

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	茨城県鉾田市青山1542-1		
自己評価作成日	平成28年1月5日	評価結果市町村受理日	平成28年4月12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	http://www.kaigokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&JigyosyoCd=0895400034-00&PrefCd=08&VersionCd=022
----------	---

【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28年2月13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、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。

【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)】

平成24年開設の比較的新しい事業所ではあるが、近くの事業所との付き合いや地元消防団との関わりは深く、避難訓練へは積極的に参加して専門的なアドバイスや提案をしてくれる等、地元から大切にされているホームである。
職員一人ひとりが介護職としてプライドをもって働いており、利用者を中心に「利用者がその人らしく誇りをもって生活できているか」について常に話し合いをしており、役割のある暮らしを支援している。
ホームで終末期を過ごす利用者には、家族などの希望を聴きながら24時間何時でも繋がっている医師や訪問看護師と相談して状態に応じたケアを行っており、他の利用者も気にかけて居室に見舞いに行ったり、励ましの声かけをしたりしながら家庭的な雰囲気の中でホーム全体で見守り、安心して過ごせるような関わりをしている。ホームで看取った利用者は家族や職員、利用者が全員で正面玄関からお見送りをしており、ホームでの看取りをとおして利用者や家族、職員がお互いに信頼関係と家庭的な関わりを深めている。

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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 家族の1/3くらい 4. ほとんどできていない
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	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	66	職員は、生き活きと働けている (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
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、気づい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。	法人の理念である「異体同心」を基本理念として、地域密着型サービスの意義を意識したホームの理念をつくり全職員が共有している。職員は一人ひとりが持つ責任ある役割と立場を理解し、それぞれをお互いが尊重しながらチームでケアする事を目指しており、チームケアを実現するための拠り所としている基本理念について全職員は常に話し合いをしている。	
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	周辺は民家も少なく日常的に地域の方と交流を持つ事が難しくまだ強いつながりは出来ていません。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きながら交流を持つようになっています。	民家の少ない場所ではあるが近くの事業所との交流があり、事業所の芋煮会などのイベントにはご馳走を届けてくれる等ご近所付き合いをしている。職員が地元消防団員として活動しており、ホームは地域の社会資源として、地域住民として大切にされており、避難訓練にも参加してくれる等、地域の一員として丁寧な見守りも受けている。地域の祭りでホームのブースを設け認知症についての相談を受ける等地域貢献の計画も進めている。	
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の電話や来所があった場合はその都度相談を受けています(ホーム長・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	参加された委員の皆様から意見・提案をいただき、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。	家族や民生委員、市の担当者などの出席を得て2ヶ月に1回定期的に開催している。会議では外部評価の結果を報告する等ホームの実情を丁寧に報告すると共に、疑問点はその都度問いかけてくれる等お互いに率直な意見交換の場となっている。看取りの事例報告を通して家族からの信頼も深まり、区分変更の必要についても家族の視点から提案してくれる等、ホームへの協力的な関わりが増えている。	
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。	市の担当者が変わっても常に良い関係が保たれ、気軽に何時でも相談したり、中学生の体験学習を受け入れる等お互いに助け合える関係が出来ている。	
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	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。	身体拘束排除マニュアルの研修受講や認知症についての学習をして薬剤による拘束等細かな点も含めて常に拘束のないケアを実施している。マニュアルを玄関の目に付くところにおいて細かいところまで常に注意が行き届くようにしている。静かにチャイムは鳴るが、玄関は常に施錠せず、自由な出入りが出来て開放的な雰囲気である。	
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た研修を行うようにしています。施設内で絶対に虐待が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。		

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
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つしやらないですが、今後必要になる方が出た時に対応できるようにしています。今後必要となった方が出た場合には、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、解約又はや改定等の際は、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しながら説明を行い、不安や疑問に思っている点はその都度説明を行っています。解約時や変更時にも十分説明・対応を行い理解していただけるよう努めています。		
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。	家族は常にホームの協力者として、食欲の低下した利用者にエンシュアにもいろいろな味があることや他の飲料で薄めて飲み易くする等の提案をしてくれたり、リハビリを薦めてくれる等常に意見や提案をしてくれている。職員も利用者や家族の言葉を大切にす姿勢を示し、訪問時には落ち着いた対応をしている。	
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時に出してもらったり、提案が上がった時に空いている時間を利用して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。	管理者は職員の意見や要望が出てくることをありがたいことと受け止めている。職務経験等を問わず全職員の意見や小さな気づき等のすべてを職員から出された意見や要望、提案として職員会議において検討・解決する仕組みを作っている。また管理者は職員に対して「みんなはどう思うか？」と問いかけることで職員の考えを引き出し運営に反映させている。	
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	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。		
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施設の質の向上に取り組んでいます。		

