られた職員の中で効率よく支援を行うためには、1日の過ごし方の把握は必須であり、記録等を取りながら支援方法を検討している。		

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	職員会議、カンファレンス、モニタリングを通して、日頃の様子や夜勤帯の様子等について話し合い、介護方法を検討するなどを経て、その内容も介護計画に反映させている。	介護計画のサービス内容は、支援経過記録に日々記録され、3ヶ月毎にモニタリングを実施しています。介護計画は、通常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、職員にて行い更新をしています。短期目標は6ヶ月、長期目標は1～2年での見直しを行っています。入退院などの特変があった場合は、その都度の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	支援経過記録へ日々の状態、状況、変化、支援した内容、結果などを詳しく記入し職員間で情報共有しています。カンファレンスなどの場面で、状況などに変化があった場合は見直し、次のステップへ繋げています			
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	サービスとは介護保険上のサービスを指すのであればしていない。ニーズに対しては反映している。			
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	地域の方と交流を持ち、主に民生委員の方から、地域のイベント情報などを頂いています。その中で、利用者様が楽しめる地域参加ができるイベントに積極的に参加していきたいです。			
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	入居から退去まで同じかかりつけ医にすることにより、夜間帯などの救急搬送時に的確な助言・指導をしてもらっている。月2回の訪問診療の他、不安なことがあったら相談にのったり、往診に来てもらったりしている。	利用者全員が協力医療機関の往診を月に2回受けています。歯科医は週1回の往診があり、全利用者は、月に2～4回の口腔ケアを受けています。他科の診察は、必要に応じて協力医療機関が紹介状を書き家族、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	訪問看護前日に、申し送りのFAXをしています。その中で、前回と変わったこと、気づいたこと、ご本人の様子などを申し送りし利用者様の体調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。	ご入院された場合、間隔を空けずに面会へ伺い、利用者様とコミュニケーションをとりその都度必要に応じて医師や看護師へ利用者様の状態を伺い早期退院が出来るように相談し支援しています。		
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	重症化の指針等については、入居時にご家族へ説明を行い、病状の変化があった際には改めてご家族から意向を聞き、支援に反映させている。	入居時に「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」を契約書の内容で説明して、同意書にサインをいただいています。病状に変化があった際には、改めて家族、医師、管理者で面談して自宅・施設・病院等の選択肢を示しながらそれぞれの場所で出来る事、出来ない事を説明した後に、良い方向性を見出したうえで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	医療連携しているので緊急時はかかりつけ医に相談し、その通り対応している。また、後方支援病院が決まっているので緊急時には、タイムロス無しに病院が受け入れてくれる。応急手当についても病状等、医師以外には判断できないことが殆どなので、医師の指示を仰いでいる。		
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	避難訓練を実施し、基本的な流れは把握している。しかしながら、災害時は突発的で、職員の性格や災害の種類・範囲等、予測することはできないので、基礎を反復することに努めている。	防災訓練は年に2回実施し、1回は消防署に立ち合いをお願いしています。事務所内に防災に関するマニュアルを整備し、職員は自主的に確認をしています。今年度は消防署による救命講習を受講しています。地域住民の協力体制は、現在は構築できていませんが、運営推進会議で地域の防災面も含めて、今後検討していくことを予定しています。	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	
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	利用者にとっては命令口調な人、穏やかなしゃべりかたの人様々であるため、通常はなるべく当たり障りのないよう心掛け接しているが、1対1になった際は、その人に合わせるように接する。	社内研修で「基本的な接遇マナー」について学んでいます。利用者への呼称は基本的に苗字を「さん」付けで呼んでいます。家族の依頼で名前に「さん」付けで呼んでいる方もいます。声かけでは、自己決定のし易いような言葉を選んで対応しています。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	利用者様の日々の状態を把握し、利用者様がご自分で何でも決められるように、大まかな選択肢を用意しています。ゆっくり時間をかけ、ご本人の希望を聞くように心がけています。	/		
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	利用者様の行動パターンを把握し、大まかな1日の予定を利用者様と共に考え利用者様のご希望に添えるように対応しています			
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	利用者様と積極的に外出(買い物)し利用者様の趣味趣向の把握に努めています。定期的に訪問理容にきてもらっている。			
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	入居様と職員との間で、個々に合わせながら、手伝える範囲で協同行ったりしている。	毎日の食材は、レシピ付きで業者に依頼しています。調理は職員が行っていますが、一部の利用者は、下拵え、トレイや箸のセット、下膳などの手伝いをお願いしています。食事の前には、必ず口腔体操を行い安全な嚥下に注意をしています。年間の行事に合わせた食事や、お弁当を注文して、5月にはバーベキューをするなどの変化を付けた食事を提供することもあります。	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	外部の業者へ食事を発注している為、メニューやカロリーなどは決まっています。簡単な調理のため、味付け等は薄味にしています。水分量は、コップの内容量を把握し確実に、チェックが出来るようになっています。		
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	毎食後、職員が利用者様一人ひとりに声かけを行い、確実に口腔ケアができるように見守りをしています。磨き残しがある場合は、声かけを行い、お手伝いさせていただいています。職員へも、口腔ケアの大切さを周知し、口腔内の清潔を保てるように努めています。		
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	個々の生活パターンを職員会議等で情報を蓄積し、介護計画に反映するとともに、排泄についても、自立に向けた支援を行っている。可能な限り、トイレでの排泄習慣が機能として残るように誘導を心がけている。	約7割の方がリハビリパンツを使用されていますが、ほとんどの方は自分でトイレに行き排泄しています。失敗をされた方でも直ぐにパット等の使用はせず、見守りに対応して、トイレでの排泄習慣が機能として残るように支援しています。夜間ポータブルトイレの使用は有りませんが尿器を使用される方はいます。	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	利用者様の排泄パターンを把握し、スムーズに排泄していただけるように排便コントロールを行っています。食事・運動・水分・下剤などは、主治医と連携を取りアドバイスなども頂いています。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	入居様のご都合や通院、定期診療と言った調整の中で、個々に入浴を楽しんで頂けるよう配慮をしながら支援している。	週に2~3回、午前中に入浴していただくようにしており、日曜日は入浴支援を行っていません。入浴を拒否される方には、声かけの工夫をしながら、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をしています。入浴による脱水などにも注意をして、入浴時間や水分摂取も確認しています。	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	利用者様の生活パターンを把握し、自由に休息を取っていただけるような環境づくりに努めています。居室やリビング等も室温、環境の整備を常に心がけるよう職員へ指導しています。		
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	利用者様の個々の薬票をすぐに確認できる場所へ保管し、常に目が届く状態になっています。分かりづらいものには、ラベルを表記し、間違えのないように気をつけています。勉強会を通し、薬の内容、副作用についても勉強しています。		
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	利用者様の趣味趣向の把握に努め、有する能力を存分に発揮して頂けるように支援しています。利用者様の「やりたい・やってみたい・できる」という気持ちを引き出せるように心がけています。		
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	家族や地域の人々に協力してもらいながら、外出の頻度は増えてきている。しかしながら、職員だけの支援は難しい事も多い。	気候や天気の良い日には、近くのグリーンパークの公園や「そあら」（高齢者支援センター）まで散歩に出かけています。春には庭のプランターに季節の花々が植えられ、花を観ながら外気浴を楽しむ方もいます。ドライブで桜の花見、菖蒲園、相模川に鯉のぼりを観に行ったり、正月には初詣に行っています。	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、お金を所持したり使えるように支援している	利用者様の有する能力を見極め、できるだけご希望に添えるように支援しています。買物があれば希望を伺って買物支援をしています。		

