

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30年8月31日	評価結果市町村受理日	平成31年1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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&JiyosyoCd=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30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)】

職員は利用者一人一人の思いや生活スタイルを把握し、気持ちに寄り添い、その人らしい支援の提供に努め、利用者の変化や様子を見逃さないように取り組んでいる。管理者・職員・利用者・家族の関係は良好でいつでも、なんでも相談・話し合いが出来る関係である。地域の方々から認知症・事業所に対する理解を受け、挨拶を交わして立ち話をしたり、時にはお庭の花(菊)を鑑賞しに行く等、利用者は地域の一人として当たり前前の生活を過ごしている。利用者が利用者の世話をしたり、リビングに姿がない利用者を心配する等利用者同士の家族のような深い関係を見ることが出来た。

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)	○	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)	○	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、安心して暮らさせている (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				

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、家族、職員がいつでも見られ、意識できるようにしています。理念に沿って、利用者のペースに合わせた支援を心がけています。	各ユニットの視線に入るところに、理念を掲示し、意識付けを行っている。会議等で管理者から確認の話があり、利用者のペースに合わせた生活スタイルの提供に努めている。職員は利用者のその時々状況に合わせた対応と残存機能の維持に向け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	行事などの時に、『古河甚句保存会』やウクレレなどのボランティアの受け入れを行っています。散歩など外に出る時も、近所の方と積極的に挨拶を交わしたりすることで、話し掛けて頂いたり、花が咲くころに見においでなどと、声をかけて頂く事も増えてきています。	イベント開催時には古河甚句保存会やウクレレ・太鼓等のボランティア訪問があり、利用者は楽しいひと時を過ごしている。散歩時には近所の方と挨拶や立ち話を交わしている。お庭の菊を見せてもらいに行く時もあり、日々の交流を通して事業所・認知症に対する理解を得ている。	
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、認知症について講義したり、認知症について知っていただくように取り組んでいる。		
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	運営推進会議は、2ヶ月に1度、家族、市職員、在宅支援センター、近隣の居宅支援事業所の方に参加頂き開催しています。BPSDへの取り組みなど、実際のケアをもとにテーマを決めて報告し、意見を頂いています。	2ヶ月ごとに家族・行政・在宅支援センター・居宅事業所・事業所担当者のメンバーで運営報告・事例報告・質疑応答の内容で開催している。開催のお知らせは全家族に知らせているが、平日の為、家族の参加は少ない。BPSDへの取組やケアの中からテーマを決めて、報告し意見を聞いている。欠席の家族には議事録を郵送・職員には会議で報告し共有している。	運営推進会議の意義を考えると、事業所の取り組みを第3者にも知らせ、協力者として助言して貰う機会なので、地域の民生委員・区長に依頼し、運営推進会議メンバーとして出席してもらうことが望ましい。
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、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、市の職員と関係を築いています。	担当課とは連絡を密にとり良好な協力関係を築いている。風水害時には状況確認の電話がある。社協の成人後見人制度を利用している利用者がある。グループホーム連絡協議会・ケアマネ会に参加し情報交換を行っている。中学生の体験学習・子供110番は要請がない。	児童や学生との交流は、利用者にとって楽しいひと時となり、子供たちにとっても良い機会なので、子供110番の設置や小・中学生の社会見学・体験学習の場として提供することを期待する。
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	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、3か月毎に会議を、研修会は年2回開催し、拘束になる行為・弊害は周知しており、拘束をせずに利用者の安全・安心に向けたケアの提供に努めている。現在拘束は行っていないが、やむを得ず拘束をする場合の書類は整備している。	
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	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。		

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	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。実際に、成年後見制度を活用している。		
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	家族や利用者の疑問や不安等を伺い、安心してご利用りて頂けるよう、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。	利用者の意見・要望は日々の会話から聞き、対応している。家族には面会時・運営推進会議・年1回のアンケートから意見の吸い上げに努めている。アンケート結果は運営推進会議で報告している。	
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。	現場での気づきはリーダーに伝えたり、カンファレンスで提案し改善している。毎月のリーダー会議で職員からの提案を検討し、反映させている。代表は毎月の全体会議に出席し、職員の意見を聞いている。個人面談を実施し、ストレスや不満解消に努め、給料形態の見直しや内・外部研修受講参加を促し、やりがいをもって働ける環境整備に努めている。職員を第一に考えてくれるので、代表・リーダー・職員の関係は良好で話しやすく、働きやすい環境との事。	
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、給料形態の見直しなど、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、研修期間担当職員も設け、進歩状況や相談できる体制を整えている。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	やりがいを持って働けるよう、給料形態の見直しなど、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。		