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
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定期的に連絡を入れたり、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するようにしています。		
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、かかりつけ医や施設の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	利用者と職員といった関係ではなくもっと近い存在となり、仕事ではあるもの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。		
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	入所の際にご家族にはご利用者様の友人、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願いしています。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気を付けています。	訪問者を利用者・職員が歓迎する雰囲気があることで、家族や友人、知人、地元の同級生などが気兼ねなく常時訪れている。地元の床屋さん家族3人でホームを訪れ散髪や化粧をしてくれたり、歌や踊りのボランティアとしても利用者を楽しませてくれている。冠婚葬祭などの親族の集まる場所へは家族が協力して連れ出し、懐かしい方々にお会いする機会を設けてくれる。また墓参りなどの懐かしい場所へ職員が付き添って出かける事もある。	
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に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生活できるよう支援しています。		

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
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ージャー様への情報提供等を行い、退所後の生活がスムーズに遅れ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く予定でいます。		
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	ご利用者様本人より聞き取りが出来る場合はご本人との会話より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。	定期的にパーマをかけてお洒落をしたい、自宅に居た時のように墓参りをしたい等の暮らし方への要望は介護計画に記載して実行できるようにしている。言葉で表現する事が困難な場合には、ドライブ中や入浴中など何かをしながらの話の中から出た何気ない言葉を拾い、ミーティングで話し合っ本人の希望している事を把握するようにしている。	
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努めています。入所後、新たに分かる事もある為、その都度職員全員が把握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、その方が過ごしたい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、こまめに観察し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。		
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	計画を作成する際には、ご利用者様の希望(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。職員からは職員会議や業務中その都度聞き取りを行っています。	独自のアセスメント様式を用いて利用者一人ひとりの状態や課題を把握し、本人や家族の希望、職員の気づき等を取り入れながら暮らしに反映できる丁寧な介護計画が作成されている。医師の意見も聴きながら全職員でモニタリングを実施して利用者の状態に合わせた随時の見直しや定期的な見直しを実施している。モニタリングの根拠となる介護記録も毎日丁寧に記されている。	
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	ご利用者様の個別ファイルを作成し、生活の様子・食事量・バイタル・排泄の記録をしており、必要時には日誌等に申し送りをするように確認することで状況や経過を把握する事が出来るようにしています(日誌には出勤時確認の押印を押すこととなっています)。		
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、日々状況が変化す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考えながら、サービスが提供でき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
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	地域資源の把握を行い、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いますが、希望があれば他の病院への受診の対応を行っています(入所前の時点でご家族へ説明・確認を行っています)。かかりつけ医とは良好な関係を築くことが出来ており、日常的に相談等も受けていただいています。	協力医療機関の医師との関係が良く、少しの体調不良や水分量の変化など、細かい病状の変化についてもファックスで症状を送信してアドバイスを頂いたり、早朝や昼休みでも往診してくれる等常に利用者の状態を把握した上で適切な医療が受けられるようになっている。専門医への受診は家族が付き添うことになっているが、職員も同行して情報の提供をしながら病状の共有に努めている。	
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った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。	ご利用者が入院した場合、入院時には必ず付き添いを行い、医師からの説明を確認し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情報交換等を行い、病院関係者との関係作りが出来るよう努めています。		
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	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します。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い(必要であれば何度でも行い)、その上で今後の方針を決定。かかわりあう全員が共有し、支援しています。	協力医療機関の医師は24時間何時でも対応可能になっており、重度化し看取りの体制に入った場合には訪問看護を利用して何時でも対応可能にしている。看取りに関しては食欲の低下や水分摂取量の減少などの時点で家族の意向を確認し、家族・医師・職員で話し合いをして方針を決定し、ケア方法などを明確にして家族と協力しながらケアに取り組んでいる。ホームで看取りをした利用者は家族・職員・利用者全員で正面玄関からお見送りをしている。	
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。		
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	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を想定し、話し合い(シュミレーション)を行っています。災害時等の協力を消防署や地元の消防団等へお願いしております。	夜間想定も含めた避難訓練を年2回実施しており、2ヶ所ある非難口にはスロープを用意して車椅子でも外に出られるようにしている。消防署を始め地元消防団との協力関係も良く、消防団員はホームの見取り図を作成して各居室の利用者の状態を把握した上で避難訓練に参加している。火災時の避難訓練は出火元を特定して避難経路を確認しながら実施している。冬場の災害に備えて水や食料品と共に毛布なども備蓄している。	様々な角度から丁寧な検討をし、安全に備えての避難訓練を実施しており、今後も引き続きこの体制を大切にされる事を期待しつつ、消防車の進入経路の確認や緊急時の連絡方法の見直し、さらに利用者の持てる力を活用しながらの具体的な訓練を定期的にも実施される事を期待します。

