

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	4270135165		
法人名	有限会社 風グループ		
事業所名	グループホーム 風の郷 (1号館)		
所在地	長崎市三京町1962番地		
自己評価作成日	令和元年10月10日	評価結果市町村受理日	令和2年2月14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.kaigokensaku.jp/42/
----------	---

【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 福祉総合評価機構
所在地	長崎県長崎市宝町5番5号HACビル内
訪問調査日	令和元年11月11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)】

利用者様、ご家族様、地域の皆様にも安心して生活できる場を提供させて頂けるよう日々努力しています。
施設内研修、外部研修等を取り入れ、施設にとって必要な資格取得であったり、職員一人ひとりのスキルアップの為に資格取得も含め必要な環境整備、職員間での協力を行っております。
また昨年4月には同グループ関連施設(サービス付き高齢者向け住宅)も開設しましたので、お互い協力をしながら風グループの活動を行っております。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

事業所は利用者のみならず家族の不安に寄り添い安心できるよう支援したり、職員も年2回の個別面談で意向を聴取し働きやすい環境となるよう努めており、理念に沿った運営が確認できる。職員は、利用者が自分で出来ることを見極め、出来ないことをサポートするよう心掛けている。プランターの苗の植え替えやハーモニカ演奏の指導、花を生けるなど一人ひとりの生きがいとなることを支援している。運営推進会議には家族が毎回数名参加し、質疑応答に時間を割いており、家族からの意見により運営に反映したケースも少なくない。職員に対しては、研修・教育に力を入れており、毎月の内部研修だけでなく、近隣の衛生関連会社の協力による研修会開催や外部研修など計画的に実施し職員の質の向上に向けて取り組んでいる。

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) ○	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広がったり深まり、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と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、安心して暮らせている (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	事業所の理念に対する施設内での研修を設け、認識を再確認しており、実践に繋げていくようにしている。	ユニット毎に介護理念を作成し、リビングに掲示している。法人内研修テーマとして介護理念を取り上げ、職員に周知を図っている。職員はできるだけ利用者自身でやってもらい、サポートが必要なことを手助けしており、本人の安定した生活と家族が安心できるよう支援に努めている。	
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	運営推進会議を中心に、地域の方々、行政担当の方に参加していただいている。地域行事である市道の草刈りにも毎年参加させていただいている。	事業所は自治会に加入しており、回覧板を回している。職員が地域の清掃活動に参加したり、利用者と一緒にペーロン大会や夏祭りに出掛ける等、地域の一員として交流している。万が一に備え、地域交番に入居者情報を提出し、連携体制を整えている。	
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	施設内研修を設けて、認知症介護に精通した職員の配置ができるよう指導の段階である。これから地域の人への理解や支援の方法を検討していきたい。		
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	ご家族や、地域の方々とのホームの交流の場にもなっている。昼食試食会など会食を通して、ご意見や要望も自然と出させていただき、ホームのサービスや、運営にかかわることなどにも活かさせていただいている。	年6回、自治会員、民生委員、包括支援センター、利用者家族等多数参加し、会議を開催している。利用者状況の他、活動や研修の報告を行っており、地域情報の収集の場ともなっている。意見や要望も議事録から確認でき、年1回昼食試食会を盛り込むなどサービス向上に活かしている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	生活保護の方もおり、担当の方と連絡、確認を行っている。事故があった場合は事故の状況や原因、再発防止などの報告を行い、指導や助言もいただいている。	管理者は運営上の疑問点を尋ねたり、事故報告等書類提出の際に行政担当窓口に出向いている。担当課職員の利用者面会や年1回介護相談員の訪問もある。ケア推進会議やハザードマップ作成、地域の徘徊模擬訓練に参加しており、協力関係を築くよう努めている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束についても、職場内での研修を設けて、理解を深めている。またセンサーマットの使用をされている方には適宜検討(3ヶ月毎)を行い、身体拘束解除に向けた取り組みや対策方法を適宜検討している。	職員は内部研修や外部研修にて身体拘束についての理解を深めている。3ヶ月毎の身体拘束適正化会議では、センサーマット使用経過報告や改善策等話し合い、拘束のないケアに取り組んでいる。一人で外に出た場合は、目的を尋ね一緒に歩く等、行動を抑制しないよう努めている。	
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	施設内研修や外部研修に参加し理解を深めようとしている。管理者をはじめ、職員は、声のかけ方、介護の方法、考え方等、その都度ケアを通して確認している。		

