

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	2270700111		
法人名	有限会社 ウイングス		
事業所名	グループホーム ほほえみ 1F		
所在地	静岡県伊豆市市山243-2		
自己評価作成日	平成27年9月10日	評価結果市町村受理日	平成28年4月11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&JigyosvoCd=2270700111-00&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	10月	19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)】

利用者が認知症であることを十分に理解した上で、職員は利用者とのコミュニケーションをとり合い、笑い笑顔の時間が多く穏やかな暮らしが出来るようなホームを目指している。

【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)】

大きな道路から離れているため車の音もせず、周りが広々として山の景色が楽しめる。居室からは春は桜や青葉、秋は紅葉と季節を感じ見る事が出来る。利用者や職員は地元の人で、お互いを知りどころこの誰々さんと話題にことかかない地元根づいたアットホームな施設である。職員の年齢層に幅があり利用者をより理解し、ゆったり接する事に心がけているため、利用者の表情は穏やかである。清潔をモットーに毎朝職員と利用者で清掃する事が習慣になっている。代表や介護支援専門員は利用者・家族・職員・地域の人の意見を聞いて運営に活かそうと努力している。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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. 全くいない
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。]

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	「人らしく暮らし続ける日々を愛で生きる」を常に念頭に置き、日々穏やかな其の人らしい暮らしが出来るようつとめている。	理念は開設当初グループホームに「愛」が必要と感じ、利用者も職員もみんなが「愛」で生きていこうと作った。毎日すべてに愛をこめ穏やかに生活できるよう努めている。理念は玄関に掲げている。職員には初期研修の時に理念を理解してもらおうよう教育している。	
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	区の一員として区費又は地域の祭典の寄付を納めている。又近くの畑作業の方とお話をしたり採れた野菜を頂いたりしている。	近くに居住の職員が橋渡し役を担っている。近くの菜園を作る人から野菜の差し入れがあり、また、草取りをしてくれる。利用者が外に出た時は包括のネットワークシステムがある。お寺の祭りに出かけたり、夜には花火をみんなで見ている。	
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	ケアマネが市地域包括支援センターで行っている、各地域・各小中学校へ出向き認知症サポーター養成講座の講師をしている。		
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ヶ月に1回実施している。外部の出席者に事業所内の取り組みまたは出来事を報告し、率直な意見を伺って出来得る事は早急に改善している。	家族の参加が課題であるが2ヶ月に1度開催している。包括支援センターと内容の濃い会議となっている。会議の中で出た意見は議事録にまとめ、全職員が目を通し運営に活かしている。時に利用者も参加している。	
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取り組んでいる	ケアマネが市主催の認知症施策検討会の一員として携わっている。また、ケアマネ連絡協議会、介護保険サービス提供事業所連絡会に出席し研修を通して実状を伝えたり助言をもらったりしている。	市から研修の案内があり、また、窓口には頻回に訪問している。包括支援センターは毎回運営推進会議に参加し情報をいただいている。グループホーム協議会から早い情報がありネットワークが構築されている。	
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	具体的な行為を正しく理解して、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。帰宅願望の強い利用者様の事故防止のため玄関の施錠は行っている。	マニュアルがあり、初期研修で身体拘束をしないケアの教育を行っている。言葉と拘束は繋がっていると認識して気をつけている。拘束をしなくても良いよう転倒防止のため、午前・午後1回ずつリハビリを行っている。	

静岡県(グループホームほほえみ 1F)

