

<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

	項目数
I. 理念に基づく運営	8
1. 理念の共有	1
2. 地域との支えあい	1
3. 理念を実践するための制度の理解と活用	3
4. 理念を実践するための体制	2
5. 人材の育成と支援	0
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	1
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応	0
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援	1
III. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	5
1. 一人ひとりの把握	1
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し	1
3. 多機能性を活かした柔軟な支援	0
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働	3
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	6
1. その人らしい暮らしの支援	4
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり	2
合計	20

事業所番号	1473000881
法人名	有限会社 やすらぎの家
事業所名	グループホーム「やすらぎの家大和渋谷」
訪問調査日	令和1年12月10日
評価確定日	令和2年3月19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。

令和1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	1473000881	事業の開始年月日	平成16年11月1日	
		指定年月日	平成18年4月1日	
法人名	有限会社 やすらぎの家			
事業所名	グループホーム「やすらぎの家 大和渋谷」			
所在地	(242-0023) 大和市渋谷5丁目1-2			
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	9名	
		ユニット数	1ユニット	
自己評価作成日	令和1年11月26日	評価結果 市町村受理日	令和2年4月6日	

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	
----------	--

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

家庭的な雰囲気の中かで利用者一人一人が穏やかに、生き生きと暮らしていけるよう支援していきます。
 利用者が主体的に暮らしていただけるよう、自立支援を主とした質の高い認知症介護の実践をスタッフ全員で心がけています。

【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	〒231-0023 横浜市中区山下町74-1 大和地所ビル9F		
訪問調査日	令和1年12月10日	評価機関 評価決定日	令和2年3月19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、有限会社やすらぎの家の経営です。グループホーム「やすらぎの家大和渋谷」は小田急線「高座渋谷駅」から徒歩4分の線路沿いに面した場所であり、踏切を越えた反対側には、大型スーパーや商業施設などもある利便性の良い所にあります。また、近くにある「札の杜2号公園」には桜をはじめ様々な木々が植えられており、毎年春にはお花見に出かけています。
 ●認知症ケア上級専門士の資格を持つ職員を中心に「利用者が主体的に暮らしていけるよう、自立支援の維持」を目指し、生活リハビリに注力しています。下膳は大半の方が自分で行っており、廊下の掃除機がけ、食事の調理手伝い、盛り付け、食器洗い・拭き、テーブル拭き、食器棚への収納など、各利用者にそれぞれの役割を担っていただくことで、生きがいやQOLの資質向上につなげ、本来のグループホームである共同生活介護に取り組まれています。また、食後の歯磨きも順番に各自で行い、排泄に関しても、利用者の羞恥心に考慮して、トイレや居室に個人名を記載した替え用パット箱を置くなど、自分自身でパット交換ができるよう工夫し、排泄の自立継続支援に取り組んでいます。
 ●ボランティアの活用については、利用者の意向を大切にし、全ての活動を受入れるのではなく「利用者が楽しめる」ことに観点を置き、現在は、カラオケボランティアの方に限定するなど、利用者本位を第一とした支援が実施されています。

