

<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	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	2017年12月12日
評価確定日	2018年3月9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 29 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	18名	
		ユニット数	2ユニット	
自己評価作成日	平成29年11月30日	評価結果 市町村受理日	平成30年3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)】

家庭的な雰囲気の中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していただけるよう、自立支援を主とした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	〒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29年12月12日	評価機関 評価決定日	平成30年3月9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)】

●グループホーム「やすらぎの家大和渋谷」は、有限会社やすらぎの家の経営です。この事業所は、小田急線「高座渋谷駅」から徒歩4分と駅からも近く利便性の良い場所にあります。車の通行が少ない道路に面した2階建ての建物は、日中は門扉・玄関の施錠は行わず、利用者の行動を制限せずに自由に生活することの出来るケアに継続して取り組んでいます。周囲は、スーパー・商店街にも近く、公園など緑の多い環境にあり、利用者は散歩したり買い物に出かけるなど、地域と密着した生活を送ることのできる環境が整っています。また、近隣に医療機関も集中しており、素早い対応が可能になっています。

●事業所の理念に「認知症高齢者が地域社会の中で、穏やかに生き生きと暮らせる“やすらぎの家”を目指します」を掲げています。常に「お客様第一主義」の心を持ち、お客様の「その人らしさ」を大切に、ご家族や地域社会との交流を図り、お客様とともに普通に暮らせる“家”づくりを目指すことを運営方針にしています。食事は自前の手作りで、利用者と一緒にメニューを考え、役割分担を決め、一緒に調理を行うなど、利用者を主体として「自立支援」に向けたケアに注力して取り組んでいます。

●事業所は、職員の教育と研修にも注力しています。入職時には理念や基本的な認知症介護の考え方についての研修を行います。代表者が管理者として現場で従事しており、実際の職務現場において、業務を通して教育を行います。ユニット会議は必要な時に行い、ケアのあり方、今後の取り組みなどを話し合い、質の高いケアを実現すべく取り組んでいます。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	23 ~ 35	9 ~ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	グループホーム「やすらぎの家 大和渋谷」
ユニット名	ひだまり

