

<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	10
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	4
4. 理念を実践するための体制	3
5. 人材の育成と支援	1
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	7
1. その人らしい暮らしの支援	5
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり	2
合計	23

事業所番号	1492601644
法人名	社会福祉法人 泰政会
事業所名	グループホーム レガメ三ヶ木
訪問調査日	令和6年1月22日
評価確定日	令和6年3月28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23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。

令和5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	1492601644	事業の開始年月日	令和2年4月1日	
		指定年月日	令和2年4月1日	
法人名	社会福祉法人 泰政会			
事業所名	グループホーム レガメ三ヶ木			
所在地	(252-0159)			
	神奈川県相模原市緑区三ヶ木152-1			
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	令和6年1月12日	評価結果 市町村受理日	令和6年4月15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)】

開所して3年目を迎え、少しずつですが地域の方にも認識していただけるようになってきております。また、毎月のユニット会議で目標を定め、認識を共有することでケアの方向性の統一を図れるよう努めたり、一部の研修を職員自身で研修計画を立てて実施したりと日々学ぶ機会を増やし、職員の能力アップを図っております。今後は災害訓練やお祭りなど自治会を通じて、地域の方々と一緒に取り組んでいけるように、交流の場を増やしていきたいと思っております。

【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	〒231-0023 横浜市中区山下町74-1 大和地所ビル9F		
訪問調査日	令和6年1月22日	評価機関 評価決定日	令和6年3月28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)】

●この事業所は社会福祉法人泰政会の運営です。同法人は相模原・町田・八王子地区にて特別養護老人ホーム(泰政園・レガメ町田)、グループホーム(レガメ高ヶ坂・レガメ南大谷・レガメ三ヶ木)、医療・在宅支援、地域包括支援センター、放課後等デイサービス、研修事業などを展開しており、高齢者支援事業では、入所系サービスから在宅系サービスに至るまで、様々な利用者のニーズに合わせたサービスを展開しています。ここ「グループホームレガメ三ヶ木」は橋本駅北口からバスで「三ヶ木」停留所まで下車して10分程の国道412号線沿いにあり、外観は木目調を基調としたシックなデザインで、周辺には津久井湖や、ゴルフ場のある静かな住宅地にあります。

●社会福祉法人泰政会の理念「してあげる介護」ではなく「心の通い合う介護」を目指す。を基に、事業所の理念「喜びも悲しみも共に明日もがんばる」を作成し、スタッフルームに掲示しています。理念の実践に向け各ユニットでは、月毎に目標を立て、毎月の評価とフィードバックを実施して、新たな目標に取り組んでいます。

●家族へは、毎月の近況報告や、その都度の電話連絡を行い、面会時にも意見や要望を伺うようにしています。事業所では家族会を設けていますが、コロナ感染症拡大防止の観点から開催を中止しています。現在は不定期ですが「レガメ三ヶ木通信」で季節行事など写真を添えて報告しています。