【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「やすらぎの家 大和渋谷」
ユニット名	こもれば

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	利用者と職員と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、安全面で不安な区過させている。 (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、安心して暮らしている。 (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	地域の中で、地域の人々に認知され、地域の一員として穏やかに生き生きと暮らせるホーム作りを理念の柱としており、すべての職員に対しこの理念を実践するよう徹底に努めている。	地域の中で、地域の人々に認知され、地域の一員として、穏やかに生き生きと暮らせるホーム作りを理念の柱として、日頃から申し送りノートに決定事項を書き込み、共有化を図りながら、理念の実践に取り組んでいます。必要に応じて、都度の話し合いを持ち、全ての職員が同じ思いでケアに当たっています。	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	自治会等の催し物に積極的に参加している。地域で開催される認知症カフェにも参加している。	自治会とは、開設当初から緊密な交流があり、地域で開催される夏祭り、餅つきなどに声掛けしていただき、参加しています。地域で開催される認知症カフェにも参加しています。春には、自治会から机を借りて、近くの公園でお花見をしています。ボランティアによるカラオケは、長きにわたり継続されており、毎月の利用者の楽しみになっています。	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	運営推進会議でグループホームの意義や認知症についての理解を継続的に行っている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	2ヶ月に1回の運営推進会議の中でホームの活動報告、外部評価の報告等を行い、質疑応答により話し合いサービス向上に活かしている。	2ヶ月に1回の運営推進会議は、自治会長、民生委員、家族などに加えて行政からは、市職員と包括支援センター職員が交互に参加していただけています。事業所の活動報告や地域の行事の案内などを受け、質疑応答の時間を設けています。参加メンバーからいただいた意見や提案を、事業所のサービス向上に活かしています。	今後の継続
5	4	○市町村との連携	運営推進会議に2回に1回市の担当者に出席いただき、ホームの実際を知っていただくとともに行政関係の相談等も行いサービス向上に向けた協力体制ができています。	市役所とは、生活保護の利用者の件も含め、必要に応じて、連絡と相談を行っています。運営推進会議には、2回に1回、市の職員に出席いただき、事業所の実際を知っていただくと共に行政関係の相談なども行い、事業所のケアサービス向上に向けた協力体制ができています。市のグループホーム連絡会にも加入し、空き室情報の提供など、協力関係を築いています。	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	開所以来玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアの徹底に努めており、身体拘束マニュアルを設置し、実施する際のルールも明確にしている。	開所以来玄関の施錠を含めて、身体拘束をしないケアの徹底に取り組んでいます。また、身体拘束マニュアルを整備し、実施する際のルールを明確にしています。安全確保の観点から、やむを得ず転倒防止安全ベルトを実施する場合は、家族の了解を取り、身体拘束委員会での定期的な検討の上、記録を残しています。	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 overs されることのないよう注意を払い、防止に努めている	入職時の研修で虐待についてのホームの方針を説明、ちょっとした声かけや対応が心理的虐待につながる事を含め防止を徹底している。また日々の対応の中でも利用者にはいやな思いをさせるような対応があった時にはOJTで教育をしている。		
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	成年後見人制度を利用する利用者が複数人いて、制度についてはミーティングでの説明などを通じ職員も理解をしている。身寄りのない利用者には市担当者に成年後見制度の手続きをお願いしている。		
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	契約時にホームでの生活についてや、入院、退居など起こりうる状況に対するホームとしての対応を十分に説明し質疑を受け、理解を得ている。入居後は継続して状況の報告、相談を持ちながら、最終的に退居先が決まるまでご家族と相談をしながら対応している。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	ホーム、市、国保連の苦情相談窓口をホーム内に掲示している。来所時等にご家族から頂いた意見等は管理者、運営者を交えミーティングで検討し、可能な限り対応している。	事業所、市役所、国保連の苦情相談窓口を事業所の玄関に掲示すると共に契約時に口頭でも伝えていきます。衣替えや小遣いの補充などで家族の来所を促し、意見や要望を伺っています。運営代表者が管理者を兼任しており、職員を交えて会議で検討し、可能な限り対応しています。	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	現場での意見、要望、提案はスタッフ、サブリーダーからリーダーへと随時コミュニケーションが取れるようになっており、必要に応じて代表者、管理者、職員とで話し合い、答えを出すようにしている。	代表である管理者も日々現場に入っており、現場での意見・要望・提案は都度、コミュニケーション取ると共に、認知症ケア上級専門士の知識・経験を活用し、申し送りノートを通して、課題解決の回答を書き込み、職員間で共有しながら、支援が一本化できるよう取り組んでいます。	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	職員の勤務状況、勤続年数、資格取得等を反映した給与見直しを行っている。勤務時間についても状況に応じて職員の意見が反映された変更等を柔軟に行っている。		
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	新入職者に対しての新人研修を必須とし状況に応じた社内研修・OJTを実施している。社外研修についても状況の許す限り受講できる体制をとっている。		
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	職員には状況の許す限り希望する研修等に参加できるよう勤務調整を行い能力向上を図っている。		
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	入居前の面談は、基本的に利用者宅へ伺い、その生活ぶりを把握するとともに、気楽に話しを聞けるようにしている。その中で利用者の暮らしぶりや生活史などを聞きだせるように心がけ、入居時には全職員がそれを踏まえて接していけるように事前ミーティングを行っている。		

