

### 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	2172600492		
法人名	株式会社 介護社希望が丘		
事業所名	グループホームひまわり		
所在地	岐阜県揖斐郡揖斐川町谷汲長瀬1795番地9		
自己評価作成日	平成27年8月30日	評価結果市町村受理日	平成27年11月20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	<a href="http://www.kai.gokensaku.jp/21/1/index.php?act=on_kouhyou_detai_2015_022_kani=true&amp;ji_gyosyoCd=2172600492-00&amp;Pr ef Cd=21&amp;Versi onCd=022">http://www.kai.gokensaku.jp/21/1/index.php?act=on_kouhyou_detai_2015_022_kani=true&amp;ji_gyosyoCd=2172600492-00&amp;Pr ef Cd=21&amp;Versi onCd=022</a>
----------	---

**【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 旅人とたいようの会
所在地	岐阜県大垣市伝馬町110番地
訪問調査日	平成27年10月23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)】**

グループホームひまわりは、周囲に山や川があり、自然あふれる環境に立地しています。近くには谷汲山華厳寺、谷汲ゆり園と名所があり、本年は揖斐川町谷汲地区にて全国育樹祭が開催されます。自然に親しみ、四季の変化を感じられる環境では、自然と足が外に向き、散歩やドライブを楽しみます。時には喫茶店でんびりなんてこともあります。建物が小さいので、その分外出には力を入れています。建物が小さいことで不便を感じることはありませんが、ご利用者さま同士、職員との距離は近く、細かく目が届く介護が出来ていると思っています。自然と会話出来る距離にいますので、安心して繋がるようです。反面、距離が近いことで、ご利用者さま同士が影響し合い、口論になったり、落ち着かなくなることもあります。しかし、共同生活という場面で人と人が影響し合うことが、良くも悪くも当たり前の社会生活だと思えます。認知症のご利用者さま同士が支え合う姿は、グループホームだからこそです。

**【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)】**

山を背に、前には根尾川を臨みこじんまりとした事業所である。改築し、居間と食堂を別にしたり、戸棚を作ったり、廊下を広くするなど、空間を多くする工夫をしている。開設13年目を迎えるが、「手を出さない、口を出さない、見落とさない」理念を守り支援している。職員の退職者もなく、若い新人職員と幅広い年齢層でそれぞれの知識を出し合い、利用者との会話できる時間を作っている。食事には特にこだわり、手を抜かず、最初から、手づくりしている。ユニット毎に、利用者の好みや旬の食材でメニューを考え、食べなれた味付けして楽しく完食できるよう調理している。地域住民に呼びかけ公民館と一緒に夏祭りをして、つながりを深めている。受診、買い物、美容院、自宅にと家族とも話しあいながら利用者の意向に沿って支援している。

**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、生き活きと働けている (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、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	理念は一度見直しを行いました。現在は原点に戻った理念となっています。法人理念が事業所理念の足りない部分を補っています。シンプルかつ基本となる姿勢を表した理念であり、わかりやすい理念となっています。	「口を出さない、手を出さない、見落とさない」の理念が、開設時から管理者はじめ全職員が共有している。「利用者にとってどうか」現場で常に話しあいながら実践につなげている。	
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	運営推進会議や中学生ボランティアの受け入れを通して、地域の一員として受け入れられていると感じています。日常的な交流については課題です。開かれた環境、地域住民の理解向上と二つの側面に対する働きかけに取り組んでいます。	夏祭りを公民館で催し、ボランティアに来た中学生の親にも参加を促し交流を深めている。定期的に僧侶の法話を聞いたり一緒にお経を唱えたりしている。又、職員が地域の消防団員として協力している。	
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	管理者は認知症キャラバンメイトとして町内の老人クラブ、サロン、学校等で認知症サポーター養成講座を福祉課、社協と連携して月1～2回程度開催しています。また夏休みの学生ボランティアの受け入れを毎年おこなっています。		
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	施設の運営状況、サービスの実際、運営の方向性等の報告をし、助言や情報交換をおこなっています。利用者家族、他職種の参加が得られておらず、今後も課題となっております。	地域代表・民生委員・行政で開催され、事業所から現状の報告をしているが、運営に対する地域代表から意見が少ない。会議記録は家族に報告している。しかし、本人・家族が参加していない。	情報提供表にメンバー(家族・本人)を明記し、家族参加を促しながら、事業所の現状報告と共に、メンバー全員から、運営に関する意見要望を得られるよう期待する。
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	揖斐川町施設職員連絡会による合同研修会の開催、認知症サポーター養成講座の開催を福祉課と連携しておこなっています。その関わりの中で、私達の施設の特徴、介護に対する取り組みや思いの共有に努めています。	利用者の書類手続き、空き情報など事業所の現状を伝えに出かけている。利用者と一緒に立ち寄る事もある。行政と連携し認知症の理解にサポーター養成講座を開催している。	
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	身体拘束廃止委員会があり、3か月に一度会議を開き、拘束等について検討をおこなっています。拘束ゼロに取組み、身体拘束に対する理解を深めています。	「身体拘束をしない」を勉強会で確認し、話し合っている。見守り、声かけで転倒を防ぎ、床を這って移動する利用者もいる。職員同士がことば使いにも注意し合っている。	
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	認知症介護では思い通りにいかないことが多々あります。お互いが虐待に対する認識を常にもち、意識して感情を抑制した対処をおこなうことが必要です。第三者の立場の目でそれぞれがみられる職場環境づくりに努めています。		

