

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	2290300025		
法人名	医療法人新光会		
事業所名	グループホームつながり		
所在地	静岡県田方郡函南町塚本77-7		
自己評価作成日	平成27年2月28日	評価結果市町村受理日	平成27年5月25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.kai gokensaku.jp/22/index.php?action=kouhyou_detail_2014_022_kani=true&JigyosyoCd=2290300025-00&PrefCd=22&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 静岡タイム・エージェント		
所在地	静岡県静岡市葵区神明町52-34 1階		
訪問調査日	平成27年 3月26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)】

「ゆっくり・ゆったり・ありのままに・いつもにこにこ」の理念のもとに、利用者様、職員ともども笑顔の多い生活を送っている。寒い日も暑い日も毎日屋外散歩に出て、紫外線を浴びている。階段も昇降している。皮膚の鍛錬、運動機能の維持をはかっている。看護師が常勤し、関連施設の伊豆平和病院との連携により、医療が必要となられた方に対し、素早く対処できている。

【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)】

1日2回の散歩は入居者の習慣となり寒くても、暑くても、風が強くても出かけている。また施設内の階段の昇降も日課となり健康維持や良い睡眠に繋がっている。職員は理念に添った「いつもにこにこ」が身につく笑顔で入居者と生活している。家族とは信頼関係が構築され施設に全面的におまかせすると言ってもらえる。職員は施設はもう一つの家であるかのように、休日でも近くにきたからと協力し助け合っている。行き届いた支援は入居者の穏やかな生活に繋がっている。管理者は「グループホームは認知症の進行を遅らせる」との考えを持ち、可能性が望まれる事は入居者にやってもらい身体機能維持向上に努めている。亡くなった方があると、職員は全員でお見送りをし、命日にはお宅を訪問したりお墓参りに行っている。防災訓練は2カ月に1回行い、年2回は消防署の参加も得て実践的に行っている。

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 3. 利用者の1/3くらい 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、生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		

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	「ゆっくり・ゆったり・ありのままに・いつもにこにこ」を理念とし、これを見やすい場所に明示し、同じ理念のもとにチームで取り組んでいる。	理念はリビングや事務所に掲げてある。職員はいつも笑顔を絶やさずケアを行うことで、入居者も一緒に笑顔になっている。理念に沿って、入居者とゆっくり、ゆったり過ごし笑顔を引き出せるよう取り組んでいる。	
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	組の回覧板を回す時、近所の方との対話があるが日常的な交流は図れていない。子供会の廃品回収に協力。隣町の祭りに職員と共に出かけている。	施設の周りは寮やマンションで、組合は10軒位で集金や回覧板が回ってくる。周りの人達に施設を知って頂くため、挨拶したりおすそわけをしているが交流までには至っていない。子供会の役員が変わると挨拶の来訪がある。	
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	ホーム来訪者に実践している認知症介護を見て頂き、説明を加えている。毎日の散歩風景をみて、「認知症になってもできること」を認識されている人もおられる。		
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	定期的に開催できていない。サービス提供の状況を報告している。認知症の理解を深めてもらう機会、地域との交流のアドバイスをもらう機会でもある。	日程は決めず数日の中から選んでもらっていたが、市は仕事上、自治会長さんは多忙で開催できなかった。今月(3月)開催し、包括支援センター・民生委員の参加を得て、要望や助言を頂いた。今後は2か月に1回開催し、事例をだし対応等を取り入れていきたいと考えている。	今年度は、諸事情で開催する事ができていなかったが、推進委員の参加が得られるよう工夫し、2か月に1回開催できるよう期待したい。
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に取り組んでいる	地域包括支援センター主催の地域ケア会議に出席し、意見交換している。	今年度から函南町グループホーム会議を開くようになり、管理者は会議で交流を持つ事ができる。地域ケア会議で行政からのお知らせを受けている。研修には職員が出られる時に参加している。事故報告も行っている。	
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	日中は出入り口は出入り自由となっており、屋内でも動きの制限をする事はない。立位困難で車いす使用中の動きの激しい方に家族と相談し、転落防止のベルトを使っているが、笑顔で元気に動きまわっておられる。	職員は拘束の弊害やスピーチロックについて理解し気をつけている。車椅子使用者が動きが激しく危険な為家族の了解を得て、職員の工夫した転落防止ベルトを使用し安全に移動している。	
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注意を払い、防止に努めている	管理者と職員は常に、自分及び同僚の言葉・行為が虐待にあたらぬか意識し、注意して防止に努めている。		