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
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	入居希望時に家族から聞き取り面談を行なった上でホームの運営方針等を説明、質問を受け理解をいただいている。又本人の状況やどのような生活支援を望んでいるかを伺い、ホームでの生活、支援体制についても説明し理解をしていただくよう努めている。		
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	ホームでの生活が可能かどうかを見極め、対応が難しい等、他のサービスに適していると思われた場合は、家族に説明し他のサービスを紹介している。		
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	利用者を一人の人間として尊重し、一人ひとりの生活感を大切にすることを基本方針とし、尊厳を保ちながら穏やかに暮らしていただけるように心がけている。自立支援を基本に本人にできることは本人ができるよう支援し、生活の中で役割を見つけていただき共に暮らす家族に近い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	ご家族には、ホームでの暮らしぶりや現状、問題点なども随時報告、相談し、ご本人を支えていく思いをなるべく共有できるように努め、それぞれが支援できる部分について協力していけるような関係が築けるよう努めている。		
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	ご家族以外の面会希望者についても、ご家族に確認を取りながら、問題なければ面会していただいている。利用者の状態によっては面会がマイナスに働かないよう面会者に説明し、面会が本人の楽しみとなるよう支援している。	家族以外の面会希望者については、家族の確認を取りながら面会いただき、これまで築きあげてきた馴染みの関係を継続できるように支援しています。利用者の状態によっては、面会が、お互いにマイナスになる場合もあり、利用者の状態を事前に説明してからお会いしていただくなどの配慮もしています。職員と一緒に手作りの年賀状を出している方もいます。また、家族と共に正月の親戚の集りに参加する方もいます。	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	日々の生活の中で利用者同士の人間関係が円滑に行くよう見守りをし、必要に応じて調整役を行っている。手伝いなどもなるべく不公平感が出ないようにバランスに気を配りながら一人ひとりできることを見極め、していただくように努めている。		
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	長期入院となった場合、ご家族と連絡とったり、病院のケースワーカーと相談しその後のフォローをしている。また退居後の近況報告をご家族から受けたりすることもあり、必要に応じて助言等もしている。		
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	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。	一人一人の希望やペースは、極力把握するよう心掛け、共同生活の中で可能な限り対応するよう努めている。	事業所の方針であり、一人ひとりの思い・希望や習慣・ペースを極力把握し、共同生活の中で、可能な限り対応しています。特に役割分担による利用者のやり甲斐を大切にし、食事の際の仕事、掃除・洗濯などの仕事を、利用者の得意分野に応じて、振り当て、生き生きとした生活を実現しています。	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	入居前の面談で得た利用者の暮らし方や生活史は職員全員が共有できるようにしている。入居後も本人や家族からの必要情報は会議、ミーティングで全員が把握できるよう努めている。		
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	一人一人の生活リズム、残存機能や能力、排泄やバイタル数値、睡眠などの把握に努め、変化が出た時にはすぐに気付き対応ができるようにしている。本人に状態変化が見られた時には全職員で確認しながら必要に応じ、ケアプランの変更等で対応している。		