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまにある
			4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と
			2, 家族の2/3くらいと
			3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまに
			4. ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている
			2, 少しずつ増えている
			3. あまり増えていない
			4. 全くいない
66	職員は、活き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が
			2, 職員の2/3くらいが
			3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が
			2, 家族等の2/3くらいが
			3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
I 理念に基づく運営						
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	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。	理念の柱である利用者主体のケアを実践するよう徹底しています。管理者は、理念に沿った具体的ケアの方法を項目ごと分析し、職員と共有しながら実践に繋げています。また、日常業務の中で利用者のためのケアについて話し合い、目標に沿ったケアが実践できているかを都度確認しています。		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	日々の生活の中で散歩や買い物等日常的に地域へ出て地域の人達との交流を持っている。自治会等の催し物にも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。	札の辻自治会に加入し、餅つき・夏祭りなど地域の行事に積極的に参加しています。事業所の花見の際に自治会のテーブルを借りるなど、地域との関係は良好であり、地域の一員として日常的に交流をしています。月に1回は、カラオケボランティアの方が機械持参で来訪してくれています。また、地域包括支援センター主催の認知症カフェにも参加し、認知症への理解の普及・啓発を推進しています。		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	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。	運営推進会議は、自治会長・民生委員・地区社協委員・地域包括センター職員・建物所有者・市職員・利用者家族などの出席により、奇数月最終土曜日に開催しています。活動状況や行事報告に加え外部評価の結果報告などをし、今後の地域協力支援のお願いなどもしています。地域行事の紹介などもあり、参加者の意見・提案などもサービス向上に繋がっています。		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	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。	運営推進会議に市職員が出席しており、介護保険課や生活援護課などの担当者と密に連絡を取り、利用者の状況報告と対応で意見交換し、協力関係を築いています。市のグループホーム連絡会に出席し情報交換を行い大和保健医療福祉ネットワークの会議にも参加し、介護サービス向上に取り組んでいます。		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。	身体拘束に関するマニュアルを整備し、禁止の対象となる行為は、職員全員が理解しています。実施の場合の3つの基準を明確にし、言葉遣いについても徹底した教育を行い、正しい理解に基づく支援を行っています。開所以来、日中の玄関施錠はせず、外出しようとする利用者のリスクは、見守りと寄り添いで対応し、身体拘束をしないケアを実践しています。	今後の継続
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	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から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。	家族への連絡は、利用者の様子を含め、必要に応じて随時電話連絡をしています。利用者の近況報告や運営推進会議議事録も送付し、意見・要望を表せる機会を設けています。月に1～2回来訪される利用者家族から意見や要望を聞き、家族の声を共有し、管理者と職員の話し合いで運営に反映させています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	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。	運営や業務に関することは、申し送りノートを活用し、申し送りの中で話し合っ解決していきます。リーダーとサブリーダーの連絡ノートやユニット内でのノートで職員間のコミュニケーションも取れています。代表者が管理者を兼務しており、現場でも直接職員の意見を聞き、業務に反映させています。	今後の継続
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	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各ユニット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から力量、経験に応じた研修を社内研修として実施している。社外研修についても状況の許す限り受講を進めている。		
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、入居時には担当ユニットの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、それが対応可能かどうかの話し合いをしている。		
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	ホームでの生活が可能かどうかを見極め、難しく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。本人、家族が不安を抱えている場合、体験入所も取り入れている。		
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、人生の大先輩として尊重し、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。ホームの中で家族に近い関係を築き、喜怒哀楽をともに分かち合えるよう努めている。		
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ただ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。	入居前に、利用者の趣味・生活歴などを聞いて作成したアセスメントシートを基に、状況を把握します。知人・友人の来訪は家族の確認を取り、馴染みの人との関係が途切れないよう支援します。電話は、内容を確認して取次ぎ、利用者が送付する年賀状の手伝いもします。家族の協力を得てお墓参りなどの外出支援も行っています。	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	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	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。	入居時に、家族からこれまでの暮らしぶりと思いや希望を提供してもらいます。食事や入浴時など日常生活での会話から漏れる言葉、会話の際に見られる表情、日頃の行動やしぐさ、職員のケアに対する反応などを生活記録や申し送りノートに記入し、職員間で情報を共有し、可能な限り対応しています。	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、変化が出た時には即気付き対応ができるようにしている。		

