

平成25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	1471902690	事業の開始年月日	平成17年6月1日
		指定年月日	平成17年6月1日
法人名	株式会社ヴィクトリー		
事業所名	グループホーム アイ・ウィッシュ		
所在地	(238-0024) 神奈川県横須賀市大矢部3-1-3		
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	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	平成25年6月10日	評価結果 市町村受理日	平成25年9月2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 <http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wpjDetails.aspx?JGNO=ST1471902690&SVCD=320&THNO=14201>

【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)】

自分が入りたいと思うホームにすることを目標とし、入居者様の意思を尊重し明るく家庭的な雰囲気の中でできる限り自立した日常生活を営むことができるように支援し、自己決定に基づく利用者様中心のサービス提供ができるように努めています。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成25年7月18日	評価機関 評価決定日	平成25年8月9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)】

ホームは、京急線北久里浜駅下車、大矢部新岩戸団地循環大矢部3丁目バス停すぐの所にあります。鉄筋造り3階建て建物の2、3階部分にあり、1階には同一法人が運営するデイサービスセンターと接骨医が併設されています。

<優れている点>

ホームでは、職員が意見や提案などを自由に出し合い、何でも話し合える雰囲気になっており、コミュニケーションが取れた明るいホームです。看護師を職員として配置し、協力医療機関の内科医、精神科医、歯科医、接骨医の往診、24時間対応の医療連携体制と併せ、利用者の健康管理に努めています。建物前面は幹線道路に面していますが、裏側は公園や小川に面しています。居室やリビングルームには大きな窓があり明るく開放的で、ベランダにイスを置き外気浴をしながら公園や小川を眺めることができます。毎月、利用者の生活の様子や心身の状況、月間予定、預かり金報告、利用者のスナップ写真などを載せた「アイ・ウィッシュ便り」を家族に送付すると共に電話連絡など、折に触れ家族との連携を図っています。

<工夫点>

薬局から届く利用者の薬包に氏名、服薬時間のほか、日付と曜日の記載を追加しています。誤薬防止に役立っています。廊下の壁に飾っている切り絵は、人生を表現したストーリー仕立てになっています。歩行訓練などの折りには絵を見ながら会話のきっかけになったり、昔を思い出す利用者もあり、コミュニケーションツールとしても利用しています。

【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 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
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	9 ~ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	グループホーム アイ・ウィッシュ
ユニット名	2階

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している。 (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、安心して暮らしている。 (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。	地域密着型サービスとして独自の理念を掲げ実践につなげている。全体会議、ミーティングでホームの理念を話し合い利用者様との関わり、ケアする際意識して取り組むことができるように努めています。	ホームの基本理念と共に、ホームの目標を玄関ホールに掲示し、全体会議や毎月のミーティングで話し合い共有しています。新人には入社時に説明し理解を得ています。「自分たちが入りたいホームにしよう!!」を目標に日々の支援に取り組んでいます。	理念の見直しを検討しています。地域密着型サービスとして、地域や利用者のニーズ、ホームの状況の変化など、現状に合った理念の構築を期待します。
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。	月に1度地域のボランティアさんが来所され民謡、踊り等を一緒に行っている。町内会の祭礼、盆踊りに参加したり納涼祭や敬老会には家族や地域の方を招待している。	町内会に加入し、地域の祭りや盆踊りに利用者と共に参加しています。また、民謡やフラダンス、ギターなどのボランティアグループが毎月来所しています。ホームの納涼祭や敬老会には地域の方を招待して交流を深めています。	
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。	行事等に参加して頂くことで認知症の方の理解を深めている。実習生の受け入れを積極的に行い、認知症の理解や接し方をお伝えしています。その際、利用者様の不安や混乱を招かないよう配慮しています。	/	/
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。	参加しているご家族様代表の意見を聴きサービス向上に努めている。運営推進会議で話し合い、決定した事項は事業所内の会議にて全職員に報告しサービス向上に努めている。問題がある時は連絡をとり相談等を行っている。	会議ではホームの運営状況、活動状況、行事、レクリエーションなどについて話し合い、家族からの意見や要望を聞いています。最近の会議では利用者の意向に沿った野外活動計画（野球場や劇場に行く）を説明しています。	
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取り組んでいる。	認定更新、認定調査時に、市の担当者へ利用者様の暮らしやニーズを具体的に伝え連携を深めるよう努めている。	市の担当者とは必要に応じて連絡を取り、相談したり助言を受けています。また、市主催の研修会や横須賀市グループホーム連絡協議会に参加し連携を保っています。	