グループホーム ひまわり

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	成年後見人制度が必要と思われるケースでは関係機関と連携した対応が出来るように研修や勉強会を通して学んでいます。直接対応をすることが少ない職員については、理解度はまちまちです。必要な時にアドバイスをしています。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	利用料金、看取り、サービスの範囲など、契約時の説明に加え、本人、ご家族様の生活の要望、経済状況等に応じた対応をおこないます。利用料や制度の変更については文書で通達して同意書を頂きます。不明・疑問には、来所時又はTELにて対応します。		
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	ケアプランの更新の際に手紙を送付しており、ご家族様の思いや要望の欄を文書に設けて返信を頂いています。しかし、家族会の開催などやとり組める体制が出来てきたところであり、家族の声を聴くという取組みの発展はこれからです。	家族には訪問時や、電話でたずねている。介護計画には文書で丁寧に情報を伝え意見を求めている。夏祭りに参加を呼びかけ、家族会で意向を聞き運営に反映している。	
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	管理者は職員の気づきや意見を常に聞ける体制にあり、相互関係づくりに努めています。特に若い職員の提案は積極的に取り入れると共に、研修参加等を通じた学びの機会提供に努めています。	管理者は日々時間を作って職員の声を聞いている。年1回自己評価を実施し、職員と個別に夜間や屋外で話している。利用者に合った食器の購入、家具の配置など提案を実現している。	
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	運営者は、加算金活用による処遇改善の取組み、人事考課の見直し、新人、リーダーを対象にした研修の実施等をおこなっています。また、管理者は役職員会議で事業所の取組みや課題を伝え、運営者は職場環境整備に努めています。		
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	本年度より外部講師を招き、新人、リーダークラスを対象とした研修を毎月計画的に実施。希望者は誰でも参加出来ます。また、外部研修受講の機会提供、資格取得支援をおこなっています。		
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	揖斐川町施設職員連絡会があり、他法人との合同研修会に参加して交流を深めています。年間計画の中で、研修企画・実施を担当する当番があります。また、他法人の認知症カフェへの参加、合同行事企画があり、質の向上、意欲向上に繋がっています。		

グループホーム ひまわり

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入居希望があった際は、本人情報を元に事前面談をおこない、短時間ですが、あいさつ、会話を通して本人の思いを探ります。そこで得た感触を現場職員に伝え、受け入れ体制を整えます。手探りですが、家族の情報から安心出来るキーワードを見付け、関係づくりをしていきます。		
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	インタビュー、アセスメントでは十分に時間をとり、本人情報、家族の思い、これまでの背景を聴き取ります。想いに沿う支援に努め、その結果を家族と共有します。新たに知ること、新たな一面が現れてきます。その積み重ねが関係づくりに繋がります。		
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	色々なケースがありますが、役場、社協、病院等、在宅時に支援していた機関と連携をとり、サービス利用についての検討をおこないます。また、本人・家族との面談、施設見学をして頂きます。初期の段階での不安・心配の軽減に努めます。		
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	利用者の個性、職員の個性がある中、「認知症の人」である前の、人と人との当たり前の関係づくりに努めています。しかし、身体障害の重い方、認知症のBPSDが重い方には一方的なケアになってしまう面もあります。反省と改善の繰り返しがあります。		
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	家族の事情に配慮した上で、家族だから出来る支援をお願いしています。また、毎月の通信、プラン等で情報を伝え、電話や来所時に家族の思いを確認しています。		
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	本人の行きたい場所、会いたい人の所へ行けるように家族とも連携しながら支援しています。また、会いに来てくれる兄弟や知人がまた来てもらえるような環境づくりに努めています。過去との繋がりが薄い方もおります。外部との関係づくりに努めています。	馴染みの関係を入居時に聞いている。行きつけの美容院や、敬老会、家の仏壇にお参りしたいなど出かけている。知人友人の訪問時には再来をお願いしている。娘・孫と年賀状や手紙を交換している。職員が代筆することもある。	
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	身体機能、認知症状の障害の程度の違いにより摩擦が起きることがあり、調整に入ることがありますが、共同生活という環境の中での自然な繋がりも大事にしています。その方がうまくいくことがあります。但し、利用者のストレスには配慮しています。		

