

<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ぼぼ
訪問調査日	2019年2月27日
評価確定日	2019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	1472601622	事業の開始年月日	平成14年9月1日	
		指定年月日	平成20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矢部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31年2月15日	評価結果 市町村受理日	令和1年7月16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)】

--

【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27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)】

●この事業所は有限会社坂本企画の運営です。同法人は相模原市内を中心に「総合福祉のたんぼぼネットワーク」として「人とのふれあい」「手厚い介護」「安心感」をテーマに掲げ、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、認知症デイサービス、訪問介護、居宅介護支援、グループホームなど的高齢者福祉事業を展開しています。ここ「グループホームたんぼぼ」はJR横浜線「矢部駅」南口から徒歩5分の住宅やマンションが立ち並ぶ住宅地の一角にあります。また、一般的な住宅を改築してグループホームとして経営しており、外観は周りの住宅に馴染んだ出で立ちで、ミントグリーン色を基調とした2階建て1ユニットのグループホームです。

●管理者は昨年3月からケアワーカーとして勤務し、8月から管理者に就任しました。以前は、有料老人ホームで15年勤務していたということもあり、有料老人ホームでの経験や培ったノウハウを生かしながら、グループホームの特色でもある「共同生活の場」として、アットホームな雰囲気の中で生活を送れる環境を大切にしていきたいと考えています。ケアについては、建物の構造上、居室に行くために毎日階段を上り下りしなくてはならないことから、比較的自立度の高い利用者が多く、利用者1人ひとりの残存能力に応じて出来る事はご自身でやって頂くように促し、出来ない事を支援することでADLやIADLの維持につなげています。また、本部で勤務していた社員が計画作成者として事業所に配属され、現場と本社の橋渡し役を担っている他、管理者のサポートをはじめ、体制の強化に取り組んでいます。

●地域との交流は、夏祭りに出る神輿のコースに事業所の近くを取り入れて頂き、間近で近神輿を見せて頂いたり、町内の運動会にも声を掛けて頂く等、良好な関係を構築できています。更に、毎月第4金曜日には自治会館で行われる、老人会(村富)によるイベントに利用者数名をお連れして参加したり、月1回近くのグループホームで開催されている認知症カフェに参加する等、積極的に地域の方々と交流する機会を設け、利用者にとって住み慣れた地域で社会性を維持できるように支援しています。

