

### 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	870400280		
法人名	株式会社 アイアール		
事業所名	グループホームローズマリー		
所在地	茨城県古河市古河541-1		
自己評価作成日	平成28年9月5日	評価結果市町村受理日	平成29年1月26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.kaigokensaku_ip/08/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0870400280-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku_ip/08/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0870400280-00&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28年10月18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)】**

認知症(例えそれが軽度、重度を問わず)を持っている高齢者が、その個人々の尊厳と人生その人らしく普通の営みができることを目標に支援をおこなっています。ご利用者ひとり1人の生活歴、認知症状、ADL、家族等をスタッフ全員で把握、その人本位のニーズを抽出し、介護計画を熟考して立てサービス提供に反映させるように努めています。また、スタッフと利用者が介護する者と介護される者という壁をなくし、家庭的な環境においてお互いに協力し合いながら信頼関係の構築ができるように支援しています。

**【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)】**

事業所を家庭の延長と捉え、利用者と職員がなじみの関係を構築し、お互いが信頼をもって日々の生活が楽しく過ごせるように努めている。協力医療機関と連携し、利用者の体調管理と健康維持に努め、変調時には24時間連携可能な医療体制で往診してもらえるので、利用者・家族・職員には安心である。一日のリズムの中にケアプランの目標達成に向けた支援として、ラジオ体操・音楽療法・下肢筋力強化・歩行訓練等を自然に取り入れ、残存機能維持に努めている。職員の離職・異動が少なく、勤続年数の長い職員が多いので、細かいケアの提供が出来る事業所である。事業所の場所を近所の人に聞くとすぐに道順を教えてくれ、最後に「良い施設ですよ」という言葉があった。地域に受け入れられている施設だと感じた。

**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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、活き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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)		

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	理念を各ユニットの入り口に掲示し、常に意識できるようにしている。	基本的に『家族の心で』をモットーとした具体的な5つの基本理念を玄関・各ユニット入口に掲示し、意識付けを行っている。申し送りやカンファレンスで、プロとして利用者一人一人に合わせたケアの提供に取り組むことを話している。職員からは利用者のその日の気持ちを受け止め利用者のペースに合わせた対応を心掛けており、笑顔で一日が過ごせるように努めて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	近隣の方とのお付き合いを大切に、散歩の際、挨拶を交わすなど交流をしている。また、地域のボランティア(三味線、太鼓)などの受け入れをしている。	散歩に出かけた時は挨拶を交わしたり、声をかけてもらったりしている。病院の待合室で知人と会ったり、先生や看護師との関係も良好である。近所の方にイベント等で作った『ぼた餅』等を配り喜ばれている。夏祭りでは子供神輿が立ち寄ってくれるので(休憩所として提供)利用者は楽しみにしていたが、今年からコースが変わったのか、今年度は協力依頼の要請は無かった。ボランティア訪問が(三味線・笛・太鼓・踊り・南京玉すだれ等)あり、利用者は参加型で盛り上がっている。三味線は歌詞を持参してくれて利用者も一緒に歌っている。	
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、認知症の理解について講義を行い、理解して頂けるように努めている。		
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	家族・市職員(介護保険課)・在宅支援センター、近隣の介護支援専門員に参加いただき、2ヶ月に1度開催している。運営報告や家族からでた意見に対して講義、意見交換を行い、改善している。	2ヶ月ごとに家族・介護保険課・在宅支援センター・近隣の介護支援専門員・事業所担当者の構成メンバーで開催している。主な議題は事業報告や家族から出た議題について講義・ミニ研修を実施し有意義な会議となっている。今回は看取りの説明をしたが、家族の素直な意見が聞けた。家族の参加も多く、運営推進会議の意義は大きい。欠席の家族には議事録を郵送し、職員には議事録を回覧し押印で確認している。	
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り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	運営推進会議に介護保険課の職員に出席頂き、介護保険制度の説明やアドバイスを頂いている。また、今年度よりグループホーム連絡会が開催されるようになり、市との協力関係を築ける機会が増えてきている。	担当課とは連絡を密にとり連携を深め、協力関係を築いている。グループホーム連絡会が開催され、行政と情報交換を行っている。依頼があればいつでも中学生の体験学習の場として提供するが現在希望が無い。子供110番設置は検討中。	