静岡県(グループホーム つながり 1F)

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	管理者は理解しているが、職員は詳しい内容を理解していない。利用者には現在この制度を必要とする人はいない。		
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	契約時に説明している。入居後も、不安・疑問があればいつでも聞いてくださいと話している。		
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	ホーム来訪時には、利用者と同様に自宅のつもりで自由に振舞って頂くよう配慮し、気軽に話のできる関係を作っている。ホーム外でも職員と親しく話しのできる関係ができている。	入居者の家族から、入院させずにいて欲しい要望があった。今は床に付いているが、暖かくなったら車椅子で外に出ようと話している。家族の訪問は多く、なんでも話せる間柄となっている。100歳まで生かして欲しいと言う家族もいる。	
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	毎朝のミーティング・一回/月のユニット会議他日常業務の中でも聞いており、反映させている。	管理者は業務に携わっているため、職員の気持ちの分り意思の疎通ができている。職員は常に創意工夫し運営に反映させている。給料を上げて欲しい、パートを常勤にして欲しい等の要望があり、病院の理事に伝えている。	
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	管理者が運営者に対し職員個々の状況を報告できる場がある。人員配置・賃金・研修出席等への配慮がなされている。		
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	管理者による機会教育を積極的に行っている。法人外の研修参加、資格取得を進めている。		
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	管理者は交流の機会を持っているが利用者・職員は交流できていない。		

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1~2回ホームに来訪していただき、お茶を飲みながら利用者との交流・話を聞く機会を作っている。また、自宅訪問時にも話を聞き、入居時の不安の軽減に努めている。		
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	家族から相談を受けた時にも聴くが、入居前の住居訪問時・入居後にもよく話を聴き、要望等を受け止めるようにしている。		
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	入居前に、ご家族に「それまでの暮らしのようす」等を、記入していただき、その資料を参考にするとともに、本人に会い必要としている支援を見極めている。		
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	大家族の一員として、それぞれができることを、共にあるいは分担して行っており、助け合いながら良い関係を築いている。時には口喧嘩する事もある。		
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	利用者は家族であり、その家族も「ホームの家族」としてとらえた対応をしている。ホーム来所時に情報交換している。		
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	入居期間の長い人は、馴染みの記憶も薄れている。来訪者との対話を取り持つ様になっている。近くのホームセンター・散歩時の休憩場所が馴染みの場所になっている。新しく入居された方には、支援ができていない。家族の協力を得ている。	馴染みになった近くの店で買い物すると、籠に不要な物を入れても、レジ係が理解し上手く分けてくれる。入居が長くなると、職員との仲が馴染みの関係となり、病院で亡くなり自宅に帰ると全職員や辞めた職員にも連絡し自宅へお別れに行っている。	
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	毎日、皆で行動する時間を設け、連携を深めている。利用者同士の関係を把握し、さりげない関わりをしている。いたわりあい、助け合いながら、時には衝突しながら・避けながら生活している。		

