

### 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(A棟)		
所在地	茨城県銚田市青山1542-1		
自己評価作成日	2020年1月1日	評価結果市町村受理日	2020年5月29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_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0895400034-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search">http://www.kaijokensaku_mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0895400034-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search</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4637-2
訪問調査日	2020年2月14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職員一人一人心掛けて業務を行っています。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、ご利用者様ご本人が望む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)】**

職員が働きやすい環境作りに力を入れている事業所である。  
また、利用者や家族、連携医師、看護師との情報共有を徹底し、家族との関わりを大切にしながら、日々の支援を行っている。  
四季毎に夏祭りやクリスマス会などの行事を計画し、地域にも参加を呼びかけ、利用者と共に楽しんでいる。  
地域包括支援センターと協力して、認知症サポーター養成講座を開催したり、RUN伴に参加して地域への情報発信、啓発活動を行っている。

**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広がったり深まり、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なっています。	日常的に目に入り易い場所に掲示している。申し送り時や日誌に記入して確認し、共有している。職員同士が意見を出し合い支援に活かされている。	
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	地域の住民の方に運営推進委員になっていただき、地域の理髪店の方に散髪に来ていただく、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しています。また、管理者がキャラバンメイトとして認知症サポーター養成講座の講師や手伝いをする事で地域の方との係りを持つ機会が増えました。	地元の方々との日常的な交流は少ない。しかし、継続的に施設行事への参加があり、地域の方と楽しく過ごされている。中学生や専門学校生の体験学習や実習を受け入れており、入職に繋がった例もある。	
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)。また、管理者がキャラバンメイトとして地域の認知症サポーター養成講座に協力しています。		
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。	2~3か月に1回、不定期ながらも年6回の開催ができています。行政、民生委員、家族の代表が参加している。参加されない家族には報告書を郵送している他、来訪者が自由に確認できるよう、施設玄関に報告書を設置している。	運営推進会議は、地域、家族などからの意見を頂き、サービス向上に繋げる機会となる。参加者が限定されている事や利用者家族、地域住民の参加が少ないことを踏まえて、再度推進会議の在り方を検討して頂くことを期待する。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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。運営推進会議にも毎回参加していただき、施設の状況をお伝えしています。	年2~3回のケアマネジャー連絡協議会に参加し、研修会や情報の交換をしている。地域包括支援センターから利用の相談を受けることもある。感染症の時期の面会制限について指導を受けている。	
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	ミーティングや施設内研修を行い、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。また、身体拘束等廃止促進担当者を決め、定期的に担当者会議を行うことで各棟の対応方法を再確認しています。	身体拘束の指針をもとに、3ヶ月に1度の会議を開催し、話し合っている。点滴の必要性があり、安全の為に2日間のみ、ミトン着用をしたことがある。	
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て施設内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ぬ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(場合によっては包括支援センター等)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説明するようにしています。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や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、ミーティング等で職員が共有できるようにしています。	運営に関する要望等はなく、レクリエーションや薬の管理についてなど、利用者に関する声がほとんどである。遠方の病院受診は、家族からの要望があれば支援している。利用者からは、食べ物やお墓参りの希望があり、家族の許可を得て同行している。	
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。	毎月の会議を往診日前に職員全員参加で行っている。伝達研修や勉強会、利用者の情報の共有を行っている。 入職者へは感染症についての研修を行っている。	
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しており、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、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。		
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。		

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>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(在宅酸素等)。		
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になることが出来る様、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力しています。		
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、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(実際に近所の方が訪ねてこられています)。	友人と外出に行く利用者がいる。また、家族と自宅や外食、買い物、法事に行く利用者もいる。訪問理美容を利用している。ペットの訪問もあり、利用者は楽しみにしている。	
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ご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く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。		

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を送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する様にしています。		
<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を設けるのではなく、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の場合にはご家族と相談し、その方らしい生活を送れるよう支援しています。	家族や利用者の意向を聞き、記録に残してスタッフ間で共有している。 思いや意向を把握し、プランに反映して継続的な支援に繋げることを期待する。	
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	入所前の生活状況等をご本人・ご家族より確認を行いその方が望む生活を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。		
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するようにしています。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。	6ヶ月または随時、モニタリングから情報収集してプランに載せ、支援に繋げている。 具体的なケアプランが記載れ、記録にも残されている。	
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・排泄等の記録をし、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。		

