

<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	1472601622
法人名	有限会社 坂本企画
事業所名	グループホームたんぽぽ
訪問調査日	平成26年2月28日
評価確定日	平成26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 25 年度

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1472601622	事業の開始年月日	平成14年9月1日	
		指定年月日	平成14年9月1日	
法人名	有限会社 坂本企画			
事業所名	グループホームたんぼぼ			
所在地	( 252-0232 ) 神奈川県相模原市中央区3-14-16			
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	6名	
		ユニット数	1ユニット	
自己評価作成日	平成26年2月18日	評価結果 市町村受理日	平成26年9月8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)】

アットホームな介護、利用者様本人がのびのび生活が行われ、少人数な分、隅々と見られるそんな事業所です。

【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 SYビル2F		
訪問調査日	平成26年2月28日	評価機関 評価決定日	平成26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)】

①このホームの経営は、有限会社坂本企画です。同社は、4つのグループホームを開業して、そのうちの最初に開設したものです。JR横浜線矢部駅から徒歩5分の駅前商店街の外れの住宅街に位置する木造2階建てのホームです。②理念は、「たんぼぼへようこそ、ここはお一人お一人の家庭のようでありたいと思います。安心のある生活が、おくれるように努めます。お一人お一人が可能な限り自立した生活がおくれるよう、スタッフ一同で支援します。」です。理念は、玄関に掲げ会議や日々支援の中で認識しています。③地域との関係は、良い関係になっています。自治会に加入し、祭り、お茶会などの行事に参加しています。また、日常的に散歩や買い物に出かけ近隣の方々に挨拶をし、近くの床屋で散髪したりして日常的な地域との交流は行っています。先日の雪の際は、隣の独居宅を含めて近隣の雪かきをご近所で行いました。④ケアについては、ホームにおけ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ありのままの言葉で支援経過記録に記入します。これらの情報の中で特記事項は、業務日誌に記入して申し送り、職員全員が共有するようにしています。この支援経過記録(業務日誌)、訪問看護、往診結果・診察内容、モニタリング記録を基に介護計画原案を作成し、利用者・家族の確認を得て介護計画にして支援が行われています。このホームは、一般の住宅をリホームしていますので、段差、階段、錯綜した間取りでバリアの多い生活空間になっていますが、手摺の取り付けなど工夫がされているので生活即リハビリの支援が行われています。管理者は、地域との交流を深め、運営推進会議、自治会、ボランティアの力を借りて、利用者が残存能力を最大限に生かし、自立生活をするための支援について積極的に取り組んでいます。

