

### 1 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	0895400034		
法人名	株式会社 マルシン		
事業所名	グループホーム レガート		
所在地	茨城県銚田市青山1542-1		
自己評価作成日	平成30年1月8日	評価結果市町村受理日	平成30年5月24日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	<a href="http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JizyosyoCd=0895400034-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JizyosyoCd=0895400034-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	特定非営利活動法人認知症ケア研究所
所在地	茨城県水戸市酒門町字千束4637-2
訪問調査日	平成30年2月4日

**【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)】**

施設全体の理念である「異体同心」の気持ちを大切にし、ご利用者様・ご家族は勿論ですが職員同士であっても相手を思いやる気持ち、相手を受け入れる気持ちを忘れないよう努めています。そしてチームケア・個別ケアを行う事が重要だと職員全員が自覚することで一体となり、ご利用者様一人一人が自分の過ごしたいように生活を送る事が出来るよう日々努力しています。平成30年3月に2棟目が開所となる為、1月より新しい職員が研修を行っています。新しい職員にもチームケアがなぜ大切なのかをケアを通して理解してもらえよう努力しています。

**【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)】**

施設全体の『異体同心』の理念と地域密着型を意識した5つの具体的理念を掲げ、常に職員間の思いやりとチームケアを大切にし利用者の意思を尊重した個別ケアに努め、全職員でケアの向上に取り組んでいる事業所である。新ユニット開設に伴い、新しい職員にチームケアの大切さを伝え、開設と同時にスムーズなケアが出来るよう研修を重ねている。離職率が低く、利用者・家族・事業所の関係は良好である。体験学習として受け入れた中学生がレガートで働きたいという希望から、高校は福祉を専攻。4月からは新人スタッフとして採用されるという。

**V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します**

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印
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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんど掴んでいない	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る (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
57	利用者職員が、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	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:2,20)	○ 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 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	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が拡がったり深まり、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. 全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き生き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	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
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	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
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	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. ほとんどできていない
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			

