

<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                    | 項目数 | 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 | 1492600786         |
| 法人名   | 有限会社Dandelion      |
| 事業所名  | グループホームたんぽぽ上溝      |
| 訪問調査日 | 2016年2月23日         |
| 評価確定日 | 2016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 27 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         | 1492600786                                       | 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           | 有限会社Dandelion                                    |                |            |  |
| 事業所名          | グループホームたんぽぽ上溝                                    |                |            |  |
| 所在地           | ( 252-0243 )<br>神奈川県相模原市中央区上溝3964-2              |                |            |  |
| サービス種別<br>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1月6日  | 評価結果<br>市町村受理日 | 平成28年4月27日 |  |

【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28年2月23日                         | 評価機関<br>評価決定日 | 平成28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)】

◎この事業所の法人は有限会社Dandelionです。この法人は、有限会社坂本企画が相模原市でグループホームを4カ所、認知症デイサービス、訪問介護、指定居宅介護支援を運営している「総合福祉のたんぽぽネットワーク」の一つの会社です。この事業所は、JR相模原駅からバスで10分程乗り、バス停石橋から徒歩10分程のJR相模線線溝駅に近い住宅地の中にあります。上溝駅付近の商店街は昔は相模原の中心的な古い土地柄でしたが、市役所がJR相模原駅近くに移ってから、やや淋しくなりつつあります。この辺りは工場があった地域が順次新興住宅地に移りつつあるところ。自治会は広範囲の為、企業として賛助会員で加入し、自治会長の好意で行事等を口頭で知らせていただき、参加しています。

◎この事業所は、総合福祉のたんぽぽネットワークの中で運営されていて、その事業展開のテーマは「人とのふれあい」「手厚い介護」「安心感」です。管理者は、「人が人らしく利用者の生活を支えていく」ことをモットーにしており、テーマに沿った支援が出来るように職員会議や日々の支援の中で職員と対話しています。現在、ホーム独自の理念の作成を検討しています。

◎ケアについて、介護の基本はひとり一人を理解してその人を受け入れることです。声をかけ言葉で手助け、安心して頂く、全く知らなかった人でも以前から知っていた人として入ってこられるようになる。そして、出来るところは自分でやって頂き、出来ないところを手伝う。やっていただき「ありがとう！」休み明けの出勤時に「待っていたよ！」と言われたときに、職員はこの仕事のやりがいを感じケアを続けるエネルギーになります。ホームとして家庭の味、野菜の皮むき・盛り付け・食器洗いなどの食事の手伝い、花見・買い物外出、近隣散歩での挨拶など地域交流に取り組んでいます。

◎教育について、採用時研修は指導係に付いてOJTで仕事を覚えます。その後は、現任者と同じ年間研修計画に沿って研修します。年間研修計画には、接遇・認知症・感染症・身体拘束・緊急時対応など介護サービスに関する必要事項が網羅されています。外部研修にはテーマにより、必要な人を出席させています。