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
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	当施設にも成年後見人を立てている方もいるため、包括や外部研修主催の研修において制度の理解、実践していけるよう取り組んでいる。		
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	入居前のご見学の段階で、料金表等を確認しながら説明し、また契約時にも不明な点がないか確認し納得していただいた上で、契約を交わしている。料金改定時は、文書の交付、同意書を頂き理解、納得を図っている。		
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	電話や、面会時等に家族の思いや意見を聞き、要望があれば出来る限り応えられるように支援、対応を行っている。常に、利用者、家族の意見を尊重するケアを心掛けている。	契約時に重要事項説明書で「苦情の受付・処理体制・手順」を本人・家族に説明している。家族の訪問時に普段の様子を伝えたり、電話やショートメールでも思いや要望を聞いており、行事や外出時の写真を郵送している。家族の不安を安心に変えるため、好みの飲み物でもてなす等細かなことにも気を配っている。	
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	事務長、管理者、主任等と6カ月ごとに面談を行っている。管理者も、職員の悩み、要望に耳を傾け、職員間と会社側の調整もしている。	職員は半年に一度、自己評価を実施し、それを基に事務長、管理者、主任等との面談を行っている。毎月のスタッフ会議で出た意見や要望は、管理者がまとめて事務長に報告し検討する仕組みがある。職員の意見から脱衣所にエアコンを設置した事例がある。	
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	代表者と日々の状況をメール等にて報告を行っている。緊急報告などは事務長との連絡を行い、職場環境整備に努めている。		
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	実務者研修、実践者研修など取得の機会を取り入れ、個々のスキルアップに努めている。		
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	グループホーム連絡協議会や他施設での研修にも積極的に参加しており、交流を通じながら情報交換を行っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	管理者、ケアマネが入居前には必ず本人への面談や、家族からの情報収集、病院スタッフ、ケアマネ等からも細かい情報収集を行っている。ご家族の面会も自由に行き、本人の安心を確保できるように努めている。		
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	ご家族とは、入居前からコミュニケーションを十分にとれるように心がけている。事業所の理念、取り組みを理解をしていただき、また入居後もご家族からの要望を気軽に相談できるような体制作りを目指している。		
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	入居相談時にご利用者様の認知症の特徴や、ADL、経済状況、ご家族の希望など十分に把握し、ご利用者様の状況によっては有料老人ホームやサ高住への紹介も行っている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	職員は、ご利用者様の状況をしっかりとアセスメントしながら、一緒に洗濯物をたたんだり、テレビを見ながら会話を楽しんだりと本人が出来ることを見極めながら関係作りに努力している。		
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	ご家族の面会時には普段の状況や体調について等、その都度細やかに報告し、家族から気軽に相談等が出来る環境作りを目指している。家族様より外出などの希望があった場合にはスムーズな外出が出来るように支援している。		
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	面会、外出等は希望があれば本人様の体調を考慮しながら自由に行ってもらっている。	面会時間等に制限はなく、家族以外にも近所の人や昔馴染みの美容師等の訪問がある。職員と以前住んでいたところをドライブしたり、海を眺めに行ったり、馴染みのある店におやつを食べに行っており、慣れ親しんだ人や場所との関係が途切れないよう支援している。家族の協力を得て、葬儀に参列した利用者もいる。	
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	食卓やソファ等の座席の調整を行ったり、ご利用者様同士の関係を配慮して、うまくコミュニケーションがとれるように橋渡しをしている。入居者同士で上手く図れない時には職員が間に入り関係の構築に努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	入院を余儀なくされた場合にも、職員が交代でお見舞いに行ったり、亡くなられた時も葬儀に参列したり、ご利用者様、家族共に関係を崩すことがないように務めている。次のサービス移行時も事業所との連携を取り、情報をお伝えしたりしている。		
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	ご家族からの情報や、ご要望を中心に十分に確認しながら、可能な限り、サービスの意向に沿って支援する。面会時にも家族への報告、相談は確実にを行うようにしている。	普段の会話の中で、本人の記憶に鮮明に残っている事柄を聞き出し、個別支援に活かしている。入浴時や散歩時等話を聞いており、表出困難な場合には、表情や仕草から検討している。苗の植え替えや生け花、レクリエーションでのハーモニカ指導等個別に対応している。知り得た情報は連絡ノートで共有し、介護計画にも追記している。	
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	ご家族やケアマネなどからより詳しい情報をお尋ねする。今までのサービスの利用状況、及び、サービス移行の理由等を確認し、生活歴等情報収集し、把握に努めている。		
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	ご利用者様一人ひとりの言動、行動を注視して生活リズムを把握していく。また、毎日のバイタル測定を行い、食事や、排泄状況などご様子をみながら現状の把握に努める。		
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	ご家族からの希望を十分に反映し、まずは暫定プランを作成し確認をしている。状態変化等があった場合には、すぐにカンファレンスを開き、見直しを行うようにしている。	利用開始時は、ケアチェック表や診断書を基にケアマネジャーが計画案を作成し、会議を開き職員と検討し家族等の同意を得ている。更に利用開始1週間で会議を開き見直している。通常は訪問時に家族に希望を聞き取り、計画に反映し同意を得て、半年で見直している。また、タブレットを導入し、効率的に記録し支援に活かしている。	
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	介護記録、バイタル管理表を活用しながら、ご利用者様の日々の様子や状況変化を常に確認しており、毎日行うようにしているミニカンファレンスで、職員が情報の共有を行うことで、介護計画見直しの際に活かしている。		
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	本人の状態に応じて受診の支援を行ったり、ご利用者様のご希望に沿って散歩やドライブなど可能な限り、対応させていただいている。		