【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ぽぽ
ユニット名	たんぽぽ

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	開所当時から玄関を入ったところに、理念を掲示してある。行き過ぎた介護により、見直し等で共有を図り実践している。	理念は、「たんぼぼへようこそ、ここはお一人お一人の家庭のようでありたいと思います。安心のある生活が、おくれるように努めます。お一人お一人が可能な限り自立した生活がおくれるよう、スタッフ一同で支援します。」です。理念は、玄関に掲げ会議や日々支援の中で認識しています。	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	近隣では、挨拶したり、会話をすることがある。今年度から、ボランティアの方を招いたり、行事等参加させてもらっている	自治会に加入し、祭り、お茶会等の行事に参加しています。又、日常的に散歩や買い物に出かけ近隣の方々に挨拶をし、近所の床屋で散髪したりして、日常的に地域との交流を行っています。先日の雪では、隣の独居宅を含めて近隣の雪かきを、近所の方と一緒に行いました。	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	特に行っていません、講習や研修などで学んでやり方を教わる状況。		
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	去年の暮れに一度したが、そのときは挨拶と地域の行動を把握したばかりです。	運営推進会議は6ヶ月に1回開催しています、自治会長、民生委員、包括支援センター職員、老人会、家族、入居者、ホーム管理者、計画作成担当者、のメンバーで実施し、前回の運営推進会議で取り上げられた検討事項や、懸案事項の経過を報告しています。また、現在取り組んでいるホームの活動状況と、今後の行事予定等を報告し、出席者から要望や意見、助言を頂いています。	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に取り組んでいる	介護保険課、生活支援課、中央高齢者相談課等と事業所の状態を伝えたり、指摘を受け、対応している。	市の介護保険課、生活支援課、中央高齢者相談課等とは、事業所の状態を伝えたり、指摘を受け、対応しています。生活保護者の入居もあり、生活支援課とは、入居状況に加え、事業所の報告等で連携を取っています。又、市のグループホーム連絡会にも参加しており、会議や行われる研修会に出席しています。	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	身体拘束はしてはいない。施錠に関しては、離設をする利用者が今の所はないため、行わないようにしようと試みております。会議や勉強会により、身体拘束しないよう心掛けている。	身体拘束をしないケアには、三つの原則①誘発原因をさぐり除去する。②五つの基本ケア（起きる、食べる、排泄、清潔、活動）の徹底。③身体拘束廃止をきっかけに、より良いケアの実現することとされています。このホームでは、拘束をしないケアの取組みについて、利用者の根本的な不安や混乱要因などの誘発原因を取り除くこと（気分・意識の転換、生理体調を整える、環境整備）にあると考え、検討しています。玄関の施錠はせずに、自由に出入り出来るようにしています。また、離設したい人には、その人の興味のある事に目を向けさせたり、一緒に外出するなどの寄り添いながら対応をしています。	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	虐待が無いよう心掛けている。前回勉強会で虐待に対し行われ、職員同士注意を払っている。		
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	成年後見人制度は、今は利用していないが、今後活用を考えている。一名の方は、安心センターを利用している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約に関する説明を読み上げ、質問等があれば応える。質問等にも、十分に答えられるよう勤めている。		

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
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	外部者の意見は、運営推進会議で設けている。ご家族等の意見は、管理者、職員が応じれる場合により聞き入れるよう勤めている。	ホームからの情報連絡は、毎月の請求書に同封し、行事や生活状況を写真入りで記載して伝えています。又、変化が見られた際は、随時電話にて伝え、御意見・要望を聞いています。また、家族の来訪時や運営推進会議出席時に居室担当職員から声かけをし、ホームでの暮らしぶりを話す中から「意見、要望」等を聴いています。得た意見、提案、苦情はケース会議で検討の上、運営に反映させています。	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	職員の意見は、定例会議により聞く機会を設け、管理者を通じて、取締役伝えてる。	月1度の現場の職員が行うフロアーミーティングは、テーマを決めて話し合い、職員間の気付きや意見を提案してもらい、幹部会で検討し、運営に反映させています。又、随時個人面談の実施に加えて、日頃の会話から意見要望などを聞き、運営に反映させています。費用を伴う内容案件等は、管理者を通して代表者決済を経て反映させています。	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	資格別に給与を考慮したり、勤務状況を職員の働きやすいように希望休を考慮している。		
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	研修等は参加できるように研修状況を提供している。相模原市外では、交通費を支給したり、勤務扱いにして研修等に参加できるように支援している。		
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	今年の11月にグループホーム交流会に参加した。各グループホームの管理者などに、取り組み法、運営に関わる手段を学んだ。		
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	管理者は、アセスメント時や、契約時に本人から意見を聞き、要望に応えられるように努力をしている。要望に応えられそうにないときは、徐々に本人の行動の把握に努め、要望に近づけるよう話す機会を設けている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	管理者は、アセスメント時や、契約時にご家族から意見を聞き、本人の背景・環境に近づけるよう応えられるように努力をしている。要望に応えられそうにないときは、要望等に近づけるよう、話す機会を設け解決に向けて連絡を取り合っている。		
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	サービス開始前のアセスメントの時から生活環境の変化や、ホームでの暮らしを想定して、本人や家族と話し合っている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	出来る限り利用者はしてもらおうよう心掛け、出来ないところを恥をかかせないように努力し接している。無理は、させないようにしている。		
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	毎月、家族にはホームの生活環境を報告し家族がホームに訪問しやすいようにきっかけを作るようにしている。		
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	本人の希望で、昔からの友人等を連絡の要望に応じるよう務めている。また尋ね易い様心掛けている。	これまでの本人の馴染みの場所や人間関係の把握は、日頃の会話や、家族からの情報等で把握しています。又、手紙や、電話の取次ぎに加えて、知人の来所面接等は、本人や家族の意向を確かめて継続的な交流が出来るよう支援しています。思い出の場所等の訪問では、昔から利用している美容院に通ったり、食事や、買い物に出かけ友人や家族の協力で思いに添えるようにしています。友人、近隣の人などが来訪しやすいようにいつも笑顔で、迎えています。	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
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	利用者同士のけんかやそそぐがあり、孤立的になるが、行事やイベントに参加してもらい、関わり合いを増やすように心掛けている。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	本人または、その家族から相談等があれば、相談に応じている。時折遊びに来られるようにオープンに勤めている。		
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。	本人、家族からのニーズに少しでも近づけるように職員会議を設け話し合い、意向の把握に努めている。困難な場合は、出来る限りはなしかけ、ニーズを把握し、思いや体調にあった、環境作りを心掛けている。	ホームにおけ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ありのままの言葉で支援経過記録に記入します。これらの情報の中で特記事項は、業務日誌に記入して申し送り、職員全員が共有す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 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	個人情報を確認したり、本人やご家族の話を聞き、入居後の生活支援に役立てている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	ケース記録の見直し、職員等の引継ぎで把握に努めている、申し送りノート使い活用している。		

