

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	2019年9月30日	評価結果市町村受理日	2020年2月18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.kaizokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action=kouhyou_detail_022_kihon=true&JigyosyoCd=0870400280-00&ServiceCd=320
----------	---

【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	2019年11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(例えばそれが軽度、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もの介護される者という壁をなくし、家庭的な環境において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)】

管理者・職員は利用者が何を求めているかを常に話し合い、その時々その思いの把握に努め、全職員で統一したケアの提供に取り組んでいる。職員と利用者の会話や支援の様子から、家族のような信頼関係が出来ていると感じた。日頃の散歩や買い物を通して地域住民と顔なじみになり、挨拶を交わし、庭に咲く花を見に来てくださいとお誘いを受け、目の保養に出かける等、地域交流は自然と行われている。管理者と職員が常に笑顔で介護を楽しんでいるような雰囲気の良い事業所であった。

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
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	理念は、職員がいつでも見て意識できるよう、各ユニットに掲示している。利用者の個性、その人らしさを大切に心地よい暮らしが出来るように日々考えながら、利用者個々のペースに合わせた支援に取り組んでいる。	理念を各ユニットの入り口に掲示し、意識付けを行っている。職員からは毎朝、理念を見て、確認をしているという話が聞けた。理念の共有を図る為、申し送り確認をしているが、職員は利用者個々のペースに合わせた支援を実施できていると管理者から聞け、職員もその時の利用者の状況に合わせた支援に取り組んでいるとの事。	
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	散歩途中で、近所の方と挨拶をかわすなどして交流や、地域とのつながりに努めている。 イベント開催時には、地域で活動されているウクレレや紙芝居のボランティアの受け入れをしている。	ウクレレ・紙芝居等のボランティア訪問があり、懐かしい心地よいメロディーが響く中、穏やかな時間を過ごしている。散歩中に地域住民が声をかけてくれて挨拶を交わしたり、庭に咲く菊・楓・花壇を見せてもらいに行くなど日常的に交流している。電話や来訪によって福祉・介護・認知症に関する相談があり、アドバイスを行ったり、関係機関に繋げている。	
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	運営推進会議において、認知症の理解についての講義や、事例報告を行い認知症について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	2ヶ月ごとに、家族、市職員、在宅支援センター、近隣の居宅支援事業所、新たに薬剤師の方にも参加頂き開催している。実際のケアをもとにテーマを決めて、BPSDへの取り組みなどを報告し、意見交換を行っている。	2ヶ月毎に家族・市職員・在宅支援センター・居宅事業所・薬剤師・事業所関係者のメンバーで開催している。前回の評価で触れた、民生委員や区長の参加について依頼はしたが、現状は難しい。テーマを決めてBPSDへの取組を報告し、意見をサービス向上に活かしている。今回の台風の避難については意見が多く出た。全家族に案内をだしているが、出席数は変動がある。欠席の家族には議事録を郵送し、職員には会議等で報告し共有している。	
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に取り組んでいる	運営推進会議に、市の担当職員に参加頂き情報の交換をしています。また、市主催の研修に参加したり、グループホーム連絡会など担当課とは連絡を密にとり協力関係を築くように取り組んでいます。	担当課(介護福祉課・地域包括支援センター・社協)とは連絡を密にとり、協力関係を築いている。市主催の研修・勉強会・グループホーム連絡会に参加して情報交換を行っている。前回評価の子供110番は年度ごとの設置の為、次年度に登録予定との事。	
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行い、理解を深めている。玄関の施錠については、日中は開場し、夜間は防犯上により施錠している。	指針・マニュアルを作成し、身体拘束廃止委員会が3か月毎の会議と年2回の研修会を実施し、拘束となる行為・弊害は周知している。スピーチロックや事例をもって、その場で職員同士で確認し合い、利用者の安心・安全に向けたケアに取り組んでいる。拘束ゼロを目指したケアに取り組んでいるが、安全上一時的に拘束となる場合の同意書や書類は用意している。玄関は防犯上、夜間のみ施錠している。外出傾向が見られた場合は一緒に出かけている。	