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	身体拘束についての勉強会を実施し、理解を深めている。玄関の施錠については、日中は開錠し、夜間は防犯上により施錠している。	身体拘束となる行為・弊害を職員は周知し、見守りを重視して利用者の安全で安心な生活環境を提供している。安全上やむを得ず拘束を行う場合は家族に説明し、同意書を取り交わして、期間・解除に向けた取り組みを記録に残している。とっさに出るスピーチロックについて職員は周知しており、利用者が混乱を起こさぬようきちんと説明をしている。利用者の希望でエプロンを使用している。	
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	会議の中で虐待防止をテーマにあげ話し合いや知識を深めている。入浴や排泄介助などで、身体の様子を観察したり、職員ひとりひとりが言葉遣いに気をつけケアを行っている。		
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	研修会などで学ぶ機会はある。以前は活用している方もいたが、現在は活用には至っていない。必要に応じて活用できるように支援している。		
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	契約の締結時、解約又は改定等の際は、じ十分説明を行い、疑問点や不安な点を確認するようにしている。疑問点はその都度説明し、要望はできる限りお答えすることで、ご理解ご納得いただけるよう努めている。		
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	面会時、運営推進会議で意見や質問、要望を頂けるようにしている。また、アンケートを実施し、運営に反映させている。	面会時・運営推進会議で意見を聞いているが、運営に関する要望は少ないので、会議後に個人面談を行い意見の吸い上げに努めている。意見の言い出しにくい利用者・家族に対しアンケートを実施し、出た意見を職員会議で検討して結果を運営推進会議でフィードバックした。2ヶ月ごとにローズマリー便りを発行し利用者の様子を伝えているが、今後は請求書と写真等を同封することを検討している。	
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	代表は職員の意見や提案を聞く機会として、月1回程度会議を実施している。その内容をもとにカンファレンスを実施し、運営に反映させている。	現場の気づきはその都度検討し、改善に向けて対処している。職員からの意見はカンファレンスで検討し、反映している(親睦会を実施して欲しい・勤務時間帯の変更→実施・改善した)。更新時には職員と個人面談を実施し、運営上も含め意見を聞く機会を設けている。スタッフ会議で出た意見をリーダー会議で検討し、スタッフ会議で返答する時もある。	
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	雇用契約時や更新時などに面談を実施している。		

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
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	新人職員は、研修期間を設けダブルシフトにて教育を実施している。現任職員にも内部や外部の研修参加する機会を設けている。		
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	市内のグループホームが参加して、グループホーム連絡会が開催されている。連絡会に参加し、ネットワークづくりなど交流を深めている。		
<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	入居前にご自宅や施設を訪問し、それまでの暮らし(生活歴等)や嗜好等、出来る限りの情報を収集、要望も聞き、本人の望む暮らしをホームでも継続できるように努めている。		
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	見学や入所申込み時から、ホームの様子やサービスの説明を行い、不安や困っている事がないか確認している。スタッフは、面会時に本人の様子を伝えながら、要望等に耳を傾け関係づくりに努めている		
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	相談を受けて入居するまでに利用できるサービスの紹介や内容を説明している。また、当施設の説明をした上で別の施設を希望された場合は、その方にあった施設を紹介している。ケアマネジャーを通して、こられた方には必ずケアマネジャーにお伝えしている。		
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	事前の情報や身体状況、生活歴など把握して、できること・できないことをも極めたうえで、役割や仕事を持つてるように支援している。また、利用者から学ぶことも多く、職員は互いに支え合う関係を意識しながら支援している。		
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	家族の思い(利用者や利用者の晩年の生活への思い)をホームでの生活に活かせるように努め、家族も介護者の一員である意識を持ち施設に入ったから家族と離れるわけではなく、家族と共に利用者を支えたり利用者や家族との関係の再構築に関われるようにしている。		