【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	グループホーム レガメ三ヶ木
ユニット名	1F 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	「ご自身で出来る事は自ら行っていただき、出来ない部分を、職員又は他のご利用者様が補完し合う」を基本理念とし、毎月、各ユニット毎に理念に沿った目標を設定し、翌月に評価・フィードバックを行い新たな目標を立てるようしております。	社会福祉法人泰政会の理念「してあげる介護」ではなく「心の通い合う介護」を目指す。を基に、事業所の理念「喜びも悲しみも共に明日もがんばる」を作成し、スタッフルームに掲示しています。理念の実践に向け各ユニットでは、月目標を立て毎月の評価とフィードバックを実施して、新たな目標に取り組んでいます。	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	自治会へ加入することで、地元の情報や行事への参加へ繋げていけるように努めております。回覧板が回ってこれるように、現在自治会長さんと話を進めております。	自治会へ加入して地域の情報は、運営推進会議や、地域住民の職員から入手しています。地域のお祭りには、参加計画を立てましたがコロナ感染の状況で見送り、正月のどんど焼きには職員が参加しています。事業所が地域の人々に向け「介護なんでも相談窓口」の設置が出来るように地域包括支援センターとの連携で検討しています。	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	長く同じ地域で生活されており、職員・ご利用者様の顔馴染みも多いので、上手く活かせるように自治会への働きかけを行っていきたいと思います。		
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	自治会長を始め、民生委員や包括支援センター、保健センターなどに2ヶ月に1回参加して頂いております。地域の課題や情報共有・情報の発信場として少しずつ活躍出来ていると感じております。	運営推進会議を2ヶ月に1回自治会長・民生委員・地域包括支援センター職員・家族代表・利用者の参加で開催しています。事業所から利用者状況・行事・事故・職員研修などの報告をして今後の予定など伝えています。参加者との話し合いで、今後この会議が地域の課題や情報共有・発信場として少しずつ活躍出来るのではと考えています。	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	認定調査員の委託事業の開始等、少しずつ関係性を構築しており、不明な点などは行政の窓口へ質問し、相談・協力体制を取りやすいように取り組んでおります。	法人の地域包括支援センターで、認定調査員の委託事業を開始等、少しずつ行政との関係性を構築しています。運営上不明な点などは、行政の窓口へ質問や、相談をして協力体制が取れるよう取り組んでいます。地区のグループホーム連絡会など、出来る限り地域の交流の場に参加しています。	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	
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	ご家族様には見学・契約時に、車通りの多い立地に面していることもあり、危険性を考慮し玄関の自動ドアはテンキーでの解除対応を行っている旨をお伝えしております。但し、ご利用者様から外の景色を見たい等の要望があれば、解除しそのまま職員と一緒に散歩に出掛けたりと柔軟な対応を取っております。	身体拘束をしないケアについては、指針やマニュアルを整備しています。身体拘束等適正委員会を年4回ユニット会議内で開催し、職員全体で話し合いをしています。身体拘束排除の為に取り組みや、接遇マナーについて年4回の研修を実施しています。玄関の施錠はテンキーでの対応ですが、利用者の要望には柔軟な対応を取っています。	今後の継続	
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	「高齢者虐待防止に係る一斉点検」を研修時・半年に1回は実施し、職員が提出した回答を元に数値に落とし込み、共有することで「見える化」に努めております。定期的に研修を実施し、その中で場面を用いて事例検討会を実施しております。	虐待の防止の徹底について、虐待防止検討委員会をユニット会議内で、定期的に開催して虐待の防止に努めています。年2回は「高齢者虐待防止に係る一斉点検」を実施して、回答を元に数値に落とし込み、共有することで「見える化」に努めています。法令遵守や職業倫理など年2回の研修や事例検討会を実施しています。	今後の継続	
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	入職時・定期的な研修にて実施しております。			
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、なるべく分かりやすいように噛み砕いて説明し、不安を軽減できるように務めております。契約後も不明点があればいつでも聞けるように、ユニットリーダーとの顔合わせや電話連絡等を行うことで、相談できる相手を複数に出来るように対応しております。			
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	電話や来所時には個別にご家族様からの意見や要望等をお聞きし、職員へのフィードバックに努めております。また、利用者様からは文章に書いていただいたり、事務所や相談室を用いて静かな環境でゆっくり話せる機会を設けるようにしております。	契約時に重要事項説明書に明記している苦情相談窓口について、家族に説明しています。電話連絡や、面会時に意見や要望を伺うようにしています。事業所では家族会を設けていますが、コロナ感染症拡大防止の観点から開催を中止しています。現在は不定期ですが「レガメ三ヶ木通信」で季節の行事など写真を添えて報告しています。	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	
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	ユニット会議や定期面談を実施することで、困りごとや意見を出し合い情報を共有しケアへ生かしていけるように取りまとめております。	管理者は職員の出勤時など声かけして、気兼ねなく意見や提案を表出できる雰囲気作り心がけています。ユニット合同での申し送りや、ユニット会議では、意見交換しながら職員の意見、提案を聴き、運営に反映させるようにしています。職員との定期面談を年2回実施して、困りごとや、意見なども聴いています。	今後の継続	
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	シフト調整を行うことで、有給を取りやすい環境を整えております。また、年1・2回の健康診断の実施以外にも、日頃からの体調確認を行っております。	職員全員が年間目標と、月毎の目標を立てて取り組み、管理者との定期面談では、目標の達成率を確認しています。勤務シフトの調整で希望休や、年次有給休暇を取得しやすい環境整備に努めています。その際、外国籍の職員の長期休暇にも対応しています。無駄な残業の削減、職員の体調管理や、健康診断も定期的を実施しています。	今後の継続	
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	事業所理念を元に、個別に年間目標・月目標を立て、面談時に達成した%数値を出して見える化を図り、自己覚知へと繋げております。また、認知症リーダー研修へや管理者研修など、ステップアップを含めた研修への参加を促しております。	新人研修は事業所内のOJTで実施し、外国人の新人研修は、法人の研修事業所が担当しています。内部研修は、毎月計画して実施し、一部の研修は、職員自身で研修計画を立てて実施しています。外部研修の認知症リーダー研修や、管理者研修などは、ステップアップを含めた研修への参加を促しています。	今後の継続	
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	グループホーム連絡会や交流会など、出来る限り地域の交流の場に参加しております。			
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	新しい環境は認知症を患っているご利用者様には、戸惑いや不安が大きくなりがちです。他ご利用者様と交流が図れるように、間に入って話をしたり、居室や散歩などゆっくりと話す時間を積極的に設けるようにしております。			