※ 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。

【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上溝 |
| 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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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、安全面で不安な区過ごせている。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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<br>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                      | この事業所は、総合福祉のたんぼぼネットワークの中の1つで、事業展開のテーマは「人とのふれあい」「手厚い介護」「安心感」です。管理者は「人が人らしく利用者の生活を支えていく」ことをモットーにしており、テーマに沿った支援が出来るように職員会議や日々の支援の中で職員と対話しています。現在、ホーム独自の理念の作成を検討しています。   |                   | 今後の継続 |
| 2          | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>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                     | 八月には自治会のお祭りがあり、子供たちによる御神輿等のイベントに参加しやすい立地状況であるため、積極的に交流を図っている。また、毎月自治会老人会の集いにも数名参加している。                     | 自治会に加入し、地域の行事には極力参加を心がけ交流を図っています。毎年8月には上溝祭りの開催があり、自治会長にお願いして事業所の前を神輿コースに入れてもらうと共に、駐車場を休憩スペースとして提供しています。毎月自治会老人会の集いにも数名参加し、歌手のコンサート、日本舞踊を觀賞しています。ボランティアではハーモニカ演奏の方が月1回と傾聴ボランティアの方が来てくれています。                           |                   | 今後の継続 |
| 3          |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                   | 認知症に対する地域の相談窓口となれるよう、意識している。   |  |                   |       |
| 4          | 3    | ○運営推進会議を活かした取組み<br>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、当施設の会議に参加してもらい、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2ヶ月に1回開催しています。民生委員、自治会長、市の高齢課職員、家族代表に参加してもらい、現状報告や月次報告をした後に転倒、誤薬などの防止について話し合いも行っています。誤薬防止では指差し呼称の提案があり、真摯に受け止め、全体会議で検討した後実施しています。   |                   | 今後の継続 |
| 5          | 4    | ○市町村との連携<br>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、行政と密に連絡をとって行っている。また、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、法令順守を基本とし最大限サービスをしている。 | 生活保護の方の受け入れが多い(15名)関係で市の生活保護担当者とは連絡を密に取り合っています。介護保険の更新の手続きの際には研修等で情報提供をいただいております。介護保険法改定やマイナンバー制度等があるので連絡を密にしています。包括支援センターとは生活保護の方で介護度1~3の方のおむつの申請で連携があります(介護度4以上は市役所管轄)。相模原市中央区のグループホーム連絡会に参加し他事業所とも情報交換、研修を行っています。 |                   | 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<br>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。   | 身体拘束については、内部研修や外部の研修にて利用者へ及ぼす弊害等について理解しています。また、事例を挙げて話すことにより、どのような行為が拘束に該当するかを職員に周知しています。職員一人ひとりの認識を確認して拘束ゼロのケアに取り組んでいます。事業所としては身体的拘束は元より、スピーチロックの弊害も考え、心体拘束の無い支援に努めています。   | 今後の継続             |
| 7    |      | ○虐待の防止の徹底<br>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<br>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<br>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<br>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、なに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は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 | ご家族からの意見・要望については、基本的に来訪時に話を伺っています。また、毎月請求書と併せてたんぼぼ新聞、利用者の生活の様子や身体の情報などを郵送にて送り、併せてご意見を聞いています。最近では直接管理者の携帯に連絡が来ることが多くなっていますが、家族からの要望・意見はカンファレンスの際に共有して可能な限りで反映させています。最近、利用者のご家族は携帯のメール連絡を希望する方が多く、記録に残り伝達も早いので便利なツールとして利用しています。 | 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<br>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。                             | 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・検討しています。職員から意見は、利用者のケアに関することが多く、夕方不穏になる方は、その時間に入浴する。入浴時に音楽を流して、音楽好きな入浴拒否の方に入浴して頂くなどの職員の意見を取り入れています。人間関係の悩みについては間に入り、パイプ役に努め解決できるようにしています。 | 今後の継続             |
| 12                   |      | ○就業環境の整備<br>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<br>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<br>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、そこで情報交換をしている   |   |                   |
| 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<br>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、ご家族へのヒアリング等によりご本人が感じる事、好きな事など把握したうえで入居するとい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<br>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、ご家族へのヒアリング等によりご本人が感じる事、好きな事など把握したうえで入居するといった手順で進めている。  |  |                   |
| 17   |      | ○初期対応の見極めと支援<br>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出来る様にしています。   |  |                   |
| 18   |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>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<br>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     | 家族の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など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<br>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。 | 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、同級生の来訪が月1回ある方や、家族が毎週来る方もおり、馴染みの関係が途切れることのないように支援しています。友人等の来訪の際にはご家族から同意をもらった上で取次ぎを行い、家族と疎遠になってしまっている方は後見人の方に連絡する等して支援しています。面会が不適切とおもわれるケースでは、なるべく接点を持たないよう、職員間で情報を共有して支援しています。 | 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<br>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づく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り組み<br>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。  |  |                   |       |
| 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<br>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、声掛けをし言葉や表情からも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。                                    | 日々の支援の中で、心身の情報、本人の能力、本人からふと漏れる言葉、家族の発言、職員の対応、ケアのヒント工夫などの出来事を介護記録に記入しています。特に変化があった事象、ケアプランのモニタリング、家族の意見等に関しては申し送りして全ての職員が共有できるようにしています。 |                   | 今後の継続 |
| 24                           |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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、快適に過ごしていただけるように支援しています。 |  |                   |       |
