

2023（令和5）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	1495400663	事業の開始年月日	令和2年6月1日
		指定年月日	令和2年6月1日
法人名	医療法人メディカルクラスタ		
事業所名	医療・看取り対応型 たまふれあいグループホーム 登戸新町		
所在地	(〒214-0013) 神奈川県川崎市多摩区登戸新町186		
サービス種別 定員等	■ 認知症対応型共同生活介護	定員計	27名 ユニット数 3 ユニット
自己評価作成日	令和6年2月16日	評価結果 市町村受理日	令和6年6月4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 <http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/>

【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）】

たまふれあいグループホームは、「たまふれあい訪問看護ステーション」と訪問診療の「たまふれあいクリニック」を協力医療機関として密に連携しております。医療ニーズのある方でも、幅広いお受入れと対応が可能です。認知症ケアの専門性においては、医学的アプローチ・コウノメソッドを中心とした新しい認知症治療を積極的に取り入れております。終の棲家として最期まで安心してお過ごしいただけるよう、お看取りを前提としたケアを行い、栄養や嚥下にも注視・注力した革新的なホームとしてご入居者様の生活を支えます。

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和6年3月6日	評価機関 評価決定日	令和6年5月17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）】

事業所は、JR南武線・小田急線の「登戸」駅から川崎市営バスで4分「登戸新町」下車徒歩2分、または、「登戸」駅から徒歩10分程の住宅街にあります。鉄筋コンクリート3階建て、3ユニット27人定員のホームです。運営医療法人は、たまふれあいグループとして多数の地域医療施設と福祉事業所を川崎市多摩地域で展開しています。

<優れている点>

「地域の人々のよりよい生活と人生のために～ここからだに、ぬくもりとやさしさを～」の理念のもと利用者の医療・介護に取り組んでいます。ホーム1階には地域交流の場として地域交流室を設置し、夏祭りには保育園児や小中高生を招待して交流しています。医療面では「たまふれあいの森 まち保健室」として地域各所で医療・介護相談を実施しています。医療と介護の一体支援を目指し、理学療法士、作業療法士などの法人内の専門職ケアによるリハビリを実施しています。リハビリによる歩行訓練や栄養管理された食事、適度な会話などにより、要介護3で入居した利用者が3年後に介護度が1まで改善した事例もあります。

<工夫点>

法人内研修や勉強会、職員の目標管理（PDCA）制度もスタートし、人材育成に注力しています。介護福祉士の資格を取得している職員が多数おり、専門的知識・技能に優れたケアに努めています。職員の提案で各ユニットごとに、利用者支援に使える活動費が設けられ、職員の主体性を活かした利用者ケア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	1～10
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15～22	11
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	12～16
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36～55	17～23
V アウトカム項目	56～68	

事業所名	医療・看取り対応型 たまふれあいグループホーム 登戸新町
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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	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。	年度毎に理念、方針を冊子として配布され、職員は理念を意識しながらサービス提供ができるよう心がけている。	毎年理事長が、理念と方針を職員に伝えていきます。冊子も配布し周知しています。利用者が出来ること、望む生活を大切に支援に努めています。要介護3の利用者がバランスの採れた食事や、歩行訓練、適度な会話などにより要介護1に改善した事例もあります。	
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。	温かな時期は近隣を散歩したり、近隣保育園の児童が遊びに来てくれた。	1階には広い地域交流室を設置しています。今年度は夏祭りに地域の保育園児や中高生を招待し交流しています。散歩は近隣の登戸第2公園などに行っています。法人は「まちの保健室」を開催し健康チェックや相談会を開催し地域支援に取り組んでいます。	
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。	具体的なアプローチをしていないが、近隣の方からお問い合わせがあり、認知症の対応に困っている方へ助言を行った実績がある。		
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績、評価への取組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	コロナで外部の方が参加していない。	今年度10月から通常の対面会議を再開しています。多摩区高齢支援係職員や地域包括支援センター職員、家族が参加し事業所の活動報告をしています。家族からの質問や、地域の行事情報を得ています。入居後に100歳の利用者が杖歩行が出来るようになった事について、家族から感謝の言葉を貰った事例もあります。	
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。	市町村担当者との連携は管理者、ホーム長が行っている。	多摩区高齢支援係職員からは空室や短期利用の相談を受けています。外部評価報告書も提出しています。運営推進会議に区の担当者が毎回参加して、新型コロナウイルスやインフルエンザなど感染症や薬不足の状況などの情報を得ています。	