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
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	訪問や電話により関係を保っている。亡くなった方の命日にはお宅訪問し、御仏壇・御墓にお参りしている。		
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	日常生活での会話や行動から時には一対一でじっくり話をすることで把握するようにしている。それを、職員間で共有し対応を考える。認知症が進み真意が把握できていない可能性も考えつつ、検討する。	本人に話しかけ、意志表示が困難であれば、表情などで判断し都度了解を得てケアしている。職員はその時々に出た言葉や表情をメモし、後でノートに記入し、読んだ人にその時の状態がイメージできるように書き把握している。	
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	入居前に家族等から情報を得ている。入居後は本人や家族から得られた情報をミーティングや記録により共有するようにしている。		
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	ミーティング・個人記録の記載内容等で把握している。		
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	本人の状況の変化にあわせて、それぞれの意見・アイデア・家族の意向を反映した介護計画を作成・変更している。	介護計画作成時は必要な時家族に来て頂くが、訪問時に入居者の状態を伝え了解を得てプランに反映している。入居者の状態は常に変化しているので、ミーティングで入居者の状況を話し合い情報共有している。これでいこうと決まってから文章化している。	
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	日々の様子は記録できているがケアの実践結果記録は充分ではない。職員間の情報共有はできており、現状に即した計画の見直しをしている。		
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、その時々にも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	家族との外出・外泊は本人に支障のない限り自由にしてもらっている。遠方からの家族の訪問時は昼食の提供、誕生日の夕食には家族を招く事もある。その時々にもニーズに柔軟に対応する姿勢でいる。		

静岡県(グループホーム つながり 1F)

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	以前、地域のサロンに参加していたが現在それができていない。		
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	本人・家族の希望される場所で医療を受けて頂く。必要時、職員が同伴する。希望のない時は同法人の伊豆平和病院で又は紹介病院で適切な医療を受けている。	かかりつけ医の受診は家族が対応し、バイタルのコピーと近況を伝え受診後報告がある。認知症に変動のある人は専門病院の受診を勧める。他科受診は職員対応で報告している。施設長が看護師なので的確な判断で救急の場合家族に連絡し病院へ連れて行く。	
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	ホーム職員の看護師が健康管理と医療の支援をしている。介護職による異常の早期発見・報告は日々行われている。転倒や体調変化については日頃から対処方法の指導を受け、実践している。		
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、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	入院時、病院に対しホーム入所中の病状・生活状況の情報提供書を渡している。入院時・面会時・退院時に直接あるいは家族を介して医師・MSWと情報交換している。		
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	入居時に看取りについての話をしている。身体レベルの低下してきた方・高齢になってきた方の家族に対しその時点で対応を確認している。10月に1名家族と共に看取った。	入居時看取りに関する同意書の説明をし、同意を受けている。認知症が進み悪くなった時、家族に認知症になる前本人の意向を聞いているかも伺っている。職員は家族と共に看取りの支援を行っている。	
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	人形を使い、救急蘇生を定期的に行っている。他、応急手当マニュアルに沿って対処している。適切な対応により症状・損傷を最小限に食い止められるようになり、安全を確保している。		
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	火災・地震・水害を想定した防災訓練を定期的実施している。そのつど本人の認知度に合った避難誘導の方法を検証している。地域との協力体制は確立していない	消防署の立ち会いを年2回、夜間想定火災避難訓練を実践的に行っている。職員は火元の場所により避難者の順を考え誘導したり、2階からは毛布に包み非常階段から降ろす訓練を行っている。毛布は化繊が良く、居室に用意してある。	