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
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	初回のアセスメント訪問時に、ご利用者のこれまでの生活スタイルや状況などの生活史を知れるように時間を掛けて実施しております。また、開始後も新しい生活での様子を細かくお伝えし、入所初期は短時間でも良いので面会のご協力をお願いすることで、ご利用者様と共にご家族様にも安心していただけるように配慮しております。		
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	施設へご見学に来られた際にご本人様やご家族様が困っていることを伺い、選択肢の幅を広げられるように、他のグループホームや他福祉施設へのご見学を勧めております。		
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	生活リハビリを兼ねた自立支援について、して「あげる」介護から、「一緒に取り組む」介護へ、変化出来るように研修や会議での提案を行っております。		
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	施設の運営に協力的なご家族様が多く、必要なものを依頼した際にも迅速に対応していただいております。また、短時間ですが、面会を再開したり手紙や写真などをお持ちいただくことで、新たな発見や話題づくりとなり、大事なコミュニケーションの一つとなっております。		
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	ご家族様へ確認したのち、友人知人への電話や来所を対応しております。	入居時の事前面談では、本人を取り巻く人間関係や、馴染みの場所に関する情報など把握して、入居後も馴染みの関係が継続できるよう支援しています。初めての友人・知人の電話や、面会は家族やキーパーソンの確認後に対応しています。家族の協力で孫や家族のアルバムを届けていただき、利用者の楽しみになっています。レクリエーションの時間に暑中見舞いや、年賀状を利用者全員で作成し、出来ないところは職員が手伝い、家族へ送る支援をしています。	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
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	長く一緒に生活されているため顔馴染みの関係が出来ており、地域に因んだ会話などが盛り上がります。耳が遠く会話が上手くいかない時や静い時には、職員が間に立って関係の修復に努めております。		
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	初回の契約時に伝えるように対応しております。また、退居後も、ご家族様へ手紙や電話などで近況報告など相談しやすいように声掛けを行っております。		
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	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。	日頃のケアの中での何気ない一言を、介護記録やユニット会議で共有することで、「その人らしさ」を支えられるケアへ繋げていく努力を続けております。	入居事前面談で本人や家族から過去の生活歴・既往歴・趣味嗜好品・暮らし方の希望などについて、聴き取りアセスメントシートを作成しています。入居後は事前に得られている情報に基づき関わりながら、現在の思いや意向の汲み取りに努めています。関わりの中で得られた情報は、連絡ノートや、介護記録、ユニット会議にて情報を共有し「その人らしさ」を大切にしたいケアを心がけています。	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	初回アセスメント時や面会時にご家族様との会話の中で、昔好きだった音楽や大事にしていたものを持ってきていただいたり、今のご利用者様の状況でも出来ることに繋がられないかを、ケアの実践に取り組んでおります。		
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	集団で活動する時間と、個別にゆっくりと過ごせる時間など、メリハリをつけられるように対応しております。また、体調が優れない時は、バイタルチェックを行い主治医や看護師に相談するなど早期対応に努めております。		