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
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	虐待について学ぶ機会を設け知識を深めている。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	制度を必要に応じて活用できるよう、研修会参加など学ぶ機会を設けて知識を深めている。		
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、安心してご利用いただけるよう、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	面会時や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。	意見箱の設置・第3者機関名・電話番号を明示しているがさらからの意見等は無い。面会時・運営推進会議・年1回のアンケート実施(結果は運営推進会議で報告)で、意見の吸い上げているが、ほとんど出てこない。	
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会議を開催し、運営に反映させている。	運営については代表・管理者から報告(パートの賃金改善)がある。現場の気づきは貴重だと考え、その都度、話し合っている。管理者はリーダー会議で職員の提案・意見を出して検討している。代表は全体会議に出席し、職員の意見を聞いている。給与形態の見直しや内外研修受講、個人面談を実施して職場環境の整備に努めている。管理者が親身になり歩み寄ってくれるので、職員は思ったことはなんでも話せ、不満やストレスは無いとの事。旅行や忘年会で親睦を深めている。	
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、給与形態の見直し、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、研修期間担当職員を設け、進捗状況や相談できる体制を整えている。現任職員は内部や外部の研修に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	グループホーム連絡会、研修会に参加するなど同業者と交流している。また、関連施設と情報交換を行う機会を設け、サービスの質が向上するように努めている。		

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
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、ご自宅に訪問し、それまでの暮らし(生活歴や、生活環境等)や嗜好等を収集、要望をうかがい、本人の望む暮らしが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、ホーム様子やサービスの説明を行い、不安や困っていることがないか確認している。面会時等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、他のサービスの利用について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、本人ができることできないこと見極めた上で、役割を持てるように支援している。家事(掃除・洗濯物たたみ)、花の世話、草取りなど一緒にしながら暮らしを共に過ごし支えられるようにしている。		
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	面会や外出支援など可能な限り家族にも協力を依頼している。面会時に、生活の様子をお伝えしたり、外出時の様子や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関係を築いている。		
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	ご家族に協力を得ながら、友人や親戚等との外出や面会ができるように努めている。お正月やお盆には、お墓参りや家族と過ごすために外出、外泊される方もいらっしゃいます。	遠方の親戚や友人達と電話・手紙で連絡を取り合ったり、家族や友人の面会があり、馴染みの人との関係継続に努めている。お孫さんからの敬老祝いの葉書が届く。家族と美容院やお墓参り、外出や買い物、外泊や遠方の実家に帰省して兄弟・姉妹と楽しい日々を過ごしてきた利用者がある。お孫さんの幼稚園のイベントや地元の神社に家族と出かける利用者がある。	
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	一人ひとりの性格や利用者同士の関係を把握し、孤立しないように心がけている。		
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	病状や身体状況により、入院・他施設への入所等でサービス利用が終了した際には、情報提供を行っている。退居された後も、必要に応じて応じて、相談・支援に努めている。		

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	
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	一人ひとりに関わりの中で、思いや希望を聞き取ったり、何気ない会話から、思いを汲みとり意向の把握に努めている。意思疎通の困難な方は、しぐさや表情で思いを汲みとったり、家族や関係者と連携を図りながら、本人本位に近づけるように検討している。	生活歴・職歴・生活環境等をアセスメントから収集し、思いや意向に添った生活支援の提供に取り組んでいる。困難な場合は表情や仕草からくみ取ったり、家族に聞いたり、医療機関・ケアマネサービス事業者から情報を受け、本人本位に検討している。趣味(歌・民謡・塗り絵・トランプ)や家事(食器拭き・テーブル拭き・洗濯干し・たたみ・モップかけ・水やり・シーツたたみ)等からやりがいに繋げている。		
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	入居前に、ご自宅に訪問し、それまでの暮らし(生活歴や、生活環境等)や嗜好等を収集、要望をうかがい、本人の望む暮らしがホームで継続できるように努めています。また、必要に応じて医療機関やケアマネジャー、サービス事業者から情報提供を受けている。			
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、有する能力等の現状把握に努めている。			
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、家族の希望や意向を取り入れ、よりよい生活が送れるように作成している。また、アセスメント、モニタリングを行い介護計画書を作成している。必要に応じて、医師に指示をいただき介護計画書に反映している。	家族(面会時や電話で)・利用者の意向や希望を聞きカンファレンスで、利用者のニーズとケアのあり方について話し合いケアプランを作成している。作成後は家族に説明し同意を得ている。6か月毎のモニタリング・評価で必要に応じて医師からのアドバイスを受け、現況に即したプランを作成している。一日の流れとケアプランに添った記録(青ペン)が残されている。		
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	ケア記録、チェック表、申し送りノートを利用し、ケア会議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。状況変化時には、随時ケア会議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	家族や地域のボランティアの方に来て頂き、ホームでの生活であっても豊かな暮らしを支援できるようにしている。			