	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	入社初期研修で身体拘束をしないケアの研修を行っている。職員間で虐待等に関する事柄を気軽に、話し合い・意見交換・相談が出来る雰囲気作りに努め虐待のないケアに取り組んでいる。時により気になる言葉使いをしている場合、その都度注意をして直すようにしている。		
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	現在介護職員は権利擁護に関する制度等の研修の機会がない状況。社協で行っている一人暮らしの方の支援員の来訪時には関わっている。		
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	契約時、出来得る限り2名の御家族が同席して、納得と理解をして頂き契約を取り交わしている。又、家族より疑問点等がある場合、わかるよう説明し理解をもらっている。		
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	家族来訪時の面談や介護計画説明時の話し合い等を通じて、利用者や家族の要望や意見を聴き、運営に反映に努めている。	家族の来訪時には介護支援専門員・施設長・担当職員が近況報告をし、家族の要望や意見を聞くようにしている。また介護支援専門員は電話で連絡をとることもあり、出された意見は運営に反映させている。	
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	日々の申し送りや随時の話し合い又問題出現時の話し合い、日勤・夜勤の連絡ノートを活用し職員が意見や問題解決を提案している。即決できる事は実行に移行している。	日々の記録や連絡ノートには、どの職員も情報を分かりやすく記載している。職員は利用者を大事にする気持ちから要望や意見が沢山出る。施設長は職員の意見に即決で対応している。	
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	職員の緊急時の休み等の場合、ケアマネも含め、職員同士で話し合い勤務の調整に努めている。又行事等のある時は事前に勤務の調整を図っている。		
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	職員各々の力量と意欲を考慮しながら研修の実施に取り組んでいる。自発的に研修を受けたり、資質向上に向け職員からも遠慮なく研修参加の申し出を期待したい。		

	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	H25年より市内の他グループホームと一緒に他施設研修を実施している。他施設での研修を通してサービスの質の向上を努める。		
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		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	無理強いをしない。施設に慣れていただく事を念頭に入れ、思いや要望が叶えられるよう努めている。御本人の表情や様子を観察をし、リラックスできる時間や話せる機会をつくることにしている。認知症のため御自分の思い等が出しづらいことに苦慮している。		
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	初回面談又は電話相談時、ご家族の意向をじっくりお聞きして、可能な限り意向に沿えるようにしている。また来訪時、より良い関係が成り立っていくように努めている。		
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	必要のある福祉機器等の希望がある場合、業者に依頼し購入の支援をしている。当ホーム対象外の場合、担当ケアマネ又は居住地区地域包括支援センターに連絡をし必要とする支援の依頼をしている。		
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	日常生活の中で各々の能力に合った家事を自然な形で出来る様支援している。又永年に培った経験と知識をお聞きして生活の中に取り入れている。人生の先輩として接するように心掛けている。		
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	入居以来長時間共に過ごす時間が少ないことから、花見・遠足等の外出時御家族に参加依頼をし共に楽しい時間を過ごすことが出来るよう支援している。面会時、最近の様子等をお伝えし嬉しいこと心配なことを共に分かち合えるよう支援している。		
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・友人・近所の方等の面会時、ゆっくり話合える場所の設定やお茶等を一緒に召し上がって頂ける様にし、面会に来やすい雰囲気作りをしている。手紙が届くと返事を書く事の支援、電話の取次ぎをする等の支援をしている。	利用者や職員は地元の人が多いので、共通の話題が多く話がはずんでいる。馴染みの関係者は多く、知り合いの知り合いと輪が広がり、ボランティアに参加してくれる人もいます。	

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	利用者各々の今までの生活歴・性格等の把握に努め利用者同士が陰悪な状況にならない様、又陰悪な状況の場合は、どちらの味方になる事のないよう職員が話題を変える等支援している。長時間過ごすフロアのテーブル席にも気を配っている。		
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	他施設への訪問時お会いする、入院先へのお見舞い等をしている。プライベートの時ご家族にお会いした場合、相談に乗ったり近況をお聞きしたりと利用終了後も家族との関係を継続している。		
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	日々の観察やコミュニケーションで得た情報を職員間で共有し、各々の利用者の思い・希望・意向の把握に努めている。又話しやすい様に心掛けている。	職員には利用者によく話しかける事、またよく観察するように指示し、感情に走らずその人の思いを汲むように努めている。例えば呼び名でも利用者がどう言ったら一番喜んでくれるか、表情を見て決めている。	
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	入居時までに今までの生活歴・生活環境等を家族に記入して頂く。入居後は会話等からこれまでの暮らしぶりの把握に努める。又、職員間の情報を共有して確認をしている。		
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	入居者の各々のケース記録・バイタルチェック・食事の摂取量・排尿、排便の状態の把握につ努める。この事は職員間で話し合い情報を共有する。		
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	3ヶ月に1回のモニタリング、必要により随時介護計画を見直す。又家族の来所時、介護に対する意向をお聞きし、職員間で話し合い現状に即した介護計画作成に努めている。	介護計画書の書式を検討し、より使いやすいものに変更している。3カ月に1度介護計画を見直した、利用者の状態変化の時には随時見直している。本人・家族・職員・医師の意向を聞いて作成している。	
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	利用者各々の日々の様子(本人の話した言葉、行動、通常とは違う事柄等)をケース記録に記入し、気づきや工夫したいことはその都度、ケアマネ、職員間で話し合い提案し情報を共有している。		