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
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	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する様にしています。	食事の献立や外出先の選定など、日頃から利用者の好みや希望を聴きながら一緒に考えることを日常的に行い、一人ひとりがご自分の意見を率直に言えるようにしている。利用者への声かけは静かで、食事中もゆっくりとした声かけと共にご自分で食べられるよう食器を移動する手伝いを自然に行っていた。居室の小窓にはカーテンを取り付けるなどプライバシーへの配慮も見られた(着替え時などは中から閉められるようにしている)。	
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	職員がすべてを決めるのではなく、入所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入所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。出来るだけご本人がご自分の意見を出せるように支援しています。		
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	入所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に合わせています。職員は業務中心ではなく入所者様中心となるよう心掛け、入所者様が希望する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	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職員がその方らしい服装になるよう心掛けて選んでいます。		
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(出勤職員全員と一緒に食事をとるのは難しい為一人だけとなっています)。出来る方には調理や洗い物・下膳のお手伝いをお願いし一緒に行うようにしています。	献立はホームの職員が利用者の好み等を勘案しながら栄養士と相談して1週間毎に立て、職員が調理している。食材は一部生協を利用しているが随時買い物もしている。季節毎の行事食を楽しみ、父の日、母の日、敬老の日には生寿司を楽しむ等食事にも変化をつけて楽しんでいる。おやつはピザ、たこ焼き、チョコフォンデュ等利用者が作れるメニューを工夫して利用者を中心に楽しめるようにしている。イベント時には食べることを楽しむと同時に、職員の寸劇なども取り入れて楽しみに花を添える工夫をしている。	
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ています。食事が減ってきた方はかかりつけ医に相談し栄養剤(エンシュア)等で対応しています。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。		
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。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せん。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。		

自己	外部	項目	外部評価		
			自己評価 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	
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。尿取りパットやリハビリパットを使用している方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なっています。(日中は基本的にトイレでの排泄を心掛けています)	座位のとれる利用者は、職員二人対応の時でも日中は声かけやパターンに応じた誘導などでトイレでの排泄を支援している。夜間はオムツを使用する事もあるが、定時の見回りの際に声かけをしたり、トイレに誘導したりしてトイレで排泄をしている。常に医師と相談しながら支援方法の検討をして、自立に向けた工夫をしている。	
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	便秘気味の方は、水分を多めに摂取していただいたり運動していただく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てしまわずに、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います。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は、清拭・足浴等の対応をしています。	毎日湯を沸かして何時でも入浴できるようにしている。三方から介助できる浴槽で介護度5の利用者も入浴しているが、今後職員・利用者の負担軽減を目指し入浴用リフトの購入等も考えているとの事。パルーンカテテルを挿入している利用者の場合にも外さず安全に入浴を楽しめるようにしている。入浴できない場合には全身が温まれるシャワー器具を用いたり、足浴などの工夫をして気持ちよく過ごしていただけるようにしている。	
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の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	職員は入所者様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	テーブル拭きやゴミ箱作成、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ただいています。新聞や本も談話室に置き、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	買い物やお散歩などご利用者の希望にあわせて外出が出来るよう支援しています。また、ご本人・ご家族の希望やご家族と相談の上でお墓参り等の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。	天気の良い日には庭先にある菜園で野菜を育てたり、玄関先のテーブルでお茶を楽しんだり散歩をしたりして、常に外の空気に触れるようにしている。買い物などの日常的な外出に加えて、年1回の遠足は利用者の楽しみの一つになっている。家族の協力で親族の冠婚葬祭に出席したり、職員に付き添われて墓参りをする等特別な外出も利用者の要望により支援している。	

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
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自分で持っていない方がほとんど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(場合によってはご家族)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ような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気を付けています。	広い玄関は誰もが訪問し易い雰囲気であり、居間に置かれた広いテーブルはゆったりとした雰囲気を出している。季節感のあるひな祭りの飾り等に四季を感じ、見やすい時計で時間の混乱も招かないようにこの配慮をしている。舞台にもなるような畳の部分が居間全体を広々とした空間にしており、空気清浄機の使用など細部にわたり気持ちよく過ごすための気配りが感じられた。	
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や座敷がある為、皆様思い思いの場所で過ごされています。また、談話コーナーにて日向ぼっこしながら会話される方もおられます。		
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。写真を飾ったりテーブルを置くなど、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。	各居室にはトイレや洗面台があり、自立した生活ができるようになってきている。利用以前の生活を思わせるような家具の多い居室や鏡付きの洋服掛け、タンスなどを置き丁寧に整理整頓された居室は、居心地よく過ごせるようになっていた。思い入れのある絵画を飾ったり、家族の写真を飾り、何時でも家族に囲まれているような雰囲気づくりをしている居室等もある。更にベット柵にも職員手作りのカバーを掛ける等、職員と家族が協力しながら利用者が安心して暮らせるように心掛けている様子がうかがえた。	
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。その他混乱を引き起こしてしまう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

作成日:平成28年4月10日

目標達成計画

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	13	夜間帯の火災発生時の夜勤者の対応について、夜勤者1名でどこまでの対応を行うのか、連絡体制の確保等の再確認。	火災発生から消防署(またはその他の職員)が到着するまでの間に夜勤者1名で何が出来るのか(何を優先して行うべきなのか)を消防署等と相談しながら確認を行い、実際に発生した時にスムーズに動くことが出来る体制を整える。	ミーティングの時間などを利用し、どこから火災が発生しても対応できるよう発生場所を変えての訓練を行い対応のマニュアルを作成する。また、夜勤帯での対応方法を消防署等のアドバイスをもらいながら何を優先して行うべきかを職員間で統一できるようにする。緊急連絡網の再確認。	3ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					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。