| 25                           |      | ○暮らしの現状の把握<br>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、記録等と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<br>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。                     | 入所時は、事前に得られたアセスメントにより暫定ケアプランを作成します。その後は、日々の介護記録、3か月ごとのモニタリング、医療情報の在宅医療計画書をもとにケアプランの見直しを行います。短期目標は6ヶ月にしています。毎月のケアカンファレンスの中で期限の来た方のケアカンファレンスをします。ケアカンファレンスでは、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ま | 今後の継続             |  |
| 27   |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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<br>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。<br>ニーズに対しては反映している。   |   |                   |  |
| 29   |      | ○地域資源との協働<br>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<br>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。月二回の訪問診療の他、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。 | 内科は月2回さがみはらファミリークリニックの医師、看護師の往診と、歯科は必要に応じて依頼すれば訪問歯科の先生の往診があります。医療保険でマッサージを頼んでいる方もいます。往診医以外のかかりつけ医を希望の利用者の受診の際には、家族対応をお願いしていますが、状況に応じて職員が同行する場合があります。  | 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 |
| 31   |      | ○看護職員との協働<br>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、ご本人のご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<br>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、間隔を開けずに面会へ伺い、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でき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<br>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 | 重度化の指針等については、入居時にご家族へ説明を行い、病状等の変化があった際には改めてご家族から意向を聞き取り、支援に反映させている。                      | 入居時に、重度化に対するホームの対応に関して、終期末宣言書 医療・延命同意委任状に署名捺印をいただいています。現在、看取りは行っていませんので、重度化した場合は家族、主治医、職員で話し合いを行い納得してもらったうえで特養などへ転出してもらっています。          | 今後の継続             |
| 34   |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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。応急手当についても病状等、医者以外には判断できないことが殆どなので、医者の指示を仰いでいる。       |  |                   |
| 35   | 13   | ○災害対策<br>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。     | 年2回消防署に計画を出して避難訓練を実施しています。利用者も参加し昼夜を想定した訓練を行っています。この他に設備業者によるスプリンクラー、自動通報装置点検が年2回行われます。備蓄品として非常食(米、水、カンパン、缶詰)3日分、防災頭巾、オムツ、毛布等を用意しています。 | 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 |  |
| 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<br>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、おだ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無いよう心がけ接しているが、1対1になった際は、その人に合わせるように接する。 | 人格の尊重とプライバシーについては年間研修スケジュールにも組み込んで研修を実施する他、申し送り会議等で話をしています。上からの物言いにならないよう目線を合わせての声かけ、居室に入室す際にもノックする等、基本的なことを徹底し、対応を心がけています。1対1になった際には、その人に合わせて接するよう心がけています。 | 今後の継続             |  |
| 37                       |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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。ゆっくり時間を掛け、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<br>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<br>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。ご希望があれば、美容室・理容室への付き添いも行っています。                       |   |                   |  |
| 40                       | 15   | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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     | 入居者様と職員との間で、個々に合わせながら、手伝える範囲で協同におこなったりしている。  | 食事は食材会社に委託してレシピ付きで食材を調達し、職員が調理し、利用者には下膳や食器拭き等出来る範囲内で手伝ってもらっています。また、外食については全員で行くのは難しくなっているため、個別に対応しています。お誕生日会やクリスマスには、ケーキやおやつ作りを一緒に行い皆で楽しみながら食べています。         | 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<br>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<br>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掛けを行い、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、声掛けを行い、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<br>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  | トイレでの自立排泄を目標に支援しています。時系列介護記録の排泄欄に声掛け、小、大便などの状況を記入しています。一人ひとりの間隔を把握し、サインや変化を見逃さないように見守り、トイレでの排泄出来るよう支援しています。便秘の方には水分の摂取量を増やしたり、ヨーグルトで3、4日様子見して効果が表れない場合は薬でコントロールしています。 | 今後の継続             |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>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、主治医と連携をと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<br>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 | 入居者様のご都合や通院、定期診療といった調整の中で、個々に入浴を楽しんでいただけるよう配慮をしながら支援している   | 週2、3回の入浴を基本としています。定期診療の日程を確認しながらを重ならないように配慮したり、利用者の体調を考慮しながら入浴、清拭と分けて対応しています。生活保護で入浴の習慣が無い人は入浴を嫌がりますので、習慣付けるケアに努めています。入浴剤で温泉気分を味わうなど楽し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 |       |
| 46   |      | ○安眠や休息の支援<br>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<br>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、ラベル表記し、間違え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<br>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いただ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」と言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<br>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ことも多い。職員だけの外出支援が難しいときは、ボランティアさんにもお願いするなどして初詣、お花見などの外出を支援している。 | 天気の良い日にはホームの周りや、近くの公園に散歩に出かけています。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ます。季節に合わせた外出行事（初詣、お花見、あじさい観賞、上溝夏祭り、菊花展等）を企画しており、職員だけの支援対応が難しい場合などはボランティアの方をお願いしています。 |                   | 今後の継続 |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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。金銭管理のできない利用者様には、定期的にお小遣い帳の確認を一緒に行っています。                                     |   |                   |       |