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
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	入居前に、自宅に訪問し今までの生活環境や友人関係など確認を行っている。家族に協力を得ながら、友人や親せき等との外出ができるように支援している。また、居室にも今まで使っていた馴染みの家具などをご用意いただけるよう支援している。	電話(個人携帯も)・手紙の支援は出来ないところを職員が手伝い、友人・知人・家族との関係継続に努めている。利用開始前に確認を行い、なじみの場所への外出支援も行っている。家族の協力を得て、自宅・お墓参り・美容院・外食に出かける利用者もいる。以前のサークル仲間と馴染みのファミレスに出かける利用者がある。お花の季節は見に行きたいという要望があり、応えている。餃子・紅白饅頭の希望はイベント等で提供している。	
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利用者が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者の背景や状況を考慮し、リビングの席順などを決めている。職員は、利用者同士の関係の構築を見守り、職員の関わりにより改善される場合は職員がさり気なく関わるように努めている。		
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	退居された後も必要に応じて、運営推進会議に参加頂くなど相談・支援に努めている。		
<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	利用者個々の要望やこだわりを優先させる環境づくりをし、生活の中から利用者のニーズをひき出すよう努めている。たとえ利用者が自己決定しにくくなってきても家族と協議しながら利用者本位になるよう努めている。	アセスメント・職歴・生活歴から利用者の思いを把握し、利用者のニーズに合わせたケアの提供に努めている。会話の中からサークルの後にファミレスで食事→カラオケに行っていたと言う話があり、サークル仲間に協力依頼をした。困難な場合は出来るだけ自己決定出来るような問いかけの工夫をしている。家族と相談するときもあるが、家族の思いが優先ではなく、利用者本位に検討している。洗濯たami・食器ふき・おしぼりセットや趣味のダンス・塗り絵・歌等でやりがいの継続に努めている。	
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	ご自宅に訪問させていただき生活環境の把握に努めている。また、入居前のサービス事業者からも情報提供に協力を頂いている。		
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	センター方式を活用しながら、日々の気づきや情報を持ち寄り現状の把握に努めている。カンファレンスでも情報の共有を図っている。		

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
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	本人や家族の希望や意向を聞いたうえで、計画作成担当者と職員がカンファレンスを行い、アセスメント・モニタリングし、ケアプランを作成している。受診時に、必要に応じて医師に指示をいただいて、ケアプランに取り入れている。	ケアプラン作成に当たり、利用者・家族から意見を聞き、計画作成担当者が中心となり、時には医師のアドバイスを受けて、カンファレンスを開催して利用者の課題とケアのあり方について話し合いプランを作成している。作成後は家族に説明し同意をえている。毎週のカンファレンス・6か月ごとのモニタリングを実施し評価につなげている。	
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	経過記録、チェック表、申し送りノートを利用しカンファレンスでの情報共有及び介護の実践・介護計画の見直しに活かしている。状況変化時は、随時カンファレンスを行い速やかに変更している。		
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	訪問美容や訪問マッサージ、訪問歯科、かかりつけ以外の病院受診などの様々なニーズに応えられるようにしている。		
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	地域のボランティアの方に来て頂いている。		
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	協力医療機関には入居時出来るだけ早く受診し、かかりつけ医としての関係づくりの支援をしている。体調変化時は、往診して頂いている。協力医療機関の他にも往診して頂ける皮膚科・歯科と連携しており必要に診察をうけている。かかりつけ医以外でもスタッフが同行している。	利用者のほとんどは協力医療機関をかかりつけ医として通院し、適切な医療が受診出来る体制となっている。変調時には24時間対応可能であり往診に来てもらえる。協力医療機関の看護師と連携を取り、随時相談を行いアドバイスを受けている。訪問歯科・皮膚科の受診も可能である。かかりつけ医以外には職員が同行して受診結果を家族に報告し、記録に残していることが確認された。	
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	看護師と連絡をとりながら、必要に応じた相談・健康管理を行っている。		
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、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。	協力医療機関以外に入院が必要な場合は、介護サマリーと協力医療機関の紹介状をお持ちしている。入院中も職員が訪問し、情報交換を密に行っている。		