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	
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家族に相談し、これまでの暮らしの情報、ヒント等をいただいている。必要に応じて主治医とも相談し、医療的な助言、改善策をいただいている。	入居時は暫定のケアプランで1カ月程度様子を見ます。居室担当制を設け、利用者の日々の様子・状態の変化を個人記録で確認し、医師や看護師の助言、家族の意向などを加味しながら、職員全員で話し合い、計画作成担当者が現状に即した介護計画を作成しています。利用者の変化などの状況に応じ都度見直し、最長で6カ月に1回介護計画を見直し家族に説明して同意を得た後にケアに反映させています。	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、食事量・水分摂取量・バイタル数値を記入し職員全員が共有、それを基に共通の介護支援に努め、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、その時々にも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、管理者が中心となり、緊急時だけでなく、定期的な通院、体調変化に即応した対応、健康診断受診等を柔軟に対応している。			
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	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、希望された利用者については、ホームの協力医に主治医を移していただき体調の変化、定期受診、往診、健康診断までホームで柔軟に対応している。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送り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。	入居時に利用者・家族の意向を確認して医療機関を決定しています。希望や専門医を要する場合は従来のかかりつけ医で受診してもらっています。協力医療機関「みひらクリニック」の月1回の受診と必要に応じての往診があります。訪問看護とは24時間オンコール体制で緊急時でも指示がもらえる体制を整えています。訪問歯科と提携し、必要に応じて週1回のペースで往診に来ていただいています。看護師の巡回は週2回あり、医療面等について相談に乗っていただいています。	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
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。	利用者が入院した場合には代表者、リーダーがなるべく見舞うようにし、看護師などから状態を聞いている。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、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	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、「重度化した場合における指針」とターミナルケアを行えることを説明し、看取りを行う場合は「看取り介護」の同意書をお願いします。家族の協力があり、医療行為を必要としない場合は、事業所として看取りを行います。終末期が近づいた段階で家族・医師・看護師・事業所で話し合い、介護計画を作成し、状況に応じて随時見直していきます。看取り介護の職員への教育に、管理者が積極的に取り組んでいます。	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	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2回、火災・地震を想定した防災訓練を実施しています。運営推進会議で自治会役員と災害時の避難訓練について協力をお願いしたり、消防署に点検してもらいます。利用者も毎回参加し地域の方も参加します。夜間想定など実用的な訓練も行い、備蓄として3日分の米・水・缶詰のほか電池・懐中電灯も備えています。台所はIHを利用しています。	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。	利用者に対する接遇を含めたプライバシーの確保についてマニュアルが整備され、徹底した教育をしています。名前の呼び方は、名字(姓)に「さん」付けを基本とし、利用者の尊厳を損ねないよう礼儀正しい姿勢で接するようになっています。トイレなどの介護の声かけや職員間の会話にも十分配慮し、利用者の自尊心を大切に接し方を徹底しています。	今後の継続	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	利用者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、利用者と職員が一緒に準備や食事、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っている。	食事はユニットごとに自前の手作りです。メニューは利用者と一緒に考え、利用者の役割として、調理を一緒にしたり、盛り付け・配膳・下膳・片付けなど、今までと同じ生活が送れるよう支援をします。食材は近くのスーパーに注文したり、利用者と一緒に買出しにも出かけます。毎日食事を作る職員が違うことで多様な食事内容になっており喜ばれています。	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	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いている。		
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。	利用者個々の排泄パターンの把握に努めています。自立した利用者には見守りで対応し、定時の声かけと利用者の様子を見た誘導でトイレでの自立排泄に向けた支援を行っています。居室やトイレに、パット・リハパンを用意し利用者本人が交換できるよう配慮しています。夜間は睡眠重視で個別に対応し、便秘対応としては、個々の状況に応じた予防に取り組んでいます。	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てしまわずに、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。	入浴は週3回を目標とし、毎朝バイタルチェックを行い、入浴時間は決めず、利用者個々の要望に応じて柔軟に対応しています。浴室は車いす対応ができる十分なスペースが設けられ、職員も介助しやすい浴室になっています。季節に応じた菖蒲湯・ゆず湯などは取り入れています。事故防止のため、入浴剤は使用していません。足浴・シャワー浴などの個別対応も行っています。	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
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推移し、入眠しやすくなるよう努めている。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	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。		
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張り合い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、散歩や買い物などの外出や地域行事への参加、季節のホーム催しなどを行い、日常生活がホーム内だけの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、声掛けし、本人の希望に沿いながら散歩や買い物、庭に出ている。地域行事の参加、家族と食事などにも出掛けられている。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ている。	札の辻2号公園が近くにあり、天候や利用者の体調を考慮して散歩する機会を作っています。事業所の庭のベンチで外気浴を行ったり、地域イベントの餅つきや夏祭りに出かけたり、年2回地域包括センター主催の認知症カフェにも参加するなど、利用者に合わせて外出支援を行っています。春には花見、衣類購入のための買い物や食材の買い物にも職員と外出する機会を作っています。	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り、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もらい、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	居間では毎月職員が季節感を取り入れたカレンダーを入居者と一緒に作成し掲示している。また季節ごとの演出にも心がけている。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。	リビングは、食事スペースとテレビスペースを分けており、生活にメリハリをつけています。温度は最適になるよう職員が調整し快適さを確保しています。加湿器を設置し、健康にも配慮した空間になるようしています。毎月利用者が、職員と一緒に季節感を取り入れたイラスト入りのカレンダーを作成しています。壁には作成したカレンダーや利用者の日頃の様子を撮った写真が貼られています。毎朝掃除をし清潔を保ち、エアコンなども定期的に清掃しています。	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	居間にはテーブルのほかに長いすやソファがあり、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憩いの場となっている。		
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。	利用者に居室を自分の家と考えてもらうため、エアコンとカーテン以外は使い慣れた馴染みの家具やテレビを持ち込んでもらい、安全面に配慮した配置になっています。各居室の名札は、利用者が作成しています。居室担当制を設け、職員が衣類チェックなどの居室点検を行い、掃除は利用者職員が行っています。	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	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。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