| 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 |       |
| 51   |      | ○電話や手紙の支援<br>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、ご友人との関係を為にも、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、気軽に声掛け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<br>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すづらい。その代わり外出や食事で季節感を提供するようにしている。   | 清潔感を第一にして、季節を味わい、利用者が作った作品が目に触れるようにしたいと考えています。季節毎の物を飾り、リビングや廊下には利用者の作品（俳句、習字、絵、ちぎり絵）、散歩に行った際に近所の方にもらった季節の花を飾り季節感を演出しています。加湿器兼空気清浄器を置き衛生面に配慮しています。  |                   | 今後の継続 |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場<br>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  | 個別に休んでいただけるように、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<br>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かわり施設臭が出てきてしまうことが有る。      | 備え付けとして、エアコン、カーテン、クローゼット、介護用ベッドがあります。介護用ベッドがホームから一律に提供されているので、家族にとっては費用負担の軽減に、職員にとっては介助がしやすい配慮がされています。入居時に、使い慣れた家具や備品、思い出の品物を持ち込んで頂き、利用者本人が自分の部屋と感じて頂けるよう配置されています。男性の入居者が多く、居室の清潔には特に配慮が必要になっています。 |                   | 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<br>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上溝

作成日

2016年2月23日

〔目標達成計画〕

| 優先順位 | 項目番号 | 現状における<br>問題点、課題                               | 目 標  | 目標達成に向けた<br>具体的な取り組み内容                      | 目標達成に<br>要する期間 |
|------|------|--|--|---|----------------|
| 1    | 49   | 個々の希望に沿った外出支援や散歩を数多く実施したい                      | 職員のシフト調整については、ボランティアや近隣の方に協力を依頼し対応できるよう手配する。また、急な病院対応が内容状況を把握し主治医に相談、往診してもらい早めの対応を心がける | 地主や自治会で相談してみる                               | 6か月            |
| 2    | 30   | 入居期間が長くなるにつれて、どうしても病気やADL低下していくが、なるべく進行を遅らせたい。 | 基本的な事ではあるが、ADL低下、病気の悪化を防ぐ  | 医療連携機関と密に連携して、例えば褥瘡防止、かりにできてしまっても治癒するようにする。 | 1年             |
|      |      |  |  |   |                |
|      |      |  |  |   |                |
|      |      |  |  |   |                |