【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
ユニット名	

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。行き過ぎた介護にならない様、情報共有を図り実践している。	開設時に作成した3項目からなる理念を玄関に掲示しています。事業所では自立している方も多く、理念の1つでもある「お一人お一人が可能な限り自立した生活が送れるように」に沿って、出来る事は自分でやって頂くように声かけして促し、時間を掛けてでもご自分でやって頂くよう「待つ介護」を心がけ、理念に沿ったケアを実践しています。		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。地域の老人会（村富）にも、参加し七夕飾りなどを作成した。	日々行っている散歩時に、挨拶や会話をすることで日常的な近所との付き合いがあります。また、自治会にも加入しており、夏祭りの時には事業所の近くを神輿のコースに取り入れてもらい、近くで神輿を見せて頂いたり、町内の運動会にも声を掛けて頂いているので、利用者の体調を考慮して参加しています。毎月第4金曜日には自治会館を開放して、老人会（村富）によるイベントが開催されており、利用者数名をお連れして参加しています。更に月1回近くのグループホームで開催されている認知症カフェにも参加しています。		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	外部に対しては特に行っておりません。			
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	運営推進会議では、地域の方々からのご意見を頂き、事故の再発の防止にもつながっています。また、ボランティアの活用法なども、教えて頂いた。	運営推進会議は偶数月の第3水曜日に設定して年6回開催しています。メンバーは自治会長、民生委員、高齢者支援センター、ケアマネージャー、老人会の方々に参加頂き、事業所からは現状・活動報告、ヒヤリハット・事故報告を行い、地域行事やボランティアの紹介等、様々な意見等を頂き、サービスの向上につなげています。		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。	生活保護受給者の受け入れを行っている関係で、生活支援課とは密に連絡を取り合い情報を共有しています。介護保険課や高齢者相談課とも必要に応じて連絡を取り、疑問点が生じた際に相談に乗って頂いたり、事業所の情報提供を行い、事業所の現状を理解して頂いています。また、相模原市のグループホーム連絡会に加入しており、2～3ヶ月に1回会合が開かれ、シフトや内容に応じて参加しています。		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いないため、行わないようにしようと試みております。身体拘束適正化委員会を設け、身体拘束しないよう、考える機会を設けている。	3ヶ月に1回、管理者、ケアマネージャー、ユニットリーダーがメンバーとなっている身体拘束適正化委員会を開催し、身体拘束に繋がり兼ねない不適切なケアや声かけについて話し合った内容を職員に周知している他、年2回は身体拘束と高齢者虐待防止についての研修も行い、身体拘束を行わないケアに取り組んでいます。また、虐待拘束チェックリストを用いて各自の日頃のケアの場面を振り返りを行っています。	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。以前、勉強会で虐待に対し話し合わせ、職員は、言葉による虐待も含め、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	利用者の中で、成年後見人制度を利用されている方もおり、状況は把握している。また、金銭面での相談についても、成年後見人と、ほぼ毎月のように行っている。		
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よう勤めている。		
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	外部の意見は、運営推進会議で設けている。家族等の意見は、職員が応じれる場合により聞き入れるよう勤めている。（家族がいない・消息不明な人がいる為）	契約時に重要事項説明書に記載している苦情相談窓口について説明しています。運営推進会議も家族から意見を聞く場として、家族にも参加を呼び掛けていますが、現状では参加頂けている家族はいません。また、家族の面会も少ないため、家族からの意見や要望は定期的に郵送している手紙や電話連絡した際に近況報告と併せて聞くようにしています。利用者の意見や要望は日々の関りの中で引き出すようにしています。	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	毎月、職員会議を開催し、意見を出してもらい、議事録を作成。作成した議事録は、社長も閲覧し、確認した上で押印する事になっている。	職員からの意見や提案については、毎月の職員会議、日々の業務や、1日数回行っている申し送りでも意見や提案を聞きながら業務に反映させるようにしています。気づきや伝達事項は連絡ノートを活用して情報を共有し、職員会議の内容については議事録を作成して本社にも提出しています。年に2回のグループホーム管理者会議には本社の上層部の社員も参加しており、事業所内で挙げた意見や提案の中で、法人全体で共有や検討すべき事項と判断した案件について話し合い、結果を職員にフィードバックしています。	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	職員の働きやすいように希望休を考慮している。また、希望する収入に応じれる様に、勤務日数を調整している。また給与については、資格や役職に応じて、手当てがある。		
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 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、入居前に面談をし、施設見学、ご家族へのヒアリング等によりご本人が思っている事、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 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、入居前に面談をし、施設見学、ご家族へのヒアリング等によりご本人が思っている事、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 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なっています。		
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	介助するべき所は介助し、ご自分で出来る所は、極力自分で行って頂くよう、配慮しています。		
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 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ている。逆に関係性が悪い場合は、あえて取り次がない場合もある。	年齢を重ねるとともに馴染みの友人や知人の面会も少なくなってきました。この現状を踏まえ、毎月第4金曜日に自治会館で開催されている、老人会(村富)のイベントに参加することで新たな馴染みの関係構築に努めています。また、理美容は職員対応で近くの美容院にお連れしており、お店の方とも顔馴染みの関係になっています。	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
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、利用者の関係作りが大事であり、個性を把握しつつ、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。		
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。	入居前の面談で得られた情報をアセスメントシートに記録し、その情報を基に日々の関りの中で本人が発した言葉、表情から今の想いを引き出せるように心がけています。職員の気づきや本人が発した言葉を、ケース記録や連絡ノートに記入して職員間で情報を共有しています。あくまでもグループホームは家庭の延長であり、その方の生活のルーティーンに沿った生活が送れるような支援に努めています。	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	入居時の面談や、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 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 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。	在宅から入居の場合は居宅のケアマネージャー、他施設から入居した場合はその時の情報を基に初回の介護計画を作成し、1ヶ月程度様子を見ています。その後、ケアマネージャーを中心にモニタリングを行い、事業所での暮らしぶりやADL、IADL等の情報を集約して支援方法を検討し、介護計画に反映させています。ケアカンファレンスは3ヶ月に1回、職員の気づきやケース記録等を参考にしながらアセスメントを行い、現状に即した介護計画を作成しています。	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	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、次のステップへ繋がっています。			