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
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、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業者への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる。	施設内研修にて身体拘束をしないケアについて学び実践している。	身体拘束のない介護に取り組んでいます。身体拘束適正化委員会は3ヶ月ごとに実施しています。委員は管理者、ユニット長3人、ケアマネジャーで、身体拘束の対象となる11項目の確認と話し合いをしています。職員は法人のeラーニング研修で学び、確認テストを受け理解を深めています。	
7	6	○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。	施設内研修について高齢者虐待防止について学び、普段から職員同士声かけ・注意喚起し、実践している。	虐待防止委員会は来年度4月からの実施を予定しています。職員研修は法人のeラーニング研修を全員参加で実施し、研鑽を積み支援に活かしています。職員のストレスチェックも実施し、スピーチロック（言葉の拘束）に気づいた際はその場で直ぐに注意しています。	「虐待防止委員会」には管理者、ユニット長、ケアマネジャーの他、看護師、リハビリスタッフ、利用者家族などの参加を得て実施されることが期待されます。
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。	施設内研修で自己決定、権利擁護等について学び周知を行っている。		
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。	契約は管理者・ホーム長が行っているが、ご家族様に対し十分な説明を行いご家族様等からの質問に対し丁寧な回答を行っている。（ご家族様談）		
10	7	○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。	日々の面会時にご家族様からの意見、要望などを聞く機会を作っている。意見箱を設置している。	利用者の意見は日々聞いています。家族の意見は面会時や電話で聞いています。外出・散歩の要望や重篤化した際のサポートなど、安全面に問題がない要望は反映しています。現在面会は感染症を懸念して時間や人数の制限を設けて実施しています。	

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
11	8	○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。	週1回の運営会議・リーダー会議において各ユニットの現状報告を行い、経営側の参加者が職員からの意見要望を聞く機会を設けている。	法人主催による、理事長も参加する管理者会議を毎月実施しています。毎月実施する介護事業部の4事業所管理者会議の中で、職員の意見提案を法人に伝えています。職員の意見により、ユニット決済で利用者支援に自由に使える活動費の予算を設け支援に活しています。	
12	9	○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。	各職員の生活背景を理解し、シフト調整や目標設定など就労環境の整備に努めている。	働きやすい職場環境づくりに取り組み、職員の残業を減らし、有給はほぼ100%取得できるように整備しています。目標管理（PDCA）を基本とした人事評価システムを導入し、公正な人事評価に取り組んでいます。年2回職員面談を実施し職員支援に努めています。	
13	10	○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。	医療・看護・リハビリの内部研修参加の機会や、外部研修の情報提供があり、研修に参加したり資格取得ができる。eラーニングも導入している。	法人内全職員対象の勉強会の中で食事介助や移乗など介護技術の基本を学んでいます。勉強会を毎月実施し、多くの職員がリモート配信を視聴しています。介護資格取得に対する費用貸付制度や、資格取得者手当なども整備し、現在多数の職員が介護福祉士有資格者として勤務しています。	
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。	コロナで実施していない。		
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。	入居時の情報を把握し他のご利用者様・職員と安心安全に共同生活を送れるよう支援している。		

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
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。	入居時、面会時にご家族様の要望を伺う機会を設け、良好な関係構築に努めている。		
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。	アセスメントを行い、本人の課題や問題点を見極めカンファにより必要な対応を行っている。		
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。	本人のADLに合わせ、掃除炊事洗濯等を職員と共にやり、共同生活者としての関係作りに努めている。		
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。	ご家族様に生活状況を報告し、ご要望や以前の生活等を伺いながら本人を支えていく関係を作っている。		
20	11	○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。	コロナの前は、本人のご友人等の面会も受け入れていた。ご家族様との外出等も行っていたが馴染みの場所にも行かれていた。現在は制限をかけているがご家族様との外出は出来ている。	入居者の生活歴や馴染みの関係を家族からの情報などで把握しています。昔馴染みの友人が来訪することもあります。絵やちぎり絵が好きな人の手伝いや、花が好きな人とは花壇の水やりを一緒にしています。家族と年賀状を交換している利用者には宛名書きの支援をしています。	

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
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。	ご利用者様同士の見守りを行い、必要に応じて職員が声をかけトラブル防止に努め、体操やゲーム等一緒に楽しんでいただいている。席の工夫も行っている。		
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。	利用終了理由は、ほぼ看取りのご逝去のため、ご家族様に生前の写真等を送ったり命日にお花を送ったりしている。		
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	12	○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。	本人の意向を伺い、カンファで話し合っって本人の思いに沿った生活に努めている。	帰宅願望が強くなる人の気持ちに寄り添い、利用者が納得できるまで時間をかけ対応をしています。テレビの視聴から寿司やうなぎなどを食べたいものを把握する場合があります。外食は家族対応でお願いしています。日を決めて全員で出前寿司を食べることもあります。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	本人やご家族様からお話を伺い、これまでの生活歴を把握し本人の生活習慣を大切にしている。		
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。	日頃の様子を記録に残し、定期的カンファを行い、課題や問題点を考察し現状把握に努めている。		