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
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	美容室の方の訪問散髪や衣服、必要物品類の買い物など、入居者が必要としているものを把握し地域との関わりがもてるように支援している。		
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	ホームに訪問診療して下さる医師はいるが、入居前のかかりつけ医など必要があれば入居後も連携をとり、ご利用者様が、安心して医療を受けられるように支援している。	家族同行の受診となるが、専門医など入居前からのかかりつけ医との関係を継続している。入居後、殆どの場合は協力医療機関へ家族の同意を得て移行している。職員同行による協力医の内科への往診を行っており、夜間急変時は、夜勤者が管理者へ連絡し、主任等が同行している。	
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	医療連携体制をとっており、1回/週の訪問看護と常に情報共有が出来るような体制作りと、職員との情報交換をおこないながら、迅速に対応できる支援を行っている。		
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。	入院時は適宜面会を行い、病院とも常に情報交換している。また、家族とも状況共有を行い、ご利用者様とのかかわりをなくさない様にとともに、早期退院に向けて主治医、ケースワーカーと連携を取りながらいつでも受け入れられる様な準備も整えている。		
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	入居時契約書を交わす時に、説明を行っているが、実際に重度化した場合は、担当医師を中心に管理者、ケアマネと具体的にお話し合いをしている。終末期においては、ご本人、ご家族のご意向を聞きながら施設での対応についても話を行っている。	入居時に重度化した場合における対応の指針を基に説明を行い家族の同意を得ている。また、終末期に関する教育として外部研修を受講し職員間で共有している。現在のところ、看取り支援の体制が整っていないことから、看取りは行っていない。	事業所としての終末期の方針を明文化し、家族に同意を得ていることから、体制を整備し、看取りに関する方針に沿って支援を行うための検討、取組みが望まれる。
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	事故発生時の対応についての手順、緊急連絡網を作成しており、職員にも周知徹底している。AEDは設置しており、施設内の研修を行っている。		
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日常的に防火管理及び消火、避難訓練等を実施することにより、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。また、火災等を未然に防ぐための対策をしている。	風水害も含め新たに消防計画の見直しを行い、非常時の連絡体制、個々の役割などを分担し、利用者、職員の安全確保のための訓練、確認を行っている。総合訓練では長崎北消防署の方に協力していただき、様々な訓練の実施を行っている。	防災マニュアルを整備し訓練を実施している。避難時の安否確認は、利用者の情報を記載した非常用持ち出し用ファイルを用いて行うこととしている。備蓄は水・米など1日分準備している。今年度、消防計画を風水害に対応できるように見直しているが、自然災害時の避難訓練の実施までには至っていない。	消防計画の見直しを行っており、地域住民との連携及び想定される災害を含め、火災以外の災害における避難訓練実施について期待したい。