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
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	ご家族や、ご友人との関係の為にも、積極的にお手紙や電話のやり取りを支援しています。お手紙の代筆が必要な方には、気軽に声かけをしていただけるように、お話しています。		
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	共用部で季節感を出すには掲載物等でしか表しづらい。その代わり季節ごとにお弁当の日などを設け、季節感を提供するようにしている。	リビングは広くて明るい空間で、季節に合わせて、除湿器や加湿器、空気清浄器が置かれています。壁には、利用者と一緒に作られた折り紙や、貼り絵などが飾られています。食後はリビングで過ごす方も多く、レクで歌、詩吟、ボーリング、しりとり、トランプなどをしながら過ごしています。今後レク担当者を設け、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	個別に休んで頂けるように、ソファなども配置し、利用者様の相性等にも配慮しながら、席順も決め利用者様同士で会話が盛り上がるように支援しています。		
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	入居者によっては、あらゆるものを持ち込んでいただき、住み慣れた空間を作れるように支援している。しかしながら、制度が変わっていくに連れて、グループホームの位置づけも変わり施設臭が出てしまうことがある。	居室にはエアコン、クローゼット、ベッド、換気扇が設備されています。入居時に、使い慣れたテレビ、箆笥、椅子、写真などが持ち込まれています。洋服の好きな方がハンガーラックを持ち込まれ、お好きな場所に洋服を整理されています。掃除は出来る方は職員と一緒に箆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	利用者様の有する能力を把握し、自立した生活が送れるように支援しています。建物内は、完全バリアフリーになっており、何処へでも出入りが自由になっています。危険な場所に関しては、必ず職員が付き添い見守りを行っています。		

# 目 標 達 成 計 画

事業所

グループホームたんぼぼ相武台

作成日

平成30年2月2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	26	新規入居者が増えてきた。	職員のスキルを向上させる。	認知症の理解を深める	6か月
	27	個別の記録と実践への反映	情報の共有を図り、記録を取る	個別の便秘のコントロール。	6か月