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
26	13	○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。	介護職員、看護師、医師、ケアマネジャー、本人、ご家族様で情報交換、検討を行いプラン作成を行っている。	アセスメントに基づき、医療・日常生活・人間関係・衛生管理に分けた大項目で目標を決め、その実現の為に具体的なサービス項目を決めます。毎日の記録と医療記録をベースに、6ヶ月ごとにモニタリング一覧表を作成し、サービス内容の継続や変更を行っています。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	日々の記録、カンファ等からプランの見直しを行っている。		
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。	本人、ご家族様の意向を確認し、その時々ニーズに応えられるよう努めている。		
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。	コロナ前は、ボランティアの受け入れ、たまふれサポーター制度など地域の人々との関係構築に努めていた。		
30	14	○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。	同法人の訪問診療をかかりつけ医とし月2回の定期診療、週1回のナースカンファ、24時間オンコール対応により医療と密接に連携している。必要あれば専門外来への受診準備も同法人の地域連携室でサポートを受けている。	法人母体のたまふれあいクリニックを内科の提携医とし、歯科医とも提携しています。その他の科の診療はクリニックで診察の上、グループ内の地域相談室を通じて最適の専門医を紹介しています。「コウノメゾット」（最も適した薬剤を極力少ない副作用で処方する、認知症を治療する対処療法・薬物療法マニュアル）を適用する場合があります。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している。	週1回のナースカンファ、ナース24時間体制のオンコール対応があり、必要時はすぐに看護が受けられるようになっている。		
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。	入院先の病院との情報交換は、ケアマネや管理者が都度行っており、退院に向けての病院のカンファにも参加している。早期退院できるよう、同法人内の地域連携室でも密に病院と情報交換を行い、同法人の訪問診療と連携して退院受け入れ体制を整えている。		
33	15	○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。	重度化や終末期医療についてできること・できないことを家族に説明できる限りの対応を行っている。	クリニックと連携して看取りの指針を作成しています。本人と家族の希望を最優先にした、施設内での看取り態勢を整え、終末ケアプランを作成します。職員は看取り研修を行い、家族と他の利用者に対する精神的なサポートのスピリチュアルケアも実施しています。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身につけている。	急変時の連絡体制を整えている。		
35	16	○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。	年2回の消防訓練を実施している。	耐震建物で地震での緊急避難はありませんが、川崎市ハザードマップでは5～10mの浸水地域となり、同一法人で直線距離2kmの高台にあるグループホームを避難場所に設定しています。BCP（業務継続計画）の策定会議は、施設介護部の4事業所合同で毎月開催しています。	R6年度からの義務化を控え、策定中のBCPの完成が期待されます。備蓄の見直しを望まれます。

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	17	○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。	施設内研修でプライバシーの確保、個人情報取り扱いについて学ぶ機会がある。	言葉遣いに気を配っています。不穏症状の対応の際も利用者に寄り添うことに努めています。具体的な課題や、接し方など、職員間で情報共有し安心してもらうケアに繋がっています。利用者からの話しかけには、作業中であっても必ず手を止め、目を見て返事をする事を徹底し、動作をロールプレイでも確認しています。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。	少しのことでも複数の選択肢を設けるようにして、利用者の意思を尊重するケアに努めている。		
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、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。	1日の基本的なスケジュールは存在するが、できる限り入居者の意向に沿って支援を行っている。		
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。	身体整容は都度支援し、好みの洋服や小物を把握し気持ちよくすごしていただけるよう努めている。		
40	18	○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。	料理に合った食器を使用し、見た目にも楽しんでいただけるようにしている。配膳・下膳も可能な方には一緒にやっけていただいている。	主食はご飯だけでなく、パンや麺類も適宜提供しています。一人ひとりの好みや苦手な物の一覧表を作成し、無理なく全量摂取ができるような工夫をしています。クリスマスや正月など行事の際も楽しく食事ができるようなメニューを工夫しています。コロナ禍で自粛していた家族との外食も可能となっています。	

