

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	0870400280		
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514-1		
自己評価作成日	平成29年9月30日	評価結果市町村受理日	平成30年2月6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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&JizyosyoCd=0870400280-00&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29年11月16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、その個々人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)】

2年前に経営母体が替わったが職員の入れ替わりはなかった。馴染みの職員が利用者の思いをくみ取り、ペースを乱さずに支援している様子が伺えた。職員と一緒にラジオ体操をしたり、冗談を言い合うなど、利用者職員との和やかな日常がありました。落ち着かない利用者にも、ゆったりと語りかける職員の姿もありました。職員の休憩時間や年休も比較的取得できているとのことで、働きやすく、職員同士の関係も良好でした。

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る (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)
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)	66	職員は、活き活きと働いている (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している (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
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	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。また、会議でも確認するようにしている。	理念について、カンファレンス時にも確認しており、職員も内容を把握している。日常のケアの中でも、理念に沿って家族のような気持ちになって、利用者のペースに合わせた支援を心がけている。	
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	地域のボランティア(三味線・太鼓・ウクレレ)など受け入れをしている。	イベント時などに『古河甚句保存会』やウクレレなどのボランティアの来訪がある。ホーム入り口で犬を飼っており、散歩の方が犬のお友だちとして立ち寄ることがある。菊を作っている方から「見においでよ」と誘われるなどの交流がある。通りすがりにホームの内容を聞いたり、パンフレットをもらいにきた方もいた。	
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	運営推進会議にて、認知症の理解についての講義を行っている。		
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	2ヶ月1度、家族・市職員・在宅支援センター、近隣の介護支援専門員に参加頂き、運営推進会議を開催している。運営報告や家族からの意見に対して講義、意見交換を行い改善している。	全家族に推進会議のお知らせをしている。平日開催なので家族の参加は数人ではあるが、欠席者には議事録等を送付している。「認知症についてわからない」などの家族の意向により、テーマを決めて学習を行っている。市職員や在宅支援や居宅のケアマネなど、全員が発言できるよう配慮している。	
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	運営推進会議に市の職員に出席頂き、情報交換をしている。また、市内のグループホーム連絡会が定期的に開催され、市との協力関係を築けている。	台風や大雨の翌日には状況確認の電話をくれるなど、市職員が細かい配慮をしている。また、市が主催する研修に参加しており、市職員とは良好な関係が構築されている。成年後見人制度を利用している利用者があり、社協の後見人も定期的に訪問してくれる。	
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	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。	マニュアルを作成し内部の勉強会を開催している。職員はスピーチロックについての難しさを感じていたが、利用者に合わせて深呼吸をし『待つ』ことができるようになってきた。拘束をしている方はいないが、やむを得ない場合の同意書の様式は準備されている。	

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
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	会議の中など、虐待について学ぶ機会を設け知識を深めている。入浴や排泄介助の際に身体の様子を観察し、虐待が見過ごされないように注意を払っている。		
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	現在、制度を活用されている方はいないが、必要に応じて活用できるように支援している。研修会参加など学ぶ機会を設けている。		
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	家族や利用者の疑問や不安等を伺い、安心してご利用して頂けるよう、十分に説明を行っている。		
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。	年1回アンケートを実施し、集計結果を運営推進会議等に報告している。看取りについて疑問の意見があり、推進会議でターミナルの勉強会を行った。買い物に連れて行ってほしいという家族の要望に対し、近くのコンビニまで行くようにしたり、個別の要望に対する支援も行っている。	
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	代表者は、職員の意見や提案を聞く機会として月1回程度会議を開催し、運営に反映させている。	リーダー会議を毎月実施、職員からの意見についても検討している。修繕の要望が多くなっており、職員で対応できない場合は業者を頼むなど、早期の対応を心がけている。カンファレンスは不定期であるが、時間内に開催している。昼食休憩は1時間保障されており、やむを得ず時間外勤務を行った場合の手当でも支給されている。職員は、気が付いたことはリーダーに伝えたりカンファレンスで提案しており、シフトや賃金に関しては個別面談で要望を伝えることができるなど、風通しの良い環境づくりがされている。	
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	やりがいを持って働けるよう、研修体制の見直し、給与形態の見直し、就業規則の見直しを実施し、職場環境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。		
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践と力量を把握し、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、担当職員を設け、進歩状況や相談できる体制を整え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。		