グループホーム ひまわり

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	利用者が他の場所へ移り住む時は、情報提供をおこないます。また、病院に入院することになり、サービスの継続が不能と判断された場合は、病院に顔を出し、本人・家族のフォローをしています。家族からの相談にも応じています。		
<b>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</b>					
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	家に帰りたい、家族に会いたい、好物を食べたい等々、同じ言葉を繰り返す人もいれば、毎回違うことを言われる人もいます。また、希望を言わない人、言えない人もいます。その時の言動や表情を汲み取り、出来ないことは沢山ありますが、共感の姿勢で対応することに努めています。	夜間や入浴時など雑談の中から聞いている。外出・敬老会・買い物に行きたい、朝ゆっくりしたいなど把握している。ことばの少ない方には入居時のアセスメントを確認したり、言葉かけや表情から推察している。	
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	在宅のケアマネ、病院のケースワーカー、役場福祉課等からインテーク時に情報を得ます。また、利用開始前後に家族から情報を得ます。サービス開始後は本人の暮らしの中で発する言葉からも情報が得られ、その他の情報と照らし合わせ支援に活かします。		
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	インテーク時に得た情報からスタートして、出来ること、出来ない事の情報職員間で共有していきます。毎朝のミーティング時には気づきや変化を伝え、自立動作の可能性、支援方法等について意見交換をしています。		
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	日々の暮らしの中で職員が得ている本人の言動や想いの情報確認と、本人の言葉、家族の想いをまとめてプランに反映させます。来所が困難な家族にも電話や手紙で意見をお聞きして、それに応じたプランを作成します。また、本人に変化があった時は、随時見直しをしています。	ユニットごとに情報を把握し課題整理表で原案を作成している。家族には訪問時や電話等で要望を聞き、医師には受診時に指示を受けている。家族に原案確認書を送付し同意を得て作成している。	
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	日々変化する利用者の状態が介護記録からわかるように、身体状況、食事、排泄その他の情報を記録しています。また、どのような一日を過ごされたかが記されています。情報共有とサービス提供の実績として記録を活用しています。プラン見直しの際の経過確認としても活用します。		
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	通院支援、買い物や理美容院へ行くなど個々のニーズに応じて対応しています。特に通院については、日々の様子をよく知る職員が対応することで、双方にとって安心できる形となっています。本人、家族が安心と笑顔で過ごせる為の視点で柔軟に対応することに努めています。		



グループホーム ひまわり

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	ボランティアとの交流、馴染みの美容院に行く、公民館で行事をおこない地域の方にも参加して頂く、地域のサービス事業者が開催する認知症カフェに行き交流を深めたり、イベントで交流したり、外への活動に組み始めています。外への働きかけが新たな支援に繋がります。		
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	負担軽減から入所前の医療機関から施設が連携している医療機関に替わるケースがほとんどです。その場合は、十分な説明と情報提供書等で医師に今までの状況を確認して頂きます。また、歯科、皮膚科、眼科、総合病院の受診等、個別ニーズに合わせて受診支援をおこないます。	協力医に変更する利用者もあるが、従来のかかりつけ医の継続受診の利用者もある。かかりつけ医への受診は家族と一緒に職員も同行している。利用者の状態を知らせ指示を受け連携している。	
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	健康上の異変を感じた時は、医療機関に連絡をとり、助言、受診又は往診により24時間対応して頂く体制となっています。日々の変化を記録して、情報を職員間で共有することで、早期発見、早期対応に努めています。		
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。	地域の中核病院とは日頃より関係性を築いています。病院ケースワーカーと連携をとり、柔軟に対応して頂いています。最終的には医師の判断ですが、本人・家族の希望により予定より早く退院に繋がるケースもあります。また、家族からの支援が困難なケースもあり、職員がフォローしています。		
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	施設として看取りの経験を積み重ねてきました。提携医療機関の医師は協力的で、早い段階で家族との面談をとり、今後の方針の確認をおこなっています。本人・家族の意思は状況により変わることを前提として、随時家族、医師に情報提供をおこない、対応を確認します。今後は看取り後の振り返りも含めた記録の充実も図っていきます。	入居時に看取りの指針(事前)を説明している。利用者の状態に合わせ医師を交えて入院か事業所かで話し合っている。看護師は配置していないが協力医とは24時間連携できている。看取り後も職員はケアの振り返りをして学びあっている。ターミナル研修を重ね支援の向上に努めている。	
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	一年に一回、心肺蘇生(AED訓練)を救命士に来て頂き指導して頂いています。怪我の処置については医師より随時教えて頂いています。マニュアルを作成しています。すべての職員の実践力については、今後も訓練を重ねて行く必要があります。		
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	年二回の防災訓練をおこなっています。通報装置の通報先には地区住民の連絡先も含まれており、地域の協力をお願いしています。水や食料等の備蓄をしています。	夜間想定を含め年2回の避難訓練を実施している。反省事項を記録に残している。近隣との連絡網・事業所の図面・写真を配布し住民会議で協力連携を申し出ている。地域災害時の避難先(公民館)や、備蓄も整えている。	