静岡県(グループホームほほえみ 1F)

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、その時々にも生じ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	医療機関・訪問看護師・薬局の薬剤師・福祉器具業者・又関係する居宅支援事業者・地域包括支援センター等との情報交換や連携支援を行っている。		
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	各々の関連地域包括支援センター、居宅支援事業所ケアマネと、常に顔の見える関係を作り連携を密にしている。また各地域民生委員と顔なじみになる様努めている。		
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	利用者、家族の希望にて主治医を選択。当ホーム協力病院による月1回の訪問診察と家族介助による外来受診。状態説明が必要の方はケアマネが同行通常受診時は日常状態や異常を記入し、主治医に見て頂き適切な医療を受けられる様支援している。	本人及び家族の希望で主治医を選択している。受診は原則家族対応だが、都合の悪い時には職員が同行しバイタルなどの情報は書面で伝え受診後家族に報告し職員と共有している。協力医の往診があり相談にもよくのってくれる。薬は担当者がチェックしている。	
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	当ホーム協力病院の看護師が週2回来所。その都度バイタルチェック・体調を見ていただく。利用者の状態を相談しながら疾病、日常の健康管理、医療活用の支援を行っている。		
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	入院先に出向き、医師、看護師、理学療養士等より退院後の注意点等の情報、家族の意向を踏まえ退院に備えている。また家族よりの相談も受けている。		
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	重度になった場合を考慮して「医療連携対応指針意識確認書」を入居時に取り交わし当ホームとして出来る事を説明する。重度になった場合、主治医・家族・ケアマネ等と話し合い今後の方向を決め家族の不安を取り除くよう支援している。	重度化すると医師の判断で、家族とよく話し合い今後の対応を決めている。家族の不安を取り除き安心を得るよう医師とは連絡を密にとっている。骨折等入院した場合2カ月位部屋を無料で空けている。	
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	急変や事故発生時の対応のマニュアルは備えている。殆どどの職員は実践力を身に付けているが一部の職員が出来ていない。今後の課題である。		