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	言葉かけや対応が、その人の誇り・プライバシーを損ねていないか、常に気をつけている。記録にも配慮している。	おじいちゃんおばあちゃんと呼ばない。基本「さん」呼びだが、1人だけさんで呼んだら返事が無く「ちゃん」で呼ぶと返事が返ってきたので尊厳をもって呼んでいる。本人や家族が不快に感じる言葉には注意している。トイレ使用に配慮し、オムツ交換は居室で行っている。	
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	「どうしますか?」「・・・しましょうか」等の問いかけをしている。希望を表出したり、決定できない人もいる。難しい! その人に合った支援ができるように心がけている。		
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	認知症が進み、その日をどのように過ごしたいか希望できない人が多い。その人のペースに合わせるようにしているが、職員側の都合に合わせるよう誘導している場面もある。		
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	外出時は化粧を促す。理・美容はホーム内で本人に似合った形に実施。美容院を利用してほしいひとには家族の協力を得ている。		
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	調理・配膳・お茶の準備等、その一部をそれぞれの得意分野で力を発揮される。家庭菜園の野菜・自宅の果物(皆で収穫した)で季節を感じる。正月のおせち料理づくりは、認知症が進み、ほとんどが職員の仕事になってしまった。	献立はリクエストを出してもらったり、買い物の中で美味しそうなもので決めている。調理の出きる人には今日はこれを作るからと手伝ってもらう。頂き物があると何にして食べようかと聞いている。下膳などは入居者の持てる範囲で本人に片付けてもらっている。男性の入居者にはお茶碗洗いを初体験してもらった。	
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	多くの種類の食材を使う。それぞれの食べられる量・運動量・に合わせた量を盛り付け、咀嚼・嚥下能力に合わせた形態・道具の工夫をしている。麦茶はいつでも飲めるよう準備してある。毎月の体重測定で肥満にも配慮している。		
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	毎食後の歯磨きを実施。それぞれの能力に応じた介助をしている。異常を見つけたら早めに歯科受診し、ケアの指導を受けている。		

静岡県(グループホーム つながり 1F)

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	排泄行為が認知できない人には素振りをみてトイレ誘導、着衣の操作が上手くできない人には介助、尿意のない人は時間で誘導する。夜間は睡眠を優先し、オムツ使用で朝まで交換しない人もある。それぞれにあった支援をしている。	全員尿とりパットを使用している。寝る2時間前に牛乳を飲んだり、午前中ヨーグルトを食べて排便に配慮しているが、3日ないと下剤を使用することもある。普段と違う動作の時はトイレへ誘導している。	
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	個々の排便状態、腸の動きを観察している。毎日排便の無い日数を確認し、水分補給・運動・食材・薬剤使用等で対応している。		
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	毎日、入浴できる態勢を取っている。強制はしないが、入浴してもらえ誘導は行う。ほとんどが毎日入られる。浴槽からなかなか出てもらえず強制することもある。菖蒲湯・ゆず湯で季節を感じてもらう。	入浴は1対1になるので、お風呂に入ると話がはずみ、普段あまりしゃべらない人でも話してくれるので、情報源でもある。排泄の出来る人が拒否すると無理強いはないが、パットが汚れた人には入ってもら。以前仲良し同士で入ったことがあった。	
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	夕食後早々に就寝する人、22時過ぎまでテレビを見ている人、梅酒を飲んで眠りに就く人、それぞれに合った支援をしている。日中の外気浴・日光浴・散歩が夜の睡眠を促している。		
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	常勤の看護師が管理しており、副作用について説明している。個々の服用薬の説明書がいつでも見られるようにしてある。自分で飲む人、口に入れる介助の必要な人それぞれに合った支援をしている。		
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	毎食前の(長い)挨拶が日課になっている人がある。希望されるおやつを作る事もあるが十分な支援はできていない。		
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	雨の日以外は毎日散歩にでる。ドライブ・季節ごとの花見・地域の祭り・初詣等集団でも出かける。この時は家族が参加されることもあり職員も結構楽しんでいる。	暑い日も寒い日も風があっても毎日の散歩はかさず、コースを決めて歩いている。家族と外出した時には外で食べてくる。病院のバスを借りてミカン狩りに出かけた。家族や近所に呼びかけて水族館へ行く事もある。	

静岡県(グループホーム つながり 1F)