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

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であると考え、日頃より、運営推進会議や自治体の行事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、公民館まつり、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	認知症カフェに参加し、在宅で認知症の方をお世話している方々の相談にのる。		
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	最近では、民生委員、自治会長等の関係者が多忙の中で、等施設の会議に参加して貰い、サービス状況を報告している。その中で意見について職員で検討し実施できるものについては、実施している。		
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	介護保険法の改定等のルールが変わることで発生する手続きやケアの仕方について、行政と密に連絡を取って行っている。又、指定を受けてサービスを提供しているという立場なので、法令順守を基本にして最大限サービスをしている。		

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
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	本人の権利を尊重し、また禁止対象となる行為を正しく理解することによって本人の権利を守っている。		
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	管理者やケアマネが市が開催する研修に参加し、施設の他職員に持ち帰り内部研修することにより全体として理解を深めている。		
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	行政の後見人事業など、ご利用者の必要に応じて手配できるようにしている。		
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	改定に伴う再契約等は行政に相談し対応している。		
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	最近では、身内がないご利用者様や、何かしらの理由によって家族と連絡しない方が多くなってきたものの、ご家族が直接施設等に連絡してくれた場合や施設にいらっしゃった際にご要望された場合ただちに反映します。また、運営推進会議にもご家族、ご利用者様に参加して頂き、要望意見を反映させている。		

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	日々の申し送りの他、毎月の職員会議で職員から意見等を聞き、実施可能な場合は反映・検討している。		
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	資格、役職等で手当等が整備されている。		
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	持ち帰った知識を他の職員へ提供することで外部研修への参加が許可されるため、知識を共有することができている。		
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	地域で職員同士の交流が開催されており、そこで情報交換している。		
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	基本的には、入居前に複数回の面談、施設見学、ご家族へのヒヤリング等によりご本人が感じる事、好きなことなどを把握したうえで入居すると言った手順で進めている。		

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
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	基本的には、入居前に複数回の面談、施設見学、ご家族へのヒヤリング等によりご本人が感じる事、好きなことなどを把握したうえで入居すると言った手順で進めている。		
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	アセスメントを作成した段階で、一番に優先すべきことを見極めています。延長線上にある課題やニーズに関しても、窓口を広げ迅速に対応できるようにしています。		
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	引っ張る介護ではなく、場合に応じて背中を押すような介護も行っている。		
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	家族に要望や入居者様の状況により第三者としての意見を申し上げたりして関係を保ちながら実践している。		
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	認知症ケアの観点から必要に応じて馴染みの人等と関係が途切れないように支援し、劣悪な環境下だった場合は、なるべく接点を持たないよう、逆の支援も行っている。		

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
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	共同生活においては、入居者様同士の関係作りが非常に大事であり、個性を把握しつつ輪が広がるよう後押しを行っている。		
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	特に身寄りがいない方については、契約終了後も関係を保ち、その後の支援も継続して行う場合がある。退去され、他に移られた方についても可能な限り様子を確認面会に行っている。		
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。	日々の関わりの中で、声かけをし言葉や表情から思いを引き出せるように心がけている。家族からも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	ご入居時の面談や、ご入居前のサービス利用状況などの把握に努め、入居の経緯、生活歴、生活習慣などの把握に努め環境や暮らしている場所が変わっても、快適に過ごして頂けるように支援しています。		
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	限られた職員の中で効率よく支援を行うためには、1日の過ごし方の把握は必須であり、記録等を取りながら支援方法を検討している。		

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	職員会議、カンファレンス、モニタリングを通して、日頃の様子や夜勤帯の様子等について話し合い、介護方法を検討するなどを経て、その内容も介護計画に反映させている。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々様子やケアの実践・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	支援経過記録へ日々の状態、状況、変化、支援した内容、結果などを詳しく記入し職員間で情報共有しています。カンファレンスなどの場面で、状況などに変化があった場合は見直し、次のステップへ繋げています		
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	サービスとは介護保険上のサービスを指すのであればしていない。ニーズに対しては反映している。		
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	地域の方と交流を持ち、主に民生委員の方から、地域のイベント情報などを頂いています。その中で、利用者様が楽しめる地域参加ができるイベントに積極的に参加していきたいです。		
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	入居から退去まで同じかかりつけ医にすることにより、夜間帯などの救急搬送時に的確な助言・指導をしてもらっている。月2回の訪問診療の他、不安なことがあったら相談にのったり、往診に来てもらったりしている。		