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	本人またはその家族から希望を聞いて、ケアカンファレンスを開き、ケアマネージャーと話し合いケアプランに反映している。	入居時に得られたアセスメントを基に、暫定介護計画を作成し、暫く経過観察を行います。その後、ホームでの支援経過記録（業務日誌）、訪問看護、往診結果・診察内容、モニタリング記録を基に、介護計画原案を作成し、利用者・家族の確認を得て介護計画にしています。	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	ケース記録の見直しや、ニーズによってチェック表の作成しバイタルサインの把握に努め、職員間の情報を共有している。		
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	特に行っていません、		
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	社会福祉協議会から、ボランティアセンターを紹介していただき来園や自治会行事の参加をしている。		
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、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	入居時の説明で主治医の同意を得て、往診してもらい、専門科が必要なときは、主治医の紹介状から、医療機関の連携に努めている。	本人や家族の意見を尊重し、希望の医療機関を決めています。入居前のかかりつけ医の継続受診者は、診療科目の関係で1名受診しており、家族を通じて、受診結果など必要事項を記録しています。又、希望により通院介助支援も行っています。協力医療機関の相武台メディカルクリニックの往診は、看護師同行で2週間に1回、24時間対応が可能な体制になっています。又、契約看護師の巡回も、医師と違う週で2週間に1回来ます。おくもり歯科医院の歯科衛生士が月2回検査・ケアに来ています。治療が必要な場合は、随時医師の往診を受けてます。その他、前原整形外科が随時往診に来ます。	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	看護職員はいません。相武台メディカルクリニックの訪問看護が2週間に一回定期的に情報を収集し、主治医に相談してもらう。		
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。	入居者が入院した際には、管理者、ケアマネ、主治医と連携を取り、本人その家族と話し合いの場を作り、今後の対応そうだんをしている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	ターミナルケアは行っていません。	現在は、看取りは行っていないことを、入居時に説明しています。重度化した時点で、「入居者が重度化した場合における対応に係わる指針」に基づき、家族と相談し、納得できる支援しています。	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	急変や事故発生時は、主治医に連絡とる体制があり、主治医の指示の下救急車対応の場合は、連絡網が備えてある。		
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	今は非常食等完備されているが、これからはタイヘイ食材が災害時も配達される。非難に関しては、地域の民生委員等に相談し情報を収集している。	年2回、スプリンクラー設備点検を兼ね、所轄消防署の指導の下、日中1回、夜間1回を想定した訓練を行い、地域の方にも参加してもらっています。又、自動通報装置の処置、消火器の使い方も、指導してもらっています。備蓄は、食材配達会社のタイヘイが先般の東日本大震災程度の災害であれば十分に災害時の食材配達可能とのことで、配送業者タイヘイに依頼してあります。又、水は、大瓶で購入しており、10日分程度の備蓄があります。	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
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	職員は出来る限り、申し送りや会議で利用者の人格や尊厳を話し合い、適切な対応に努めている、	人格を尊重し、自己選択・自己決定できる「どうなさいます」等の言葉かけをしています。又、年齢が近いスタッフもいるので、話が合うと話してくれる利用者もいます。名前を呼ぶ際は、「さん」付けを基本にしています。又、トイレ介助、失禁支援の際も、親しみと利用者の人格を尊重した話しかけで、本人の気持ちを大切に考え、さりげない支援を行い、他の人に気付かれない様に対応しています。	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	利用者の希望を聞く様に心かけ、こちらの要望には、選択肢を出して決めていただいている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、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	もともとあったスケジュールに利用者があわせているので、ペースに合わせ臨機応変に職員は対応している。		
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	整容は本人の意向に沿って行っている。職員は付き添いし見守りしている。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食材はタイヘイが届けているので、メニューは決まってる、利用者の要望に、イベント食でタイヘイと相談し希望に近づけるよう努力している。	メニュー・食材は、配送業者タイヘイにお願いしています。利用者は、テレビで放映されたり、季節の食材のメニューを希望することもあります。又、ホームでは季節により行事食を計画しており、それらのメニューは、委託しているタイヘイに準備をお願いし、楽しい食事が出来るように支援しています。	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
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	食事は、食材のほうで、栄養バランスを取るようになっている。水分量は、バイタル表で記録をとっている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	口腔ケアの声掛けをしている。2週に一回に歯科衛生士が来られ指導を受けている。入れ歯洗浄剤を定期的に購入している。		
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	ポータブルトイレ等で居室内でゆっくり用を足すよう心かけている、失語症の利用者には、オムツが取れるよう、意思の疎通が出来る様、声掛けをしている。	排泄チェック表の活用や、ポータブルトイレの使用で、排泄の自立を促しています。一人ひとりの排泄パターンを把握し、一人ひとりの様子、タイミングを見計らいながら、トイレ誘導を行っています。又、歩行介助しながらトイレまで行き、自立排泄を促しています。排泄に失敗した場合は、羞恥心に配慮し、他の人に気付かれない様に下着交換をしています。夜間の時間帯は、睡眠時間を妨げ無い程度に、声かけしながら支援しています。	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	バイタル表で排便の把握に努め、水分補給を行っている。便秘症の方には、主治医により投与療法で行っている。		
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	自分の入浴日は把握している入居者もいる、状況に応じ入浴日のない日でも時間帯によっては入れるように努力している。	入浴は、清潔保持、身体観察、体調変化の把握等の重要な役割があると考えています。入浴日は決まっていますが、嫌がる人には無理強いせず、時間を置いてからの声掛け、本人の意向を確認しながら、入浴支援を行っています。又、利用者からの要望があれば、入浴日でなくても、入浴できるよう、支援しています。又、入浴剤は、菖蒲湯や柚子湯等で季節に合わせ、楽しめるよう工夫しています。	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 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	日中は休めるように配慮していて、夜間は、生活習慣を保つように、入眠状態を把握し巡回をしている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	薬表をファイルに入れて、薬の疑問があるときは、都度説明できるようにしている。用量や使用に関しては、一包化をしている		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	職員から談話をして楽しみや趣味の希望を聞くようにして行事をしたり。月に一回ボランティアの方と話されたり、自治会の集まりに参加する		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	外出は歩ける範囲、日用品の買い物につき合わせていたりとしている。遠出に関しては、家族等に遊びに来た場合に出かけるようにしている。	天気の良い日は、近隣へ散歩、近くのクリエイトに日用品の買い物に行っています。なかなか外出したがない人には、玄関で育てている花に、水をあげたりしてもらっています。また、家族で、外出や外泊、外食に行っている利用者もいます。	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	ある利用者様は、ご自分で所持して、買い物に行く際に付き添うようにしている。そのほかの利用者は、要望がある場合に一緒に買い物をしている。		

