

2022（令和4）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5年2月8日	評価結果 市町村受理日	令和5年5月9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）】

医療と密に連携が取れ、体調に変化があってもすぐ主治医と連携が取れ、迅速に対応出来る。
それによって体調の悪化も防ぐことが出来ていて、医療依存度が高い方も受け入れが可能となっている。

管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などの多職種の専門職が同グループにおり、相談事などを行えアドバイスを頂ける。

看取りも対応しているので、最期も慣れ親しんだ場所で過ごすことが出来る。

【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5年3月13日	評価機関 評価決定日	令和5年5月2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と小田急線の「登戸」駅から徒歩で10分弱の住宅街にあります。鉄筋コンクリート3階建てに3ユニットが入っています。設立3年目ですが、地域密着型介護を目指した取り組みを推進しています。母体の医療法人は、川崎市内に複数の介護施設を運営しています。

<優れている点>

「医療・看取り対応型」を謳い、事業所から1km以内に法人のクリニックと看護ステーションがあり、医療連携というよりも医療との一体支援を目指しています。医師・看護師の定期訪問だけでなく、理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士が訪問療法すると共に、職員からの相談にも乗っています。「地域密着」の理念に基づいて事業所内に多目的スペースを整備し、コロナ禍後には町内会の集会やイベント場としての提供を予定しています。近隣の小・中・高校との連携も進めており、課外活動や奉仕活動の場の提供を企画しています。介護支援においては職員の心身のコンディションの維持が大切との方針で、管理者は職員の休憩時間や休暇の取得に気を配っています。

<工夫点>

IT機器を活用し利用者一人ひとりのデータを一元管理し、家族やクリニックとの情報交換もスムーズに行うことができています。職員のアイデアで利用者も一緒に作った足湯の設備があり、花壇やベンチもあって利用者の憩いの場になっています。

【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	1～10
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	登戸新町 1F

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、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。	玄関の所に理念表があり目を通してはいるが、実施までは難しい。	「地域貢献・人間性尊重・職員の働き甲斐」を理念にしています。経験豊富な職員が多く、接遇マナーの基本は出来ています。支援に当たっては、機械的な作業ではなく、利用者の気持ちや体調を良く考えながら支援することを心掛けています。	
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。	コロナの為交流はなかなか難しかったが今年より町内会に加入申請や職業体験の誘致など地域に根付くために精力的に動いている。	町内会に4月の入会が決まりました。玄関横の多目的スペースの活用などで、地域との連携を強める予定です。近隣の小・中・高校とも話し合いが進み、コロナ後の生徒の職業体験や奉仕活動の場の提供を予定しています。民生委員との繋がりも出来ました。	理念にもある「地域貢献」の具現化の為に、現在の地域への働き掛けの具体化が期待されます。
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。	法人内での説明会やZOOMを使つての勉強会、他事業所への社内報、各事業の定員情報等共有し多摩区での認知症への理解など発信している。		
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。	社内では毎週火曜日に行っているが、地域の方を巻き込んだ運営推進会議は行っていない。	事業所がコロナの最中での開設の為、運営推進会議の開催以前に、参加メンバーとの交渉も困難な状況でしたが、町内会・民生委員・地域包括支援センターとのコンタクトも取れたので、コロナ明けには体制を整える計画です。	
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取り組んでいる。	行政との連絡は密にはとれてはいませんが、必要時にはしっかり報告する。	運営推進会議の連絡・報告など、区の高齢・障害課との連携が強まります。事業所内のコロナ発生時には、保健所・多摩区の衛生課や川崎市の関係課との頻繁なやり取りがありました。65歳以上専用の特効薬の投与で、感染利用者が回復しました。	

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。	医療連携や研修、カンファレンスを通して多方面の方からアドバイスを頂いたり、フロア会議などでも身体拘束にならないようなケアを話し合っている。	身体拘束についての研修（eラーニングによる動画研修）やグループ内クリニックのアドバイスを受けて、ケアでの実践は出来ていますが、身体拘束適正化委員会の設立と定期的開催は新年度からのテーマです。	研修や実践は進めていますが、委員会設立や会議記録など、早急に形を整えることが期待されます。
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。	eラーニング研修やミーティングなどで意識づけをおこなっている。 職員同士も声掛けをしながら振り返りを行っている。	eラーニング研修を行っていますが、委員会の設立は来年4月からの義務化に向けて準備中です。利用者の不穏な言動に対して、落ち着いた対応の為には、職員の心身の安定が大切なので、1時間の休憩時間を確実に取るようにしています。	
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。	主に研修で学び、必要性であったり活用の仕方を話し合っている。		
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。	ホーム長が契約を行い、不明点やご家族様の要望などしっかり聞くようにしている。また契約書に記載していないこともこちらで別でお話ししているようにしている。		
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。	文章等を通して、年に数回実施し今後の課題等検討している。	昨年も数回あった看取り介護については、家族の意向を十分に尊重して対応しています。コロナ禍で面会制限の折には、電話で家族と利用者が会話をしたり、携帯でメールや写真を送っていました。利用者の好物の差し入れがありました。	