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
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる</p>	<p>入居時に重度化・終末期の指針やグループホームでの看取りについて説明を行い、本人、家族の意向を確認している。家族・本人と話し合いながらホームとしてできること、本人・家族の意向を聞きとり、主治医につなげている。</p>	<p>契約時に重度化・終末期の指針と看取りにつき説明を行い同意書を交わしている。重度化になると家族の気持ちが揺れ動くことも多く、終末期ケアの対応マニュアルに基づき再確認をし主治医につなげている。ターミナルになった場合はプランを作成し利用者にとって最善の幕引きとなるよう全職員で、家族(宿泊可)・他の利用者の精神的ケアにも配慮しつつ、取り組んでいる。仲の良い利用者がお線香をあげ、お別れをするときもある。</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>応急手当や初期対応については、カンファレンスの中で研修する時間を設けている。バイタルや薬の特徴や副作用等、日常的にスタッフに指導している。</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>定期的に防災・避難訓練を夜間や日勤を想定して実施している。</p>	<p>定期的に年2回の訓練を実施し、昼夜を問わず利用者が安全に避難できる方法を職員は身につけている。訓練実施後は反省会を行い、更にスムーズに避難できるように取り組んでいる。水が使えないことを想定し半日水を使わなかったが、大変だと痛感し職員で様々な検討を話し合った。</p>	<p>緊急連絡網は近い順になっているが、夜間帯の対応には近隣住民の協力体制が必要と考えるので、地域との協力体制を築くことを期待する。外出時のもらい事故等に対するマニュアルを作成し、職員が落ち着いて対処できるように、車中に整備することが望ましい。</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>ひとり1人の人格を尊重し本人が快と思えるよう言葉かけに気をつけ対応している。職員に対して入職時には、個人情報の取り扱いについて説明を行い、同意書を作成している。</p>	<p>利用者の人格を尊重し、プライバシーを損ねない言葉かけや対応に心掛けている。拒否することなく受け入れることが大切だと職員は考えている。個人情報保護に努め肖像権を含め情報開示に関する同意書を取り交わしている。職員に対しても個人情報取扱いの説明を行い同意書を作成している。</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>本人の思いや希望に耳を傾けるようにし、慌てさせない配慮、伝えやすい雰囲気を作ったり、選択肢を与えるなど自己決定ができるように働きかけている。</p>		
38		<p>○日々のその人らしい暮らし</p> <p>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</p>	<p>職員は、その人らしい暮らしが送れるようひとり1人ペースやその時々気分に合わせて支援している。</p>		
39		<p>○身だしなみやおしゃれの支援</p> <p>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</p>	<p>季節に合った服が着られるように個々の能力に応じて援助しその人らしい身だしなみを考慮している。訪問美容を取り入れ、希望があれば利用できるように支援している。</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
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	利用者の身体状況に合わせて出来る準備や片づけを行っている。食事制限のある方などにも盛り付けの工夫をしながら、食事が楽しめるようになっている。また、職員も一緒に食事しており、会話をつつ楽しみを持って支援している。	一週間ごとの献立をたて一階台所で専門職員が調理している。利用者は力量に合わせて準備・テーブルふき・おしぼり配り・下膳・食器ふき等を行い、自分の役目としている。利用者の状態に応じた食事形態や、食事制限のある利用者には盛り付けを工夫し提供している。職員も同じテーブルを囲み、利用者の食欲・誤嚥に注意しながら、会話を楽しんだ食事風景であった。外食支援も行っている。おやつ作り(ホットケーキにトッピング等)・おにぎり・いなり寿司は利用者も作っている。	
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・水分量は記録し把握できるようにしている。食べる能力に合わせて、常食、刻み、ミキサー、トロミにするなど、食べやすく工夫している。水分摂取が難しい時などは、ゼリーなども提供できるようにしている。		
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、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	利用者の状態に合わせて、ご自分で出来るところは尊重している。出来ないところをスタッフが支援している。		
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むけた支援を行っている	利用者ひとりひとりの排泄パターンを把握し、利用者のしぐさや表情、時間で誘導し失禁を減らすように努力している。	チェック表・パターンを把握しているが、なかなかその通りにはいかないのがシングル・表情・様子から声掛けしトイレに誘導し、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援をおこなっている。トイレに座ることを習慣づけ、体操・散歩・食事・野菜・水分等から自然排便に努めている。足の痛みがあり、おむつ対応の利用者もいるが、トイレに行きたいとの希望があり、トイレに誘導している。職員の支援により失禁回数が少なくなった利用者がある。夜間帯は転倒防止のセンサーで利用者の行動を把握し転倒回避に努めている。	
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	体操・散歩などを取り入れ身体を動かしたり、食事に野菜や食物繊維の多い物、水分を取るよう心がけている。また、排泄パターンを把握し、トイレに座る習慣づけを促している。		