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	自発的や消防署員立会いのもと避難訓練の実施。又夜間を想定して職員間の連絡網の訓練をしている。入居利用者の殆どが理解力低下のため困難が極まる。今後理解を得られるよう訓練を実施して行く。	年2回訓練を行っている。職員は避難通路や状況により何処に避難するかを理解している。近所の協力は取り付けてあるが訓練時に参加はない。建物の地下に杭が沢山入っている構造で地震には強い作りになっている。	消防署員や近所の人との協力が得られるよう期待したい。車椅子者や介護度の高い人の避難が迅速に行われるような工夫が望まれる。
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	利用者各々の人格とプライバシー尊重を念頭に入ての対応や言葉掛けをしている。職員間で気になる対応や言葉掛けをしている場合はお互いに指摘をして直すようにしている。利用者に関する記録は利用者の目の届かない所に保管している。	利用者には常に人格を尊重し、1人ひとりの性格を見極めて対応している。日頃から利用者の会話や表情をみて呼び名や言葉かけを個別対応で行っている。	
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	御自分の思いが表出出来ない認知症状が酷い利用者が多いため、表情・会話・行動を勘案し2～3の言葉を提案して、最終的には御本人が自己決定できるような会話を心掛けている。		
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	小人数ではあるが共同生活のため、食事やおやつ時間は皆さんと一緒に摂って頂いている。その他は利用者各々の希望に沿った時間を過ごしている。		
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	出来る方は御自分で着る洋服を選んで着脱している。又家族と疎遠だったり遠方の場合利用者と一緒に好みの買い物をしている。季節に合わない重ね着の場合、さりげなく更衣介助をしている。希望があれば化粧水・クリームの使用。理容師が来所にて散髪の実施。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	季節に摂れる食材をなるべく使用している。又季節に関する行事の献立や誕生日の祝い膳の実施。食事作りは職員と一緒にしていないが下膳片付け、食器拭き、野菜の下ごしらえ等は職員と一緒に実施。利用者と職員がテーブルにて話しながら食事をしている。	献立は利用者の意見を聞きながら季節感のあるものを職員が1週間分ずつ立てている。昼食はカロリーを高く夜は低くし、塩分は薄めに心掛けている。利用者には出来る事は手伝ってもらい、下膳など、利用者の持てる力を活かす支援がされている。食事は時間をかけてゆっくり会話をしながら食べている。	
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	食事摂取量チェック表の記入。残した場合職員間で検討し全量摂取出来る様支援。味付け等は利用者にとって適切になる様努めている。水分は食事以外に、10時・14時・15時・入浴後・散歩後に摂取している。一部の利用者の拒否に苦慮している。		

静岡県(グループホームほほえみ 1F)

	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
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	朝・昼・夕前・10時・15時前のがいと毎食後の口腔ケアの促し介助。義歯装着者は夕食後より洗浄液に漬け置きの実施。		
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	個々に排泄チェック表に記入し、排泄パターンの把握に努める。出来る限りトイレを利用する様支援している。羞恥心、失敗する事の不安を軽減するよう気を配る。リハビリパンツ・パット・布パンツ等の使用は職員間で話し合っ決めて。出来得る限る布パンツに移行できるよう支援する。	排泄パターンを把握し、早めに声をかけトイレ誘導している。利用者1人ひとりにあつたパットを業者と相談して使用している。自立利用者もいるが、歩行に不安のある人には無理させず夜間はポータブルトイレを使用している。	
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	歩行運動や水分補給の促し声掛けの実施。排泄チェック表にて排便の確認と間隔の把握に努めている。便秘の症状の酷い方は主治医、訪問看護師に相談をして対処をしている。便秘の酷い方が水分補給を拒否するため苦慮している。		
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、個々にそつた支援をしている	入浴日はある程度決めているが、利用者の体調、希望にて柔軟に対応をしている。現在入浴を嫌がる方はいないが、嫌がる場合は無理強いせず、気分よく入浴できる声掛け、誘導の実施。各々の好みの温度に気を配りゆっくり入浴できるよう支援している。	無理強いせず柔軟な対応で週2回は必ず職員が1人つき、ゆったりと気持ちよく入ってもらえるよう支援している。入浴日でない日は丁寧に消毒している。	
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	利用者各々の体調や希望により自由に休息を取っている。夜間の居室は利用者の体調に合わせ、温度・湿度・照明等に気を配っている。寝具の保清は週1回洗濯をして安眠できるよう支援している。		
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	内服説明書を各個人ファイルに綴っている。薬について疑問等がある場合、薬剤師・訪問看護師・医薬書等で目的・副作用・用法・容量の理解、や確認に努めている。訪問看護師来所時に、症状の変化を伝え対処方法を相談し対応するよう努めている。		
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	各々の出来ることを見極めて負担にならない役割を決めている。役割の終了後は必ずお礼と労いの言葉を掛けて支援している。歌を歌う、テレビやDVDを見る、新聞を見る、雑巾等を縫う等出来得ることでの気分転換の支援をしている。		

静岡県(グループホームほほえみ 1F)