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。	各職員への認識確認を徹底し研修を行い拘束のないケアに従事している。ミーティングなどで共有し統一した利用者様本位のケアの提供に努めている。	研修やミーティングを通じて身体拘束をしないケアについて学び、理解し、実践しています。特に言葉遣いに注意し、声掛けでは必ず「さん」付けをするように心がけています。	
7		○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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている。	定例会議等カンファレンスにて毎回伝え、話し合い職員全員虐待防止を徹底させている。高齢者虐待防止法に関する研修に積極的に参加するよう努めています。		
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。	ご家族様のいない方に対して成年後見人制度等の紹介や説明を行い活用できるよう支援しています。成年後見制度、日常生活自立支援事業の理解に努めています。		
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。	重要事項説明を基にご家族様に説明をし質問等を受け納得するよう説明し契約して頂いている。		
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。	苦情受付担当と苦情解決責任者を設けてただちに改善できるよう努めている。日頃意思疎通がはかれるようご家族様には良悪につけ連絡をとっている。	家族の訪問が多くあり、来所時には近況報告をすると共に、家族の意向や要望を聞くようにしています。また、運営推進会議でも意見や要望を聞き、話し合っています。意見や要望については職員と共有し、ホームの運営に活かしています。	

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
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。	月に1度の事業所会議並びに3ヵ月に1度の定例会議の場を意見交換の場とし、話し合い検討している。	管理者は日頃から職員の意見や要望を聞く姿勢で臨んでいます。毎月のミーティングや代表者が出席する3ヶ月に一度の全体会議の場で職員の意見や提案を聞く機会を設け、運営に反映させています。	
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。	定例会議等にて代表者に職場環境の問題点を伝える意見の場を設けたり年に1度自己査定し人事考課にて条件の整備に努めている。		
13		○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。	グループホーム協議会等交換研修、外部研修に職員が受講できるよう日程を組み、研修報告書を記入して頂き全員が閲覧できるようにしています。事業所内研修をしています。		
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。	運営推進会議にて地域のグループホームの方がたと定期的に話し合い、研修、交換研修など相談も行っています。		
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。	サービスの相談があった時は、本人と面談、面接し心身状態、本人の思いに向き合い受け入れて頂けるような関係づくりに努めています。		

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
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。	過去のサービス利用状況や生活歴、困ったこと、要望などの話を聴くように努めています。不安なこと、心配なことなど耳を傾け、ご家族様の体調への気づかいを忘れないようにしています。		
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。	御家族様、ご本人様の状況や気持ちを確認し、しっかりとアセスメントし何が必要かを見極め、その利用者様、ご家族様に適切な支援ができるように努めています。		
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。	日常生活上で困った事を利用者様に相談し、知恵を頂いています。利用者様より「御苦労さま」「頑張って」など言葉を頂き励ましてもらうことがあります。時間を一緒に共有させて頂く気持ちを大切にしています。		
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。	御家族様との時間を大切に頂き共に支えていけるような関係を築いています。悪い出来事ばかりではなく良い事も連絡をとり共に本人を支えていく関係を築いています。こまめに報告相談するよう心がけています。		
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。	長年付き合ってきた人間関係の把握に努め、面会時には今後もお付き合いを継続して頂けるような声かけ、雰囲気作りなど配慮をしています。	学生時代の部活の仲間や会社勤め時代の元同僚が訪ねてくる利用者もいます。お茶菓子を出し、くつろいでもらい、継続した来訪をお願いしています。野球の好きな人には球場へ、歌の好きな人には好きな歌手の公演へ行くことなどを計画しています。	