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
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	新たな課題が出た時は必要に応じて主治医、訪問看護師とも相談し、医療的な助言、改善策をいただいている。家族に相談し、今までの暮らしの情報等をいただいたり、環境整備のお手伝いをしていただくこともある。	日々の申し送りの中で、利用者の状況を把握し、職員全員で話し合い、介護計画作成担当者を中心に現状に即した介護サービスを介護計画に反映させています。新たな課題が出た時は必要に応じて、主治医・訪問看護師とも相談し、医療的な助言・改善策を提案いただいています。また、家族からの情報提供も利用者の介護計画作成時に参考にしています。	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	生活記録の中で、基本情報である食事量・水分摂取量・バイタル数値を職員全員が共有、個々の介護計画の課題についての実施と結果は極力記録することとし、それを基に質の高いユニットケアの実施に努め、介護計画の見直しにも活かしている。		
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	利用者、ご家族の状況、必要に応じ、協力医療機関や訪問看護事業所、介護用品事業者、移送サービス事業者、ボランティア等と連携し極力ニーズに対応できるよう努めている。		
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	運営推進会議で地元の情報提供をいただき、自治会行事にも参加している。地元ボランティアの方々のカラオケ会を毎月1回開催している。		
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	入居時にご家族と話し、基本的にはホームの協力医に主治医を移していただき月2回の訪問診療、健診、予防接種等を受けていただく体制をとっている。希望、必要性があれば家族対応での今までのかかりつけ医を継続することも可能。その場合には細部にわたる体調変化や認知症の症状について受診申し込み書を作成し書面を通してかかりつけ医との連絡を図っている。	入居時に家族の希望に沿って、主治医を決めていただいています。現在は全員が事業所の協力医を主治医として月に2回の訪問診療を受けています。訪問看護師は、週2回の巡回があり、利用者の健康管理を担ってもらっています。訪問歯科は必要に応じて連絡し、往診に来ていただいています。家族対応で協力医以外の専門医に受診する際には、受診申し込み書を作成し、利用者の状況を医師に伝えています。	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
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2回の訪問看護時に状態変化等を確実に伝え、受診や必要な対応等を相談している。受診が必要と思われる場合には、訪問看護から「受診申し送り書」を医師宛に作成してもらい受診の際に活用している。		
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。	利用者が入院する際には代表者、リーダーが本人の症状や認知症の状態等必要な情報を病院側に正確かつ適切に伝えるよう努めている。担当医との治療の方向や退院に向けての話し合いにはご家族とともに参加し、ホームのできる対応について病院側に伝え、適切な状態での速やかな退院を支援している。		
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、事業所です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	入居前の段階から、重度化した場合のホームとしての方針と次の段階への話はご家族に説明し、理解いただいている。基本的には本人の状態により、最善の方向を探っていくが、選択肢のひとつとしてターミナルケアもある。その場合には主治医、訪問看護、家族との協力によりホームでの看取りを行う。	入居時に、重度化した場合の事業所の方針と次の段階への話を説明し、理解を得ています。実際に重度化した時点で、家族と話し合いの場を設け、利用者本人にとって最善の方向を探り、その後の方針を決めています。選択肢の一つとしてターミナルケアもあり、その場合は、主治医・訪問看護・家族との協力を得て事業所での看取りを行なうケースもあります。	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	夜間時の緊急対応マニュアルがあり、入職後の研修で周知徹底している。訪問看護の24時間対応も活かしたマニュアルと急変時の受診アセスメント票を活用し、救急隊からも高い評価を頂いている。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	年に2度防災訓練を実施。運営推進会議にて自治会役員の方とも災害時の避難体制について話し合い、協力をお願いしている。	年に2回防災訓練を実施しています。運営推進会議時に、自治会役員の方とも、災害時の避難体制について話し合いを行っており、協力体制の構築や、事業所の避難訓練を見てもらったこともあります。消防署には、避難訓練の計画書を提出し、先方の都合により、参加・指導をってもらうこともあります。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	利用者の尊厳を大切に考え、かける言葉や職員同士の会話にも配慮し、利用者の誇りやプライバシーを守るよう日々の現場、ミーティング等で徹底を図っている。	利用者の尊厳を大切に考え、かける言葉や行動について、配慮されたケアを心掛けています。具体的な指摘を、認知症ケア上級専門士を中心に申し送りノートにも記載し、職員に注意喚起を行なっています。ミーティング時には、個人が特定されないよう留意し、プライバシーの確保にも取り組んでいます。	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	利用者一人一人の能力に合わせた声かけを行っている。「してください」ではなく「していただいていますか」と利用者本人の意思、希望を尊重するような声かけを徹底している。		