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。	リーダーMTや運営会議で職員の声など聴き、反映するようにしている。	各フロアミーティングで出た職員の意見を、リーダーミーティングや管理者運営委員会で話し合い、取り上げています。共用空間の装飾や季節行事の企画と実行は、「行事委員会」に全てを任せることで、職員が主体的な取り組みができるような体制としています。	
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。	月に1度のMTや日頃の日報などに枠をもうけて行っている。 人事評価システムも始まり、仕事の実績など給料の面などで評価される機会が増えた。	職員は半期毎に目標を立てています。管理者との個人面談で達成度合いについて振り返り、その結果を報酬に反映しています。頑張りが評価される公平なシステムとなり、職員のやりがいに繋がっています。職員間で出てくる意見の相違には管理者は中立の立場に努めています。	
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。	不明点などマンツーマンでの時間を作り、研修等声掛けなどで発信している。 出来ない部分はアドバイスをしたり出来るように導いている。 またよくよく声をかけるようにしている。	実務者研修修了後3年勤続すると受講費を全額免除し、介護福祉士を取得すると報酬を上積みする仕組みとしています。管理者は職員一人ひとりの状況を見ながら、個別に研修や資格取得などのキャリアアップの支援をしています。	
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。	MTやカンファレンスを通して個々のケアを検討したり、デスクカンファなどを通して、サービスの向上につとめている。		
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。	困っていることなど事前に聞き取り、配慮しつつ、計画書を通じ又直接ご家族様とお話することで関係性つくりやご本人の安心を確保している。		

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。	今までの関係性や生活歴等情報共有し日々の面会や電話や対面時などを通し話をしている。		
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。	多職種と連携し実施している。		
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。	関係性やADLに配慮し環境等の工夫をしている。		
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。	日々の本人の状態など情報共有し関係性への築きの工夫をしている。		
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。	コロナウイルス等で外出困難だったがその中でも外出の機会等調整を実施している。	コロナ禍で遠出や人との接触が困難な状況では、利用者の昔馴染んだ趣味や能力を引き出して、事業所内での活動やレクリエーションを工夫しています。見事なちぎり絵の作品を作ったり、ギターが得意な職員の伴奏に合わせて懐かしい歌を歌っています。	

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
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。	個々のADLや1日の中でも食席とは別にレクなど皆で取り組むような環境作りをしている。		
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。	居宅やケアマネージャー、ホーム長で連携して取り組んでいる。		
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。	リハビリカンファやサービス計画書をもとにケア面での工夫をしている。また本人の言、記録を通じ共有している。	家族のアセスメントや日常の関わりの中で発する言葉から把握しています。意思疎通が困難な利用者に対しては「何を望んでいるのか」を考え、その人の思いに添った支援に努めています。情報は職員同士の会話によって共有しています。	
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。	個々のケアファイルを元に情報共有をしている。		
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。	アセスメントやモニタリングをし医療連携等をとおして、リビングカンファ等で見直しを行い現状の把握に務めている。		

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。	日々の様子、言動等情報共有しているので介護計画書に反映しそれをもとに今後の取り組みをしている。	新規の利用者のケアプランは診療情報、サマリー（医療介護情報提供書）、ADL（日常生活動作）表などをもとに仮プランを立て家族の意向欄には家族が直筆で記入しています。長期目標は1年、短期目標は3ヶ月で、モニタリングは更新時に実施しています。	
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。	必要に応じて申し送りに追加したり、写真など取り記録に添付し共有する。		
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。	その時々生まれるニーズに対して、多職種の協力を得て柔軟なサービスを提供している。		
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。	個々のADLと楽しみ、気持ちを大切にしながら求めるニーズに対してチームケアとして取り組んでいる。		
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。	法人内での医療連携を通して対応している。	法人医療機関の医師が月2回、看護師が月4回訪問し健康管理にあっています。理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が頻りに訪れて機能改善を支援しています。医療情報はモバイルカルテで共有しています。専門医の外来受診には家族が同行しています。	