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
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。	仲の善し悪しに配慮し食席やフロア席の検討を随時している。食事の際は1テーブルに1人職員が座り、利用者様同士、口論になりそうな時は介入しトラブル回避に努めています。個別に話を聴いたりレクリエーションを行ったり楽しい時間の共有に努めている。		
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。	サービスの利用が終了された利用者様のご家族様と継続的に付き合いができるよう、機会を作るよう努めていきたい。		
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。	思いや暮らし方の希望、意向等明確に把握できない利用者様はご家族にお伺いし、情報を頂き相談し検討しています。積極的に声かけし表情や動作を確認し把握に努めています。	日頃から利用者の様子を把握し、積極的に声掛けをし、傾聴に心掛け、表情・仕草・態度などから利用者の思いや希望を感じ取るようにしています。夜勤帯や散歩、入浴時などの1対1のコミュニケーションを大事にし思いや意向を把握するようにしています。	
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。	本人の言葉発語に対し「どのような？」「なぜ？」と知る努力をしています。土足で利用者様やご家族様の心に踏み込まないよう留意し、ご家族様に情報の大切さを伝え、その方の過去や生活歴、暮らしの情報を頂けるよう心がけています。		
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。	利用者様の小さな変化を把握するよう努め、気づきを大切に、行動言動を記録し申し送り、カンファレンス等で職員間情報共有しています。一緒に行う姿勢でアセスメントし、できることはご本人にやって頂くよう心がけています。		

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
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。	チームで利用者様の支援に取り組むよう心がけ、専門職、ご本人様、ご家族様の意見や思いを聴くよう努めています。カンファレンス等で情報を共有し状況変化に応じ介護計画を作成している。	全職員が参加する毎月のカンファレンスで全利用者について意見交換や話し合いを行っています。3ヶ月に一度定期的に見直しを行うと共に必要に応じ現状に即したケアプランを作成しています。家族の希望、かかりつけ医、看護師などの意見も採り入れています。	
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。	日中の記録に関し黒字、夜間青字、医療面は赤字にて明確にし職員個々に確認を徹底している。日々の申し送りにて情報を各階共有し実践に向けている。個々に気がついた事は連絡ノートに記入している。		
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。	接骨院によるリハビリテーションを行い、個々の身体機能維持に努めている。接骨院職員との連携を図っています。		
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。	近隣の方に理美容や民謡、踊り歌等のボランティアに来て頂いている。また安心して暮らせるよう警察へは施設周辺の見回りをお願いしています。		
30	11	○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。	24時間対応の医療機関との連携を行っている。ご本人様、ご家族様が希望すればかかりつけの病院へ受診している。他のサービス支援は必要に応じて行っています。	家族の了解のもと、利用者全員がホームの協力医をかかりつけ医としています。協力医療機関の内科医、歯科医、看護師、マッサージ師の往診があり、また、24時間の医療連携体制により適切な医療を受診できています。	

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
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。	担当看護師、又は施術師等からアドバイスを頂き、健康管理に活用している。また24時間対応のクリニック医師と連携している。		
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、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。	入院時、病院側と利用者様の情報共有を行っています。退院後リハビリ等の対応においては接骨院との協働により身体機能維持向上に努めています。		
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。	入居契約時において終末期における当ホーム対応について説明をしています。終末期において早い段階から主治医と連携をとり、ご本人様ご家族様とその都度話し合いの場をもうけています。	ホームでの「重度化した場合における（看取り）対応に係る指針」を定め、家族に説明し同意を得ています。重度化した場合は早い段階で家族の意向を確認し、その対応を協議することにしていきます。これまでも看取りの実績があります。	
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。	緊急対応マニュアルを用いて対応するよう徹底している。救急法の研修にも参加している。		
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、地域との協力体制を築いている。	定期的に避難訓練を実施してる。消防署直結の自動火災報知機を設置している。非常用食料、飲料水の備蓄、ヘルメットや懐中電灯、ラジオ等備えています。	年2回、避難訓練を実施しています。うち1回は消防署の立会いの下実施しています。非常災害用の飲料水・食料品・備品などを備蓄しています。	夜間想定での避難訓練の実施、ならびに地元住民への参加呼び掛けを期待すると共に、入居している「大矢部医療・福祉プラザ」全体としての合同避難訓練の実施も期待します。