グループホーム ひまわり

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	本人の立場に立った視点、性質を理解した対応に努めています。しかし、認知症のBPSDの対応に苦慮して感情的な言葉を発してしまうこともあります。そのようなことが当然とならない職場の空気を維持していくことが大切です。第三者の視点で尊厳についての確認・対応の修正をします。	特に、トイレ誘導時や入浴時など、ことば使いや人格を尊重した対応に、職員同士が注意しあい、「おかしいことは、おかしい」と注意し合える仲間づくりをしている。	
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	一日の日課の流れはありますが、本人の行動を待つこと、日課とは違う行動の選択することに柔軟に対応しています。選択肢を提案して本人の自己決定を促す場面作りをします。自己表現が困難な人でも動きや表情から読み取ります。		
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	基本的な日課に沿った生活の流れはあります。しかし、毎日同じペースでは生活されませんし、職員の都合通りには動いて頂けません。個々の思い、主張をどこまで受け入れ、共同生活という環境での支援をしていくかは試行錯誤の毎日です。職員の柔軟な姿勢を導く調整は必要です。		
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	服装や髪型などの趣味・こだわりはそれぞれにあります。本人と話しながら好みを把握して、それぞれに合った支援をします。一緒に服を買いに行く、行きつけだった美容院に行く等があります。自己表現が困難な方は、家族から昔の様子を聞くこともあります。		
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	好きなモノを聞いてメニューに取り入れています。施設内で調理を一からおこなうことを法人のこだわりとしています。利用者の調理への参加はあまり出来ていません。職員の意識を変えることが今後の課題です。	インスタント物は使用せず、最初から手作りすることを原則としている。旬の食材で利用者の好みを取り入れ、ユニットごとの別メニューにしている。利用者の状態から調理を一緒にすることが難しくなったが、楽しく一緒にできる事(おやつ作り)を考えている。	
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	食事に対する意欲が低下した人にまず食べてもらうことが一番です。個々の好み、嚥下状態の把握、食事形態の工夫をします。食事、水分の摂取量を把握し、変化に注意します。状態により個別のメニューを用意することもあります。		
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、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	食後の口腔ケア、義歯の管理をおこないます。誘導すれば自立でケア出来る人、全面的な援助が必要な人等があり、個々の状態による支援をおこないます。義歯が合わなくなった時、齲歯がある時は歯科診療所を受診します。歯科医より口腔ケアの指導を受けます。		

グループホーム ひまわり

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	身体機能が低下してもギリギリまでトイレでの排泄を目指します。排泄のサインに応じトイレ誘導を行います。失敗された時は羞恥心に配慮した対応を行います。本人の負担軽減の為に、オムツ使用量を抑える工夫をします。	尿意の有無を把握し、できるだけトイレに誘導し座ってもらうことを支援している。サイン(表情・動作)を知り自立につなげる工夫をしている。本人に適したおむつの種類を業者を招いて学習をしている。	
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	個々の排泄状況をチェックして体調管理をおこなっています。排便がない場合には、食事やおやつで調整します。それでも排便がない時は、下剤を使用して排便を促します。医師と相談して調整します。		
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、個々にそった支援をしている	入浴の時間帯、曜日は個々に決まっています。但し、本人の体調、意思により変更することはあります。	利用者の希望で1番に入りたい、自分で身体を洗いたい、保湿剤を入れたい等、希望をかなえている。家庭風呂で脱衣場が狭いので、廊下をカーテンで仕切り空間を作っている。入浴時に利用者の昔話を聞くことがあり、急かせず、ゆっくりの入浴を楽しんでいる。	
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	日中は活動して夜間は寝ることを支援していますが、個々の生活習慣や体調等により起床・就寝時間は一律ではありません。夜間不眠の人は、安易に眠剤を使用せず、生活上の支障が出ていない場合は経過をみます。但し、心身の状態が不安定となる場合は、医師に相談します。		
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	服薬マニュアルを作成して、誤薬防止に努めています。服薬介助の際は複数確認を基本としています。個々の服薬内容、処方変更については、伝達しています。重要な薬については概ね職員は把握しています。処方変更の際などは経過を医師に報告します。		
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	役割りを持つこと、髪を切ったり、おしゃれをすること、外に出掛けること、趣味やレクリエーション活動に参加することなど、個々の能力に応じて支援します。機能低下により活動に大きな制限がある人でも何かないかと試行錯誤しています。		
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。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支援している	散歩、ドライブ、外食、買い物、喫茶店などに出掛け、閉じ込めたケアとならないように努めています。本人・家族等の要望に応えることもあります。地区の公民館を利用して地域の人達と触れ合う企画や他法人の認知症カフェに出掛けて行くなど、活動の幅の拡大に努めています。但し、押し付けにならないように配慮もします。	建物の構造上できる限り屋外に出かけている。利用者の意向に合わせて買い物、趣味、美容院、公民館へと、外出支援をしている。地域のカフェに出かけ思わぬ知人と出会える楽しみもある。	