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>I.理念に基づく運営</b>					
1	(1)	○理念の共有と実践  地域密着型サービスの意義をふ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	管理者と職員は、気になった事があればミーティングや就業中にその都度話し合いを行い、施設の理念を理解・共有し実践につなげられる様にしています。	法人の理念とホーム独自の地域密着型サービスの意義を踏まえた理念を作成し、常に管理者・職員と確認し合い、丁寧なケアの提供に努めている。職員からは「利用者あつての介護職員なので利用者の意思を尊重し、程よい距離感でケアを行い、利用者が笑顔で元気に過ごしてもらえるようなチームケアに取り組んでいる」という話があった。	
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人として日常的に交流している	周辺は民家も少なく日常的に交流を持つ事が難しい状態が続いていますが、今回の2棟目増床にあたり訪問し説明させていただいたところ快諾していただきました。地域の住民の方に運営推進委員になっていただいたり、地域の理髪店の方に散髪に来ていただいたり、地元の消防団に避難訓練に参加していただく等し交流を持つようにはしています。	地域交流は立地上難しいが、挨拶に行き、増床の快諾を頂いた。夏祭りには、地域の方も立ち寄るのでこれを機に交流を深めたい。運営推進会議の参加や地元消防団との連携及び避難訓練の参加等、地域の見守り支援を受けている。近くの事業所と交流を重ね、イベントに誘われたり、向かいの会社からご馳走のおすそ分けや近隣住民からお花を頂くこともある。理容院のご家族が訪問され、お化粧したり、舞踊の会メンバーが来るボランティア訪問を利用者は楽しみにしている。	
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	入所やサービスについての相談があった場合はその都度相談を受けています(管理者不在時は日を改めて出勤時に対応しています)。中学生の福祉体験の受け入れを行っています。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み  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	参加された委員の方々から意見・提案をいただいた時には、その意見について今後より良いサービスの提供が出来るよう職員と話し合い、サービスの向上に生かせるようにしています。	構成メンバーは、家族・民生委員・行政・事業所担当者で2か月ごとに開催している。利用状況・行事報告・外部評価結果等を報告し、席上出た意見はサービス向上に活かしている。即答できない場合は職員と話し合い、次回の会議でフィードバックしている。	運営推進会議は、家族や外部の人の目を通して事業所の取組みや改善点を話し合い、家族・地域の理解を得るための大切な機会なので、協力してもらえる地域住民の参加依頼すると共に家族にも運営推進会議の報告を行うことを期待する。
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り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	市の担当者とはその都度連絡・報告・相談を行い、良い協力関係が築けるように努力しています。	担当課と連絡を密にとり、良好な協力関係を築いている。施設長は、行政の要請を受け様々な委員会のメンバーとして活躍中。施設は中学生の体験学習の場として提供。体験学習を行った中学生は福祉の専攻ができる高校へ進学し、レガートで働きたいという希望から4月から新しいスタッフとして仲間に加わるとの事。他事業所とのネットワークづくりや県G・H連絡協議会・ケアマネ会に参加し、行政と情報交換を行っている。民生委員に向けての勉強会も実施した。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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 代表者および全ての職員が「介指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	ミーティングで話し合いを行うなどし、言葉の拘束も含め身体拘束を行うことで起こる弊害を職員が理解しています。玄関の施錠は夜間以外は行っていません。	拘束排除研修受講や認知症に関する勉強会を開催。葉害やスピーチロックに対してはスタッフ間で統一し共有している。利用者の安全に配慮し、玄関施錠や見守り支援にも努めている。マニュアルは、いつでも確認できる場所に保管している。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待に関する研修に参加したり、虐待に関する資料を集めその資料を使っての研修を行うようにしています。施設内で虐待が絶対に行われないよう職員同士注意をしながら業務を行っています。		
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	実際に日常生活自立支援事業を利用されている方はいらっしゃらないですが、今後必要になる方が出た場合に対応できるようにしています。今後必要な方が出た場合には、ご本人ご家族と話し合いを行うようにします。		
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	契約時にはご家族に確認を行いながら説明し、不安や疑問に思っている点はその都度対応しています。解約時や変更時にも十分説明し理解していただけるよう対応しています。		
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なら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	ご利用者様からの意見や希望は普段の生活の様子だったり何気ない会話からの気づきを大切に、その都度解決・対応出来るようにしています。ご家族からの意見は面会時にご本人のご様子を伝える際にお聞きできるように努めています。ミーティング等で職員が共有できるようにしています。	利用者の意見や要望は日々の会話の中から吸い上げ、職員間で共有し、統一したケアの提供に努めている。家族からは、面会時に利用者の様子を伝えた後、聞くようにしている。施設に戻りたいという入院中の利用者・家族の要望に対し、利用者にとってどんなケアがベストか検討し、訪看の協力を得てホームに戻られたとの事。	
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	職員の意見や提案はミーティングの時や、提案が上がった時に管理者は話を聞くようにしています。必要であれば個別に話を聞く時間を設けるようにしています。	現場の意見や提案は貴重であると管理者、施設長は感じており、その都度話し合い反映している。外部研修の受講希望があれば勤務を調整し受講も可能。また受講後は報告書にまとめ、全職員で共有している。職員は管理者、施設長になんでも話せる良好な関係なので、ストレスや不満はないとの事。	
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	代表者は職員の勤務状況等を把握するように努めており、その働きに応じて評価を行うようにしています。職員が意欲を持って働ける環境づくり努めています。代表者が施設に来た時には職員に声をかけコミュニケーションをとっています。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
13		○職員を育てる取り組み 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	年間通して研修の計画を立て、職員が成長していけるようにしています。また、施設外の研修のお知らせも随時行い、受講希望があれば勤務の調整を行い参加できるようにしています。		
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作り、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り組みをしている	地域の事業者を集めて行われる研修等には出来るだけ参加。他事業所との交流の機会を持ち情報交換やネットワーク作りをしています。他事業所との交流を通じて職員の質が向上するよう取り組んでいます。		