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
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。	食事量を把握、記録し、必要な栄養水分が摂取できているか確認している。難しい方には介助している。体重測定も月1回行っている。摂取進まず心配な場合は、医療・看護に相談し個別メニューを提供している。		
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、口腔ケアを行っている。		
43	19	○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。	その方に合わせたトイレ誘導を行っている。できる限りトイレで排泄できるように心掛けている。	時間やしぐさなど、その人ごとの排泄パターンに合わせてトイレ誘導をしています。便秘対応は3日を基本とし、利用者それぞれに合わせて観察し対応しています。夜のパット・オムツ交換も、睡眠または交換のどちらを優先するかは個々の体調と状況で判断しています。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	水分摂取、乳製品、食物繊維、もち麦入りご飯の提供、適度な運動を行い便秘予防に取り組んでいる。訪問診療にも排便状況報告し、医療面からも排便コントロールしていただいている。		
45	20	○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。	基本的に入浴日を決めているが、入浴時間や順番等は都度柔軟に対応している。	週に2回を基本としていますが、利用者の状態で適宜変更しています。午前中に入浴予定の利用者が嫌がる場合は、再度午後に変更を行うなど、利用者に合わせて声掛けをしています。浴槽を跨ぐことが困難な場合には機械浴を使用し、安全に入浴することができます。風呂上りには、一人ひとり医師の指示薬を塗布しています。	

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
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。	本人のご様子により、日中は必要に応じて休息を促すこともある。夜間安眠のため、日中に体操や外気浴、畑作業等適度な運動を心がけ夜間の睡眠につなげている。		
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。	医師・看護師・居宅療養の薬剤師から説明を受けたり、服薬状況の報告や症状の変化については随時ナースカンファや24時間対応のオンコール等で報告している。		
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。	一人一人の生活歴やADLに合わせて生活リハやレクへ参加していただいている。		
49	21	○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。	定期的な外出レク、畑作業、日々の外気浴に努めている。	近くの児童公園に散歩に出かけています。また、施設屋上の広い中庭で日光浴をしています。花見時期には同一法人のバスを使用し、約300本の桜並木が続く宿河原堤にも出かけています。	
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。	本人は現金を所持していない。購入したいものがあるときは一緒に買い物にでかけ、本人の希望に沿った買い物支援をしている。		

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。	希望があるときは都度対応している。外線がかかってきたときは、話しやすいように居室に誘導し気兼ねなく話せる環境を作っている。		
52	22	○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。	季節を感じられるよう、フロア壁面等に飾りつけをしたり模様替えを行っている。照明・音・臭い・温度・清潔・換気等都度調整し対応している。	共用空間の温湿度調整を機器の設定に任せず、体感でも調整しています。リビングの配席は、利用者同志の関係を見計らいながら決めています。1階の広い地域交流室ではイベントなども行っています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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。	ご入居者様同士の関係性を考慮して座席を配置している。		
54	23	○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。	本人が自宅で使用していた家具や思い出の品等、自由に持ち込んでいただいている。	居室掃除・備品整理・衣替えなどの室内の整理整頓を居室担当職員が行っています。寝具リネンは毎週洗濯し、天気の良い日はテラスで布団干しもしています。入居者の体調の変化に対応して、転落防止の為にベッドの向きを変えるなど、その人の状態に合わせてレイアウトを変えています。	
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。	本人のできることを見極め、生活リハを行い、自立支援の姿勢で最小限の介助、見守り、声掛けを行っている。		

事業所名	医療・看取り対応型 たまふれあいグループホーム 登戸新町
ユニット名	2階

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	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。	会議内やリーダー研修においてビジョンを共有し、近隣施設との交流や行事開催をしたりと少しずつだが、実践に繋げている。理念は、研修での対話技術を参考に各フロアリーダーより共有できた。		
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。	地域交流室を活用し、季節のイベントを共有する行事を計画し実行している。昨年より、運営推進会議を通して、地域の情報交換等をし、ご入居者様に安心安全に今後も地域との繋がりが持てるよう推進している。		
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。	学生～大人を中心に、当法人、事業所の行っているまちの保健室開催の案内や見学等を通じて認知症の人への理解や支援の交流を発信している。今後は職場体験導入等も考察し、理解を求めていける場を計画中。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	今は管理者を中心に出席しており、週に1回の運営会議にて共有を行っている。今後は人員が安定次第、各フロアリーダーも出席し取組みについて話し合いを重ねて質の高いサービスを提供できるようにしていく。		
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。	事業所の近くに担当者がいて場所にも恵まれている環境でアポイントも取りやすく、地域の催し物や町内会の会長、副会長、民生委員、公共施設各担当者の方々との進捗状況を確保し関係性を築き上げている。		