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。現在は週一回の歯科往診もあり、口腔環境に関する相談も行える状況となっています。	1ヶ月に2回の往診がある。利用者と職員はインフルエンザの予防接種をしている。突発受診は職員が同行し、受診記録に記載して家族に電話で伝える。		
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ご家族に確認したり、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。			
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。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。かわりあう全員が方針を共有し支援出来る様にしています。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。契約時に同意書にて説明も行うようにしています。	病状変化に合わせて医師から家族に説明され、訪問看護が介入する。遠方にいる家族はホームに宿泊して付き添う場合もある。施設職員の中に看護師がおり、他の職員の安心材料となっている。病状変化に合わせて、ケアプランの変更が必要である。		
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、全体研修は行っていません。			

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
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(火災場所や火災発生の状況)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。	年2回の避難訓練を実施している。近隣に消防分団があるので、施設内の構造なども把握してもらっている。 福祉避難場所の確認、災害ダイヤルについて検討を依頼した。水害のマニュアル作成はない。	
<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)	○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	ご利用者それぞれに合わせた声かけや対応に気を付けています。必要に応じて居室の入り口の窓に目隠しをしています。	居室に覗き窓があり、カーテンを作成して設置している。声掛けは、利用者個々に合わせて行っている。重要事項の苦情窓口について、窓口と解決責任者の2名の表記について検討を依頼した。キーパーソンが変更になる場合は、再度契約時同様の確認をする。	
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	職員がすべて決めるのではなく、ご利用者様に確認し決めるよう心掛けています。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	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)。出来る方には食事の盛り付けやお茶入れ・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。	献立は調理員が作成している。食材は近隣スーパーにて購入している。また、利用者と共に畑からの収穫を楽しみ、食している。嚥下困難な利用者には、医師や看護師と相談しながらケアにあたっている。	

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
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	食事や水分の摂取量は毎食必ずチェックし食事量が減ってきた方はかかりつけ医に相談。栄養剤(エンシュア)等で対応しています。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。食事量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。現在、訪問歯科にて定期的に口腔環境をみていただいています。		
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、下着の汚れを考慮して尿取りパットの使用もしています。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しています。	日中はリハビリパンツを使用し、排泄誘導をしている。排泄パターンを把握して支援している。各居室にトイレが設置されている。	
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。	週2回の入浴支援を行っているが、汚染状況により適時入浴している。季節の入浴剤は使用していない。感染症についての情報共有を徹底し、感染予防に努めている。	
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	個人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。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。		

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
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。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ただいています。昨年は畑づくりも行い、間引きや収穫を行っていただきました。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に支援している	買い物やお散歩・親族の法事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出を楽しむ機会を出来るだけ作るようにしています。全員と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行い、外出できない方でも一緒に楽しめる機会を作るようにしています。	四季に合わせて、お花見や外食に出掛けている。芝生ではバーベキューやサンマを焼いて楽しんでいる。関連施設の福祉車両を使用し、継続的な外出支援をしている。	
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	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つしやらないの為、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事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心がけています。	木造で、大きな窓からは暖かな日差しが差し込み明るい。共有空間には季節の飾りや行事写真が掲示され、馴染みの空間作りがされている。利用者それぞれが自由に過ごせる場所が準備されている。	

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
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ソファを置き、皆様思い思いの場所で過ごすことが出来る様にしています。		
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。写真を飾ったりお孫様の絵を飾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。	馴染みの家具や飾り、家族写真が飾られている。また、お花や趣味の作品が置かれるなど、居心地のよい良い居室作りがされている。	
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」「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

作成日: 2020年5月28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るよう、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	運営推進会議は開催しているが、参加者が限定されていたり、ご家族や地域住民の参加が少ない。	ご家族や地域住民の方が参加しやすい運営推進会議を開催できるようにする。	まずは、ご家族の皆様が会議への参加が難しくても、意見や思いを反映することが出来る方法の検討(アンケート等)。地域住民の方の参加に関しては、民生委員さんを通して参加して下さる方を選定するなど検討し、質の向上につながる会議が開催できるようにする。	6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、行を挿入して下さい。