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
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。	週に1回のナースカンファ等をとうして支援に務めている。		
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。	ケアマネージャーを中心にSWと相談をし情報共有や相談を行い、それをもとに環境整備や現ADLでの生活への工夫を施設内に反映するようにしている。		
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。	提携医のご意見も聞いた上で、ご家族様ともお話しご理解していただきチームで行っている。	契約時家族に看取りに関する説明をしています。重度化した段階で今後の方向性を説明すると共に家族の意向を確認します。容態に合った看取り対応で、直前までリビングで過ごす事ができた人もいます。振り返りをして職員のメンタルをサポートしています。	
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、実践力を身に付けている。	オンコールの基準や緊急の時の対応の確認を共有するだけでなく共に考える場を設けている。		
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。	防災訓練等の実施をし見直しや非常食の備蓄など行っている。	年2回火災、水害、昼夜を想定した防災訓練を実施しています。3ユニット合同で避難経路の確認、消火器を使つての訓練、垂直避難訓練などを職員と利用者で行っています。食料品、飲料水を3日分以上、防災用品などを備蓄し、リスト管理しています。	

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
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。	研修内でもあったので、常日頃プライバシー等の配慮は意識した声掛けは行っている。	居室にいる時は利用者の邪魔をしないような配慮をしています。利用者は新聞を読んだり、テレビを観たり、あるいは寝転んだり、ひとりで自由に過ごしています。呼称は「名字にさん付け」ですが分かりやすいように下の名前で呼ぶ人もいます。	
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。	要望や自己決定などで会話できる環境や関係性が大事なので、まず聞ける環境作りを工夫している。		
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。	毎日できてはいない。その日の職員な都合などでやむおえない場面もあるが、1週間内での個々のペースや希望に沿うように工夫はしている。		
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。	ご家族様よりお持ちして頂いた、洋服を着て頂いたり、毎回のように同じ服にならないように意識している。		
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。	お膳を下げて頂くなどの簡単な片づけなど行っていただいている。	専門業者に委託し豊富なメニューの食事を提供し、利用者は洗い物や食器拭きに参加しています。雛祭りにはちらし寿司などの特別メニューを提供し、誕生会や敬老の日には希望で鰻や寿司を購入しています。時には職員が手作りしたチーズケーキを食べるなど、食を楽しむ支援に努めています。	

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。	記録をもとに1日のバランスを確認し、STや栄養士など専門職と連携をし、食形態の見直しや、日常の食事メニュー等美味しく提供出来るように調理している。		
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。	OTやSTや毎週の訪問歯科かえあアドバイスを頂き個々の口腔状態に合わせてケアをしている。		
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。	本人にあったパット類や排泄のルーティン等の評価、期間を設け今の本人に合った支援を実施するようにしている。	基本的には食事の前後に声掛け・誘導しています。タブレットで前回の排泄を確認したり、利用者の様子を見ながら誘導しています。「介助できる関係性」を築くことにより、パッドをちぎったり捨てたりする行為を未然に防いでいます。	
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。	オリゴ糖を召し上がっていただいたり、リハビリで体を動かす事で便秘の予防をおこなっている。また医療と連携し下剤のコントロールをしている。		
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。	入浴に関してはこちらの都合になってしまいがちだが、無理強いしたりせず本人の気持ちや清潔面を意識している。	入浴は週2回、1日3～4人を目安とし、適宜対応しています。機械浴の設備により個々の状況に合わせた入浴支援ができています。好みのシャンプーなどを持ち込む人もいます。入浴拒否の人には理由付けや声掛けを工夫したり、日にちを替えるなどして対応しています。	

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。	昼夜逆転にならないように1日のタイムスケジュールの見直しや良眠できるような居室内環境を整えるようにはしている。		
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。	薬剤情報に目を通し、服薬での反応等は医療連携を通じて報告、連絡、相談を行っている。		
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。	レクリエーションや生活内においてマンネリ化しないように外気浴やイベント、物品等皆で協力して対応出来るようにしている。		
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。	人員に余裕があり外出できる時は行っている。	多摩川土手を利用者と職員、1対1で散歩しています。生田緑地へのドライブや、屋上テラスでは、花壇の水やりや、屋根付きの小さな子供プールの周りにベンチを置いた手作りの「足湯」を楽しんでいます。天気の良い日にはプールにお湯を入れて、皆で足を温めています。	
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。	お金の所持については家族様と相談し本人の要望に応じて対応している。		