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
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連絡会に参加する機会を作り、同業者との交流を深めている。また、関連施設と情報交換を行う機会を設け、サービスの質を向上するよう努めている。		
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)や嗜好等の情報を収集、要望を聴き、本人の望む暮らしをホームで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、入居申し込みの時から、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。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	本人と家族が必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含め説明を行っている。		
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	身体状況や生活歴などを把握して、できること・できないことを見極めた上で、役割を持つように支援している。家事(掃除・洗濯たたみ)など、できることは一緒に行いながら暮らしを共にする同士の関係を築いている。		
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	面会・外出など可能な限り家族にも協力を依頼している。面会時、生活の様子を伝え、家族の要望をお伺いすることで、共に本人を支えられるように支援している。		
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	家族に協力を得ながら、友人や親せき等との外出や面会、また、馴染みの場所(美容室等)など継続できるように努めている。	友人の訪問がある利用者がいる。訪問理美容の利用は、本人の希望を聞いて髪型などを決めている。調査前日の訪問美容では「赤く染めようかな」などの冗談も出ていたという。家族支援で以前からの美容室を利用される方もいる。新聞の個人購読はないが、ホームの新聞を読む方やチラシを見る方々がいる。	

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
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	利用者同士の関係を把握し、リビングの席を決定している。また、一人になりがちな利用者に対しては、利用者との間に職員がさりげなく入り、関係の構築ができるよう支援に努めている。		
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。		
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	一人ひとりの思いや希望を把握できるよう、日頃何気ない会話に耳を傾け、本人が話したこと、思いを汲み取るように努めている。困難な場合は、家族や関係者と連携を図りながら、本人本位になるように検討を行っている。	思いを伝えることが困難な方には、しぐさや表情から思いをくみ取るようにし、職員同士で情報を共有する。必要に応じてカンファレンスで対応を検討することもある。家族から話を聞いたり、支援していく中で利用者の行動が把握できるようになってきた。新聞チラシを見て「苗を買って野菜を作りたい」との希望があり、ミニトマトやナスなどを育てた。	
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	入居前に、ご自宅に訪問しこれまでの生活環境を確認させていただきながら、生活歴、馴染みの暮らしについても情報収集し把握に努めている。入居前のサービス事業者やケアマネジャーにもサービス利用の経過等の情報を頂いている。		
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	日々の気づきや情報を持ち寄り、アセスメントシートを活用しながら、過ごし方、心身状態、有する力等の現状把握に努めている。カンファレンスでも情報の共有を図っている。		
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いただいて、ケアプランに取り入れている。	半年ごとにフェイスシート作成。アセスメントを実施し、担当者会議を開催してケアプランを作成している。家族には担当者会議に出席を依頼し、困難な方には面会時等に要望を聞いている。モニタリングは、計画作成者が、カンファレンス等で作成し、次の計画につなげている。担当者制を検討中。	ケアプランを意識した経過記録の作成、日々の活動状況からモニタリングにつながるような記載方法等について、検討していただきたい
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	ケア記録、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。		

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
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、かかりつけ病院受診など様々なニーズに合わせた支援・サービスの多機能化に取り組んでいる。		
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受け入れを行っている。		
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。本人や家族の希望がある場合は、医師と相談をする機会を設けている。	協力医療機関の訪問は月1回、必要に応じて家族に連絡しており、受診状況や家族への連絡について個別の受診記録に記載している。家族支援で受診される方には、看護サマリーや日々の状態を記載したものを家族経由で渡し、医師から情報提供書がくることもある。	
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	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。協力医療機関においても、情報の交換、相談を行っている。		
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	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。	看取り介護の指針を作成し、利用開始時に意向確認を行い『依頼書』という形で残している。重度化したときには協力医から家族に説明があり、希望により『同意書』をいただく。職員は医師の指示を受けながら対応している。協力医は緊急時の対応もしてくれるので、職員の不安解消に役立っている。家族の宿泊も可能であり、「夜勤時に家族が泊まってくれた時には精神的な負担感が減った」という職員の声があった。	
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	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。		