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
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	今後も様々な外部研修、施設内研修への参加を行い、充実を図っていきたい。職員同士、声を掛け合い、プライバシーの配慮への意識を高めている。	トイレ誘導等は耳元で囁くなど利用者の尊厳に配慮している。利用者のプライバシー確保として写真などの使用に関する個人情報利用同意書を取得している。また、職員の守秘義務については、誓約書を入社時に取得している。交番に提出している利用者の写真付き情報も家族の同意を得ている。	
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	ご利用者様、一人ひとりの希望に沿ったケアを心がけている。アセスメントをしながら、職員は、ご利用者様の身体面、精神面、社会面を通して、さまざまな思いを察することができるように努力している。		
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	「パーソン・セントアド・ケア」を心がけているが、業務に追われてしまっている面も多々ある。業務の見直しを図りながら、ご利用者様が一日一日をどのように過ごしていきたいのか、話を聞き、察しながら、利用者様中心の生活になるように努力している。		
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	ご本人や、ご家族からお好みをお聞きし、お手伝いさせていただいている。衣替えの時期を中心に、衣服の購入なども依頼、また職員にて購入を行い整理整頓も行っている。		
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	毎月1日の赤飯、15日のちらし寿司、毎週日曜日のパンは恒例となっており、ご利用者様の方々にも楽しみの一つになっている。また、定期的にレクリエーションとして、普段と違うものを、昼食やおやつとして提供している。	利用者の状態に合わせて刻み食やトロミ食等を提供している。嫌いな食材の場合は、同じ種類の異なるもので代用し、箸等が持てない場合はおにぎりを準備するなど配慮も窺える。また、外食に出掛ける他、正月や誕生日には行事食も提供するなど食事が楽しくなるよう支援している。	
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	ご利用者様、それぞれに食事形態(刻み、おかゆ、ミキサー等)も考慮している。毎食の食事チェック、一日の水分量チェックを行い、一人ひとりの状態把握に努めている。又、食事量低下等あればDrへ随時報告をおこなっている。		
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	毎食後口腔内ケアを実施している。ご自分で出来る方はおこなっていただき、出来ない方は職員の介助にて実施している。又定期的な歯科の往診、指導も受けている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	利用様様の排泄パターンを把握し、その人に合ったトイレ誘導を行い、失禁の軽減に努めている。ズボンの上げ下げなど、可能な事は出来る限りお願いしている。また、健康管理表にて排便確認や排便コントロール管理もやっている。	健康管理表で排泄パターンを確認しトイレ誘導している。できるだけトイレでの排泄を促すため、夜間にはポータブルトイレの利用もある。ポータブルトイレは屋間は布を掛けており、さりげない配慮がみえる。排便コントロールとして、便通改善に医師からの投薬指示を受け支援している。	
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	牛乳や利用者様によってはヤクルト等を飲んでいただき、なるべく自然な形での排便を促していけるよう取り組んでいる。水分摂取量、排便の有無をチェックして、下剤の量の調整も看護師、Drへ相談しながら行っている。		