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
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。	フロア内でのピッチを使用しご家族様と直接会話できるように支援している。		
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。	委員会やリーダーMT内で話し合い環境作り、工夫整備等を協力しておこなっている。	リビングを中心にキッチン、浴室、居室と機能的な間取りになっています。リビング、廊下には利用者と職員が制作した貼り絵や手作り雛、絵馬などを飾っています。玄関横の多目的スペースに職員が制作した鳥居を飾り、初詣として新しい一年を祈願しています。	
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。	食席の配慮や関係性など本人の気持ちをもとにした工夫をしている。無理強いをしない。		
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。	家族様に協力していただき本人の生活しやすいような環境作りをし、使い慣れた寝具などを使うことで安心して過ごして頂いている。	クローゼット、ベッド、カーテン、エアコンを備え付けています。利用者は衣装ケース、物置棚、イス、テレビなど使い慣れた家具を持ち込み、思い出の品や手作りの作品を飾っています。家具類は安全面を考慮して配置しています。	
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。	自立支援については月1回はカンファレンスをし、目標や本人の要望を中心にプログラムや声掛けを行い支援している。		

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	登戸新町 2F

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。	玄関の所に理念表があり、入職した職員には必ず、目を通して頂き、理念を共有している。		
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。	コロナの関係、交流などはできなかったが夏祭りの出し物など今年は実行に移して行きたい。		
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。	法人内での説明会や、他事業所への社内報、各事業の定員情報等共有し多摩区での認知症への理解など発信している。		
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。	社内では毎週火曜日に行っているが、地域の方を巻き込んだ運営推進会議は行っていない。		
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取り組んでいる。	行政との連絡は密に取れていない。		

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
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。	医療連携や研修、カンファレンスを通して多方面の方からアドバイスを頂き福祉用具や日常の物を使い行っている。		
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。	研修やミーティングなどで意識づけをおこなっている。 職員同士も声掛けをしながら振り返りを行っている。		
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。	主に研修で学び、必要性であったり活用の仕方を話し合っている。		
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。	ホーム長が契約を行い、わからない部分もしっかり説明している。		
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。	文章等を通して、年に数回実施し今後の課題等検討している。		

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
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。	文書等を通して年に数回実施し今後の課題を検討している。		
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。	月に1度のMTや日頃の日報などに枠をもうけて行っている。		
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。	不明点などマンツーマンでの時間を作り、研修等声掛けなどで発信している。		
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。	MTやカンファレンスを通して個々のケアを検討している。		
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。	計画書を通じ又直接ご家族様とお話することで関係性づくりをしている。		

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
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。	今までの関係性や生活歴等情報共有し日々の面会や電話を通し話をしている。		
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。	多様性と連携し実施している。		
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。	関係性やADLに配慮し環境等の工夫をしている。		
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。	日々の本人の状態など情報共有し関係性への築きの工夫をしている。		
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う、支援に努めている。	コロナウイルス等で外出困難だったがその中でも外出の機会等調整を実施している。		

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
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。	個々のADLや1日の中でも食席とは別にレクなど皆で取り組むような環境作りをしている。		
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。	居宅やケアマネージャー、ホーム長で連携して取り組んでいる。		
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。	リハビリカンファやサービス計画書をもとにケア面での工夫をしている。また本人の言、記録を通じ共有している。		
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。	個々のケアファイルを元に情報共有をしている。		
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。	アセスメントやモニタリングをし医療連携等をとおして、リビングカンファ等で見直しを行い現状の把握に務めている。		

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。	日々の様子、言動等情報共有しているので介護計画書に反映しそれをもとに今後の取り組みをしている。		
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。	タブレットでの各種別のアイコン等を活用している。		
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。	ニーズにより時間は変わってしまうが、サービスにつなげるような広い視野を持つように支援を意識している。		
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。	個々のADLと楽しみ、気持ちを大切にしながら求めるニーズに対してチームケアとして取り組んでいる。		
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。	法人内での医療連携を通して対応している。		