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	14	○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。	ご本人様の意思を尊重し、プライバシーやご本人様のこだわりや長年の生活習慣に配慮した工夫し声かけをしています。	人生の先輩である利用者に敬意を持って接することを大前提にしています。不適切と思われる対応があった場合は、カンファレンス時に事例として全員で共有、意識づけを行っています。個人ファイルは鍵のかかる書庫に保管管理しています。	
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。	ご本人様に決定して頂けるよう工夫した声かけをしています。表情等を確認しています。		
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。	体調や気分等を鑑みながら本人ペースで日常生活を送って頂けるよう支援しています。		
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。	月に1度の理美容や希望される方は外の美容院に行かれています。毎日の洋服選びも利用者様に「どれになさいますか？」と声かけし決めて頂いています。身だしなみに配慮し介助しています。		
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。	2か月に1回出前を行っています。食べたいおやつ等、希望をなるべく取り入れている。外食して頂ける機会を設けています。無理のない範囲で下膳して頂いています。	通常の献立のほか、伝統食や行事食も取り入れています。外食や出前も楽しんでいます。食材の下ごしらえや下膳など無理のない範囲で行っています。職員も同じテーブルで介助しながら話題を提供して、和やかに食事時間を過ごしています。	

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
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。	必要時カロリーを出し食事水分摂取量表にて1日の摂取量栄養バランス、水分量を把握している。状態に応じ栄養補助食品の摂取を促しています。定期的な血液検査データ数値、体重測定増減の確認をしています。		
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。	毎食後声かけにてできる方はご自身にて必要な方は口腔ケア介助している。週に1度歯科往診ドクターに診て頂いている。		
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向けた支援を行っている。	個々の排泄パターンを把握し声かけ定時誘導を行い失禁軽減に努めトイレでの排泄を大切にしています。自尊心に配慮した排泄介助に努めています。	排泄チェック表により一人ひとりの排泄パターンを把握して、声掛け、誘導を行っています。職員は意見や提案を出し合い、排泄時の失敗が増えても安易にリハビリパンツやオムツに変更せず、トイレで排泄できるよう支援しています。	
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。	排便の有無を確認し、体操散歩、食事の工夫を行っている。ヤクルトや野菜ジュース、ヨーグルトなど個々に合った飲食物で排便を促している。下剤使用については主治医と相談し正しい使用法で服用して頂いている。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。	最低1日おきに、ご本人様の希望とタイミングに合わせて入浴して頂いています。いつでも入れるよう浴室は準備しています。温泉のもと、ゆず湯、しょうぶ湯など楽しんで頂いている。	週3～4回は入浴できるよう支援しています。お湯はその都度入れ替え、湯温も好みに合わせています。拒否のある場合も声を掛ける職員を変えたり、時間を置いたりと利用者のタイミングに合わせています。ゆず・菖蒲の季節の湯も楽しんで頂いています。	

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
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。	日中の活動性を高め整ったリズムで日常生活を送って頂けるよう支援に努めています。		
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。	服薬チェックや個々の服薬情報を職員で共有し把握に努めています。随時身体面、精神面での変化等主治医との相談の上検討しています。		
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。	洗濯干しや洗濯物たたみなどホーム内家事を無理のない範囲でお願いしています。		
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。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。	散歩、外出、買い物など機会を作り希望時実施しています。外出レクリエーション企画し、屋外行事には御家族様にご協力をお願いしています。	気候や利用者の状況に合わせて散歩に出かけています。夕方にベランダに出て、向かいの公園で遊ぶ子どもたちを眺めることも良い気分転換になっています。家族の協力を得て、桜や菖蒲の花見など折に触れ外出の機会を作っています。	
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。	基本的なお金の管理はホームで行っているが外出の際、買い物等に関してはご自身で支払い等できる方は職員と共に実施しています。		