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、個々にそった支援をしている	毎日のバイタルチェックにて利用者様の体調確認を行い、一人ひとりのADLに合わせて入浴を行っている。	週に2回以上の入浴で希望があれば夜間以外はいつでも入浴可能となっている。入浴できない場合は、清拭等に対応している。入浴拒否の場合は時間や担当職員を変更するなどして対応し、入浴時には入浴剤や季節によっては菖蒲湯などで入浴が楽しめ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	利用者様個々の認知症の特徴、ADLなどを把握して、日中を過ごして頂いている。また気候に応じ、戸外へのドライブ、散歩、日光浴など、日中の活動性を高められるように工夫している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	薬の説明書を個人ファイルに綴じ、変更、追加時には連絡帳に記入し、職員全員が把握出来る様にしている。症状の変化が見られた場合は、すぐに担当医に報告している。また、薬は所定の場所に保管し、内服時は名前、日付の確認・声を出して行い、記録にもサインをして、責任の所在もはっきりとして、誤薬がないよう努力している。		
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	入居時にご家族から、ご利用様の全体像が大まかに把握できるようにアセスメントさせていただいている。入居後は、ご利用者様のご様子を確認させていただきながら、毎日楽しく過ごせるような支援を目指している。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	利用者様の状態を見ながら施設周辺の散歩を行ったり、ドライブ、外食等の支援を行っている。家族様との外出希望も支援させていただいている。	散歩程度の外出は気候がよいときは車椅子利用者も含めて毎日のように行っている。棟続きの他事業所への行き来で外出気分を感じられる工夫もある。家族との外出にもトイレ介助等支援のため職員が付き添うなど利用者の希望に沿って支援している。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	買い物のときは、ご家族に相談し、ホームで立て替えたり、必要な支援をさせていただいている。		
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	電話や手紙の希望があればその都度対応できるようにしている。		
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	まず、清潔を保ち、整理整頓に心がけている。日中は、採光を十分に取りこみ、空気の入替えをしている。フロアの飾りつけを利用者様と一緒にいき、季節感を感じられる工夫をしている。	共用空間は清潔を保持しており、光や音、温度は適切に調整している。居間や廊下の壁には季節ごとに折り紙などを貼り、日めくりカレンダーと共に季節や時間の認識ができるよう工夫している。また、居間には畳のコーナーがあり、本人が自由に寛げる環境を整えている。	
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	ソファを置いたりしながらゆっくり過ごせるような環境づくりを心掛けている。利用者様同士のコミュニケーションの場にもなっており、休息時や独りになりたい時は居室にて過ごして頂く時間も確保している。		
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	身の回りの物は、入居時に出来るだけ使い慣れたものを持ってきて頂いたりして、本人が居心地の良い生活空間になるよう、またご自分の家だと思ってもらえるよう支援しているが利用者様の状況によっては物がある事で転倒やけがの恐れもあるので随時相談をさせて頂いている。	畳とフローリングの居室があり、身の回りのものの持ち込みの制限はなく、利用者の状態に合わせてベッドか布団かを選択でき、動線に合わせ配置等工夫している。職員が毎日清掃、換気を行っており、臭気もなく居心地よく過ごせるよう支援している。	
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	居室には仏壇や鏡台を置いている方もおられる。転倒の恐れがあられる方は、居室のベッドを布団にしたり、柱にソフトカバーをつけたり工夫をしている。		