	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	気候・気温・体調等を勘案して散歩・日向ぼっこ等戸外に出かけられるよう支援している。一人暮らしだったり、家族が居ても遠方又は疎遠だったりする利用者が多い為家族の協力が得られられない事が多い。協力して頂ける家族には、遠足・花見・外出等に一緒に行って頂いている。	事業所のまわりは安全に出かけられる所があり、利用者と散歩をして外気に触れ季節感を味わう支援をしている。日向ぼっこをして、景色が良いと気分転換にもなっている。遠足時には家族の協力があり皆で出かけている。	
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	金銭の所持はありません。職員と一緒に、遠足・近所の祭典の出店での買い物出来るよう支援している。		
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	手紙を書ける方には便箋・封筒・切手等を用意して、文章の書き方の要請があれば応えて、投函する等支援している。電話をかけたらかかってきた場合、話しやすい状況で会話が出来るよう支援している。又ホームより利用者個々に暑中見舞い・年賀状の葉書を出している。		
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、居心地よく過ごせるような工夫をしている	掲示物や季節が感じられる様七夕飾り・クリスマス飾り・お正月飾り等を利用者と一緒に飾り付けをしている。玄関や洗面所等に季節の花を生けている。整然とせず、あえて家庭的な雰囲気が感じられるよう努めている。温度・光も日々の状況に合わせて居心地良く過ごすことが出来るよう努めている。	清潔に気を付け毎朝清掃しているので明るい共用空間になっている。事業所建設時に収納に工夫し、いやな臭いなどは全くない。窓からの外の景色は季節の移り変わりが感じられる。壁には季節感のある飾り物や写真があり、利用者はゆったりと過ごしている。	
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	殆どの利用者は、日中フロアにて過ごされている。気の合った利用者とのテーブル席を考えたり、仲良い同士は居室でラジオを聞いたり雑談したりと自由に過ごすことが出来るよう支援している。又一人になれる場所は居室にて対応している。		
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	入居時に今までの使い慣れた家具・身の回りの物を用意して頂きその方らしい居室になるように家族に協力して頂くよう支援している。又家族の写真等を飾っている。居室が手狭にならぬよう身に周りの物を季節毎に交換するよう協力して頂くよう支援している。	居室は綺麗に整頓されている。利用者が家から持ってきた家具やお気に入りの置物がありその人らしい個性のある居室になっている。衣類や寝具は家族が持参し、職員が手伝って一緒に片付けている。	
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	理解出来る利用者は一日の流れのスケジュールの掲示を見て居室やフロア等を行き来している。歩行不安定の利用者は夜間はPトイレを使用。又各々の居室には似顔絵や写真や名前を記入した紙を貼る等自分の居室を間違いないよう支援している。トイレの場所も案内掲示にて対応している。		

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	2270700111		
法人名	有限会社 ウイングス		
事業所名	グループホーム ほほえみ 2F		
所在地	静岡県伊豆市市山243-2		
自己評価作成日	平成27年9月10日	評価結果市町村受理日	平成28年4月11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=2270700111-00&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	10月	19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)】

利用者が認知症であることを十分に理解した上で、職員は利用者とのコミュニケーションをとり合い、笑い笑顔の時間が多く穏やかな暮らしが出来るようなホームを目指している。

【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	「人らしく暮らし続ける日々を愛で生きる」を常に念頭に置き、日々穏やかな其の人らしい暮らしが出来るようつとめている。		
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	区の一員として区費又は地域の祭典の寄付を納めている。又近くの畑作業の方とお話をしたり採れた野菜を頂いたりしている。		
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	ケアマネが市地域包括支援センターで行っている、各地域・各小中学校へ出向き認知症サポーター養成講座の講師をしている。		
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ヶ月に1回実施している。外部の出席者に事業所内の取り組みまたは出来事を報告し、率直な意見を伺って出来得る事は早急に改善している。		
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取り組んでいる	ケアマネが市主催の認知症施策検討会の一員として携わっている。また、ケアマネ連絡協議会、介護保険サービス提供事業所連絡会に出席し研修を通して実状を伝えたり助言をしてもらったりしている。		
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	具体的な行為を正しく理解して、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。帰宅願望の強い利用者様の事故防止のため玄関の施錠は行っている。		