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。	週に1回のナースカンファ等をとうして支援に務めている。		
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。	ケアマネージャーを中心にSWと相談をし情報共有や相談を行い、それをもとに環境整備や現ADLでの生活への工夫を施設内に反映するようにしている。		
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を通じご家族様や本人の気持ちによりそいチームケアとして対応するようMT等をし取り組んでいる。		
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。	オンコールの基準や緊急の時の対応の確認を共有するだけでなく共に考える場を設けている。		
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。	防災訓練等の実施をし見直しや今後の対応を考慮している。		

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。	研修内でもあったので、常日頃プライバシー等の配慮は意識している。しかしなかなか反映されていない。		
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。	要望や自己決定などで会話できる環境や関係性が大事なので、まず聞ける環境作りを工夫している。		
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、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。	毎日できてはいない。その日の職員な都合などでやむおえない場面もあるが、1週間内での個々のペースや希望に沿うように工夫はしている。		
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。	本人の要望、今までの生活歴など家族様にも協力していただき支援に務めている。		
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。	月に1度のイベント色や日常での食事での個々の嗜好などに配慮したりADLに合わせてお手伝いなど手伝って頂いている。		

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。	記録をもとに1日のバランスを確認し、STや栄養士など専門職と連携をし、食形態の見直しや、日常の食事メニュー等美味しく提供出来るように調理している。		
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。	OTやSTや毎週の訪問歯科かえあアドバイスを頂き個々の口腔状態に合わせてケアをしている。		
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。	本人にあったパット類や排泄のルーティン等の評価、期間を設け今の本人に合った支援を実施するようにしている。		
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。	毎時間オリゴ糖入りの飲み物を提供したり、腸内環境に配慮した対応を取り組み、リハビリ等を通し活動と呼びかけている。		
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。	入浴に関してはこちらの都合になってしまいがちだが、無理強いしたりせず本人の気持ちや清潔面を意識している。		

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。	昼夜逆転にならないように1日のタイムスケジュールの見直しや良眠できるような居室内環境を整えるようにはしている。		
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。	薬剤情報に目を通し、服薬での反応等は医療連携を通じて報告、連絡、相談を行っている。		
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。	レクリエーションや生活内においてマナー化しないように外気浴やイベント、物品等皆で協力して対応出来るようにしている。		
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。	スケジュールをたてており必ず1週間内に最低でも1度は外出できるような機会を設けている。		
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。	お金の所持については家族様と相談し本人の要望に応じて対応している。		

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	
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。	フロア内でのピッチを使用しご家族様と直接会話できるように支援している。			
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。	委員会やリーダーMT内で話し合い環境作り、工夫整備等を協力しておこなっている。			
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。	食席の配慮や関係性など本人の気持ちをもとにした工夫をしている。無理強いをしない。			
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。	家族様に協力していただき本人の生活しやすいような環境作りを、安心安全面に配慮している。			
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。	自立支援については月1回はカンファレンスをし、目標や本人の要望を中心にプログラムや声掛けを行い支援している。			

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	登戸新町 3F

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、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。	まだまだ不十分。		
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。	コロナの為実施できず。		
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。	法人内での説明会や、他事業所への社内報、各事業の定員情報等共有し多摩区での認知症への理解など発信している。		
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。	まだ不十分な点はあるが、サービス個以上に活かせるように努めている。		
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取り組んでいる。	行政との連絡は密に取れていない。		

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
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員への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束をしないケアに取り組んでいる。	eラーニングにて研修を実施している。		
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。	eラーニングにて研修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。	主に研修で学び、必要性であったり活用の仕方を話し合っている。		
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。	ホーム長が契約を行い、わからない部分もしっかり説明している。		
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。	文章等を通して、年に数回実施し今後の課題等検討している。		

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
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回の運営会議やリーダーMT ご意見箱の活用		
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。	月に1度のMTや日頃の日報などに枠をもうけて行っている。		
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。	不明点などマンツーマンでの時間を作り、研修等声掛けなどで発信している。		
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。	MTやカンファレンスを通して個々のケアを検討している。		
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。	入居前アセスメント情報をもとにホームでも安心、安全に過ごせるように支援している。		

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。	面会時や電話連絡時にホームでの様子を伝え、コミュニケーションをとるようにしている。		
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。	多様性と連携し実施している。		
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。	一緒に家事をしたり散歩、レクを通して信頼関係を築くようにしている。		
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。	日々の本人の状態など情報共有し関係性への築きの工夫をしている。		
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。	コロナウイルス等で外出困難だったがその中でも外出の機会等調整を実施している。		