平成29年12月12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	職員不足の状態、一部職員に負担のかかるシフト運営になっている。	2ユニットとも運営シフトが運営できる人員をなるべく早く確保する。	求人媒体を定期的に利用し、新しい職員を募集するとともに、入職した職員が定着しやすいように研修マニュアルの見直しを行う。	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。

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	こもれび

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまにある
			4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と
			2, 家族の2/3くらいと
			3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまに
			4. ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている
			2, 少しずつ増えている
			3. あまり増えていない
			4. 全くいない
66	職員は、活き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が
			2, 職員の2/3くらいが
			3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が
			2, 家族等の2/3くらいが
			3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	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。		
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	日々の生活の中で散歩や買い物等日常的に地域へ出て地域の人達との交流を持っている。自治会等の催し物にも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。		
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。		
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	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「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。		
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	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から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。		

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。		
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各ユニット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から力量、経験に応じた研修を社内研修として実施している。社外研修についても状況の許す限り受講を進めている。		
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、入居時には担当ユニットの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、それが対応可能かどうかの話し合いをしている。		
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	ホームでの生活が可能かどうかを見極め、難しく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。本人、家族が不安を抱えている場合、体験入所も取り入れている。		
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、人生の大先輩として尊重し、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。ホームの中で家族に近い関係を築き、喜怒哀楽をともに分かち合えるよう努めている。		
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ただ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。		

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	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。		
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、変化が出た時には即気付き対応ができるようにしている。		

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
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家族に相談し、今までの暮らしの情報、ヒント等をいただいている。必要に応じて主治医とも相談し、医療的な助言、改善策をいただいている。		
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	生活記録の中で、食事量・水分摂取量・バイタル数値を記入し職員全員が共有、それを基に共通の介護支援に努め、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、管理者が中心となり、緊急時だけでなく、定期的な通院、体調変化に即応した対応、健康診断受診等を柔軟に対応している。		
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	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、希望された利用者については、ホームの協力医に主治医を移していただき体調の変化、定期受診、往診、健康診断までホームで柔軟に対応している。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送り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。		

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。	利用者が入院した場合には代表者、リーダーがなるべく見舞うようにし、看護師などから状態を聞いている。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、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	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。		
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。		

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。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、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	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。		
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。		
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てしまわずに、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。		

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推移し、入眠しやすくなるよう努めている。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。		
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張り合い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、散歩や買い物などの外出や地域行事への参加、季節のホーム催しなどを行い、日常生活がホーム内だけの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、声掛けし、本人の希望に沿いながら散歩や買い物、庭に出ていただいたりしている。地域行事の参加、家族と食事などにも出掛けられている。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	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	居間では毎月職員が季節感を取り入れたカレンダーを入居者と一緒に作成し掲示している。また季節ごとの演出にも心がけている。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。		
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長いすやソファがあり、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憩いの場となっている。		
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。		
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

平成29年12月12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	職員不足の状態、一部職員に負担のかかるシフト運営になっている。	2ユニットとも運営シフトが運営できる人員をなるべく早く確保する。	求人媒体を定期的にご利用し、新しい職員を募集するとともに、入職した職員が定着しやすいように研修マニュアルの見直しを行う。	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。