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、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	体調や本人の希望、訴えを尊重しながら柔軟に対応している。一日の過ごし方も制約しないようにしており、なるべく一人一人が自分のペースで暮らせるよう配慮している。		
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	理美容は月に一度の訪問理美容で本人の希望を聞きながら行っている。身だしなみについて利用者の能力に合わせて、家族とも連携を取りながら支援している。利用者と一緒に衣類を買い物に行く支援も行っている。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者と職員が一緒にテーブルで、同じものを食べている。食事の準備（皮むき、盛付け）、食後の後片付け（食器拭き）は役割分担し、利用者にしていただいている。夕食は味付け等を教えていただきながら一緒に楽しく作ることもおこなっている。	食材の購入やメニューは、独自に事業所で行なっています。食事は、利用者と職員が一緒にテーブルにつき、同じ食事を摂っています。食事の準備、食後の後片付けは、利用者中心に行われており、日常生活の中で生きがいや役割を持って生活していただけるように支援しています。味付けにおいても、利用者にも教えてもらいながら、一緒に楽しく調理しています。時には昼食で出前を取ることもあります。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	体重の増減に合わせ主食、副菜の量を調整している。1日1000ccを目処に好みの飲料など工夫をしながら必要水分量を摂っていただくようにしている。嚥下状況や糖尿病等にもできる限り対応している。		
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	起床時と毎食後、全員に口腔ケアをしていただいている。義歯の方には就寝前に声掛けし、夜間洗浄を行っている。		
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	一人一人の排泄状況の把握に努め、現段階で本人にとって一番良い排泄環境が出来るよう努めている。必要に応じ居室、トイレにパット、リハパンを定数設置し本人に交換していただくよう働きかけている。	排泄チェック表を記録し、一人ひとりの排泄パターンを把握し、現段階で一番良い排泄環境ができるよう取り組んでいます。利用者に応じて、居室やトイレにパット、リハビリパンツを一定数設置するなどの工夫により、本人が自分で交換できるよう働きかけ、排泄の自立を継続できるよう支援しています。	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	10時の水分補給はバナナジュースを摂っていただくなど便秘予防に努めている。一人一人の排便リズムを把握し、便秘傾向になった時には繊維質の多いものを摂っていただく。散歩、手伝い等で身体を動かしていただくなど自然な排便に働きかけるようにしている。		
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	日にちが空かないように配慮しながら、状況に応じて入っていただいている。また一人一人が極力本人のペースで入浴できるよう配慮している。	入浴支援を毎日行ない、日にちが空かないよう配慮しながら、状況に応じて入浴していただいています。利用者一人ひとりが、本人のペースで入浴できるよう、浴室外での見守りや、浴室内での見守り、一部介助など、利用者の自立度に合わせた対応で入浴支援を行っています。季節のゆず湯や菖蒲湯なども行い、入浴を楽しんでいただけるようにしています。	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
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	就寝に向けて穏やかな気持ちをもって入眠しやすくなるような環境作りに努めている。気温にも注意し、エアコンや布団、寝巻きなど、本人の希望も聞きながら適切に対応している。夜間不穏時には傾聴、ホットミルクを出す等落ち着いていただけるように対応している。		
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	薬事情報はいつでも確認できるよう入居者情報ファイルに保管されており、変調が見られたときや便秘、下痢の時など確認しながら服薬をしている。必要に応じて主治医と相談し薬内容を検討している。		
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	できる方にはお手伝いをお願いし、感謝の言葉を必ず掛けるようにし自分の役割や共生意識を持って生活できるようにしている。また、本人の希望を聞きながら、負担にならないようケアしながら今までやってきた趣味等をホームでもできるように支援している。地域行事への参加、ホームでの季節行事などを通じ、日常生活が単調なものにならないよう努めている。		
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	体調や天気をみながら、地域行事への参加、家族との外出などにも出かけられるよう支援している。衣類の購入希望があった場合は個別に店に行き本人の好みを聞きながら購入したりしている。	利用者の体調や天気を見ながら、地域行事への参加、近くのスーパーへまで買い物に出かけたり、家族と外出に行かれている方もいます。事業所でも初詣やお花見などの季節の外出行事も企画して実施しています。年2回包括支援センター主催の認知症カフェにも出掛けています。季節の良い時期には庭のベンチで気分転換を兼ねた外気浴も行っています。	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	ご家族から今までの生活歴等を聞き、自分でお金を持っていたほうが落ち着いて生活できる方については、小額のお金を持っていただいている。また本人の希望で買う物があるときには、なるべく本人と一緒に買い物に行っていただき、自分で買う感覚を持ってもらうようにしている。		