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
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	週に2回を基本とし、午後の時間帯に2～3名ずつゆとりをもった時間に入浴して頂いている。個々の病歴や体調や季節に合わせて負担にならないよう支援している。	週に2回を基本とし午後2～3名ずつゆっくり職員と会話を交えながら入浴している。拒否者には原因を探り、声掛けを工夫したり、違う職員が入浴を促すときもある。利用者の状態に応じシャワーいす・リフトを使用し不安なく入浴出来る様に配慮している。清拭・足浴で対応するときもある。季節のしょうぶ湯(ゆず湯は肌が敏感な利用者があるのでゆずの香りの入浴剤で対応)・入浴剤を提供し気分転換に工夫している。皮膚感染予防対策として足ふきマットは個人毎に交換している。	
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	散歩するなど日中の活動を促し、外気に触れる機会を作り、程よい疲れから安眠につながるようしている。また、体調に合わせて、居室で休んで頂いている。就寝時は、照明の明るさや温度なども利用者に合わせて調節している		
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	薬の目的や副作用については、薬剤情報で確認が取れるようになっている。内服に変化がある時は、随時医師に連絡している。		
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	利用者や家族より、生活歴や嗜好品などをお聞きし把握に努めている。その方のできることやできないことも見極めながら、役割として仕事(草取り・剪定・洗濯物たたみ等)をお願いしたり、レクリエーションを考え支援している。		
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。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	天候や気温に合わせて、散歩を行ったり、桜などのシーズンには花見に行ったりしている。病院受診の支援もおこなっている。また、入居される前の友人との関係も途切れない様に、家族に了承を得ながら、外食等を楽しめるように支援している。	季節ごとのお花見やお天気の良い日は体調に合わせて散歩に出かけたりする。八百屋さんや近隣の方と挨拶を交わすことは利用者にとって、楽しいひと時となっている。病院受診の対応も行っている。家族の協力を得て、外食・買い物・帰宅・旅行に出かける利用者がある。庭でお茶を楽しみながら風を肌を感じたり、五感の刺激を受けている。家族の了解を得て、サークル仲間とドライブや外食を楽しんでいる利用者がある。	
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	お財布(小銭)を持っていたい、持っているとう安心するという方もいるため、可能な限りはご自分で持って頂いたりします。金銭管理ができない方はホームで管理するなどその方の能力に合わせて金銭管理を行っています。		

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
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	本人の希望により、電話を家族につないでいる。		
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	季節行事（七夕・正月等）の時には、飾りをつけたり、端午の節句にはしょうぶ湯、冬至にはゆず湯など、昔からの習慣を取り入れるなどして季節を感じるようにしている。台所と居間が対面しており、料理を作る音やにおいなどを感じられるようになっている。	利用者にとってホームは終の棲家になるので、一年の行事を大切にし利用者に聞きながら、昔からの習慣を取り入れ季節を感じてもらおう工夫を行っている。季節の飾り物をするで見当識の意識付けを行っている。混乱を招くような刺激は無く、リビングでのんびりテレビを見たり、ソファで利用者同士会話をしている光景が普段は見られるとの事。居室入り口の表札やトイレ・ふろの表示もわかりやすく混乱防止に配慮している。	
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	共有空間（リビング）においては、ダイニングテーブルとソファを使い分けて、思い思いに座れるように考慮している。		
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	入居前に住まわれているところを見せていただいて、使い慣れた家具や寝具などを持って来て頂けるように相談させていただいている。また、家族との写真などを飾るなど本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	使い慣れたソファ・ベッド・箆笥・鏡台・テレビ等は地震に備え転倒防止策を行い、安全面に配慮し設置している。自宅と同じ配置でベッドの横にホットカーペットとこたつを置いたり、仏壇を飾り毎朝お水を供えている利用者の姿が見られる。家族・ひ孫の写真・プレゼントのぬいぐるみや利用者の好みに応じたカレンダーを飾り、居心地よく過ごせる工夫がみられた。居室の掃除は職員と一緒に、清潔保持に努めている。和室の畳はぬれても大丈夫な畳（順次交換）となっている。毎朝の着替えは職員が用意したり、利用者にも選んでもらったり、利用者の状態に応じた対応となっている。	
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	アセスメントシートを活用し、そのひとができること、できないことを把握している。その中で検討を行い、例えばトイレなどには表示をつけて、自らトイレに行けるようにしたりと工夫に努めている。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホーム ローズマリー

## 目標達成計画

作成日: 平成29年1月25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	35	外出時の交通事故等に関するマニュアルを車載していない。	マニュアルを作成し、車内に整備する。	外出時の交通事故等の対応マニュアルを作成、車内に整備し、職員に周知する。	3ヶ月
2	35	防災・災害時における、近隣住民との協力体制の整備。	避難訓練等で地域と協力体制を整備していく。	運営推進会議等において、避難訓練のお知らせを配布し、近隣住民の協力を依頼する。	12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。