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
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。	入居者同士の人間関係を考慮した食事席やレク活動を行っている。		
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。	居宅やケアマネージャー、ホーム長で連携して取り組んでいる。		
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。	リハビリカンファやサービス計画書をもとにケア面での工夫をしている。また本人の言、記録を通じ共有している。		
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。	入居前のアセスメント情報を把握したうえで入居後コミュニケーションを取りながら細かい情報把握に努めている。		
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。	職員間で情報を共有しながら一人ひとりの状態把握に努めている。		

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。	日々の様子、言動等情報共有しているので介護計画書に反映しそれをもとに今後の取り組みをしている。		
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。	まだ不十分な点もあるが実践している。		
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。	ニーズにより時間は変わってくしまいが、サービスにつなげるような広い視野を持つように支援を意識している。		
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。	個々のADLと楽しみ、気持ちを大切にし求めるニーズに対してチームケアとして取り組んでいる。		
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。	法人内での医療連携を通して対応している。		

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。	週に1回のナースカンファ時や体調変化等の都度にオンコールし情報共有と相談をしている。		
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。	ケアマネージャーを中心にSWと相談をし情報共有や相談を行い、それをもとに環境整備や現ADLでの生活への工夫を施設内に反映するようにしている。		
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。	看取りについては、ご本人様の意向に添えるように医療と連携しながら支援している。		
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。	定期的な訓練は行っていないが、急変や事故発生時には経験ある職員を中心に都度対応については周知、確認をしている。		
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。	避難訓練の実施。		

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。	介助時はプライバシー保護に努め、個々の状態に合わせ言葉かけなど対応している。		
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。	本人の希望を選択できるように提示したり、自己決定できるような声掛けを出来るだけ行っている。		
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。	その日の日課の中で個々のケアプランに沿った支援を行うように努めている。		
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。	起床時、入浴時など衣類を選びながら声掛けを行っている。		
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。	テーブル拭きや、食後の食器洗い、拭きを入居者様と一緒にしている。		

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
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、水分量は記録し摂取量の低下時は栄養士や医療に相談しながら必要量確保できるように支援している。		
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。	自力で行える方には声掛けで促し介助が必要な方には、歯科衛生士の指導のもと介助している。		
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。	職員間で情報共有し自立に向けた支援が出来るように援助している。		
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。	医療、リハビリと連携しながら取り組んでいる。		
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。	難しい。		

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
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。	個々の状態に合わせた就寝介助をしている。		
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。	副作用については十分把握出来ていない薬もあるが服薬支援と症状の変化には留意している。		
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。	まだ十分ではないが、日々役割や楽しみごとがもてるように努力している。		
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。	天候の良い日の散歩やなかなか出来ないがドライブレクを行って支援に務めている。		
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。	お金の所持については家族様と相談し本人の要望に応じて対応している。		

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
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。	フロア内でのピッチを使用しご家族様と直接会話できるように支援している。		
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。	毎日の共有空間の清掃 季節感のある装飾づくりを入居者と共に行っている。		
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。	食席の配慮や関係性など本人の気持ちをもとにした工夫をしている。無理強いをしない。		
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。	ご家族様にも協力をお願いした環境設備ご本人の作品を飾るなど工夫をしている。		
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。	自立支援については月1回はカンファレンスをし、目標や本人の要望を中心にプログラムや声掛けを行い支援している。		

2022年度

事業所名 たまふれあいの登戸新町
 作成日： 2023年 5月 6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	6	研修・実践は行えているが委員会の設立が間に合っていなかったりしている	委員会の設立や記録など体制を整える。	ZOOMを使い他施設とやり取りをしたり全体で委員会の設立をし、ZOOMの設定や委員の選定など出来ている。	既に完了
2	33	今以上に丁寧にご家族様をご理解しやすいように看取りまでを進めていく。コロナで色々な制限があったが今後5類に下がるのでご家族様のご要望をもっと聞いていきたい。	もっと話し合う場を持ち、ご家族様が何を望んで何をしたいかという事を聞き出したり、現実に実行していく。	デスカンファレンスやスタッフの話を聞きだし、望まれている事がなかったか？など情報を聞き、実現可能か検討する。	6ヶ月
3	35	災害対策に関して垂直避難ではなく近隣の小学校などに立ち退き避難も頭に入れて行動と立案をする。	地域の方と連携して、立ち退き避難の訓練をするのが現時点での目標。	まずは町内会の方々と連携をとり地域と交流を持つ。そこから訓練の打診など行う。	12ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月