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
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。	希望に応じ電話をご本人様からかけ、また職員代行する等して支援しています。季節ごと、行事ごとに絵手紙を書いて頂きご家族様に郵送予定。		
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。	衛生面に気をつけ季節感のある装飾など工夫している。季節の鉢植えを飾ったり玄関前の花壇、ベランダに季節の花を植えています。	長い廊下の壁に飾った切り絵は人生を表現したストーリー仕立てになっていて、利用者との会話作りに活かしています。日当たりの良いリビングでテレビを観たり、雑巾を縫ったり、職員とおしゃべりしたりと利用者は思い思いに過ごしています。	
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。	食堂兼リビングを他利用者様との談笑の場として提供している。玄関前にソファを置きくつろげる空間を確保しています。絵や置物などで飾りつけをしています。		
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。	基本的に入居の際、ご本人様の使いなれた物などを使用して頂き、居室内はご自由にご本人様、ご家族様の意見を取り入れた環境にしています。	ベッド、カーテン、照明器具はホームの備え付けですが、タンス、仏壇、家族の写真、好きな歌手のポスターなど本人が大切にしている物が持ち込まれその方らしい居室になっています。掃除もできる限り利用者と一緒にしています。	
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。	状態変化が生じた時は職員で話し合い不安、混乱を少しでも取り除けるような対応を心掛けています。個々の状況に合わせてレクリエーション、アクティビティーを取り入れ残存機能を活かせるケアに努めています。		

事業所名	グループホーム アイ・ウィッシュ
ユニット名	3階

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している。 (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、安心して暮らしている。 (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。	地域密着型サービスとして独自の理念を掲げ実践につなげている。全体会議、ミーティングでホームの理念を話あい利用者様との関わり、ケアする際意識して取り組むことができるように努めています。		
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。	月に1度地域のボランティアさんが来所され民謡、踊り等を一緒に行っている。町内会の祭礼、盆踊りに参加したり納涼祭や敬老会には家族や地域の方を招待している。		
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。	行事等に参加して頂くことで認知症の方の理解を深めている。実習生の受け入れを積極的に行い、認知症の理解や接し方をお伝えしています。その際、利用者様の不安や混乱を招かないよう配慮しています。		
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。	参加しているご家族様代表の意見を聴きサービス向上に努めている。運営推進会議で話し合い、決定した事項は事業所内の会議にて全職員に報告しサービス向上に努めている。問題がある時は連絡をとり相談等を行っている。		
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。	認定更新、認定調査時に、市の担当者へ利用者様の暮らしやニーズを具体的に伝え連携を深めるよう努めている。		

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。	各職員への認識確認を徹底し研修を行い拘束のないケアに従事している。ミーティングなどで共有し統一した利用者様本位のケアの提供に努めている。		
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている。	定例会議等カンファレンスにて毎回伝え、話し合い職員全員虐待防止を徹底させている。高齢者虐待防止法に関する研修に積極的に参加するように努めています。		
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。	ご家族様のいない方に対して成年後見人制度等の紹介や説明を行い活用できるよう支援しています。成年後見制度、日常生活自立支援事業の理解に努めています。		
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。	重要事項説明を基にご家族様に説明をし質問等を受け納得するよう説明し契約して頂いている。		
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。	苦情受付担当と苦情解決責任者を設けてただちに改善できるよう努めている。日頃意思疎通がはかれるようご家族様には良悪につけ連絡をとっている。		

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	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。	月に1度の事業所会議並びに3ヵ月に1度の定例会議の場を意見交換の場とし、話し合い検討している。		
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。	定例会議等にて代表者に職場環境の問題点を伝える意見の場を設けたり年に1度自己査定し人事考課にて条件の整備に努めている。		
13		○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。	グループホーム協議会等交換研修、外部研修に職員が受講できるよう日程を組み、研修報告書を記入して頂き全員が閲覧できるようにしています。事業所内研修をしています。		
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。	運営推進会議にて地域のグループホームの方がたと定期的に話し合い、研修、交換研修など相談も行っています。		
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。	サービスの相談があった時は、本人と面談、面接し心身状態、本人の思いに向き合い受け入れて頂けるような関係づくりに努めています。		