静岡県(グループホームほほえみ 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
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	入社初期研修で身体拘束をしないケアの研修を行っている。職員間で虐待等に関する事柄を気軽に、話し合い・意見交換・相談が出来る雰囲気作りに努め虐待のないケアに取り組んでいる。時により気になる言葉使いをしている場合、その都度注意をして直すようにしている。		
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	現在介護職員は権利擁護に関する制度等の研修の機会がない状況。社協で行っている一人暮らしの方の支援員の来訪時には関わっている。		
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	契約時、出来得る限り2名の御家族が同席して、納得と理解をして頂き契約を取り交わしている。又、家族より疑問点等がある場合、わかるよう説明し理解してもらっている。		
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	家族来訪時の面談や介護計画説明時の話し合い等を通じて、利用者や家族の要望や意見を聴き、運営に反映に努めている。		
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	日々の申し送りや随時の話し合い又問題出現時の話し合い、日勤・夜勤の連絡ノートを活用し職員が意見や問題解決を提案している。即決できる事は実行に移行している。		
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	職員の緊急時の休み等の場合、ケアマネも含め、職員同士で話し合い勤務の調整に努めている。又行事等のある時は事前に勤務の調整を図っている。		
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	職員各々の力量と意欲を考慮しながら研修の実施に取り組んでいる。自発的に研修を受けたり、資質向上に向け職員からも遠慮なく研修参加の申し出を期待したい。		

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
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	H25年より市内の他グループホームと一緒に他施設研修を実施している。他施設での研修を通してサービスの質の向上を努める。		
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	無理強いをしない。施設に慣れていただく事を念頭に入れ、思いや要望が叶えられるよう努めている。御本人の表情や様子を観察し、リラックスできる時間や話せる機会をつくることにしている。認知症のため御自分の思い等が出しづらいことに苦慮している。		
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	初回面談又は電話相談時、ご家族の意向をじっくりお聞きして、可能な限り意向に沿えるようにしている。また来訪時、より良い関係が成り立っていくように努めている。		
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	必要のある福祉機器等の希望がある場合、業者に依頼し購入の支援をしている。当ホーム対象外の場合、担当ケアマネ又は居住地区地域包括支援センターに連絡をし必要とする支援の依頼をしている。		
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	日常生活の中で各々の能力に合った家事を自然な形で出来る様支援している。又永年に培った経験と知識をお聞きして生活の中に取り入れている。人生の先輩として接するように心掛けている。		
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	入居以来長時間共に過ごす時間が少ないことから、花見・遠足等の外出時御家族に参加依頼をし共に楽しい時間を過ごすことが出来るよう支援している。面会時、最近の様子等をお伝えし嬉しいこと心配なことを共に分かち合えるよう支援している。		
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・友人・近所の方等の面会時、ゆっくり話合える場所の設定やお茶等を一緒に召し上げて頂ける様にし、面会に来やすい雰囲気作りをしている。手紙が届くと返事を書く事の支援、電話の取次ぎをする等の支援をしている。		

静岡県(グループホームほほえみ 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
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	利用者各々の今までの生活歴・性格等の把握に努め利用者同士が陰湿な状況にならない様、又陰湿な状況の場合は、どちらの味方になる事のないよう職員が話題を変える等支援している。長時間過ごすフロアのテーブル席にも気を配っている。		
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	他施設への訪問時お会いする、入院先へのお見舞い等をしている。プライベートの時ご家族にお会いした場合、相談に乗ったり近況をお聞きしたりと利用終了後も家族との関係を継続している。		
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	日々の観察やコミュニケーションで得た情報を職員間で共有し、各々の利用者の思い・希望・意向の把握に努めている。又話しやすい様に心掛けている。		
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	入居時まで今までの生活歴・生活環境等を家族に記入して頂く。入居後は会話等からこれまでの暮らしぶりの把握に努める。又、職員間の情報を共有して確認をしている。		
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	入居者の各々のケース記録・バイタルチェック・食事の摂取量・排尿、排便の状態の把握につ努める。この事は職員間で話し合い情報を共有する。		
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	3ヶ月に1回のモニタリング、必要により随時介護計画を見直す。又家族の来所時、介護に対する意向をお聞きし、職員間で話し合い現状に即した介護計画作成に努めている。		
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	利用者各々の日々の様子(本人の話した言葉、行動、通常とは違う事柄等)をケース記録に記入し、気づきや工夫したいことはその都度、ケアマネ、職員間で話し合い提案し情報を共有している。		