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
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	ご家族様の面会時や、月毎の請求書を送付する際に手紙などで近況をお伝えし、現在の状態に合わせたケアプランを作成するように努めております。	入居時のアセスメントで得られた情報を基に、初回の介護計画を作成し3ヶ月程の期間は様子を見ながらアセスメント時の情報と差異が無いか確認しています。ユニット会議の中で変化のある方や、更新時期に近い方を主に話し合い、介護計画のモニタリングを実施しています。更新は半年毎に行い家族の意見や、モニタリングの結果を反映して、現状に即した介護計画を作成しています。家族への説明と確認は面会時や、説明文章を添付した郵便で確認しています。	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	カンファレンス時に個別記録を確認したり、ヒヤリハットを活用し検討会を実施することで、ケアの統一や事故防止に繋げていけるようにしております。		
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	ご本人様やご家族様との関係を構築できるように、ユニットリーダーを基盤とした体制づくりを行っております。		
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	地域にあるインフォーマルなサービスの活用や自治会を通じて情報収集を積極的に行っていきたいと思っております。		
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	月2回の往診時に主治医に相談し、医師や看護師からご家族様へお伝えすることで受診に繋げるケースもあります。また、ご家族様に受診に同行していただくことで、ご本人様の現在の様子を知る機会に繋がれると考えております。	入居時に事業所の協力医療機関について説明し、本人と家族の希望を確認して主治医を決めています。協力医療機関からは月2回の訪問診療があり、家族の同席や、医師から直接家族に伝えることで現在の状況を把握していただいています。歯科は週1回の訪問診療で、全員が契約して口腔ケアや、治療を受けています。同法人の看護師は週1回の訪問で利用者の健康管理や爪切り、皮膚状況の確認、職員の相談に対応しています。	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
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	爪切りや皮膚状態の確認等、直接診て触れることで気づける目を増やせると考えております。判断に困った場合には看護師に相談出来る環境を整備しております。		
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、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。	介護サマリーの作成やソーシャルワーカーとの連携を図るように努めております。退院時には退院前カンファレンスや入院時の様子を伺い、施設へ戻られた時のリスクや注意点をご家族様も交えて話す機会を設けるようにしております。		
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	入居契約時に、ご本人様やご家族様の意向や死生観を確認し、緊急時の対応についての同意書の確認・取り交わしを行っております。また、重度化した場合や終末期ケアについては、改めて主治医やご家族様を交えて話し合いの場を設け、選択肢を提示し不安を取り除けるように寄り添って対応しております。	契約時に重度化や終末期に向けた方針を文章にて説明し、併せて延命治療の有無についても確認して、同意書を取り交わしています。重度化した場合には、改めて主治医・管理者・家族による話し合いの場を設け、事業所で出来ること、出来ないことなど説明して、少しでも家族の不安を和らげることができるよう対応しています。職員の看取り介護の研修を実施しています。	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	目につく場所に緊急時の用語や対応について記載している内容の書類を掲示し、慌てず迅速に対応できるようにしております。		
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	年2回の夜間・日中帯を想定した避難訓練を行うと共に、研修を通して場面毎に合わせた対応のシュミレーションを行っております。また、非常時の備蓄の確認を定期的に行っております。	防災訓練は年2回、日中と夜間帯を想定して避難訓練・通報訓練・消火訓練を実施しています。1回は消防署の立ち会いがあり、地域の防災訓練にも参加の予定をしています。非常災害時の対応について、職員研修も実施しています。BCP(事業継続計画)の作成にも取り組んでいます。備蓄品の水や米など食糧については、定期的に消費期限を確認し、ヘルメットや懐中電灯・衛生用品など用意しています。	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	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	面談時やケア時・ユニット会議時に、日頃から大きな声で特定の誰かとわかるような声掛けを行っていないかを認識できるように研修等を通じて検討会を行い、確認する機会を設けております。	新人研修や継続研修で、接遇マナー、法令遵守、職業倫理、権利擁護、プライバシー保護などの研修を実施しています。利用者のケアを行うにあたり、声の大きさに注意すると共に、利用者を特定の誰かと分からないよう、部屋番号で話すようにしています。声かけについては特に失礼の無いように、職員同士で注意し合える関係性が出来ています。個人情報のあるファイルは、鍵の掛かるキャビネットで保管しています。	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	「ラーメンが食べたい」と日頃から話されていたご利用者様に誕生日会でラーメンをご用意したり、家族に手紙を書きたいという方に対しては、職員と一緒に書いたり、出来る限り寄り添い、出来ることへ繋げていくようにしております。	/		/
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	行事に参加したくない時などは、無理強いをせず時間を置いて再度声掛けを行うなど、臨機応変に対応しております。			
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	定期的な訪問理容の他に、近隣の美容室まで出掛けて気分転換を味わっていただくなどの工夫を行っております。また、誕生日会や行事を活用し、ご家族様がプレゼントして下さった服などを薦めてみたりと、おしゃれを楽しめる機会を設けております。			
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	定期的なメニューの他に、行事に合わせておはぎを作ったり、一緒に楽しんで作れる調理を考え提供しております。準備や片づけなど、得意不得意を活かして参加を促しております。	昼食・夜食の食材は、レシピ付きで宅配業者から購入し職員が調理しています。朝食はレトルト食品を提供しています。利用者は野菜の下拵えで、洗う・むく・切る等と、お膳並べ、盛り付け、皿洗い・拭きなど一人ひとりの方に、係わりを持っていただくようにし、生き甲斐や、残存能力の維持につなげています。行事食は、企画を立てて買い物や、宅配、出前などで、普段とは違う食事を提供しています。食レクでは、おはぎを作ったり焼きそば、お好み焼き、ホットケーキなど手作りして楽しんでいます。	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
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	一日1200ccを目安に、小まめな水分補給を行い、食事は栄養価を予め計算されたメニューを提供し、盛付や配膳などご利用者様の意見を伺いながら一緒に作ることに取り組んでおります。		
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	週1回訪問歯科に診ていただくことで、口腔内状況の情報共有・調整に努めております。また、定期的な歯ブラシの交換や消毒などを実施しております。		
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	排泄リズムを把握し、定期的な声掛けと共に、トイレを行う上でどの部分に手伝いが必要かなどを把握し、出来る限り自分で出来ることを増やしていくケアに努めております。	利用者全員を対象に排泄チェック表をつけ、一人ひとりの排泄リズムを把握し、定期的な声掛けと共に、トイレを行う上でどの部分に手伝いが必要か、などを把握して、出来る限り自分で出来ることを増やしていくケアに努めています。その結果、オムツを使用していた利用者がリハビリパンツの使用に変更が来ています。ユニット会議や、カンファレンスでは適した排泄支援方法を検討し、自立に向けた支援を行っています。	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	食事前の体操の実施や、牛乳・マッサージの提供を行っております。また排便マイナスが続いた場合には、主治医の意見を元に服薬調整などを行っております。		
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	ご利用者様同士で入浴日を決められていることもあります。入浴を午前と午後を設置しており、その都度声掛けを行うように工夫しております。また、拒否があった場合には時間を置いて再度声を掛ける、他の職員で対応してみるなど臨機応変に対応しております。	入浴は週に2回を基本とし、午前・午後に分けて入浴支援を行っています。皮膚疾患のある方など足浴の対応も行っています。入浴拒否のある方には、時間を空けてからの声かけや、他の職員で対応など無理強いせず、日を改めるなど臨機応変に対応しています。入浴後には、水分補充と保湿クリームの塗布を実施しています。	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
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	自宅に近い状況での生活スタイルを維持できるように、馴染みの枕や明かりの調整などを行っております。また、眠れない時は無理に睡眠を促すのではなく温かいお茶を提供し、ほっとする時間を設け安心して眠れるような支援を行っております。		
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	介護記録アプリと連携し、服薬している薬の詳細がいつでも見れるように対応しております。また、往診時に服薬について同行している薬剤師や主治医と相談し、服用しやすい形状での対応も行っております。		
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	作品展示会を開催し、それに向けて1対1で作品作りを行うことでご利用様が出来ることの新たな発見に繋がっております。		
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	近隣の散歩や桜を見にドライブに参加したり、畑やプランターを活用したりと、外へ出掛けられる機会を作るように努めております。	気候や天気の良い日には、事業所周辺を散歩にお連れしています。庭に設置してあるプランターの花の水遣りや、草むしりなどしながら外気浴をする方もいます。ドライブを兼ねた外出では、桜の花見や、津久井湖・相模湖などと以前は宮ヶ瀬ダムへも見物に行っています。	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	金銭管理はご家族様にお願いしており、必要に応じてご家族様と相談し購入していただいております。		