グループホーム ひまわり

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	利用者が所持するお金は基本は管理しないことになっています。但し、お金を所持することで安心されるケースがあります。家族と相談して少額を所持されることはあります。買い物で直接レジでの支払いが難しい人でも、自分の財布から出すことが安心になります。		
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	入居の際に家族に電話をかけても大丈夫かどうか、何時ならかけても大丈夫かをあらかじめ確認しています。頻繁にかけるとは家族の負担となってしまうので配慮します。年賀状をはじめ手紙を出すこともあります。形が残るものは本人も家族もうれしいものです。		
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	空間が狭いこともあり、個々の利用者の居場所、距離感に気を配ります。それぞれ自分の固定の居場所があったりしますので、居心地よく安心して過ごせるようにさりげなく配置します。また、室内の季節感を出すための装飾や写真を貼るなど自分が居ても良い場所という認識を高めます。	狭い空間を、居間と食堂を別にしたり、ソファやテレビの位置を工夫し空間を作っている。窓際に安楽椅子を置き、自然の山・田畑、コスモス畑が見渡せ季節を知ることができる。廊下には物を置かず空間を作る工夫をしている。	
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	通路奥や食堂など、少し距離がおけるスペースはあります。食後にふたりで会話をしていたり、通路奥で外を眺めていることは出来ます。ひとりでそっと過ごしたいという気持ちを尊重します。		
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	部屋の内装や家具の配置を大きく変えることは出来ませんが、個々の利用者が過ごしやすいように工夫はしています。手すりや柵を新たに造設したり、家具の配置を変えることもあります。また、なじみのモノをお持ち頂くこともあります。	居室入り口には、一人ひとり好みののれんを掛けている。家から持参した家族写真や、趣味の作品を飾り、化粧品、書籍、新聞など動線を考え使いやすい位置に置いている。	
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	安全に移動が出来る様にホール・通路の動線の確保に注意しています。また、居室でポータブルトイレを使用される方の為に手すりの造設等おこないます。安全とリスクの境界線を検討し、利用者の残存機能を活かせる支援に努めています。		

### 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	2172600492		
法人名	株式会社 介護社希望が丘		
事業所名	グループホームひまわり		
所在地	岐阜県揖斐郡揖斐川町谷汲長瀬1795番地9		
自己評価作成日	平成27年8月30日	評価結果市町村受理日	平成27年11月20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	<a href="http://www.kai.gokensaku.jp/21/index.php?act=on_kouhyou_detai_1_2015_022_kani=true&amp;ji_gyosyoCd=2172600492-00&amp;Pr_efCd=21&amp;Versi_onCd=022">http://www.kai.gokensaku.jp/21/index.php?act=on_kouhyou_detai_1_2015_022_kani=true&amp;ji_gyosyoCd=2172600492-00&amp;Pr_efCd=21&amp;Versi_onCd=022</a>
----------	---

【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 旅人とたいようの会		
所在地	岐阜県大垣市伝馬町110番地		
訪問調査日	平成27年10月23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)】