静岡県(グループホームほほえみ 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
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	医療機関・訪問看護師・薬局の薬剤師・福祉器具業者・又関係する居宅支援事業者・地域包括支援センター等との情報交換や連携支援を行っている。		
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	各々の関連地域包括支援センター、居宅支援事業所ケアマネと、常に顔の見える関係を作り連携を密にしている。また各地域民生委員と顔なじみになる様努めている。		
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	利用者、家族の希望にて主治医を選択。当ホーム協力病院による月1回の訪問診察と家族介助による外来受診。状態説明が必要な方はケアマネが同行通常受診時は日常状態や異常を記入し、主治医に見て頂き適切な医療を受けられる様支援している。		
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	当ホーム協力病院の看護師が週2回来所。その都度バイタルチェック・体調を見ていただく。利用者の状態を相談しながら疾病、日常の健康管理、医療活用の支援を行っている。		
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	入院先に出向き、医師、看護師、理学療養士等より退院後の注意点等の情報、家族の意向を踏まえ退院に備えている。また家族よりの相談も受けている。		
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	重度になった場合を考慮して「医療連携対応指針意思確認書」を入居時に取り交わし当ホームとして出来る事を説明する。重度になった場合、主治医・家族・ケアマネ等と話し合い今後の方向を決め家族の不安を取り除くよう支援している。		
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	急変や事故発生時の対応のマニュアルは備えている。殆どどの職員は実践力を身に付けているが一部の職員が出来ていない。今後の課題である。		

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
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	自発的や消防署員立会いのもと避難訓練の実施。又夜間を想定して職員間の連絡網の訓練をしている。入居利用者の殆どが理解力低下のため困難が極まる。今後理解を得られるよう訓練を実施して行く。		
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	利用者各々の人格とプライバシー尊重を念頭に入ての対応や言葉掛けをしている。職員間で気になる対応や言葉掛けをしている場合はお互いに指摘をして直すようにしている。利用者に関する記録は利用者の目の届かない所に保管している。		
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	御自分の思いが表出出来ない認知症状が酷い利用者が多いため、表情・会話・行動を勘案し2～3の言葉を提案して、最終的には御本人が自己決定できるような会話を心掛けている。		
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	小人数ではあるが共同生活のため、食事やおやつ時間は皆さんと一緒に摂って頂いている。その他は利用者各々の希望に沿った時間を過ごしている。		
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	出来る方は御自分で着る洋服を選んで着脱している。又家族と疎遠だったり遠方の場合利用者と一緒に好みの買い物をしている。季節に合わない重ね着の場合、さりげなく更衣介助をしている。希望があれば化粧水・クリームの使用。理容師が来所にて散髪の実施。		
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	季節に摂れる食材をなるべく使用している。又季節に関する行事の献立や誕生日の祝い膳の実施。食事作りは職員と一緒にしていないが下膳片付け、食器拭き、野菜の下ごしらえ等は職員と一緒に実施。利用者と職員がテーブルにて話しながら食事をしている。		
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	食事摂取量チェック表の記入。残した場合職員間で検討し全量摂取出来る様支援。味付け等は利用者にとって適切になる様努めている。水分は食事以外に、10時・14時・15時・入浴後・散歩後に摂取している。一部の利用者の拒否に苦慮している。		