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
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	要望に応じ電話をお貸ししている。来た電話には職員から本人に確認してからお渡しするようにしている。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	リビング内居室は温度には気を使っている。巡回で備品等の不備を確認し、電気等を交換するようにしている。	玄関を入れて右側に、洗面所・浴室、正面にトイレ階段があり左側に進むとソファやテレビ、等が置かれた食堂兼居間とキッチンがあり、その奥に事務所と洋居室が1つあります。2階部は洗面所・トイレ、洋居室5部屋があり、ホーム内の掃除は行き届き、不快音、異臭も無く、空調管理も施されています。又、食堂兼居間には、手作りのお雛様カレンダー、ぬり絵等の作品が飾られ、寛げる空間作りがされています。グループホームの用途として新築された建屋でなく、一般の住宅をリホームしているので、段差、階段、錯綜した間取りでバリアの多い生活空間になっていますが、手摺の取り付け等で、工夫されているので、生活即リハビリの支援が行われています。	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	リビング兼食堂は、ダイニングテーブル等を移動したり、ソファの位置をテレビ前にしたりし、くつろげる空間を提供できるよう努力している。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	出来るだけ危険な物はお預かりしている、必要のときは、すぐ貸し出し見守りで使うようにしている。その他の持込は可能としている。	各部屋にはクローゼット、空調設備、防災カーテン、スプリクラー、防災ずきんが備え付けてあります。又、各人夫々に使い慣れた思い出の品が持ち込んでおり、仏壇、家族写真、手鏡、椅子、ベット、ぬいぐるみ、生活用品等、一人ひとり、想いの設えで生活拠点が作られています。	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	ほぼ出来る事は自由としている、他の利用者に迷惑がかかるようならば、見守りは十分にしている。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホームたんぼぼ矢部