--

【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)	○	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、生き活きと働けている (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、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	理念は一度見直しを行いました。現在は原点に戻った理念となっています。法人理念が事業所理念の足りない部分を補っています。シンプルかつ基本となる姿勢を表した理念であり、わかりやすい理念となっています。		
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	運営推進会議や中学生ボランティアの受け入れを通して、地域の一員として受け入れられていると感じています。日常的な交流については課題です。開かれた環境、地域住民の理解向上と二つの側面に対する働きかけに取り組んでいます。		
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	管理者は認知症キャラバンメイトとして町内の老人クラブ、サロン、学校等で認知症サポーター養成講座を福祉課、社協と連携して月1~2回程度開催しています。また夏休みの学生ボランティアの受け入れを毎年おこなっています。		
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	施設の運営状況、サービスの実際、運営の方向性等の報告をし、助言や情報交換をおこなっています。利用者家族、他職種の参加が得られておらず、今後も課題となっております。		
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	揖斐川町施設職員連絡会による合同研修会の開催、認知症サポーター養成講座の開催を福祉課と連携しておこなっています。その関わりの中で、私達の施設の特徴、介護に対する取り組みや思いの共有に努めています。		
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	身体拘束廃止委員会があり、3カ月に一度会議を開き、拘束等について検討をおこなっています。拘束ゼロに取組み、身体拘束に対する理解を深めています。		
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	認知症介護では思い通りにいかないことが多々あります。お互いが虐待に対する認識を常にもち、意識して感情を抑制した対処をおこなうことが必要です。第三者の立場の目でそれぞれがみられる職場環境づくりに努めています。		

グループホーム ひまわり

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	成年後見人制度が必要と思われるケースでは関係機関と連携した対応が出来るように研修や勉強会を通して学んでいます。直接対応をすることが少ない職員については、理解度はまちまちです。必要な時にアドバイスをしています。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	利用料金、看取り、サービスの範囲など、契約時の説明に加え、本人、ご家族様の生活の要望、経済状況等に応じた対応をおこないます。利用料や制度の変更については文書で通達して同意書を頂きます。不明・疑問には、来所時又はTELにて対応します。		
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	ケアプランの更新の際に手紙を送付しており、ご家族様の思いや要望の欄を文書に設けて返信を頂いています。しかし、家族会の開催などやっ取り組める体制が出来てきたところで、家族の声を聴くという取組みの発展はこれからです。		
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	管理者は職員の気づきや意見を常に聞ける体制にあり、相互関係づくりに努めています。特に若い職員の提案は積極的に取り入れると共に、研修参加等を通じた学びの機会提供に努めています。		
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	運営者は、加算金活用による処遇改善の取組み、人事考課の見直し、新人、リーダーを対象にした研修の実施等をおこなっています。また、管理者は役職員会議で事業所の取組みや課題を伝え、運営者は職場環境整備に努めています。		
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	本年度より外部講師を招き、新人、リーダークラスを対象とした研修を毎月計画的に実施。希望者は誰でも参加出来ます。また、外部研修受講の機会提供、資格取得支援をおこなっています。		
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	揖斐川町施設職員連絡会があり、他法人との合同研修会に参加して交流を深めています。年間計画の中で、研修企画・実施を担当する当番があります。また、他法人の認知症カフェへの参加、合同行事企画があり、質の向上、意欲向上に繋がっています。		

グループホーム ひまわり

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入居希望があった際は、本人情報を元に事前面談をおこない、短時間ですが、あいさつ、会話を通して本人の思いを探ります。そこで得た感触を現場職員に伝え、受け入れ体制を整えます。手探りですが、家族の情報から安心出来るキーワードを見付け、関係づくりをしていきます。		
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	インテーク、アセスメントでは十分に時間をとり、本人情報、家族の思い、これまでの背景を聴き取ります。想いに沿う支援に努め、その結果を家族と共有します。新たに知ること、新たな一面が現れてきます。その積み重ねが関係づくりに繋がります。		
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	色々なケースがありますが、役場、社協、病院等、在宅時に支援していた機関と連携をとり、サービス利用についての検討をおこないます。また、本人・家族との面談、施設見学をして頂きます。初期の段階での不安・心配の軽減に努めます。		
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	利用者の個性、職員の個性がある中、「認知症の人」である前の、人と人との当たり前の関係づくりに努めています。しかし、身体障害の重い方、認知症のBPSDが重い方には一方的なケアになってしまう面もあります。反省と改善の繰り返しがあります。		
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	家族の事情に配慮した上で、家族だから出来る支援をお願いしています。また、毎月の通信、プラン等で情報を伝え、電話や来所時に家族の思いを確認しています。		
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	本人の行きたい場所、会いたい人の所へ行けるように家族とも連携しながら支援しています。また、会いに来てくれる兄弟や知人がまた来てもらえるような環境づくりに努めています。過去との繋がりが薄い方もおります。外部との関係づくりに努めています。		
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	身体機能、認知症状の障害の程度の違いにより摩擦が起きることがあり、調整に入ることがありますが、共同生活という環境の中での自然な繋がりも大事にしています。その方がうまくいくことがあります。但し、利用者のストレスには配慮しています。		