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、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	入所前には必ずご本人に直接お会いし、お話を聞くようにしています。ご自分の訴えを上手く伝えることが出来ない方もいる為、ご家族からも必ずお話を伺う様にしています。入所後も不安や戸惑いがあると思われるため、声かけ・様子観察を行いながらその都度対応できるよう努めています。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、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	入所前にお話をする機会を設けています。また、入所の受付をするだけでなく、困った事・不安に思っている事があれば入所前であっても対応しご家族の不安が解消できるように努めています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、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	入所前同様、入所後もご本人・ご家族よりお話を伺い必要としている事があれば支援できるよう努めています。医療に関する事であれば、かかりつけ医や看護師へ入所前に相談し、入所後すぐ対応が出来るようにしています。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	ご利用者様と職員といった関係ではなくもっと近い存在となり、職員はご利用者様と一緒に生活をする者として寄り添い、喜びや悲しみも一緒に共感しあえる関係を築けるよう努めています。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、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	ご利用者様同様、職員と家族といった線を引いた関係ではなく、もっと近い関係となり一緒に喜びや不安、悲しみ等を共有しご利用者様と一緒に支えあう関係が築けるよう努めています。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	入所の際、ご家族にご利用者様の友人、近所の方等仲良くされていた方に面会に来ていただけるようお話しています。馴染みの関係が入所をきっかけに切れることが無いよう心がけています。	電話や手紙で遠方の親族や友人と関係が途切れないように支援に努めている。家族・知人が度々訪問してくれることを利用者は楽しみにしている。顔なじみの床屋さん家族が訪問し、整髪と化粧してくれる。家族の協力を得て、法事・葬式・外出・外出に出かける利用者がいる。系列施設とのイベントで兄弟の再会を楽しみにしている利用者がいる。お饅頭等が食べたいと要望がある場合は提供をしている。	
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	ご利用者様同士の会話等職員は聞いているものの職員はなるべく入らないよう気を付けています。職員が入った方が良いと思われた時も必要最低限とし、ご利用者様同士のふれ合いの場を奪わないよう注意しています。ご自分でコミュニケーションをとるのが難しい方は、職員が間に入り他の方と交流が持てるようにしたり、職員が話し相手となる事で孤立せずに生活できるよう支援しています。		
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	利用終了と共に関係を終わらせるのではなく、退所後サービスが必要であれば後任のケアマネジャー様への情報提供等を行い、退所後に安心できる生活が送れることができるよう支援しています。また、退所後に相談があればその都度対応させていただきます。		
<b>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</b>					
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	ご利用者様本人より聞き取りが出来る場合は改まった場というよりも日常の会話を通じてご本人の希望や意向の把握が出来るようにしています。希望を訴えるのが難しい方はご家族と話し合いを行い、その方らしい生活が送れるよう支援しています。	利用者の希望を聞き、美容院・お墓参り・外出等をプランに組み込み実施している。希望を伝える事が困難な場合は家族から要望を聞いたり、利用者の表情や様子から検討し、その人本位の支援に努めている。テーブル拭き・ゴミ箱作成・新聞折・洗濯たたみ・果物の皮むき等の役割があることで、利用者の励みになっている。新聞や本を談話室に置き、今まで通りの生活スタイルが継続できるように配慮している。	
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	入所前、どのような生活を送ってこられたかをご本人やご家族よりお話を伺い、出来るだけ把握できるようにしています。入所後、新たに分かる事もある為、その都度職員全員が共有できるようにしています。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	入所前の生活スタイルや状態をご本人・ご家族より確認を行いその方が希望する生活が送れるように努めています。また、入所後状態が変わる事もある為、こまめに観察を行いその時の状態に合わせた対応が出来るように努めています。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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	計画を作成するには、ご利用者の希望（無理な時はご本人状態）・ご家族の意向・かかりつけ医からの指示・毎日接している職員からの意見を反映した計画を作成できるよう努めています。職員からはミーティングや業務中に話を聞くようにしています。	利用者と家族から意向を聞き、主治医のアドバイスや職員の気づきをもとに、フェイスシート・アセスメントシートを用いて利用者の課題とケアのあり方を話し合いながらプランを作成している。作成後は家族に説明し、同意を得ている。介護記録は、利用者全員の管理チェックが一読できるように工夫した記録になっており、利用者の変化や職員の気づきは全職員で共有し、ミーティングノートを活用しながら1～3か月ごとのモニタリングに繋げている。	
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	ご利用者の個別ファイルを作成し、生活の様子・食事量・バイタル・排泄の記録をし、必要時には日誌等に申し送り確認することで状況や経過の把握が出来るようにしています（日誌には出勤時確認の印を押すことになっています）。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	認知症という病気の為、日々状況が変化されるご利用者様もおられます。その方にとって一番良い生活とは何かを職員全員で常に考えながら、サービスが提供できるよう努めています。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	地域資源の把握をし、警察署・消防署（消防団も含む）とは連絡を取りながら、何かあった際の協力をお願いしています（その他の地域資源に関してご本人やご家族から今のところご希望がない為、個人的なご利用はありません）。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援  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	施設で契約しているクリニックの受診や相談が基本となっておりますが、希望があれば他の病院への受診の対応を行っています（入所前にご家族へ説明・確認を行っています）。かかりつけ医とは良好な関係が築けており、日常的な相談等も受けていただいています。	協力医療機関の医師が月1回往診し、利用者の体調管理に努めている。体調変化や不安な症状があった場合は、ファックスを送信するとアドバイスや往診に来てもらえる等日常的な相談も受けている。かかりつけ医・専門医・突発時の受診には職員が付き添い、結果を家族に伝え、受診記録・日誌に記録していることが確認出来た。	