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	4270135165		
法人名	有限会社 風グループ		
事業所名	グループホーム 風の郷 (2号館)		
所在地	長崎市三京町1962番地		
自己評価作成日	令和元年10月10日	評価結果市町村受理日	

※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.kaigokensaku.jp/42/
----------	---

【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 福祉総合評価機構
所在地	長崎県長崎市宝町5番5号HACビル内
訪問調査日	

【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)】

利用者様、ご家族様、地域の皆様にも安心して生活できる場を提供させて頂けるよう日々努力しています。
施設内研修、外部研修等を取り入れ、施設にとって必要な資格取得であったり、職員一人ひとりのスキルアップの為に資格取得も含め必要な環境整備、職員間での協力を行っております。
また昨年4月には同グループ関連施設(サービス付き高齢者向け住宅)も開設しましたので、お互い協力をしながら風グループの活動を行っております。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

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広がったり深まり、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	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、安心して暮らせている (参考項目:28) ○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない		

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I.理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	事業所の理念に対する施設内での研修を設け、認識を再確認しており、実践に繋げていくようにしている。		
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	運営推進会議を中心に、地域の方々、行政担当の方に参加していただいている。地域行事である市道の草刈りにも毎年参加させていただいている。		
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	施設内研修を設けて、認知症介護に精通した職員の配置ができるよう指導の段階である。これから地域の人への理解や支援の方法を検討していきたい。		
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	ご家族や、地域の方々とホームの交流の場にもなっている。昼食試食会など会食を通して、ご意見や要望も自然と出していただき、ホームのサービスや、運営にかかわることなどにも活かさせていただいている。		
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	生活保護の方もおり、担当の方と連絡、確認を行っている。事故があった場合は事故の状況や原因、再発防止などの報告を行い、指導や助言もいただいている。		
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束についても、職場内での研修を設けて、理解を深めている。またセンサーマットの使用をされている方には適宜検討(3ヶ月毎)を行い、身体拘束解除に向けた取り組みや対策方法を適宜検討している。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	施設内研修や外部研修に参加し理解を深めようとしている。管理者をはじめ、職員は、声のかけ方、介護の方法、考え方等、その都度ケアを通して確認している。		