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	希望があり、差し支えの無いものであれば電話をかけていただいている。ホームのほうからも、ご本人の気持ちなどを先方に伝えるように心がけている。暑中見舞いや年賀状など本人に手作りで作っていただく支援をし、ご家族に送っている。		
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	居間や居室は時間によって採光や室温にも配慮し、カーテンの開閉、空調を行っている。居室は入所時に本人に名札を書いていただき居室入り口に掲示しわかりやすいように工夫している。トイレには個々の能力に応じたパット箱を設置し混乱なく本人が使用できる環境作りに努めている。居間には日めくりカレンダーや季節を感じる演出を配し、なるべく季節を感じていただく工夫をしている。	リビングや居室は、時間によって採光や室温にも配慮し、カーテンの開閉、空調を行なっています。リビングには、日めくりカレンダーや七夕やクリスマスツリーなどの季節に応じた飾り付けを、利用者主体で行い、季節感を演出しています。テレビ前や廊下の突き当たりにもソファを配置し、ゆったりと自分の場所で過ごせるように配慮しています。トイレには、個々の能力に応じたパット箱を設置し、混乱なく、本人が使えるよう環境作りに取り組んでいます。	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	居間にはテーブルのほかにソファがあり、利用者は思い思いの場所で座り、利用者同士話をしたり、テレビを見たりするようになっている。廊下の突き当りにもソファを設置し入居者の息抜きの場となっている。		
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	入居時にご家族に話して、状態に応じて慣れ親しんだ家具や身の回り品を持ち込んでいただくようお願いしている。家具の配置についても導線等安全に配慮しながら本人、ご家族と相談して決めている。	入居時に家族と相談し、利用者の身体状態・認知症の状況に応じて、許容できる範囲で、使い慣れた家具や身の回り品を持ち込んでいただくようにしています。家具の配置については、導線確保などの安全面に配慮しながら、利用者・家族と相談して、本人が居心地良く過ごせる居場所作りをしています。	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	一人ひとりの状態を鑑み、本人ができることはできるような環境を作るようにしている。居室の名前表札は入所日に本人に書いていただき、自分の部屋を判りやすいようにしている。排泄では自分でパットを交換できる方にはトイレや居室に本人が変えられるような環境を作っている。日常生活の中で本人の気づきを引き出せるような環境作りを心がけている。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム
「やすらぎの家 大和渋谷」

作成日

令和2年3月14日

〔目標達成計画〕

優先順位	項目番号	現状における 問題点、課題	目 標	目標達成に向けた 具体的な取組み内 容	目標達成に 要する期間
1	12	介護職員の人員不足が慢性的に続いており、既存の職員の勤務に負担がかかっている。	不足人員を補充し定着させ、全職員の就業条件の改善を図る。	インターネット等の求人広告に継続的に求人募集をかけるとともに、応募者が仕事に入っていくやすい導入マニュアルを改訂し、実施していく。	12ヶ月

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。