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、ご自宅や施設を訪問し、それまでの暮らし(生活歴、生活環境等)や嗜好等の情報を収集、要望を聴き、本人の望む暮らしがホームで継続できるよう関係づくりに努めている。		
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を確認している。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て、できること・できないことを見極めた上で、役割をお持てるように支援している。家事(掃除・洗濯物たたみ)、野菜作りなど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お願いしている。面会時に、生活の様子を伝えたり、外出して戻られた時に、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できるように努めている。お正月やお盆には、墓参りや家族と過ごすために外泊される方もいらっしゃいます。	携帯電話で家族と連絡を取り合っている利用者がいる。年賀状以外に敬老の日に孫からのお祝いの葉書やひ孫の足跡の葉書が届く。家族の協力を得て、外出・お墓参り・外泊・買い物に出かけている。友人・同僚・ダンス仲間・親戚等の面会もあり、なじみの人や場所との関係継続に努めている。遠方の実家に行く計画もあるという。UFOキャッチャーが好きな利用者がゲームセンターに行くと店員から挨拶してくれる。こだわりのお水を家族に届けてもらっている利用者がいる。	
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同士が関わり合い、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、リビングの席を決めている。また、1人になりがちな時には、職員が利用者との間にさり気なく入り、関係の構築ができるように支援に努めている。		

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
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	退居されたあとも、必要に応じて、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	ひとり一人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、思いをくみ取るように努めている。思いを伝えるのが困難な方は、しぐさや表情で、思いをくみとったり、家族や関係者と連携を図りながら、本人本位になるように検討している。	利用者のこだわりや要望(朝の歯磨き後に冷たい水を飲む・遺影にお水を供える)を大切にしている。ふと漏らす言葉を聞き逃さず、全職員で共有している。困難な場合は家族に相談したり、決定できるような問いかけをしたり、選択が出来るような声掛けをし、表情や様子から本人本位に検討している。食器拭き・洗濯たたみ・家事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担当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上で、計画作成担当者職員がカンファレンスを行い、アセスメント・モニタリングをし、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	毎月のカンファレンスと半年ごとにフェイスシート・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。会議は家族も参加し、不参加の家族には面会時に聞いている。6か月ごとにモニタリングを実施して評価に繋げ、時には受診時に医師からのアドバイスをうけ、現状に即したプランを作成している。前回の評価をうけ、プランに即した経過記録を特記事項として記入するようにした。	
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。		
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。		

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	慰問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	協力医療機関の訪問は月1回、体調変化時は往診して頂いている。状況に応じて、受診の支援を行っている。家族支援で受診される方には、サマリーや日々の状態を記入したものを家族経由で渡し、医師から情報提供がくることもある。歯科においても、希望・必要に応じて、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。体調変化時は往診してもらっている。受診状況や家族への連絡内容は個別に申し送りノートに残している。家族付き添い受診時はサマリーや日々の様子を提供し、医師から情報提供がかえってくる。訪問歯科・専門医(眼科・皮膚科)には家族付き添いで受診している。	
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	かかりつけ病院の看護師に状況伝えたり、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、介護サマリーを入院先にお持ちしている。入院中も職員が訪問し、情報交換、相談に努めている。		
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・終末期の指針をもとに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。	契約時に看取り指針を説明し依頼書で確認している。重篤時に医師から家族に説明があり、事業所で看取りをするときは同意書を取り交わし、他の利用者に配慮し、医師と連携しながら家族と共に全職員でターミナルプランに添った旅立ちのお手伝いをしている。利用者とお別れすることはつらいけれど、家族からの感謝の言葉は励みになるという。職員の不安軽減対策として訪看との連携を検討中。	
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、会議等で振り返りなど、勉強する機会を設けている。バイタル測定方法、薬の特徴、副作用等についても、日常的にスタッフに指導している。		
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、地域との協働体制を築いている	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りしている。	消防署指導・自主訓練を年2回実施(夜間想定・初期消火・緊急通報システム・避難経路・2階避難用スロープ確認・利用者行動把握等)し利用者が安全に避難方法を職員は身に付けている。地域住民1名の参加はあったが、民生委員・区長にも声掛けを考えている。自然災害のマニュアルは作成している。備蓄品・緊急持ち出し用品は整備している。福祉避難場所は次回のグループホーム連絡協議会で確認する。	

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
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	トイレ誘導時や入浴の声かけは、耳元で囁いたり、誘い方を工夫するなど、プライバシーを損ねないように気をつけて対応している。個人情報についての取り扱いについては、職員に対して入職時に説明し同意書を作成している。	優しく、落ち着いたトーンで声掛けを行い、利用者が混乱に陥らないような、対応であった。書類は目の届かないところに保管。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。	
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、選択しやすい声掛けの仕方の工夫、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く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にひとり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。お出かけする時や行事などの時に、化粧をされる方もいらっやいます。洋服なども選択できる方には、選んで頂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力に合わせて、出来る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、会話をしつつ楽しみを持って持てるように支援している	調理専門の職員が利用者の希望を聞き、季節の食材を取り入れた献立を立て利用者の状態に応じた形態で提供している。下準備・味見・下膳・食器拭き等利用者にやってもらい、やりがいに繋げている。茶碗・湯呑み・箸は個人用を使用し、出前や季節の行事食を提供し、食べることが楽しみとなる様に支援している。いつも隣にいる利用者がいないことを心配した利用者に、今日はお部屋で食べて完食でしたと伝え安心して頂いたり、お天気の話が出たりと楽しい食事風景であった。誕生日は希望のメニューを提供している。利用者と一緒におやつ(蒸し饅頭・ホットケーキ・たこ焼き等)を手作りするときもある。	
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・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、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、スタッフが支援している。また、口腔内の状況に応じて、歯科往診を利用し、清潔保持をしている。		