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	外出時のもらい事故等に対するマニュアルを作成、車中に整備し、職員が落ち着いて対処できるようにしている。年2回防災避難訓練を夜間や日勤想定にて、消防署立ち合いのもと実施している。	最近行った避難訓練では近所の方に声かけをし、1人参加があった。2階からの避難用スロープも職員がモデルとなり、状況確認をしている。外出時の事故対応マニュアルも作成し車に常備している。火災対応のみであるが緊急災害マニュアルを策定している。水害時には2階に避難することを職員に周知している。備蓄は、米、食料、水などをユニット毎に常備している。	
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	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。入浴時には、ドアを閉めてプライバシーを損ねないようにしている。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。	個人情報の取扱いについては、契約時にFacebookなども含めて同意書をいただいている。名前の呼び方については、本人や家族の希望を確認して個別対応している。トイレ誘導は耳元でささやいたり、別の誘い方をするなどの配慮をしている。	
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	本人の思いに耳を傾け、急がず慌てさせない配慮、選択しやすい声かけの仕方の工夫、伝えやすい雰囲気を作りをしている。また、重度化した場合でも、利用者の表情や言動から希望を汲み取るように努めている。		
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し、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	その人らしい暮らしが送れるようひとり1人のペースやその時々気分に合わせて支援している。		
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	訪問美容を取り入れ、希望に応じて利用できるように支援している。洋服の選択ができる方には、選んでいただいている。		
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一緒に行っている。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している。また、職員も一緒に食事しており、会話をしつつ楽しみを持って支援している。	調理専門の職員が利用者の意見を考慮しながら献立、買い物、業者への食材発注、調理を行う。利用者は、野菜の下ごしらえや下膳、食器拭きなどできることを行う。寿司の出前をとったり、お正月にはお餅も食べる。誕生日には本人の好みに応じたメニューにしたり、ケーキを出したりする。ホットケーキ、たこ焼き、蒸かしまんじゅうなど手作りおやつを楽しむこともある。家族と外食される方もいる。	

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・水分量は記録し把握できるようにしている。状態に応じて、食事形態の検討・変更を行い、栄養摂取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、時間で誘導し失敗が減るように努めている。	利用開始時に失禁があった方が、対応を工夫したことで改善された例がある。おむつは業者からまとめて購入し、家族負担する費用の軽減を図っている。夜間のみポータブルを使用する方には、音に気を付けて、安全を確保するようにしている。	
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	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、水分摂取に心がけている。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。		
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。また、入浴する時の本人の気持ちやタイミングに合わせて、時間・日にちを変更している。	拒否傾向の方にも対応を工夫して、週2回は入浴できるように支援している。着替えは本人の希望を聞いたりしながら準備している。脱衣室にエアコンを設置してヒートショックに配慮し、清潔・感染予防のため足拭きマットは個別使用としている。	
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にしている。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、随時医師に確認している。		
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。		

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
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	天候が良い日には、敷地内や近所の公園まで散歩したり、季節によって菊まつり、花もまつり、桜の花見にでかけられるよう支援している。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。家族にも外泊や外出の協力を得ている。	天気の良い日は近くの公園まで散歩し、桜や梅など季節の花を楽しんでいる。朝の散歩を日課としている利用者もいる。通院や買い物など個別に外出することがある。年に数回は車で花見に出かけることがある。家族と一緒に外出・外泊される方もいる。	
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	お財布(小銭)を持っていたい、持っていると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ている。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る。		
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。キッチンがリビングに接しているため、調理の音やにおい、生活感を感じる事ができる。	誕生日や正月、クリスマスなどには利用者と一緒にホールに飾り付けをすることもあるが、普段はホールの壁には数枚の絵が飾ってあるのみで、とてもシンプルで落ち着いた雰囲気をつくりだしている。	
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	共有空間においては、ダイニングテーブルとソファーを使い分けて、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、生活されている場所にお伺いさせて頂き、生活環境を見させていただいている。その際に、本人や家族と相談しながら使い慣れた家具や写真、布団などお持ち込みいただいている。	仏壇やこたつ、テレビなど配置されたり、利用者に応じた部屋作りがされている。食べ物の持ち込みはご遠慮頂いているので冷蔵庫の持ち込みはされていない。畳の部屋もあるが現在はベッド利用し、布団を敷いている方はいない。	
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	トイレにはわかりやすいように表記している。廊下やリビング、トイレ、浴室には手すりを設置し、安全に生活できるように工夫している。		

(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 30 年 2 月 2 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	10	ケアプランを意識した経過記録の作成、日々の活動状況からモニタリングにつながるような記載の方法等の工夫が必要である。	介護記録にケアプランを意識した経過記録、日々の状況からモニタリングにつながるような内容を記載できるようにする。	・計画作成担当者が、個々のケアプランについて定期的(プラン変更時等)に職員に周知する。 ・記録作成時に個々のケアプランを確認しながら、介護記録に記載するよう周知する。	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、行を挿入してください。