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
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。	過去のサービス利用状況や生活歴、困ったこと、要望などの話を聴くように努めています。不安なこと、心配なことなど耳を傾け、ご家族様の体調への気づかいを忘れないようにしています。		
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。	御家族様、ご本人様の状況や気持ちを確認し、しっかりとアセスメントし何が必要かを見極め、その利用者様、ご家族様に適切な支援ができるように努めています。		
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。	日常生活上で困った事を利用者様に相談し、知恵を頂いています。利用者様より「御苦労さま」「頑張って」など言葉を頂き励ましてもらうことがあります。時間を一緒に共有させて頂く気持ちを大切にしています。		
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。	御家族様との時間を大切に頂き共に支えていけるような関係を築いています。悪い出来事ばかりではなく良い事も連絡をとり共に本人を支えていく関係を築いています。こまめに報告相談するよう心がけています。		
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。	長年付き合ってきた人間関係の把握に努め、面会時には今後もお付き合いを継続して頂けるような声かけ、雰囲気作りなど配慮をしています。		

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
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。	仲の善し悪しに配慮し食席やフロア席の検討を随時している。食事の際は1テーブルに1人職員が座り、利用者様同士、口論になりそうな時は介入しトラブル回避に努めています。個別に話を聴いたりレクリエーションを行ったり楽しい時間の共有に努めている。		
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。	サービスの利用が終了された利用者様のご家族様と継続的に付き合いができるよう、機会を作るよう努めていきたい。		
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。	思いや暮らし方の希望、意向等明確に把握できない利用者様はご家族にお伺いし、情報を頂き相談し検討しています。積極的に声かけし表情や動作を確認し把握に努めています。		
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。	本人の言葉発語に対し「どのような？」「なぜ？」と知る努力をしています。土足で利用者様やご家族様の心に踏み込まないよう留意し、ご家族様に情報の大切さを伝え、その方の過去や生活歴、暮らしの情報を頂けるよう心がけています。		
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。	利用者様の小さな変化を把握するよう努め、気づきを大切に、行動言動を記録し申し送り、カンファレンス等で職員間情報共有しています。一緒に行う姿勢でアセスメントし、できることはご本人にやって頂くよう心がけています。		

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
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。	チームで利用者様の支援に取り組むよう心がけ、専門職、ご本人様、ご家族様の意見や思いを聴くよう努めています。カンファレンス等で情報を共有し状況変化に応じ介護計画を作成している。		
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。	日中の記録に関し黒字、夜間青字、医療面は赤字にて明確にし職員個々に確認を徹底している。日々の申し送りにて情報を各階共有し実践に向けている。個々に気がついた事は連絡ノートに記入している。		
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。	接骨院によるリハビリテーションを行い、個々の身体機能維持に努めている。接骨院職員との連携を図っています。		
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。	近隣の方に理美容や民謡、踊り歌等のボランティアに来て頂いている。また安心して暮らせるよう警察へは施設周辺の見回りをお願いしています。		
30	11	○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。	24時間対応の医療機関との連携を行っている。ご本人様、ご家族様が希望すればかかりつけの病院へ受診している。他のサービス支援は必要に応じて行っています。		

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
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。	担当看護師、又は施術師等からアドバイスを頂き、健康管理に活用している。また24時間対応のクリニック医師と連携している。		
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、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。	入院時、病院側と利用者様の情報共有を行っています。退院後リハビリ等の対応においては接骨院との協働により身体機能維持向上に努めています。		
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。	入居契約時において終末期における当ホーム対応について説明をしています。終末期において早い段階から主治医と連携をとり、ご本人様ご家族様とその都度話合いの場をもうけています。		
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。	緊急対応マニュアルを用いて対応するよう徹底している。救急法の研修にも参加している。		
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、地域との協力体制を築いている。	定期的に避難訓練を実施してる。消防署直結の自動火災報知機を設置している。非常用食料、飲料水の備蓄、ヘルメットや懐中電灯、ラジオ等備えています。		