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、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業者への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる。	リスクマネジメント委員会や研修を通して身体的拘束となる行動を理解し、入居者様の情報を共有する。共に未然に防いでいくよう、多職種連携を通してアドバイスをもらい、ミーティングやカンファレンスを重ねて、しないケアを行っている。		
7	6	○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。	研修やアンケート、ミーティングを開催し、日頃のケアの振り返りを行っている。又、職員も虐待行為に繋がらないよう職員自身の心身もフォローし対話を重ねてコミュニケーションを通し防止に努めている。		
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。	研修について学ぶ機会はあるが、話し合いの場はまだ少ない状況。権利擁護についての理解は、まだ職員全体理解が浅いので、管理者にサポートして頂いている。		
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。	管理者中心に対応して頂いている。ご家族様の不安などは管理者・リーダー中心に情報共有し、その度、面会や電話を活用して対応している。		
10	7	○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。	情報公開やイベント時に家族様と関わる機会にアンケート用紙を活用し集計した情報をもとに今後の運営について会議内で検討し反映している。		

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
11	8	○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。	会議録を活用し、事前に意見を集計している。役職者に限らず全ての職員に意見・提案を聞く機会を設け会議に反映している。		
12	9	○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。	目標についてのフィードバック面談を通して実績ややりがい等を共有している。自身のフローでは見える化にし月間計画を目標達成できるよう月1回面談しながら進捗の確認を行い、モチベーションを保ち働けるよう工夫している。		
13	10	○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。	法人外で行っている研修や資格取得の法人内のシステム等は発信しているが、実践経験はまだ浅く今後の課題である。		
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。	職員全体ではないが、昨年からは開始したリーダー研修を通して、各部署・事業所の職員と交流し、情報交換や意見交換しサービスやビジョンに反映している。		
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。	日々の暮らしの中で24人体制で情報共有し、困った事や相談など話しやすい環境づくりを心掛けて関係性を築き上げている。		

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。	ご家族様のニーズが言いやすい関係性や環境づくりを心掛けて意見等を職員で共有している。また、ご家族様も困惑されないよう、関わる職員を絞って対応している。		
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。	管理者中心にサービス開始時は対応し、リーダーに共有を行う。リーダーから職員に共有しサービスを考察し反映している。組織図に沿って実行している。		
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。	生活自立支援を中心に「その人」の残存機能を活かしながら、共に日々の暮らしを入居者様同士支えあう環境づくりやコミュニケーションのきっかけ作りを行い、関係性を築き上げている。		
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。	関係性の状態・状況に配慮し双方の想いを大切にしながら関係性が維持し、入居者様の生活の様子を家族様と共有しつつ直接会えなくても手紙や電話等活用できる物を取り入れながら、共に生活を支えていくようにしている。		
20	11	○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。	馴染みの人などは本人の意思よりキーパーソンの方の意思になってしまう事が多く交友関係性の本人の意思決定が難しく支援に悩んでしまう場面が多い。		

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
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。	関係性についての言動や様子を24時間体制で共有し、経過観察を行い、悪化する前の予防策として食事の変化やタイムテーブル・支援体制の見直しを行っている。		
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。	今まで終了してからも手紙や電話があった時もあり、長い期間ではないが関りを持てた。一方、病状などの経過については相談員が対応している事も多く、情報が耳に入らない。		
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	12	○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。	要望を言いやすい関係性作りを築き上げ、なるべく本人のニーズに沿ったサービス・環境づくりを行っている。意思決定できるよう、選択肢が用意できる環境づくりを継続中。		
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。	ケアマネージャーが作成した生活歴を参考に1人1人の生き立ちを把握し個性を大切にしながら集団生活できるサービスを提供している。		
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。	その時の本人の体調・心理的状态に応じて対応できるよう記録や申し送りを活用して情報共有を行っている。		

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
26	13	○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。	モニタリングは行っているが、タイムラグが生じている現状もあり、話し合いの場作りは今後の課題。現状に即した介護計画書は作成できている。		
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。	タブレット上の機能を活用できる物は活用し、人によっての記録に偏りがないようタイムテーブルでの記録担当業務を活かし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。	心身状態によって多職種にタブレット端末を活用し意見交換しやすい環境なのでニーズを知り、サービスの反映やその時の状況に応じてサービスの内容を考案して取り組んでいる。		
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。	近隣の中学校や保育園等の交流を通してイベント開催をし、互いに達成感や協力体制の中で役割を持ち活動を行っている。生活の中で良い刺激をもっている。		
30	14	○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。	事前に法人内のクリニックの希望有無を確認し同意を頂いている。又、その他症状が出た時は今までのかかりつけ医や希望に沿って対応している。		