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	入居時に小遣いとして現金を預かっている。希望があれば所持してもらおう。現在所持している人はいない。		
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	電話したい時はホームの電話機を使う。遠方のご家族には便りを頂きたいとお願いしている。返事を出せる支援をする。		
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	自然の草花や庭からとってきた季節の花を飾り、くつろげる家具を配置している。採光・風の通りも良い。調理の音や、おいしそうなおいが漂う。来客は一度に来られる人数を制限している。	共用空間のソファーでは夕方職員と一緒にテレビを見てゆっくり過ごしている。二階の窓からの田園風景は季節を感じられる。散歩時の外気との温度差にも配慮し、エアコンは冬場中廊下のみ使用している。	
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	1人になれる場所はないが、1人用ソファー・テレビ前の3人用ソファー・中廊下のベンチ・食卓等その時の気分で使い分けておられる。		
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	居室には自宅を使いなじんだ物を持ち込んでもらっている。入居前の住居訪問時に相談して決めることが多い。日中はほとんどの人がリビングで過ごされる。	居室には自宅で使用していた馴染みのタンスや机、椅子等持ち込んでいる。退去者が使って下さいと残っていたベッドを、布団で寝ていた人が頂くこともある。	
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	玄関は段差とスロープ・階段とエレベーターがある。縦の握り棒・手摺・家具・歩行補助具に掴まりあるいは車いすを操作して移動される。トイレや居室ドアに漢字で場所の明示をする事もある。移動に安全な広さを確保している。		

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	2290300025		
法人名	医療法人新光会		
事業所名	グループホームつながり		
所在地	静岡県田方郡函南町塚本77-7		
自己評価作成日	平成27年2月28日	評価結果市町村受理日	平成27年5月25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.kaiyokensaku.jp/22/index.php?action=kouhyou_detail_2014_022_kani=true&JigyosyoCd=2290300025-00&PrefCd=22&VersionCd=022

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 静岡タイム・エージェント		
所在地	静岡県静岡市葵区神明町52-34 1階		
訪問調査日	平成27年 3月26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)】

「ゆっくり・ゆったり・ありのままに・いつもにこにこ」の理念のもとに、利用者様、職員ともども笑顔の多い生活を送っている。寒い日も暑い日も毎日屋外散歩に出て、紫外線を浴びている。階段も昇降している。皮膚の鍛錬、運動機能の維持をはかっている。看護師が常勤し、関連施設の伊豆平和病院との連携により、医療が必要となられた方に対し、素早く対処できている。

【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)】

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した表情や姿がみられている (参考項目:36,37) ○	66	職員は、生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	「ゆっくり・ゆったり・ありのままに・いつもにこにこ」を理念とし、これを見やすい場所に明示し、同じ理念のもとにチームで取り組んでいる。		
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	組の回覧板を回す時、近所の方との対話があるが日常的な交流は図れていない。子供会の廃品回収に協力。隣町の祭りに職員と共に出かけている。		
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	ホーム来訪者に実践している認知症介護を見て頂き、説明を加えている。毎日の散歩風景をみて、「認知症になってもできること」を認識されている人もおられる。		
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	定期的に開催できていない。サービス提供の状況を報告している。認知症の理解を深めてもらう機会、地域との交流のアドバイスをもらう機会でもある。		
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	地域包括支援センター主催の地域ケア会議に出席し、意見交換している。		
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	日中は出入り口は出入り自由となっており、屋内でも動きの制限をする事はない。立位困難で車いす使用中の動きの激しい方に家族と相談し、転落防止のベルトを使っているが、笑顔で元気に動きまわっておられる。		
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	管理者と職員は常に、自分及び同僚の言葉・行為が虐待にあたらないか意識し、注意して防止に努めている。		

静岡県(グループホーム つながり 2F)

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	管理者は理解しているが、職員は詳しい内容を理解していない。利用者には現在この制度を必要とする人はいない。		
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	契約時に説明している。入居後も、不安・疑問があればいつでも聞いてくださいと話している。		
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	ホーム来訪時には、利用者と同様に自宅のつもりで自由に振舞って頂くよう配慮し、気軽に話のできる関係を作っている。ホーム外でも職員と親しく話しのできる関係ができている。		
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	毎朝のミーティング・一回/月のユニット会議 他日常業務の中でも聞いており、反映させている。		
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	管理者が運営者に対し職員個々の状況を報告できる場がある。人員配置・賃金・研修出席等への配慮がなされている。		
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	管理者による機会教育を積極的に行っている。法人外の研修参加、資格取得を進めている。		
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	管理者は交流の機会を持っているが利用者・職員は交流できていない。		