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
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	暑中見舞いや年賀状など、定期的な季節のお便りをレクリエーションで実施し、ご家族様へ送っております。また、色塗りコンテストへ参加していただき、その作品を見ていただくことで新たな発見へと繋がっております。		
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	木の優しい色合いにより、暖色に近い色味になっております。夜間の照明度合いなど、暗くなり過ぎないように対応しており、居室の照明はご利用者様個々の生活スタイルに合わせて対応しております。	リビングは広い間取りで、食卓の場所とは別に、テレビの前にはソファースペースが有り、ゆっくり歓談できる場所になっています。壁面の飾りは、行事や季節を感じる作品を利用者と職員で一緒に作り、毎月更新しています。室温、湿度は職員が定期的に確認して調整し、換気も日に3回実施しています。レクリエーションで作成した作品の作品展が毎年秋に開催され、皆さんで楽しんでます。	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	食事のテーブルがある席とTV前のフロア席があり、それぞれの場所でくつろいでいる様子が伺えます。また、居室に馴染みのご利用者様を呼んで談笑することもあります。		
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	ご自身の服が居室に掛かっているのを見て、自分の部屋だと認識されることが多くあります。また、ご家族様と撮った写真やアルバム、昔作った作品や置物を思い思いに飾られています。	各居室にはエアコン、防炎カーテン、箆筒、ベッドが完備されています。入居時には使い慣れた寝具・家具類などと家族と撮った写真やアルバム、昔作った作品など持ち込んでいます。使い慣れたものや、好みの物を好きな場所に置き、本人が居心地良く過ごせるように工夫をし、居室の整理で手伝いの必要な方には、職員が談笑しながら支援しています。	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	車イスを使用されている方でも食事時には椅子に座り替えたりと、出来るだけ普通の生活に近い状況を再現できる工夫を行っております。		