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
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。	ご本人様の意思を尊重し、プライバシーやご本人様のこだわりや長年の生活習慣に配慮した工夫し声かけをしています。		
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。	ご本人様に決定して頂けるよう工夫した声かけをしています。表情等を確認しています。		
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。	体調や気分等を鑑みながら本人ペースで日常生活を送って頂けるよう支援しています。		
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。	月に1度の理美容や希望される方は外の美容院に行かれています。毎日の洋服選びも利用者様に「どれになさいますか?」と声かけし決めて頂いています。身だしなみに配慮し介助しています。		
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。	2か月に1回出前を行っています。食べたいおやつ等、希望をなるべく取り入れている。外食して頂ける機会を設けています。無理のない範囲で下膳して頂いています。		

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
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。	必要時カロリーを出し食事水分摂取量表にて1日の摂取量栄養バランス、水分量を把握している。状態に応じ栄養補助食品の摂取を促しています。定期的な血液検査データ数値、体重測定増減の確認をしています。		
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。	毎食後声かけにてできる方はご自身にて必要な方は口腔ケア介助している。週に1度歯科往診ドクターに診て頂いている。		
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向けた支援を行っている。	個々の排泄パターンを把握し声かけ定時誘導を行い失禁軽減に努めトイレでの排泄を大切にしています。自尊心に配慮した排泄介助に努めています。		
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。	排便の有無を確認し、体操散歩、食事の工夫を行っている。ヤクルトや野菜ジュース、ヨーグルトなど個々に合った飲食物で排便を促している。下剤使用については主治医と相談し正しい使用法で服用して頂いている。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。	最低1日おきに、ご本人様の希望とタイミングに合わせて入浴して頂いています。いつでも入れるよう浴室は準備しています。温泉のもと、ゆず湯、しょうぶ湯など楽しんで頂いている。		

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。	日中の活動性を高め整ったリズムで日常生活を送って頂けるよう支援に努めています。		
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。	服薬チェックや個々の服薬情報を職員で共有し把握に努めています。随時身体面、精神面での変化等主治医との相談の上検討しています。		
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。	洗濯干しや洗濯物たたみなどホーム内家事を無理のない範囲でお願いしています。		
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。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。	散歩、外出、買い物など機会を作り希望時実施しています。外出レクリエーション企画し、屋外行事には御家族様にご協力をお願いしています。		
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。	基本的なお金の管理はホームで行っているが外出の際、買い物等に関してはご自身で支払い等できる方は職員と共に実施しています。		

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
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。	希望に応じ電話をご本人様からかけ、また職員代行する等して支援しています。季節ごと、行事ごとに絵手紙を書いて頂きご家族様に郵送予定。		
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。	衛生面に気をつけ季節感のある装飾など工夫している。季節の鉢植えを飾ったり玄関前の花壇、ベランダに季節の花を植えています。		
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。	食堂兼リビングを他利用者様との談笑の場として提供している。玄関前にソファを置きくつろげる空間を確保しています。絵や置物などで飾りつけをしています。		
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。	基本的に入居の際、ご本人様の使いたれた物などを使用して頂き、居室内はご自由にご本人様、ご家族様の意見を取り入れた環境にしています。		
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。	状態変化が生じた時は職員で話し合い不安、混乱を少しでも取り除けるような対応を心掛けています。個々の状況に合わせてレクリエーション、アクティビティーを取り入れ残存機能を活かせるケアに努めています。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム アイ・ウィッシュ

目標達成計画

作成日： 平成25年 8月 30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		ホームの理念の見直し検討する。	学び、向上心、目標をたて業務を行っていただく。	研修の積極的参加、ホーム外 ホーム内 ホームの理念を理解していただき 介護とは、ケアとは何かを志しを持って学んで いただける環境を整える。	5ヶ月
2		災害対策について。	既にグループホームでは夜間想定避難訓練は出来ましたが、医療福祉プラザ全体ではまだなので実施に向けて努力する。	全体会議で実施に向けて話し合う。地元住民への理解と協力をお願いする。町内会の集まりに参加、説明と協力をお願いする。	5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。