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1~2回ホームに来訪していただき、お茶を飲みながら利用者との交流・話を聞く機会を作っている。また、自宅訪問時にも話を聞き、入居時の不安の軽減に努めている。		
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	家族から相談を受けた時にも聴くが、入居前の住居訪問時・入居後にもよく話を聴き、要望等を受け止めるようにしている。		
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	入居前に、ご家族に「それまでの暮らしのようす」等を、記入していただき、その資料を参考にするとともに、本人に会い必要としている支援を見極めている。		
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	大家族の一員として、それぞれができることを、共にあるいは分担して行っており、助け合いながら良い関係を築いている。時には口喧嘩する事もある。		
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	利用者は家族であり、その家族も「ホームの家族」としてとらえた対応をしている。ホーム来所時に情報交換している。		
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	入居期間の長い人は、馴染みの記憶も薄れている。来訪者との対話を取り持つ様になっている。近くのホームセンター・散歩時の休憩場所が馴染みの場所になっている。新しく入居された方には、支援ができていない。家族の協力を得ている。		
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同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	毎日、皆で行動する時間を設け、連携を深めている。利用者同士の関係を把握し、さりげない関わりをしている。いたわりあい、助け合いながら、時には衝突しながら・避けながら生活している。		

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
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	訪問や電話により関係を保っている。亡くなった方の命日にはお宅訪問し、御仏壇・御墓にお参りしている。		
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	日常生活での会話や行動から時には一対一でじっくり話をすることで把握するようにしている。それを、職員間で共有し対応を考える。認知症が進み真意が把握できていない可能性も考えつつ、検討する。		
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	入居前に家族等から情報を得ている。入居後は本人や家族から得られた情報をミーティングや記録により共有するようにしている。		
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	ミーティング・個人記録の記載内容等で把握している。		
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	本人の状況の変化にあわせて、それぞれの意見・アイデア・家族の意向を反映した介護計画を作成・変更している。		
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	日々の様子は記録できているがケアの実践結果記録は充分ではない。職員間の情報共有はできており、現状に即した計画の見直しをしている。		
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	家族との外出・外泊は本人に支障のない限り自由にしてもらっている。遠方からの家族の訪問時は昼食の提供、誕生日の夕食には家族を招く事もある。その時々ニーズに柔軟に対応する姿勢でいる。		

静岡県(グループホーム つながり 2F)

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	以前、地域のサロンに参加していたが現在それができていない。		
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	本人・家族の希望される場所で医療を受けて頂く。必要時、職員が同伴する。希望のない時は同法人の伊豆平和病院で又は紹介病院で適切な医療を受けている。		
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	ホーム職員の看護師が健康管理と医療の支援をしている。介護職による異常の早期発見・報告は日々行われている。転倒や体調変化については日頃から対処方法の指導を受け、実践している。		
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、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	入院時、病院に対しホーム入所中の病状・生活状況の情報提供書を渡している。入院時・面会時・退院時に直接あるいは家族を介して医師・MSWと情報交換している。		
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	入居時に看取りについての話をしている。身体レベルの低下してきた方・高齢になってきた方の家族に対しその時点で対応を確認している。10月に1名家族と共に看取った。		
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	人形を使い、救急蘇生を定期的に行っている。他、応急手当マニュアルに沿って対応している。適切な対応により症状・損傷を最小限に食い止められるようになり、安全を確保している。		
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	火災・地震・水害を想定した防災訓練を定期的実施している。そのつど本人の認知度に合った避難誘導の方法を検証している。地域との協力体制は確立していない		