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	小さい施設で、対応出来る職員数も少ない為、多機能化には対応出来ない。			
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。	入居時にかかりつけ医の有無を確認し、事業所の提携医についても説明した後に本人と家族の意向を尊重して主治医を決めて頂いています。現在は、全員が提携医のさがみホームクリニック(内科・精神科)からの月2回の往診を受けています。歯科も月2回の訪問診療があり、口腔ケアや治療を受けています。皮膚科・整形外科等の専門医は紹介状を書いて頂き、ガイドヘルパーを利用して受診しています。看護師は毎週巡回があり、健康管理や医療面の相談に乗って頂いています。主治医とは24時間のオンコール体制を取っており、家族や職員の安心につながっています。	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
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	前回と変わった事、気づいた事、本人の様子などを訪問された際に申し送りし、利用者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。	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 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	重度化の指針等については、入居時に家族へ説明を行い、病状等の変化があった際には改めて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「重度化した場合における対応に関わる指針」について家族に説明しています。建物の構造上、階段の昇降が出来なければ居室に行くことが出来ないということもあり、重度化した場合は他施設への移動も含めて様々な選択肢を家族に提示し、今後の方針について話し合う機会を設けています。	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指示を仰ぎ対応している。 応急手当についても病状等、判断できない場合があるので、その際は指示を仰いでいる。		
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。基礎を反復することに努めている。	建物の構造上、施設扱いにはなっておらず、消防訓練は義務付けられていませんが、事業所では年1回の消防避難訓練を実施しています。また、事務所に災害時の対応マニュアルを完備し、業者による防災設備点検に合わせて、防災設備の取り扱い方法等についても確認しています。玄関に防災リュックを準備している他、3日分の水や食料等を確保しています。	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	利用者の性格を見極めながら、その場にふさわしい言葉かけを行っている。	本社で年1回は「接遇・マナー研修」が行われ、正職員が研修に参加し、帰所後の職員会議等でフィードバックして他の職員に情報を共有しています。利用者1人ひとりの生活歴や性格を理解したうえで、1人ひとりに合った声かけや対応を心がけています。管理者は、職員の都合ではなく、利用者が主体であることを常に念頭に置きながら、利用者を支援するよう伝えています。	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	利用者の日々の状態を把握し、利用者が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。できる限り時間を掛け、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	利用者の行動パターンを把握し、大まかな1日の予定を共に考え、利用者の体調に応じて対応しています。			
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	利用者の趣味趣向の把握に努めています。行ける時には、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 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	入居者と職員で、状況を見ながら、個々に合った、手伝をしてもらっている。お盆を拭く人・茶碗を洗う人など。	食材とメニューを業者から発注して職員が調理しています。昨年までは2~3名の方が調理や食器洗い、収納をして頂いてましたが、現在は1名の方が継続して手伝いをして頂いています。お正月やクリスマスの行事の時には発注を止めて、利用者の希望を取り入れた出前やバイキング形式にして食事を提供する等、食事を楽しめ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	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おり、味付け等はメニュー表の分量を基準にしています。水分量は、コップの容量を把握し、チェックが出来るようにしています。		
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	食後、職員が利用者に声掛けを行い、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く場合もあります。		
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	排泄チェック表をつけて1人ひとりの排泄状況や、パターンを把握しながら、定時やタイミングを見計らった声掛け誘導で、トイレでの排泄支援につなげています。自立している方が多く、ほとんどの方は見守りで対応しています。夜間は、原則として睡眠を優先していますが、個々に応じて対応しています。	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	利用者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。主治医と連携をとりアドバイスも頂いています。		
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	利用者の都合や通院、定期診療といった予定の中で、個々に入浴を楽しんでいただけるよう配慮しながら支援している。	入浴は週2回を基本とし、月・火・木・金曜日を入浴の日として入浴支援を行っています。自立している方は午前中に入浴して頂き、介助が必要な方は午後から入浴介助を行っていますが、時間や曜日に拘らずに本人の希望や意向を尊重しながら臨機応変に対応しています。同性介助を希望される方には同性の職員が対応し、ゆず湯等の季節湯も行いながら、気持ちよく入浴して頂け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	
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	利用者の生活パターンを把握し、居室やリビング等も快適な室温で有るように、また安全に過せる様、環境整備を常に心がけるようにしております。			
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	利用者の薬票をすぐ確認できる場所へ保管し、すぐに確認できる状態になっています。投薬時には、間違えのないように気をつけています。			
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	利用者の趣味趣向の把握し、楽しんで行って頂けるレクリエーションを提供しています。			
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	障害ヘルパーで散歩を実施出来ている利用者があるが、その他の利用者は、職員だけの支援は難しいことも多い。 今は初詣等の特別な外出行事の際には、出勤できる職員を募り、何とか対応している。	日常的な外出支援は、ガイドヘルパーを活用しながら散歩や買い物、通院等の外出の機会を設けるようにしています。また、利用者の体調等を考慮しながら、町内会で開催されている老人会(村富)によるイベントの参加、月1回近くのグループホームで開催されている認知症カフェにも参加しています。遠出外出では、介護タクシーを利用して紅葉ドライブ、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	時折、利用者と一緒に買い物に行き、使用できる範囲内で、個人の菓子類を購入する事がある。			