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
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1人の排泄パターンを把握し、利用者のしぐさ表情、時間で誘導し失敗が減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。	それぞれのパターン・チェック表・表情から誘導し、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。夜間にポータブルトイレを使用する利用者には転倒防止に注意をしている。失禁時は他の利用者にわからないように自尊心を損ねない対応に努めている。散歩・体操・野菜や繊維の多い食材・水分から自然排便に努めている。	
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	体操や散歩などを身体を動かしたり、食事には野菜や食物繊維の多い食材を取り入れるようにしている。また、水分を意識的にとって頂けるよう働きかけている。		
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	入浴の着替え(洋服)は、本人の希望を聞いたり、一緒に選んだりしながら準備している。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・日にちを変更する等、拒否傾向のある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。ゆず湯やしょうぶ湯など、季節を感じながら楽しめるようにしている。	基本的には週2回の入浴支援であるが、希望により随時入浴は可能である。拒否者には無理強いせず、ケースバイケースで対応している。着替えの準備は利用者と一緒にそろえている。季節に応じたゆず湯・しょうぶ湯を提供し、昔の習慣を思い出してもらっている。皮膚感染防止対策として足ふきマットは個別に対応している。巻き爪は皮膚科で処置してもらっている。	
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	散歩や日光浴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様にしている。また、体調に合わせて、居室で休んで頂いている。就寝時は、照明の明るさや室温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、薬剤情報で確認ができるようにしている。内服薬に変更がある時は、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	本人や家族より、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、洗濯物たたみ、野菜作りなど)をお願いしたり、レクリエーションを行っている。		
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、散歩や花見を行っている。本人や家族の希望を把握し、近くのコンビニエンスに買い物に行ったり、また、家族と外出できるように支援している。	天候・体調に合わせて花の手入れや近くの公園を散歩し、花の開花や風を肌を受けて、季節の移ろいを感じてもらう。要望が出た時はコンビニに行ったり、通院後に買い物をするときもある。季節ごとにドライブ・花見(桜・梅・菊)に出かけている。家族と一緒に外出する利用者がある。近々外食支援を予定している。	

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
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頂くが、金銭管理ができない方は、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	自ら家族と連絡をとっている方もいらっしゃいます。また、本人の希望・家族の希望により、電話をつないだりしている。		
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、	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、季節を感じられるようにしている。キッチンがリビングに接しているため、調理の音、においがし、生活感を感じることができる。	リビングにはあまり飾り物をせず、見当識を意識して季節の七夕やクリスマスの飾りを利用者と一緒に飾り、メリハリをつけるようにしている。ソファでうとうとしている利用者の姿もあるという。トイレ・浴室の表示は車いすの利用者の視線の位置になっている。	
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	共用空間においては、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し、生活環境を確認させて頂いている。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、テレビ、布団などお持ち込みいただいている。	居室入り口に名前を表示し混乱防止に努めている。自宅に居た時と同じようにチェスト・化粧ボックス・テーブル・椅子・テレビ等を安全面に配慮し設置している。家族や兄弟・孫の成人式の写真・ぬいぐるみ・趣味の毛糸アミの編みぐるみや水彩画・UFOキャッチャーでとった人形・造花等を飾り、居心地よく過ごせる居室となっている。遺影に毎朝お水を供えている利用者がいる。	
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	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、安全に自立した生活ができるようにしている。		

(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 31 年 1 月 16 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	4	運営推進会議に地域のケアマネージャーに参加頂き地域の情報は伺っているが、民生委員や区長の出席の依頼が出来ていない。	運営推進会議に地域のケアマネージャーだけでなく民生委員や区長に参加をお願いし、地域の方に事業所の取り組みを知って頂く。	市に民生委員・区長の情報を頂き、運営推進会議に参加して頂けるように依頼する。	6ヶ月
2	5	児童や学生との交流が少ない。	市町村と連携を図りながら、子供110番の設置や社会科見学・体験学習の受け入れをし、子供たちとの交流の場として行く。	小学校と連携を図り、子供110番の設置をする。社会科見学や体験学習の場として提供できることを小・中学校にお知らせする。	6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。