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。	記録も共有し、週に1回の医療カンファレンスやタブレット端末のMCSを活用し協働している。		
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。	組織図に沿って対応し、内容に応じて相談を行っている。病院関係者との関係作りはケアマネージャーや相談員・包括中心に取り組まれている。		
33	15	○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。	ICを通しご家族様の要望、本人の意思を尊重し、多職種で共有し、今後の方針を共有してチームとして良いサービスを提供するよう連携を図っている。		
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、実践力を身につけている。	フローチャートを元に対応できるように共有を行っている。又、研修を通して実践力を身につけている。都度、振り返りをミーティングやペーパーベースで行っている。		
35	16	○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。	地域の協力体制は今後の課題であり、現在、運営推進会議で協力体制を築き上げている。避難訓練も年間計画を元に行っている。		

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
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	17	○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。	スピーチロック等は話し方についてはチームで支えあい対応を考え気を付けている。また、一人ひとりにあつた対話を意識し、帳票類などの保管もプライバシーに配慮して気をつけている。		
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。	こちらから伺いをたて、意見が言いやすい関係性づくりを作っている。選択肢をこちらで用意し、自己決定しやすい工夫している。		
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。	入居者様主体の生活の場なので、無理強いする事なく、全てとは言わないが、可能な限り要望に沿ってサービス		
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。	職員都合ではなく、また、高齢者扱いしないよう、その人の個性を大事に身だしなみにも気をつけられるよう、洋服も自己決定で選択して頂いたり、化粧やマニキュア、男性も帽子など、オシャレする機会の場を設けている。		
40	18	○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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	イベントや日々の食事でも彩りや盛り付けなども工夫しながら、ご入居者様と共に食事に関する作業を協力して頂いている。		

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。	毎日、毎食の量など、タブレット端末の記録を元にデータとして共有し、摂取状況を把握。栄養面等は専門職や職員間で検討し意見交換している。		
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。	口腔内環境はSTや訪問歯科・衛生士にアドバイス意見交換、情報共有をし清潔保持や口腔内ケアの保持を行っている。		
43	19	○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。	現状のADLに応じて排泄用品のコストも理解し、必要に応じて適切な物品で対応できるよう、月に1回ミーティングで検討し支援を行っている。		
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。	オリゴ糖の使用や、下肢筋力・腹筋等の筋力維持を図り、排便コントロールにつながる工夫をしている。		
45	20	○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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴剤やバックミュージックなど1人1人が安心安全にリラックスして入浴できるよう工夫しており、入浴日や時間も職員都合ではなく本人の了承を得てからスケジュールを組んでいる。		

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の状況に応じて、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。	ベッドの位置など、居室内環境を整え、また、昼夜逆転防止に一定の活動量を維持し、食事摂取・排泄状況等を把握して快適な睡眠につなげられるよう対応している。		
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。	薬情報書の共有や情報を把握し、不快な思いをせず服薬できるような声掛けや支援を心掛けて対応している。薬剤師にもアドバイスを頂いている。		
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。	マンネリ化しないよう週刊レクリエーションや季節感を感じられるようタイムスケジュールを考案・計画し反映している。食事やレクリエーション・入浴においても1人1人楽しみ方が違うので、個に寄り添える支援を工夫している。		
49	21	○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。	人員に左右され遠方の外出等、難しい現状ではあるが、屋外、地域交流スペースや近隣環境を活用し、外出支援を不定期に行っている。		
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	希望のある方はキーパーソンと相談したうえで、小銭や小袋などを持参して頂いている。使用できるようなきっかけ作りは模索中。		

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。	手紙より電話要望者が多く、本人より訴えがあった時は可能な限りご家族様の連絡を自由にやり取りして頂いている。手紙についてはキーパーソン中心に対応が多い。		
52	22	○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。	たまの手プロジェクトが始動し、昨年度末より共有空間の清潔保持が実施されている。季節については花などの植物や飾りつけで表している。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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。	居室・フロアを行き来できる環境や自席だけでなくソファを設けて気分や体調によって過ごせる場を提供している。また、おやつ時に席を交換したりまんべんなく他者とコミュニケーションを取れるように工夫している。		
54	23	○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。	愛着のある日用品など、ご本人様やご家族様の思いを尊重し活用できるような配慮や支援を行っている。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	リハビリカンファレンス、ミーティングを通して残存機能を活かし自分らしくいられる生活空間を作り出している。ADLに合わせて、なるべくできる事、きっかけ作りを提供している。		

事業所名	医療・看取り対応型 たまふれあいグループホーム 登戸新町
ユニット名	3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、生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。	同法人に職員が、どんな状態になっても対応していけるように、多職種連携にて理念に基づいてケアを実践している。		
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。	コロナ感染もなかなかおさまらずに、自治会の方がは、少し距離を置かれているようにも思える。		
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。	事業所からの発信はなかなか難しいが、外で清掃している時など、近隣の方からお声がけ頂いた時は、認知症の対応に困っている方へ助言を行った事がある。		
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。	コロナで外部の議員の出席率が悪い。		
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。	3階フロアの職員が直接、連絡を取っている事はない。		