31		○看護職との協働 介護職は、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	日常生活の中において、小さなことであっても気になる事や不安に思った事は看護師に相談し対応できるようにしています。場合によっては看護師から医師へ連絡を入れてもらい、適切な対応が出来るようにしています。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、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。あるいは、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。	ご利用者様が入院した場合、入院時には必ず付き添いし、医師からの説明を受け、状況が把握できるようにしています。入院が長くなる場合は入院中も病院を訪問し状態の確認を行い、病院関係者との関係作りが出来るよう努めています。退院前にもご本人の状況を確認するようにしています。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
33	(12)	<p>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる</p>	<p>まずはご家族の意向を確認した上でかかりつけ医に相談。その後、ご家族・管理者(場合によってはホーム長も)・かかりつけ医と話し合いを行った上で今後の方針を決定。かかりつけ医が全員が方針を共有し支援しています。状態が安定しない方もいらっしゃる為、その都度かかりつけ医や訪問看護師に相談し、ご家族に報告するようにしています。</p>	<p>契約時に、指針と看取りに関する考え方を説明し同意書を取り交わしている。家族・利用者の要望に応じた支援を実施し、重篤時前に医師・家族・訪看・管理者・施設長と話し合い、今後の方針を確認し、看取り体制となった場合は、ターミナルケアプランに添ったケアの提供に全職員で取り組んでいる。協力医療機関医師は24時間対応可能である。他の利用者に配慮をしながら、家族と一緒に旅立ちのお手伝いを全職員で取り組んでいる。お別れをした利用者の家族が、今でも度々訪問してくれることは職員の励みになっている。</p>	
34		<p>○急変や事故発生時の備え</p> <p>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</p>	<p>定期的に対応方法の訓練を行ったり、研修を受講できるようにはしておりますが、全体での研修は行っていません。</p>		
35	(13)	<p>○災害対策</p> <p>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</p>	<p>定期的な避難訓練の他、避難経路・避難方法等については色々な場面(火災場所や火災発生時の状況)を想定し、話し合い(シミュレーション)を行っています。災害時等の協力を消防署や地元消防団等へお願いしております。</p>	<p>様々な場面を想定した訓練を実施し、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を職員は身につけている。消防団に入っている職員がいることで、消防団との連携は出来ており、協力依頼内容を構築している。前回の評価を受けて、夜間帯の対応方法を消防署からアドバイス(火元から離れる)をもらい、全職員に周知した。防火扉設置・備蓄品・緊急持ち出し用品・事故対応マニュアルを整備している。コンセントの埃は掃除のときに点検、自然発火に注意をしている。</p>	
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	(14)	<p>○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保</p> <p>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</p>	<p>ご利用者様それぞれ個人に合わせた声かけや対応を心掛けています。必要に応じて居室の入り口の窓に目隠しをしています。</p>	<p>利用者の話や行動を否定せず、じっくり耳を傾ける等の見守りに努め、利用者の人格を尊重した対応を心がけている。食事時の声掛けやちょっとしたしぐさの中に、細やかな配慮があった。居室入り口の小窓には、必要に応じてカーテンを取り付けるプライバシーを尊重した対応を実施。関係書類は事務所内に保管し、情報開示に関しては同意書を取り交わしている。</p>	
37		<p>○利用者の希望の表出や自己決定の支援</p> <p>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</p>	<p>職員がすべて決めるのではなく、ご利用者様に確認し決めるようにしています。確認方法もそれぞれのご利用者様の状態に合わせた質問の仕方をするようにしています。出来るだけ本人がご自分の意見を出せるように支援しています。</p>		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ご利用者様一人一人に合わせた対応をするように気を付けています。起床や食事等の時間はその方の希望する時間やその方の状態に合わせています。職員は業務中心ではなくご利用者様中心となるよう心掛け、ご利用者様が希む生活が送れるように気を付けています。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	入浴等で服を選ぶ場合、出来るだけご本人と一緒に選ぶようにしています(ご自分でできる方にはご本人にお願いしています)。ご自分で選ぶことが難しい方はその方らしい服装になるよう心掛けて、職員が選んでいます。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援  食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	昼食時には職員と一緒に話や声かけを行いながら食事をしています(食事の邪魔にならない程度)。出来る方には調理や配膳・下膳・食器洗いのお手伝いをお願いし一緒に行うようにしています。	利用者の希望を聞き、職員がメニューを作成している。生協を利用しているが、買い物に行き、季節の食材を取り入れる様にしている。下準備・皮むき・下膳等、利用者の力量に合わせて職員と一緒にしながら、やりがいに繋げている。配膳時、ペースト食の利用者を含め全利用者へ一品づつメニューの説明を行い、食べる意欲を引き出す工夫があった。お楽しみメニューはお寿司・ラーメン・鍋料理等を提供している。おやつづくり(たこ焼き・ホットケーキ等)は、楽しみとやりがいに繋がっている。	
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	食事の摂取量は毎食必ずチェックし食事が減ってきた方ばかりつけ医に相談。栄養剤(エンシュア)等に対応しています。またご本人の状態や採血の結果から栄養状態を見ていただき経過観察しています。食事が減る事によって脱水の心配もある為、場合によっては点滴を行っています(特に経口摂取が難しくなってきたご利用者様)。		
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、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	食後、職員が声掛けし確認しています。ご利用者様の状態や必要に応じて介助や見守りをしています。義歯は夜間お預かりして消毒し、翌朝お返しするようにしています。		
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	出来るだけオムツ等を使用しないで排泄できるよう支援していますが、下着の汚れ等状態で尿取りパットの使用も検討しています。尿取りパットやリハビリパンツを使用している方でもトイレでの排泄が可能な方は、時間を見てトイレ誘導・声かけを行いトイレで座って排泄が出来るようにしています。	半数の利用者は自立している。オムツ・パット・リハビリパンツを使用している利用者でも立位の取れる利用者には、排泄パターン・チェック表・表情や様子から声掛けを行い、トイレに誘導し、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援に努めている。また水分・繊維質の食材・運動等で自然排泄を心がけ、薬に頼らないようにしている。	