目 標 達 成 計 画

事業所 レガメ三ケ木

作成日 令和6年1月22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 具体的な取り組み内容	目標達成に 要する期間
1	10	面会をまだ制限しており、家族との接点が少なく、ご利用者様について一緒に考える機会が少ない	家族会を開催する	まずは、面会場所を居室に戻し、食事会を交えた家族会を開きご家族様同士の交流の場を設けたい	12ヶ月
2	29	地域のお祭りなど少しずつ開催されているので、地域活動に取り組んでいきたい	地域の避難訓練にご利用者様と職員で参加する	現在、小学校等で地域の呼びかけで1年に1回避難訓練が行われていると聞いたので、参加して繋がりをもちたい	12ヶ月

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 レガメ三ヶ木
ユニット名	2F うららか

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	「ご自身で出来る事は自ら行っていただき、出来ない部分を、職員又は他のご利用者様が補充し合う」を基本理念とし、毎月、各ユニット毎に理念に沿った目標を設定し、翌月に評価・フィードバックを行い新たな目標を立てるようにしております。		
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	自治会へ加入することで、地元の情報や行事への参加へ繋げていけるように努めております。回覧板が回ってこれるように、現在自治会長さんと話を進めております。		
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	長く同じ地域で生活されており、職員・ご利用者様の顔馴染みも多いので、上手く活かせるように自治会への働きかけを行っていきたいと思います。		
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	自治会長を始め、民生委員や包括支援センター、保健センターなどに2ヶ月に1回参加して頂いております。地域の課題や情報共有・情報の発信場として少しずつ活躍出来ていると感じております。		
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に取り組んでいる	認定調査員の委託事業の開始等、少しずつ関係性を構築しており、不明な点などは行政の窓口へ質問し、相談・協力体制を取りやすいように取り組んでいます。		

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
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	ご家族様には見学・契約時に、車通りの多い立地に面していることもあり、危険性を考慮し玄関の自動ドアはテンキーでの解除対応を行っている旨をお伝えしております。但し、ご利用者様から外の景色を見たい等の要望があれば、解除しそのまま職員と一緒に散歩に出掛けたりと柔軟な対応を取っております。		
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	「高齢者虐待防止に係る一斉点検」を研修時・半年に1回は実施し、職員が提出した回答を元に数値に落とし込み、共有することで「見える化」に努めております。定期的に研修を実施し、その中で場面を用いて事例検討会を実施しております。		
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	入職時・定期的な研修にて実施しております。		
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、なるべく分かりやすいように噛み砕いて説明し、不安を軽減できるように務めております。契約後も不明点があればいつでも聞けるように、ユニットリーダーとの顔合わせや電話連絡等を行うことで、相談できる相手を複数に出来るように対応しております。		
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	電話や来所時には個別にご家族様からの意見や要望等をお聞きし、職員へのフィードバックに努めております。また、利用者様からは文章に書いていただいたり、事務所や相談室を用いて静かな環境でゆっくり話せる機会を設けるようにしております。		

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
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	ユニット会議や定期面談を実施することで、困りごとや意見を出し合い情報を共有しケアへ生かしているように取りまとめております。		
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	シフト調整を行うことで、有給を取りやすい環境を整えております。また、年1・2回の健康診断の実施以外にも、日頃からの体調確認を行っております。		
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	事業所理念を元に、個別に年間目標・月目標を立て、面談時に達成した%数値を出して見える化を図り、自己覚知へと繋げております。また、認知症リーダー研修へや管理者研修など、ステップアップを含めた研修への参加を促しております。		
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	グループホーム連絡会や交流会など、出来る限り地域の交流の場に参加しております。		
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	新しい環境は認知症を患っているご利用者様には、戸惑いや不安が大きくなりがちです。他ご利用者様と交流が図れるように、間に入って話をしたり、居室や散歩などゆっくりと話す時間を積極的に設けるようにしております。		