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
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、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業者への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる。	0JTにて身体拘束を学んでいる。また、来年度から身体拘束委員会が立ち上がったので、学ぶ機会が増えると思う。		
7	6	○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。	0JTにて高齢者虐待防止を学んでいる。対応や言葉かけには十分に配慮して実践している。		
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。	0JTにて自己決定、権利擁護等について学んでいる。入居者に成年後見人がついていたケースもあるので、ケアの実践の中で職員にも周知を行っている。		
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。	契約は家族に対し十分な説明を行い家族等からの質問に対し丁寧な回答を行っている。		
10	7	○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。	3階は週1回の面会が多く、時に家族からの意見、要望などが言いやすい環境作りに心掛けている。職員ミーティングでもご意見を反映している。		

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
11	8	○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。	ホーム長に随時意見要望を話し反映されている。週1回の運営会議においては、ホーム長が事前にフロア職員からの意見を吸い上げており、各フロアの現状報告を行い、法人代表者が職員からの意見要望を聞く機会を設けている。		
12	9	○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。	代表者は定期的に現場に訪問し、また医師としても現場や委員会に入り管理者や職員の業務や悩みも把握されていて向上心を持って働けるよう環境作りがされている。		
13	10	○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。	医療・看護・リハビリの内部研修参加の機会や、外部研修の情報提供があり、研修に参加したり資格取得ができる。		
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。	コロナ渦で実施していないが、外部研修等積極的に参加できる機会を設けているため質の向上に繋がっている。		
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。	それまでの生活歴を把握し、本人の気持ちを受け止め、信頼関係作りに努めている。		

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
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。	入居時、面会時に家族の要望を伺う機会を設け、良好な関係構築に努めている。またその思いをケアプランに反映している。		
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。	本人家族の思いや要望を確認、即時対応できるものは速やかに対応、同法人の他部署とも連携しながら最善を尽くすようにしている。		
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。	介助する側とされる側になってしまいがちだが、入居者と協力し楽しめる環境づくりを心掛けている。		
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。	ご家族に生活状況を報告し、ご家族との対話も大切にしている。ご要望や以前の生活等を伺いながら本人を支えていく関係を作っている。		
20	11	○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う、支援に努めている。	本人の友人等からのお手紙・年賀状や面会も受け入れている。来訪しやすい雰囲気作りをしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。	職員が間に入りそれぞれが日常を楽しめるように心がけている。		
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。	利用終了理由は、ほぼ看取りからのご逝去のため、ご家族に生前の写真等を渡している。		
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	12	○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。	本人の意向を伺い、カンファレンスで話し合っ本人の思いに沿った生活に努めている。		
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。	本人や家族からお話を伺い、これまでの生活歴を把握し本人の生活習慣を大切にしている。		
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。	日頃の様子を記録に残し、定期的にカンファレンスを行い、課題や問題点を考察し現状把握に努めている。		

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
26	13	○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。	介護職員、看護師、医師、ケアマネジャー、リハビリ、本人、家族で情報交換、検討を行いプラン作成を行っている。		
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。	日々の記録、ケアカンファレンス等からプランの見直しを行っている。		
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。	本人、家族の意向を確認し、多職種（医師・看護師・PT・OT・ST等）で対応している。		
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。	保育園のお子さんたちとの交流がある。		
30	14	○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。	同法人の訪問診療をかかりつけ医とし月2回の定期診療、週1回のナースカンファレンス、24時間オンコール対応により医療と密接に連携している。必要あれば専門外来への受診準備も同法人の地域連携室でサポートを受けている。		

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
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。	週1回のナースカンファレンス、24時間体制のナースオンコール対応があり、必要時はすぐに看護が受けられるようになっている。		
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。	入院先の病院との情報交換は、ケアマネや管理者が都度行っており、退院に向けての病院のカンファレンスにも参加している。早期退院できるよう、同法人内の地域連携室でも密に病院と情報交換を行い、同法人の訪問診療と連携して退院受け入れ体制を整えている。		
33	15	○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。	重度化や終末期医療についてできること・できないことを家族に説明しできる限りの対応を行っている。		
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。	急変時の連絡体制を整えている。マニュアルがあり見て確認できるようになっている。		
35	16	○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。	年2回の消防訓練を実施している。		