自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	便秘気味の方は、水分を多めに摂取していたり少し体を動かすよう声かけを行っています。また、医師へ相談し、薬での調節を行っています。必要な方は排泄チェックを行い便秘にならないように気を付けています。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援  一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている	入浴の目安とする予定日は決めてありますが、予定日にはご本人に必ず確認。最低でも週2回は入浴できるよう午前・午後の時間を使って入浴を行っています。希望によっては入浴日以外の入浴にも対応しています。入浴できなかった場合やご本人の希望により清拭や足浴等の対応も行っています。	予定日は決めているが、利用者の状態や気分によって日にちを変更したり、清拭・足浴等の対応も行っている。介護度の高い利用者やバルーン挿入の利用者には、全身シャワー浴と足浴で対応している。季節に応じてゆず湯・しょうぶ湯を提供する等、昔の風習を思い出してもらっている。皮膚感染予防対策として、足ふきマットは個人ごとに取り替えている。着替えの用意は利用者と職員が話し合い準備している。	
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	個々の記録や夜勤者からの申し送り等にて睡眠時間の確認を行っています。起きてしまう方、なかなか寝付けない方はお話をするなど対応を行っています。睡眠時間が少なく日々の生活に支障が出てしまう方は、かかりつけ医に相談し薬の服用も検討しています。服用した場合は、経過観察を行い、かかりつけ医に定期的に報告し調整を行うようにしています。		
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	職員は入所者がどのような薬を服用しているのか内容を把握し、指示通り服薬が出来るよう支援しています。また、薬の変更や追加となった場合は必ず経過観察を行い、かかりつけ医にその都度報告し場合によっては変更等の調整を行っています。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	食器洗いやテーブル拭き、新聞折り、洗濯たたみ等ご自分の得意な事・出来る事を行っています。新聞や本を談話室に置き、ご利用者様の好きな時に読む事が出来るようにしています。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、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支援している	買い物やお散歩・お墓参りなどご利用者様やご家族の希望にあわせて外出が出来るよう支援しています。年に一度は遠足を計画し外食・外出を楽しむ機会を出来るだけ作るようにしていますが、全員が一緒に外出することが出来ないことも増えてきているため、外出の代わりとして、園庭でのバーベキュー等外出できない方も一緒に楽しめる機会を作るようにしています。。	天気と体調に応じて、庭先や近場を散歩したり、家庭菜園の手入れや収穫、玄関先でお茶を飲む等、五感を意識し、季節の移ろいを感じてもらえるよう支援している。年に1度の遠足は、参加出来ない利用者もいるので外でさんまを焼いたり、花火をして全員が楽しめるイベントを実施している。職員が付き添い、パーマをかけに行ったり、お墓参りに出かける時もある。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	お金を持つこと、お金を自分で使う事の大切さは理解していますが、ご家族の希望によりお金をご自分で持てる方がほとんどいらっしゃらないの為、ご利用者様全員を支援することは難しい状況です。ご自分で持つことが出来る方は職員が管理の上で使用できるよう支援しています。(入所前にご家族とお話しています。)		
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	電話利用の希望があればいつでも利用できるよう対応しています(子機がある為希望によっては居室にて電話をかけることもできます)。また、ご利用者様に届く手紙や葉書等はそのままご本人やご家族にお渡ししています。		
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	床や柱は木のぬくもりを感じられ、目に温かみを感じることが出来る作りとなっています。季節に合わせた掲示物を行い、目で見て季節を感じる事が出来るようにしています。施設と言うよりは家庭的な雰囲気を感じる事ができるように心がけています。	玄関先には葉ボタンや胡蝶蘭を飾り、訪問者や帰宅した利用者をあたたかく迎え入れる工夫があった。ソファで気の合う利用者が会話を楽しんでいる姿があった。季節の飾り物・手作りカレンダー・見やすい時計を飾り、見当識に配慮している。壁に貼られたイベントの写真や書初めは家族との話題づくりになるであろう。家庭的雰囲気を重視し、飾り物が幼稚にならないように心がけている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	談話室は食事をするスペース以外にもソファ等がある為、皆様思い思いの場所で過ごされています。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入所前、ご家族にご利用者様の使用していた物や馴染みの物を持ち込める事・居室を自由に使用出来る事をお伝えしています。写真を飾ったり壁に飾り付けをされるなど、ご家族の協力の下、その方らしい居室づくりが出来るよう心掛けています。	居室入口の目線の高さに表札を飾り、混乱防止に努めている。馴染みのダンス・テレビ・ハンガーラック・衣装ケース等を配置し、自宅に居た時と同じような雰囲気の居室づくりに心がけている。孫の写真を飾っている利用者もいた。利用者と職員が清掃を行い清潔保持に努めており、トイレ・洗面所が居室内にあるが異臭はない。	
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」「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	各居室の入り口には、入所者様の目の高さに合わせて表札を出しています。お部屋が分からなくなってしまう方は職員がさりげなく付き添ったりしてお部屋を間違えないようにしています。その他ご利用者様が混乱すると思われる物は早めに取り除くようにしています。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホーム レガート