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
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	訪問看護前日に、申し送りのFAXをしています。その中で、前回と変わったこと、気づいたこと、ご本人の様子などを申し送りし利用者様の体調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。	ご入院された場合、間隔を空けずに面会へ伺い、利用者様とコミュニケーションをとりその都度必要に応じて医師や看護師へ利用者様の状態を伺い早期退院が出来るように相談し支援しています。		
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	重症化の指針等については、入居時にご家族へ説明を行い、病状の変化があった際には改めてご家族から意向を聞き、支援に反映させている。		
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	医療連携しているので緊急時はかかりつけ医に相談し、その通り対応している。また、後方支援病院が決まっているので緊急時には、タイムロス無しに病院が受け入れてくれる。応急手当についても病状等、医師以外には判断できないことが殆どなので、医師の指示を仰いでいる。		
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	避難訓練を実施し、基本的な流れは把握している。しかしながら、災害時は突発的で、職員の性格や災害の種類・範囲等、予測することはできないので、基礎を反復することに努めている。		

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
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	利用者にとっては命令口調な人、穏やかなしゃべりかたの人様々であるため、通常はなるべく当たり障りのないよう心掛け接しているが、1対1になった際は、その人に合わせるように接する。		
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	利用者様の日々の状態を把握し、利用者様がご自分で何でも決められるように、大まかな選択肢を用意しています。ゆっくり時間をかけ、ご本人の希望を聞くように心がけています。		
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	利用者様の行動パターンを把握し、大まかな1日の予定を利用者様と共に考え利用者様のご希望に添えるように対応しています		
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	利用者様と積極的に外出(買い物)し利用者様の趣味趣向の把握に努めています。定期的に訪問理容にきてもらっている。		
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	入居様と職員との間で、個々に合わせながら、手伝える範囲で協同行ったりしている。		

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
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	外部の業者へ食事を発注している為、メニューやカロリーなどは決まっています。簡単な調理のものもあるため、味付け等は薄味にしています。水分量は、コップの内容量を把握し確実に、チェックが出来るようになっていきます。		
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	毎食後、職員が利用者様一人ひとりに声かけを行い、確実に口腔ケアができるように見守りをしています。磨き残しがある場合は、声かけを行い、お手伝いさせていただいています。職員へも、口腔ケアの大切さを周知し、口腔内の清潔を保てるように努めています。		
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	個々の生活パターンを職員会議等で情報を蓄積し、介護計画に反映するとともに、排泄についても、自立に向けた支援を行っている。可能な限り、トイレでの排泄習慣が機能として残るように誘導を心がけている。		
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	利用者様の排泄パターンを把握し、スムーズに排泄していただけるように排便コントロールを行っています。食事・運動・水分・下剤などは、主治医と連携を取りアドバイスなども頂いています。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	入居様のご都合や通院、定期診療と言った調整の中で、個々に入浴を楽しんで頂けるよう配慮をしながら支援している。		

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
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	利用者様の生活パターンを把握し、自由に休息を取っていただけるような環境づくりに努めています。居室やリビング等も室温、環境の整備を常に心がけるよう職員へ指導しています。		
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	利用者様の個々の薬票をすぐに確認できる場所へ保管し、常に目が届く状態になっています。分かりづらいものには、ラベルを表記し、間違えのないように気をつけています。勉強会を通し、薬の内容、副作用についても勉強しています。		
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	利用者様の趣味趣向の把握に努め、有する能力を存分に発揮して頂けるように支援しています。利用者様の「やりたい・やってみたい・できる」という気持ちを引き出せるように心がけています。		
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	家族や地域の人々に協力してもらいながら、外出の頻度は増えてきている。しかしながら、職員だけの支援は難しい事も多い。		
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	利用者様の有する能力を見極め、できるだけご希望に添えるように支援しています。買物があれば希望を伺って買物支援をしています。		

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
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	ご家族や、ご友人との関係の為にも、積極的にお手紙や電話のやり取りを支援しています。お手紙の代筆が必要な方には、気軽に声かけをしていただけるように、お話しています。		
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	共用部で季節感を出すには掲載物等でしか表しづらい。その代わり季節ごとにお弁当の日などを設け、季節感を提供するようにしている。		
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	個別に休んで頂けるように、ソファなども配置し、利用者様の相性等にも配慮しながら、席順も決め利用者様同士で会話が盛り上がるように支援しています。		
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	入居者によっては、あらゆるものを持ち込んでいただき、住み慣れた空間を作れるように支援している。しかしながら、制度が変わっていくに連れて、グループホームの位置づけも変わり施設臭が出てしまうことがある。		
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	利用者様の有する能力を把握し、自立した生活が送れるように支援しています。建物内は、完全バリアフリーになっており、何処へでも出入りが自由になっています。危険な場所に関しては、必ず職員が付き添い見守りを行っています。		

# 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30年2月2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	26	新規入居者が増えてきた。	職員のスキルを向上させる。	認知症の理解を深める	6か月
	27	個別の記録と実践への反映	情報の共有を図り、記録を取る	個別の便秘のコントロール。	6か月

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。