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上溝 |
| ユニット名 | 2階            |

| V アウトカム項目   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| 56<br>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。<br>(参考項目：23, 24, 25)   | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者の   |
|   | <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいの |
|   | <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいの |
|   | <input type="radio"/> 4, ほとんど掴んでいない  |
| 57<br>利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。<br>(参考項目：18, 38)           | <input type="radio"/> 1, 毎日ある        |
|   | <input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある   |
|   | <input type="radio"/> 3, たまにある       |
|   | <input type="radio"/> 4, ほとんどない      |
| 58<br>利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。<br>(参考項目：38)                 | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が   |
|   | <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが |
|   | <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが |
|   | <input type="radio"/> 4, ほとんどいない     |
| 59<br>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。<br>(参考項目：36, 37) | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が   |
|   | <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが |
|   | <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが |
|   | <input type="radio"/> 4, ほとんどいない     |
| 60<br>利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。<br>(参考項目：49)                | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が   |
|   | <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが |
|   | <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが |
|   | <input type="radio"/> 4, ほとんどいない     |
| 61<br>利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安な区過ごせている。<br>(参考項目：30, 31)      | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が   |
|   | <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが |
|   | <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが |
|   | <input type="radio"/> 4, ほとんどいない     |
| 62<br>利用者は、その時々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。<br>(参考項目：28) | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が   |
|   | <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが |
|   | <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが |
|   | <input type="radio"/> 4, ほとんどいない     |

|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| 63<br>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。<br>(参考項目：9, 10, 19)  | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての家族と    |
|  | <input type="radio"/> 2, 家族の2/3くらいと  |
|  | <input type="radio"/> 3, 家族の1/3くらいと  |
|  | <input type="radio"/> 4, ほとんどできていない  |
| 64<br>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。<br>(参考項目：9, 10, 19)                  | <input type="radio"/> 1, ほぼ毎日のように    |
|  | <input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある   |
|  | <input type="radio"/> 3, たまに         |
|  | <input type="radio"/> 4, ほとんどない      |
| 65<br>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。<br>(参考項目：4) | <input type="radio"/> 1, 大いに増えている    |
|  | <input type="radio"/> 2, 少しずつ増えている   |
|  | <input type="radio"/> 3, あまり増えていない   |
|  | <input type="radio"/> 4, 全くいない       |
| 66<br>職員は、活き活きと働いている。<br>(参考項目：11, 12)                                       | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての職員が    |
|  | <input type="radio"/> 2, 職員の2/3くらいが  |
|  | <input type="radio"/> 3, 職員の1/3くらいが  |
|  | <input type="radio"/> 4, ほとんどいない     |
| 67<br>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。   | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が   |
|  | <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが |
|  | <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが |
|  | <input type="radio"/> 4, ほとんどいない     |
| 68<br>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。                                     | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての家族等が   |
|  | <input type="radio"/> 2, 家族等の2/3くらいが |
|  | <input type="radio"/> 3, 家族等の1/3くらいが |
|  | <input type="radio"/> 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<br>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<br>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                     | 八月には自治会のお祭りがあり、子供たちによる御神輿等のイベントに参加しやすい立地状況であるため、積極的に交流を図っている。また、毎月自治会老人会の集いにも数名参加している。                     |      |                   |
| 3          |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                   | 認知症に対する地域の相談窓口となれるよう、意識している。   |      |                   |
| 4          | 3    | ○運営推進会議を活かした取組み<br>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、当施設の会議に参加してもらい、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<br>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、行政と密に連絡をとって行っている。また、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、法令順守を基本とし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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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、なに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は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<br>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<br>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<br>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<br>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、そこで情報交換をしている   |      |                   |
| 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<br>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、ご家族へのヒアリング等によりご本人が感じる事、好きな事など把握したうえで入居するとい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<br>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、ご家族へのヒアリング等によりご本人が感じる事、好きな事など把握したうえで入居するといった手順で進めている。  |      |                   |
| 17   |      | ○初期対応の見極めと支援<br>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出来る様にしています。   |      |                   |
| 18   |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>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<br>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     | 家族の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など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<br>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<br>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づく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り組み<br>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。  |      |                   |
| 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<br>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、声掛けをし言葉や表情からも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<br>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、快適に過ごしていただけるように支援しています。 |      |                   |
| 25                         |      | ○暮らしの現状の把握<br>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、記録等と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<br>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<br>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<br>本人や家族の状況、その時々にも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。<br>ニーズに対しては反映している。   |      |                   |
| 29   |      | ○地域資源との協働<br>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<br>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。月二回の訪問診療の他、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<br>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、ご本人のご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<br>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、間隔を開けずに面会へ伺い、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でき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<br>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 | 重度化の指針等については、入居時にご家族へ説明を行い、病状等の変化があった際には改めてご家族から意向を聞き取り、支援に反映させている。                      |      |                   |
| 34   |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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。応急手当についても病状等、医者以外には判断できないことが殆どなので、医者の指示を仰いでいる。       |      |                   |
| 35   | 13   | ○災害対策<br>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<br>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、おだ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無いよう心がけ接しているが、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<br>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。ゆっくり時間を掛け、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<br>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<br>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。ご希望があれば、美容室・理容室への付き添いも行っています。                       |  |      |                   |
| 40                       | 15   | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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     | 入居者様と職員との間で、個々に合わせながら、手伝える範囲で協同におこなったりしている。  |  |      |                   |