## 目標達成計画

作成日: 平成 30年 5月 20日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。  
目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【目標達成計画】					
優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	4	運営推進会議において、地域住民の参加が難しい状態であり会議の出席につながっていない。	地域住民(民生委員や地区の代表者等)の方々が参加しやすい会議が開催が出来るようにする。	民生委員や地区の代表者等と連絡を取り、会議の理解を深めていただき参加をしていただけるようにする。	12ヶ月
2	4	運営推進会議において、現在はご家族の代表の方だけの参加となっており、他のご家族への会議内容の報告がなかなか出来ていない。	ご利用者様の家族の代表にこだわらず、どのご家族でも参加が出来る、または参加できなくても会議内容を報告することで今まで以上に施設の理解をしていただけるようにする。	ご家族には毎月請求書と一緒に手紙をお送りしているので、一緒に会議内容そまとめた物を送ったり、次回の運営推進会議の日程をお知らせする等ご家族が参加しやすい会議運営を心掛ける。	12ヶ月
3	54	オムツや尿取りパット類を利用しているご利用者様の居室にて、未使用のオムツ等のパックが目に見えるところに置かれていた。	ご利用者様のプライバシーを守る為に未使用のオムツ類の置き場所を考える。居室に置く場合にもわからないような保管方法を考える。	居室に置ききれない場合は納戸等での保管や、居室に置く場合でも一目でわからない場所に置くなど工夫をする。	2ヶ月
4	35	交通事故にあった時の対応方法(連絡方法)はあるもののマニュアルとして作成していない。	交通事故の対応方法のマニュアルを作成し、どの職員でも対応できるようにする。	交通事故の対応方法のマニュアルを作成する。	2ヶ月
5					ヶ月

注)項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。