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
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	初回のアセスメント訪問時に、ご利用様のこれまでの生活スタイルや状況などの生活史を知れるように時間を掛けて実施しております。また、開始後も新しい生活での様子を細かくお伝えし、入所初期は短時間でも良いので面会のご協力をお願いすることで、ご利用者様と共にご家族様にも安心していただけるように配慮しております。		
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	施設へご見学に来られた際にご本人様やご家族様が困っていることを伺い、選択肢の幅を広げられるように、他のグループホームや他福祉施設への見学を勧めております。		
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	生活リハビリを兼ねた自立支援について、して「あげる」介護から、「一緒に取り組む」介護へ、変化出来るように研修や会議での提案を行っております。		
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	施設の運営に協力的なご家族様が多く、必要なものを依頼した際にも迅速に対応していただいております。また、短時間ですが、面会を再開したり手紙や写真などをお持ちいただくことで、新たな発見や話題づくりとなり、大事なコミュニケーションの一つとなっております。		
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	ご家族様へ確認したのち、友人知人への電話や来所を対応しております。		

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	長く一緒に生活されているため顔馴染みの関係が出来ており、地域に因んだ会話などが盛り上がり、耳が遠く会話が上手いかない時や諍い時には、職員が間に立って関係の修復に努めております。		
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	初回の契約時に伝えるように対応しております。また、退居後も、ご家族様へ手紙や電話などで近況報告など相談しやすいように声掛けを行っております。		
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	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。	日頃のケアの中での何気ない一言を、介護記録やユニット会議で共有することで、「その人らしさ」を支えられるケアへ繋げていく努力を続けております。		
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	初回アセスメント時や面会時にご家族様との会話の中で、昔好きだった音楽や大事にしていたものを持ってきていただいたり、今のご利用者様の状況でも出来ることに繋がられないかを、ケアの実践に取り組んでおります。		
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	集団で活動する時間と、個別にゆっくりと過ごせる時間など、メリハリをつけられるように対応しております。また、体調が優れない時は、バイタルチェックを行い主治医や看護師に相談するなど早期対応に努めております。		

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
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	ご家族様の面会時や、月毎の請求書を送付する際に手紙などで近況をお伝えし、現在の状態に合わせたケアプランを作成するように努めております。		
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	カンファレンス時に個別記録を確認したり、ヒヤリハットを活用し検討会を実施することで、ケアの統一や事故防止に繋げていけるようにしております。		
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	ご本人様やご家族様との関係を構築できるように、ユニットリーダーを基盤とした体制づくりを行っております。		
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	地域にあるインフォーマルなサービスの活用や自治会を通じて情報収集を積極的に行っていきたいと思っております。		
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	月2回の往診時に主治医に相談し、医師や看護師からご家族様へお伝えすることで受診に繋げるケースもあります。また、ご家族様に受診に同行していただくことで、ご本人様の現在の様子を知る機会に繋がれると考えております。		

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	爪切りや皮膚状態の確認等、直接診で触れることで気づける目を増やせると考えております。判断に困った場合には看護師に相談出来る環境を整備しております。		
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、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。	介護サマリーの作成やソーシャルワーカーとの連携を図るように努めております。退院時には退院前カンファレンスや入院時の様子を伺い、施設へ戻られた時のリスクや注意点をご家族様も交えて話す機会を設けるようにしております。		
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	入居契約時に、ご本人様やご家族様の意向や死生観を確認し、緊急時の対応についての同意書の確認・取り交わしを行っております。また、重度化した場合や終末期ケアについては、改めて主治医やご家族様を交えて話し合いの場を設け、選択肢を提示し不安を取り除けるように寄り添って対応しております。		
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	目につく場所に緊急時の用語や対応について記載している内容の書類を掲示し、慌てず迅速に対応できるようにしております。		
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	年2回の夜間・日中帯を想定した避難訓練を行うと共に、研修を通して場面毎に合わせた対応のシュミレーションを行っております。また、非常時の備蓄の確認を定期的に行っております。		