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
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	協力医療機関より往診があり、体調管理に努めている。体調変化時は状況に応じて、往診または受診の支援を行っている。家族対応で受診される方には、介護サマリーをお渡し、適切に医療が受けられるように情報を提供している。歯科においても、希望に応じて、往診の利用ができるように支援している。	協力医療機関から月1回の往診があり、体調管理に努めている。特変時には往診・受診の支援を行い、受診結果や家族に報告した内容(家族から報告を受けた内容も)を申し送り事項綴りに残している。訪問歯科やマッサージは希望に応じた支援となっている。家族付き添い時はサマリーや様子を提供している。専門医受診は家族対応となっている。	申し送り事項綴りに受診結果・家族報告が記入しているが、家族のだれに、報告し、その時の家族の返答を記入することが望ましい。
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	協力医療機関の看護師に状況を伝えたり、相談させていただき、適切な受診につなげている。		
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。	入院が必要な場合は、介護サマリーをお持ちし情報提供に努めている。入院中も職員が訪問し、退院に備えて、情報交換や相談を行っている。		
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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域と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・終末期の指針について説明を行っている。その際に、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、家族の意向を聞き取り、主治医につなげている。	契約時に重度化・終末期の指針の説明を行い、依頼書で家族・利用者の意向を確認している。重篤前に医師から家族に説明があり、看取りとなる場合は同意書を取り交わし、24時間連携医師の指示を受け、利用者の旅立ちを、家族や他の利用者に配慮しつつ事業所で出来る最大の支援にチームで取り組んでいる。利用者もお見送りを行い、家族からの「最後まで見てもらいありがとう」という感謝の言葉が職員の励みとなっている。	
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	マニュアルや訓練で実践に備えている。		
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	年2回防災避難訓練を夜間、日中を想定して行っている。消防署の方にも立ち会っていただいている。	夜間・日中想定で初期消火・緊急通報システム・利用者行動把握・避難経路(2階スロープ確認)等の訓練を実施し、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。地域住民の参加はあったが、具体的な協力依頼内容は行っていない。備蓄品・緊急持ち出し用品は整備している。古河市では福祉避難場所はまだ決まっていない。消防署のアドバイスをうけた内容(避難済み→居室ドアを開ける・未だ避難していない→ドア閉める)は周知している。	
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	利用者の性格、人格、背景を把握し、個々にあった言葉かけを行い、一人ひとりの尊厳を大切に対応している。職員に対しては、入職時に個人情報取り扱いについて説明し、同意を得ている。	利用者の人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない対応を心がけている。声掛けは視線を合わせ、落ち着いたトーンで話しかけている。書類関係の保管場所・情報開示に関する同意書を取り交わし、個人情報保護に努めている。職員にも個人情報の取り扱いについて説明している。	

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
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、利用者本人のレベルに合わせた対応、自己決定、選択できるように急がず慌てさせないような声掛けの工夫、働きかけを心掛けています。また、伝えることのできない方へは、表情、しぐさから汲みと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、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に一人ひとりのペースに合わせて、できる限り希望に沿って支援している。		
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、希望に応じてカットやカラーを選んでいただけるように支援している。外出する時や、日頃より、化粧をされる方もいます。また、好きな洋服を選択していただけるよう支援している。		
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	利用者の身体状況やレベルに合わせて、準備や片づけを職員と一緒にしている。職員も一緒に食事をし、会話をしながら食事が楽しめるよう支援している。	利用者の希望を聞き、季節の食材を取り入れたメニューを調理専門職員がたて、利用者が出来る範囲で準備や片付け・食器拭き・台拭き等を行っている。利用者の状態に応じた食事形態で提供している。自分の茶碗・お椀・湯呑・コップと陶器の食器に美味しそうに盛り付けている。利用者の食欲・嚥下に注意しながら、職員も同じテーブルを囲み、会話と笑いのある食事風景であった。誕生日のリクエスト食やおやつ作りは楽しみとなっている。外食は難しくなってきたので、お寿司の出前を取る時がある。	
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	食事量や水分量をチェックし、不足、過剰がないように調整している。また、利用者の状態に応じて、食事の形態を調整しながら、栄養摂取ができるように支援している。		
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	本人の力に応じて、歯磨きはご自身でできるところは尊重して行っていただいている。できないところは、職員が支援している。口腔内の状況、希望に応じて、歯科往診を利用し、清潔保持をしている。		
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	排泄チェック表に記入し、利用者一人ひとりの排泄パターンを把握して、トイレの声掛けを行っている。また、表情やしぐさにも目を配り、トイレ誘導を行い、排泄の失敗が減らせるように努めている。また、トイレでの排泄を目標にポータブルトイレの使用を検討したり、自立に向けた支援を行っている。	排泄パターン・チェック表・表情・様子から声掛けを行いトイレでの排泄や、排泄の改善と自立に向けた支援に努めている。改善とまではいかないが、職員の声掛けにより、失禁回数が少なくなった。夜間のポータブル使用時の転倒には特に注意を払っている。乳製品・繊維質食事・発酵食品・オリーブオイル・水分・体操・散歩・運動等で便秘予防に取り組んでいる。	