作成日

平成26年9月1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り組み内容	目標達成に要する期間
1	21	新しい利用者様が入居され、利用者同士の関係がうまくいかない。	利用者が孤立せずに、利用者同士が関わりあいを、保てる支援をめざす。	一人ひとりの一日の過ごし方、心身の状況を理解し、声を掛けていく。 職員は共通の話題作りをし、平等に声を掛け、目配り、気配りをおこなう。 職員が間に入り利用者同士の関係を築いていく。	26年度内
2	3	運営推進会議の開催が6ヶ月に1回で少ない	年に2回のところを4回に増やすようにする	6ヶ月に1回している所を3ヶ月に1回に増やす。出席者を増やし、より一層浸透性を高める。	26年度内
1	21	新しい利用者様が入居され、利用者同士の関係がうまくいかない。	利用者が孤立せずに、利用者同士が関わりあいを、保てる支援をめざす。	一人ひとりの一日の過ごし方、心身の状況を理解し、声を掛けていく。 職員は共通の話題作りをし、平等に声を掛け、目配り、気配りをおこなう。 職員が間に入り利用者同士の関係を築いていく。	26年度内
2	3	運営推進会議の開催が6ヶ月に1回で少ない	年に2回のところを4回に増やすようにする	6ヶ月に1回している所を3ヶ月に1回に増やす。出席者を増やし、より一層浸透性を高める。	26年度内

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。