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	家族に電話したいという希望がある場合は、連絡し、話して頂いている。手紙を書いて欲しいという要望は特になし。		
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。その代わり外出や食事で季節感を提供するようにしている。	リビングは一般家庭と同じようにリビングのすぐ横に台所があり、調理の音や香りが感じられ、自然と皆が集まるリビングになっています。壁には制作が得意な職員が中心となって、季節ごとの様々な作品を飾ったり、レクリエーションの作品（塗り絵や習字、ビーズ作品）、猫の写真等も飾られ、賑やかな空間になっています。また、事務所前に置いているソファの所に目隠しボードを新たに設置し、応接スペースとして活用しています。	今後の継続
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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、利用者の相性等にも配慮しながら席順も決め、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	入居時に、使い慣れた物を持ち込んで頂き、住み慣れた空間を作れるように支援している。安全面を配慮するため、転倒のリスクが高い物については、片付けさせてもらう場合もある。	一般の家を改築しているので、居室の造りや間取りは全て異なっています。エアコン、照明、介護用ベットは備え付けとして完備されていますが、それ以外の家具や調度品については、以前から使用していた物等を持ち込んでいただくように伝えていきます。箆笥、イス、テレビ、DVDプレーヤー、コンポ、日本人形、写真等、思い思いの品物が物が持ち込まれ、落ち着いて過ごすことの出来る居室になっています。	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 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、何処へでも出入りが自由になっています。階段については、必ず職員が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

作成日

平成31年2月27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	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が、人員の問題で、シフト調整が難しく、思うように実施できない。	職員の採用を進めた上で、不足する部分については、ボランティアセンターを活用する。	求人広告で職員の募集。 市のボランティアセンターを活用する。 また、近隣の大学でボランティアを募る。	6か月
2	30	ADL低下について、なるべく防ぎたい。	ADL低下、病気の悪化を防ぐ	医療連携機関との連携を図り、状態に応じたケアの統一を図る。 外部研修にも参加し、予防に対する知識の向上を図る。	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。