グループホーム ひまわり

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	利用者が他の場所へ移り住む時は、情報提供をおこないます。また、病院に入院することになり、サービスの継続が不能と判断された場合は、病院に顔を出し、本人・家族のフォローをしています。家族からの相談にも応じています。		
<b>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</b>					
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	家に帰りたい、家族に会いたい、好物を食べたい等々、同じ言葉を繰り返す人もいれば、毎回違うことを言われる人もいます。また、希望を言わない人、言えない人もいます。その時の言動や表情を汲み取り、出来ないことは沢山ありますが、共感の姿勢で対応することに努めています。		
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	在宅のケアマネ、病院のケースワーカー、役場福祉課等からインテーク時に情報を得ます。また、利用開始前後に家族から情報を得ます。サービス開始後は本人の暮らしの中で発する言葉からも情報が得られ、その他の情報と照らし合わせ支援に活かします。		
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	インテーク時に得た情報からスタートして、出来ること、出来ない事の情報職員間で共有していきます。毎朝のミーティング時には気づきや変化を伝え、自立動作の可能性、支援方法等について意見交換をしています。		
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	日々の暮らしの中で職員が得ている本人の言動や想いの情報確認と、本人の言葉、家族の想いをまとめてプランに反映させます。来所が困難な家族にも電話や手紙で意見をお聞きして、それに即したプランを作成します。また、本人に変化があった時は、随時見直しをしています。		
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	日々変化する利用者の状態が介護記録からわかるように、身体状況、食事、排泄その他の情報を記録しています。また、どのような一日を過ごされたかが記されています。情報共有とサービス提供の実績として記録を活用しています。プラン見直しの際の経過確認としても活用します。		
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	通院支援、買い物や理美容院へ行くなど個々のニーズに応じて対応しています。特に通院については、日々の様子をよく知る職員が対応することで、双方にとって安心できる形となっています。本人、家族が安心と笑顔で過ごせる為の視点で柔軟に対応することに努めています。		



グループホーム ひまわり

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	ボランティアとの交流、地域のサービス事業者が開催する認知症カフェに行き交流を深めたり、イベントで交流したり、外への活動に取組み始めています。外への働きかけが新たな支援に繋がります。		
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	負担軽減から入所前の医療機関から施設が連携している医療機関に替わるケースがほとんどです。その場合は、十分な説明と情報提供書等で医師に今までの状況を確認して頂きます。また、歯科、皮膚科、眼科、総合病院の受診等、個別ニーズに合わせて受診支援をおこないます。		
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	健康上の異変を感じた時は、医療機関に連絡をとり、助言、受診又は往診により24時間対応して頂く体制となっています。日々の変化を記録して、情報を職員間で共有することで、早期発見、早期対応に努めています。		
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。	地域の中核病院とは日頃より関係性を築いています。病院ケースワーカーと連携をとり、柔軟に対応して頂いています。最終的には医師の判断ですが、本人・家族の希望により予定より早く退院に繋がるケースもあります。また、家族からの支援が困難なケースもあり、職員がフォローしています。		
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	施設として看取りの経験を積み重ねてきました。提携医療機関の医師は協力的で、早い段階で家族との面談をとり、今後の方針の確認をおこなっています。本人・家族の意思は状況により変わることが前提として、随時家族、医師に情報提供をおこない、対応を確認します。今後は看取り後の振り返りも含めた記録の充実も図っていきます。		
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	一年に一回、心肺蘇生(AED訓練)を救命士に来て頂き指導して頂いています。怪我の処置については医師より随時教えて頂いています。マニュアルを作成しています。すべての職員の実践力については、今後も訓練を重ねて行く必要があります。		
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	年二回の防災訓練をおこなっています。通報装置の通報先には地区住民の連絡先も含まれており、地域の協力をお願いしています。水や食料等の備蓄をしています。		