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	面談時やケア時・ユニット会議時に、日頃から大きな声で特定の誰かとわかるような声掛けを行っていないかを認識できるように研修等を通じて検討会を行い、確認する機会を設けております。		
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	「ラーメンが食べたい」と日頃から話されていたご利用者様に誕生日会でラーメンをご用意したり、家族に手紙を書きたいという方に対しては、職員と一緒に書いたり、出来る限り寄り添い、出来ることへ繋げていくようにしております。		
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	行事に参加したくない時などは、無理強いをせず時間を置いて再度声掛けを行うなど、臨機応変に対応しております。		
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	定期的な訪問理容の他に、近隣の美容室まで出掛けて気分転換を味わっていただくなどの工夫を行っております。また、誕生日会や行事を活用し、ご家族様がプレゼントして下さった服などを薦めてみたりと、おしゃれを楽しめる機会を設けております。		
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	定期的なメニューの他に、行事に合わせておはぎを作ったり、一緒に楽しんで作れる調理を考え提供しております。準備や片づけなど、得意不得意を活かして参加を促しております。		

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	一日1200ccを目安に、小まめな水分補給を行い、食事は栄養価を予め計算されたメニューを提供し、盛付や配膳などご利用者様の意見を伺いながら一緒に作ることに取り組んでおります。		
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	週1回訪問歯科に診ていただくことで、口腔内状況の情報共有・調整に努めております。また、定期的な歯ブラシの交換や消毒などを実施しております。		
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	排泄リズムを把握し、定期的な声掛けと共に、トイレを行う上でどの部分に手伝いが必要かなどを把握し、出来る限り自分で出来ることを増やしていくケアに努めております。		
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	食事前の体操の実施や、牛乳・マッサージの提供を行っております。また排便マイナスが続いた場合には、主治医の意見を元に服薬調整などを行っております。		
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	ご利用者様同士で入浴日を決められていることもあります。入浴を午前と午後を設置しており、その都度声掛けを行うように工夫しております。また、拒否があった場合には時間を置いて再度声を掛ける、他の職員で対応してみるなど臨機応変に対応しております。		

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	自宅に近い状況での生活スタイルを維持できるように、馴染みの枕や明かりの調整などを行っております。また、眠れない時は無理に睡眠を促すのではなく温かいお茶を提供し、ほっとする時間を設け安心して眠れるような支援を行っております。		
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	介護記録アプリと連携し、服薬している薬の詳細がいつでも見れるように対応しております。また、往診時に服薬について同行している薬剤師や主治医と相談し、服用しやすい形状での対応も行っております。		
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	作品展覧会を開催し、それに向けて1対1で作品作りを行うことでご利用様が出来ることの新たな発見に繋がっております。		
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	近隣の散歩や桜を見にドライブに参加したり、畑やプランターを活用したりと、外へ出掛けられる機会を作るように努めております。		
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	金銭管理はご家族様にお願いしており、必要に応じてご家族様と相談し購入していただいております。		

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
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	暑中見舞いや年賀状など、定期的な季節のお便りをレクリエーションで実施し、ご家族様へ送っております。また、色塗りコンテストへ参加していただき、その作品を見ていただくことで新たな発見へと繋がっております。		
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	木の優しい色合いにより、暖色に近い色味になっております。夜間の照明度合いなど、暗くなり過ぎないように対応しており、居室の照明はご利用者様個々の生活スタイルに合わせて対応しております。		
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	食事のテーブルがある席とTV前のフロア席があり、それぞれの場所でくつろいでいる様子が伺えます。また、居室に馴染みのご利用者様を呼んで談笑してこともあります。		
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	ご自身の服が居室に掛かっているのを見て、自分の部屋だと認識されることが多くあります。また、ご家族様と撮った写真やアルバム、昔作った作品や置物を思い思いに飾られています。		
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	車イスを使用されている方でも食事時には椅子に座り替えたりと、出来るだけ普段の生活に近い状況を再現できる工夫を行っております。		

目 標 達 成 計 画

事業所 レガメ三ケ木

作成日 令和6年1月22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	10	面会をまだ制限しており、家族との接点が少なく、ご利用者様について一緒に考える機会が少ない	家族会を開催する	まずは、面会場所を居室に戻し、食事会を交えた家族会を開きご家族様同士の交流の場を設けたい	12ヶ月
2	29	地域のお祭りなど少しずつ開催されているので、地域活動に取り組んでいきたい	地域の避難訓練にご利用者様と職員で参加する	現在、小学校等で地域の呼びかけで1年に1回避難訓練が行われていると聞いたので、参加して繋がりをもちたい	12ヶ月

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。