| 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<br>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<br>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掛けを行い、確実に口腔ケアができるように見守りを行っています。磨き残しがある場合は、声掛けを行い、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<br>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   |      |                   |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>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、主治医と連携をと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<br>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 | 入居者様のご都合や通院、定期診療といった調整の中で、個々に入浴を楽しんでいただ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<br>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<br>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、ラベル表記し、間違え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<br>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いただ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」と言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<br>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ことも多い。職員だけの外出支援が難しいときは、ボランティアさんにもお願いするなどして初詣、お花見などの外出を支援している。 |      |                   |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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。金銭管理のできない利用者様には、定期的にお小遣い帳の確認を一緒に行っています。                                     |      |                   |

| 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 |
| 51   |      | ○電話や手紙の支援<br>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、ご友人との関係を為にも、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、気軽に声掛け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<br>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。その代わり外出や食事で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<br>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  | 個別に休んでいただけるように、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<br>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かわり施設臭が出てきてしまうことが有る。      |      |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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上溝

作成日

2016年2月23日

〔目標達成計画〕

| 優先順位 | 項目番号 | 現状における<br>問題点、課題                               | 目 標  | 目標達成に向けた<br>具体的な取り組み内容                      | 目標達成に<br>要する期間 |
|------|------|--|--|---|----------------|
| 1    | 49   | 個々の希望に沿った外出支援や散歩を数多く実施したい                      | 職員のシフト調整については、ボランティアや近隣の方に協力を依頼し対応できるよう手配する。また、急な病院対応が内容状況を把握し主治医に相談、往診してもらい早めの対応を心がける | 地主や自治会で相談してみる                               | 6か月            |
| 2    | 30   | 入居期間が長くなるにつれて、どうしても病気やADL低下していくが、なるべく進行を遅らせたい。 | 基本的な事ではあるが、ADL低下、病気の悪化を防ぐ  | 医療連携機関と密に連携して、例えば褥瘡防止、かりにできてしまっても治癒するようにする。 | 1年             |
|      |      |  |  |   |                |
|      |      |  |  |   |                |
|      |      |  |  |   |                |

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。