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	言葉かけや対応が、その人の誇り・プライバシーを損ねていないか、常に気をつけている。記録にも配慮している。		
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	「どうしますか?」「・・・しましょうか」等の問いかけをしている。希望を表出したり、決定できない人もいる。難しい! その人に合った支援ができるように心がけている。		
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	認知症が進み、その日をどのように過ごしたいか希望できない人が多い。その人のペースに合わせるようにしているが、職員側の都合に合わせるよう誘導している場面もある。		
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	外出時は化粧を促す。理・美容はホーム内で本人に似合った形に実施。美容院を利用してほしいひとには家族の協力を得ている。		
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	調理・配膳・お茶の準備等、その一部をそれぞれの得意分野で力を発揮される。家庭菜園の野菜・自宅の果物(皆で収穫した)で季節を感じる。正月のおせち料理づくりは、認知症が進み、ほとんどが職員の仕事になってしまった。		
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	多くの種類の食材を使う。それぞれの食べられる量・運動量・に合わせた量を盛り付け、咀嚼・嚥下能力に合わせた形態・道具の工夫をしている。麦茶はいつでも飲めるよう準備してある。毎月の体重測定で肥満にも配慮している。		
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	毎食後の歯磨きを実施。それぞれの能力に応じた介助をしている。異常を見つけたら早めに歯科受診し、ケアの指導を受けている。		

静岡県(グループホーム つながり 2F)

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	排泄行為が認知できない人には素振りを見てトイレ誘導、着衣の操作が上手くできない人には介助、尿意のない人は時間で誘導する。夜間は睡眠を優先し、オムツ使用で朝まで交換しない人もある。それぞれにあった支援をしている。		
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	個々の排便状態、腸の動きを観察している。毎日排便の無い日数を確認し、水分補給・運動・食材・薬剤使用等で対応している。		
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	毎日、入浴できる態勢を取っている。強制はしないが、入浴してもらえ誘導は行う。ほとんどが毎日入られる。浴槽からなかなか出てもらえず強制することもある。菖蒲湯・ゆず湯で季節を感じてもらう。		
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	夕食後早々に就寝する人、22時過ぎまでテレビを見ている人、梅酒を飲んで眠りに就く人、それぞれに合った支援をしている。日中の外気浴・日光浴・散歩が夜の睡眠を促している。		
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	常勤の看護師が管理しており、副作用について説明している。個々の服用薬の説明書がいつでも見られるようにしてある。自分で飲む人、口に入れる介助の必要な人それぞれに合った支援をしている。		
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	毎食前の(長い)挨拶が日課になっている人がある。希望されるおやつを作る事もあるが十分な支援はできていない。		
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	雨の日以外は毎日散歩にでる。ドライブ・季節ごとの花見・地域の祭り・初詣等集団でも出かける。この時は家族が参加されることもあり職員も結構楽しんでいる。		

静岡県(グループホーム つながり 2F)

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	入居時に小遣いとして現金を預かっている。希望があれば所持してもらおう。現在所持している人はいない。		
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	電話したい時はホームの電話機を使う。遠方のご家族には便りを頂きたいとお願いしている。返事を出せる支援をする。		
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	自然の草花や庭からとってきた季節の花を飾り、くつろげる家具を配置している。採光・風の通りも良い。調理の音や、おいしそうなにおいが漂う。来客は一度に来られる人数を制限している。		
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	1人になれる場所はないが、1人用ソファー・テレビ前の3人用ソファー・中廊下のベンチ・食卓等その時の気分で使い分けておられる。		
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	居室には自宅で使いなじんだ物を持ち込んでもらっている。入居前の住居訪問時に相談して決めることが多い。日中はほとんどの人がリビングで過ごされる。		
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	玄関は段差とスロープ・階段とエレベーターがある。縦の握り棒・手摺・家具・歩行補助具に掴まりあるいは車いすを操作して移動される。トイレや居室ドアに漢字で場所の明示をする事もある。移動に安全な広さを確保している。		