静岡県(グループホームほほえみ 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
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	朝・昼・夕前・10時・15時前のうがいと毎食後の口腔ケアの促し介助。義歯装着者は夕食後より洗浄液に漬置きの実施。		
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	個々に排泄チェック表に記入し、排泄パターンの把握に努める。出来る限りトイレを利用する様支援している。羞恥心、失敗する事の不安を軽減するよう気を配る。リハビリパンツ・パット・布パンツ等の使用は職員間で話し合っ決めて。出来得る限る布パンツに移行できるよう支援する。		
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	歩行運動や水分補給の促し声掛けの実施。排泄チェック表にて排便の確認と間隔の把握に努めている。便秘の症状の酷い方は主治医、訪問看護師に相談をして対処をしている。便秘の酷い方が水分補給を拒否するため苦慮している。		
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	入浴日はある程度決めているが、利用者の体調、希望にて柔軟に対応をしている。現在入浴を嫌がる方はいないが、嫌がる場合は無理強いせず、気分よく入浴できる声掛け、誘導の実施。各々の好みの温度に気を配りゆっくり入浴できるよう支援している。		
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	利用者各々の体調や希望により自由に休息を取っている。夜間の居室は利用者の体調に合わせ、温度・湿度・照明等に気を配っている。寝具の保清は週1回洗濯をして安眠できるよう支援している。		
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	内服説明書を各個人ファイルに綴っている。薬について疑問等がある場合、薬剤師・訪問看護師・医薬書等で目的・副作用・用法・容量の理解、や確認に努めている。訪問看護師来所時に、症状の変化を伝え対処方法を相談し対応するよう努めている。		
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	各々の出来ることを見極めて負担にならない役割を決めている。役割の終了後は必ずお礼と労いの言葉を掛けて支援している。歌を歌う、テレビやDVDを見る、新聞を見る、雑巾等を縫う等出来得ることでの気分転換の支援をしている。		

静岡県(グループホームほほえみ 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
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	気候・気温・体調等を勘案して散歩・日向ぼっこ等戸外に出かけられるよう支援している。一人暮らしだったり、家族が居ても遠方又は疎遠だったりする利用者が多い為家族の協力が得られない事が多い。協力して頂ける家族には、遠足・花見・外出等と一緒に行って頂いている。		
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	金銭の所持はありません。職員と一緒に、遠足・近所の祭典の出店での買い物が出るよう支援している。		
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	手紙を書ける方には便箋・封筒・切手等を用意して、文章の書き方の要請があれば応えて、投函する等支援している。電話をかけたらかかってきた場合、話しやすい状況で会話が出来るよう支援している。又ホームより利用者個々に暑中見舞い・年賀状の葉書を出している。		
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、居心地よく過ごせるような工夫をしている	掲示物や季節が感じられる様七夕飾り・クリスマス飾り・お正月飾り等を利用者と一緒になり飾り付けをしている。玄関や洗面所等に季節の花を生けている。整然とせず、あえて家庭的な雰囲気が感じられるよう努めている。温度・光も日々の状況に合わせて居心地良く過ごすことが出来るよう努めている。		
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	殆どの利用者は、日中フロアーにて過ごされている。気の合った利用者とのテーブル席を考えたり、仲良し同士は居室でラジオを聞いたり雑談したりと自由に過ごすことが出来るよう支援している。又一人になれる場所は居室にて対応している。		
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	入居時に今までの使い慣れた家具・身の回りの物を用意して頂きその方らしい居室になるように家族に協力して頂くよう支援している。又家族の写真等を飾っている。居室が手狭にならぬよう身に周りの物を季節毎に交換するよう協力して頂くよう支援している。		
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	理解出来る利用者は一日の流れのスケジュールの掲示を見て居室やフロアー等を行き来している。歩行不安定の利用者は夜間はPTイレを使用。又各々の居室には似顔絵や写真や名前を記入した紙を貼る等自分の居室を間違え事のないよう支援している。トイレの場所も案内掲示にて対応している。		