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
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	17	○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。	0JTにてプライバシーの確保、個人情報の取り扱いについて学ぶ機会がある。		
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。	利用者の意思を尊重するケアに努めている。		
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、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。	1日の基本的なスケジュールは存在するが、できる限り入居者の意向に沿って支援を行っている。		
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。	身体整容は都度支援し、好みの洋服や小物を把握し気持ちよくすごしていただけるよう努めている。		
40	18	○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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	料理に合った食器を使用し、見た目にも楽しんでいただけるようにしている。片付けも可能な方には一緒にやっ ていただいている。月1回食事作りレクを行って一緒に料理を楽しみ食べてもらっている。		

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
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。	食事量を把握、記録し、必要な栄養水分が摂取できているか確認している。難しい方には介助している。体重測定も月1～2回行っている。摂取進まず心配な場合は、医療・看護に相談し個別メニューを提供している。		
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、口腔ケアを行っている。訪問歯科に口腔ケアの指導をしていただき、歯間ブラシやスポンジブラシ等も必要に応じて使用し、仕上げ磨きやうがい等の介助を行い清潔を保つようにしている。		
43	19	○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。	その方に合わせたトイレ誘導を行っている。できる限りトイレで排泄できるように心掛けている。		
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。	水分摂取、乳製品、食物繊維、もち麦入りご飯の提供、適度な運動を行い便秘予防に取り組んでいる。訪問診療にも排便状況報告し、医療面からも排便コントロールしていただいている。		
45	20	○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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	基本的に入浴日を決めているが、入浴時間や順番等は都度柔軟に対応している。		

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の状況に応じて、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。	本人のご様子により、日中は必要に応じて休息を促すこともある。夜間安眠のため、日中に体操や外気浴、畑作業等適度な運動を心がけ夜間の睡眠につなげている。		
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。	医師・看護師・居宅療養の薬剤師から説明を受けたり、服薬状況の報告や症状の変化については随時ナースカンファレンスや24時間対応のオンコール等で報告している。		
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。	一人一人の生活歴やADLに合わせて生活リハやレクへ参加していただいている。		
49	21	○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。	身体的に外出が困難な入居者が多いが、外気浴ができるように努めている。コロナ渦で外出レクがはばかれるが、外出できるようになったら何がしたいか入居者と話をしている。		
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	本人は現金を所持していない。購入したいものがあるときは一緒に買い物にでかけ、本人の希望に沿った買い物支援をしている。		

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。	希望があるときは都度対応している。外線がかかってきたときは、話しやすいように居室に誘導し気兼ねなく話せる環境を作っている。		
52	22	○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。	季節を感じられるよう、フロア壁面等に飾りつけをしたり模様替えを行っている。照明・音・臭い・温度・清潔・換気等都度調整し対応している。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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。	入居者同士の関係性を考慮して座席を配置している。くつろぐためのソファを設置している。		
54	23	○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。	本人が自宅で使用していた家具や思い出の品等、自由に持ち込んでいただいている。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	身体機能や認知機能のレベルに応じ、生活動線に配慮して座席の場所を決めている。トイレの場所やご自身の居室の場所がわかりやすいようにサインを増設したり写真を掲示したりしている。		

2023年度

事業所名 医療・看取り対応型 たまふれあいグループホーム登戸新町

作成日：令和6年5月30日

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	35	災害対策において、所在地がハザードマップでは5m～10mの浸水地域にある。	現在、策定したBCPを更に更新して有事の際に対応できる組織づくりを行う。	BCPの更新、避難場所への避難を想定し、車輛を利用した訓練を実施する。	7ヶ月
2	40	食事を楽しむことのできる支援について、外食が出来ていない。	各フロア、年内最低1回は外食に出かける。	行事委員会にて計画を策定し実施する。車輛についてはデイサービスの車輛。事前に車椅子での来館、ソフト食・ムース食のメニューがあるかの確認	7ヶ月
3	49	日常的な外出支援において、室内のレクが優先となり、外での散歩などが出来ていない状況。	週1回、外出する機会を設ける。	職員配置もあるが、早番・日勤・遅番の3名が出勤している日には原則外出するよう、動態表（職員の動き）に組み入れる。	7ヶ月
4	2	事業所と地域とのつきあいにおいて、なかなか外部の方が訪れる機会がない。	地域交流室など外部の方に利用してもらおう。	自治会などの会合で地域交流室を使用してもらおう。近隣保育園と月に1回程度の交流（種まきやプールなど）を検討していく。	7ヶ月
5	4	外部委員の運営推進会議の参加率が悪い。	最低3名は外部の方が参加できる会議体にする。	毎月、自社の広報誌を持参し会議日をアピールする。運営推進会議の意図を理解してもらうため、一度、挨拶・説明に伺う。	10ヶ月