グループホーム ひまわり

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	本人の立場に立った視点、性質を理解した対応に努めています。しかし、認知症のBPSDの対応に苦慮して感情的な言葉を発してしまうこともあります。そのようなことが当然とならない職場の空気を維持していくことが大切です。第三者の視点で尊厳についての確認・対応の修正をします。		
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	一日の日課の流れはありますが、本人の行動を待つこと、日課とは違う行動の選択することに柔軟に対応しています。選択肢を提案して本人の自己決定を促す場面作りをします。自己表現が困難な人でも動きや表情から読み取ります。		
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	基本的な日課に沿った生活の流れはあります。しかし、毎日同じペースでは生活されませんし、職員の都合通りには動いて頂けません。個々の思い、主張をどこまで受け入れ、共同生活という環境での支援をしていくかは試行錯誤の毎日です。職員の柔軟な姿勢を導く調整は必要です。		
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	服装や髪型などの趣味・こだわりはそれぞれにあります。本人と話しながら好みを把握して、それぞれに合った支援をします。一緒に服を買いに行く、行きつけだった美容院に行く等があります。自己表現が困難な方は、家族から昔の様子を聞くこともあります。		
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	好きなモノを聞いてメニューに取り入れたり、一緒に買い物に行くことがあります。施設内で調理を一からおこなうことを法人のこだわりとしています。利用者の調理への参加はあまり出来ていません。職員の意識を変えることが今後の課題です。		
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	食事に対する意欲が低下した人にまず食べてもらうことが一番です。個々の好み、嚥下状態の把握、食事形態の工夫をします。食事、水分の摂取量を把握し、変化に注意します。状態により個別のメニューを用意することもあります。		
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、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	食後の口腔ケア、義歯の管理をおこないます。誘導すれば自立でケア出来る人、全面的な援助が必要な人等があり、個々の状態による支援をおこないます。義歯が合わなくなった時、齲歯がある時は歯科診療所を受診します。歯科医より口腔ケアの指導を受けます。		

グループホーム ひまわり

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	身体機能が低下してもギリギリまでトイレでの排泄を目指します。排泄のサインに応じトイレ誘導を行います。失敗された時は羞恥心に配慮した対応を行います。本人の負担軽減の為に、オムツ使用量を抑える工夫をします。		
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	個々の排泄状況をチェックして体調管理をおこなっています。排便がない場合には、食事やおやつで調整します。それでも排便がない時は、下剤を使用して排便を促します。医師と相談して調整します。		
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	入浴の時間帯、曜日は個々に決まっています。但し、本人の体調、意思により変更することはあります。		
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	日中は活動して夜間は寝ることを支援していますが、個々の生活習慣や体調等により起床・就寝時間は一律ではありません。夜間不眠の人は、安易に眠剤を使用せず、生活上の支障が出ていない場合は経過をみます。但し、心身の状態が不安定となる場合は、医師に相談します。		
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	服薬マニュアルを作成して、誤薬防止に努めています。服薬介助の際は複数確認を基本としています。個々の服薬内容、処方変更については、伝達しています。重要な薬については概ね職員は把握しています。処方変更の際などは経過を医師に報告します。		
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	役割りを持つこと、髪を切ったり、おしゃれをすること、外に出掛けること、趣味やレクリエーション活動に参加することなど、個々の能力に応じて支援します。機能低下により活動に大きな制限がある人でも何かないかと試行錯誤しています。		
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。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、ドライブ、外食、買い物、喫茶店などに出掛け、閉じ込めたケアとならないように努めています。本人・家族等の要望に応えることもあります。地区の公民館を利用して地域の人達と触れ合う企画や他法人の認知症カフェに出掛けて行くなど、活動の幅の拡大に努めています。但し、押し付けにならないように配慮もします。		

グループホーム ひまわり

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	利用者が所持するお金は基本は管理しないことになっています。但し、お金を所持することで安心されるケースがあります。家族と相談して少額を所持されることはあります。買い物で直接レジでの支払いが難しい人でも、自分の財布から出すことが安心になります。		
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	入居の際に家族に電話をかけても大丈夫かどうか、何時ならかけても大丈夫かをあらかじめ確認しています。頻繁にかけるとは家族の負担となってしまうので配慮します。年賀状をはじめ手紙を出すこともあります。形が残るものは本人も家族もうれしいものです。		
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	空間が狭いこともあり、個々の利用者の居場所、距離感に気を配ります。それぞれ自分の固定の居場所があったりしますので、居心地よく安心して過ごせるようにさりげなく配置します。また、室内の季節感を出すための装飾や写真を貼るなど自分が居ても良い場所という認識を高めます。		
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	通路奥や食堂など、少し距離がおけるスペースはあります。食後にふたりで会話をしていたり、通路奥で外を眺めていることは出来ます。ひとりでそっと過ごしたいという気持ちを尊重します。		
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	部屋の内装や家具の配置を大きく変えることは出来ませんが、個々の利用者が過ごしやすいように工夫はしています。手すりや柵を新たに造設したり、家具の配置を変えることもあります。また、なじみのモノをお持ち頂くこともあります。		
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」「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	安全に移動が出来る様にホール・通路の動線の確保に注意しています。また、居室でポータブルトイレを使用される方の為に手すりの造設等おこないます。安全とリスクの境界線を検討し、利用者の残存機能を活かせる支援に努めています。		