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
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	乳製品や発酵食品、食物繊維などを多く含んだ食事の提供を心掛けている。また、水分を意識的に摂取いただけるように働きかけている。その他にも、体操や散歩等の適度な運動を行っている。		
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	入浴する時の希望やタイミングに合わせて、時間・日にちを変更する等、個々にそった支援をしている。入浴の洋服も個々の状態に合わせて、希望を聞きながら一緒に行っている。季節に合わせて、しょうぶ湯、ゆず湯を行ったり、入浴を楽しむことができるよう工夫している。	基本的には週2回の入浴支援であるが、希望により変更は可能である。着替えの準備は希望を聞きながら一緒に行っている。季節の菖蒲湯・ゆず湯を提供し楽しんでもらっている。皮膚感染予防として足ふきマットは個人毎に取り替えている。拒否があった場合は無理強いをせず、利用者の気持ちに合わせ、臨機応変に対応している。	
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	日中の活動を促し、散歩や日光浴など外気に触れる機会をつくり、夜間の安眠につなげている。就寝時は、入眠を強制せず本人のペースに合わせた対応をしている。また、利用者個々合わせて、照明の明るさ、室温なども調節している。		
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、副作用、用法、用量を職員は薬剤情報を確認し理解している。薬局の薬剤師に相談し、分包を色分けしていただき、誤薬防止に努めている。		
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	本人や家族より、生活歴や嗜好品などをお聴きしている。また、その方のできることでできないことを見極めながら、個々にあった役割(草取り、洗濯物たたみ、野菜づくり、食器拭き)を随時提供し、生活の意欲の向上に努めている。		
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	散歩・買い物・受診などの支援を行っている。又、季節に応じて花見(桜、梅、桃、菊)に出かけている。家族と一緒に外出する利用者もいます。	天候・体調にあわせて花の手入れや水やり、散歩やコンビニ、食材の買い出しや通院後に買い物等、利用者一人一人に合った外出支援を行っている。季節ごとの花見(桜・桃・梅・菊)に出かけて四季の移ろいを感じている。家族と一緒に外出する利用者がある。	
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	金銭管理ができる方には、可能な限り自己管理していただくが、金銭管理が出来ない方は、ホームで管理する等その方に合わせて支援している		
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、家族の希望により、電話を家族につないでいる。		

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
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	季節行事(七夕、正月、クリスマス等)の時には、飾りつけたり、しょうぶ湯、ゆず湯など季節を感じられるように工夫している。家と同じように、キッチンからの匂いや音があり、生活感が感じられる。空調による温度、湿度調節や換気に努めている。	共有空間が幼稚にならないよう配慮しながら、季節の花(菊)や飾りつけで見当識の配慮がされている。ソファーに座り、利用者同士会話をしている姿がある。車いす使用者の視線に合わせたトイレやふろ場の表示はわかりやすい。キッチンから美味しそうな香りがしてきて、家庭的な雰囲気であった。	
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	共用空間においては、ダイニングテーブルとソファーを使い分けて、思い思いに過ごせるようにしている。		
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、ご自宅や生活されている場所にお伺いして、居室の環境を確認させていただいている。見学時や、ご自宅にお伺いしたときに、本人、家族と相談しながら、使い慣れた家具や写真、テレビ、布団などお持ち込みいただき、安心出来る居室づくりに努めている。	居室入り口に名前を掲示して混乱防止に努めている。自宅に居た時の環境に近づけて障子貼りの窓になっている。チェスト・テーブル・椅子・テレビ等を配置し、壁には、家族・孫の写真・孫からの葉書・誕生日の色紙を飾ったり、ぬいぐるみ・造花等を置き、居心地よく過ごせる工夫をしている。部屋の掃除は主に職員が行っているが、モップがけをする利用者もいる。	
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	廊下やリビング、トイレ、浴室には手すりを設置、玄関には、ご自身で靴の交換ができるように椅子を設置し安全に自立した生活ができるように工夫している。また、トイレ、洗面所などわかりやすく表記している。		

(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: 2020年2月12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	30	申し送り事項綴りに受診結果・家族報告が記入しているが、家族のだれに、報告し、その時の家族の返答を記入することが望ましい。	受診結果・家族報告を誰に報告し、家族の返答を具体的に申し送り事項綴りに書くようにする。	受診結果・家族報告の記入の際に誰に報告し、家族の返答を記入できるようにスタッフに周知する。	1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。