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
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	当施設にも成年後見人を立てている方もいるため、包括や外部研修主催の研修において制度の理解、実践していけるよう取り組んでいる。		
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	入居前のご見学の段階で、料金表等を確認しながら説明し、また契約時にも不明な点がないか確認し納得していただいた上で、契約を交わしている。料金改定時は、文書の交付、同意書を頂き理解、納得を図っている。		
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	電話や、面会時等に家族の思いや意見を聞き、要望があれば出来る限り応えられるように支援、対応を行っている。常に、利用者、家族の意見を尊重するケアを心掛けている。		
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	事務長、管理者、主任等と6カ月ごとに面談を行っている。管理者も、職員の悩み、要望に耳を傾け、職員間と会社側の調整もしている。		
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	代表者と日々の状況をメール等にて報告を行っている。緊急報告などは事務長との連絡を行い、職場環境整備に努めている。		
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	実務者研修、実践者研修など取得の機会を取り入れ、個々のスキルアップに努めている。		
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	グループホーム連絡協議会や他施設での研修にも積極的に参加しており、交流を通じながら情報交換を行っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	管理者、ケアマネが入居前には必ず本人への面談や、家族からの情報収集、病院スタッフ、ケアマネ等からも細かい情報収集を行っている。ご家族の面会も自由に行って頂き、本人の安心を確保できるように努めている。		
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	ご家族とは、入居前からコミュニケーションを十分にとれるように心がけている。事業所の理念、取り組みを理解をしていただき、また入居後もご家族からの要望を気軽に相談できるような体制作りを目指している。		
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	入居相談時にご利用者の認知症の特徴や、ADL、経済状況、ご家族の希望など十分に把握し、ご利用者の状況によっては有料老人ホームやサ高住への紹介も行っている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	職員は、ご利用者の状況をしっかりとアセスメントしながら、一緒に洗濯物をたたんだり、テレビを見ながら会話を楽しんだりと本人が出来ることを見極めながら関係作りに努力している。		
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	ご家族の面会時には普段の状況や体調について等、その都度細やかに報告し、家族から気軽に相談等が出来る環境作りを目指している。家族様より外出などの希望があった場合にはスムーズな外出が出来るように支援している。		
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	面会、外出等は希望があれば本人様の体調を考慮しながら自由に行ってもらっている。		
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	食卓やソファ等の座席の調整を行ったり、ご利用者様同士の関係を配慮して、うまくコミュニケーションがとれるように橋渡しをしている。入居者同士で上手く図れない時には職員が間に入り関係の構築に努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	入院を余儀なくされた場合にも、職員が交代でお見舞いに行ったり、亡くなられた時も葬儀に参列したり、ご利用者様、家族共に関係を崩すことがないように務めている。次のサービス移行時も事業所との連携を取り、情報をお伝えしたりしている。		
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	ご家族からの情報や、ご要望を中心に十分に確認しながら、可能な限り、サービスの意向に沿って支援する。面会時にも家族への報告、相談は確実に行うようにしている。		
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	ご家族やケアマネなどからより詳しい情報をお尋ねする。今までのサービスの利用状況、及び、サービス移行の理由等を確認し、生活歴等情報収集し、把握に努めている。		
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	ご利用者様一人ひとりの言動、行動を注視して生活リズムを把握していく。また、毎日のバイタル測定を行い、食事や、排泄状況などご様子をみながら現状の把握に努める。		
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	ご家族からの希望を十分に反映し、まずは暫定プランを作成し確認をしている。状態変化等があった場合には、すぐにカンファレンスを開き、見直しを行うようにしている。		
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	介護記録、バイタル管理表を活用しながら、ご利用者様の日々の様子や状況変化を常に確認しており、毎日行うようにしているミニカンファレンスで、職員が情報の共有を行うことで、介護計画見直しの際に活かしている。		
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	本人の状態に応じて受診の支援を行ったり、ご利用者様のご希望に沿って散歩やドライブなど可能な限り、対応させていただいている。		

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
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	美容室の方の訪問散髪や衣服、必要物品類の買い物など、入居者が必要としているものを把握し地域との関わりがもてるように支援している。		
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	ホームに訪問診療して下さる医師はいるが、入居前のかかりつけ医など必要があれば入居後も連携をとり、ご利用者様が、安心して医療を受けられるように支援している。		
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	医療連携体制をとっており、1回/週の訪問看護と常に情報共有が出来るような体制作りと、職員との情報交換をおこないながら、迅速に対応できる支援を行っている。		
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。	入院時は適宜面会を行い、病院とも常に情報交換している。また、家族とも状況共有を行い、ご利用者様とのかかわりをなくさない様にとともに、早期退院に向けて主治医、ケースワーカーと連携を取りながらいつでも受け入れられる様な準備も整えている。		
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	入居時契約書を交わす時に、説明を行っているが、実際に重度化した場合は、担当医師を中心に管理者、ケアマネと具体的にお話し合いをしている。終末期においては、ご本人、ご家族のご意向を聞きながら施設での対応についても話を行っている。		
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	事故発生時の対応についての手順、緊急連絡網を作成しており、職員にも周知徹底している。AEDは設置しており、施設内の研修を行っている。		
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日常的に防火管理及び消火、避難訓練等を実施することにより、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。また、火災等を未然に防ぐための対策をしている。	風水害も含め新たに消防計画の見直しを行い、非常時の連絡体制、個々の役割などを分担し、利用者、職員の安全確保のための訓練、確認を行っている。総合訓練では長崎北消防署の方に協力していただき、様々な訓練の実施を行っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	今後も様々な外部研修、施設内研修への参加を行い、充実を図っていきたい。職員同士、声を掛け合い、プライバシーの配慮への意識を高めている。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	ご利用者様、一人ひとりの希望に沿ったケアを心がけている。アセスメントをしながら、職員は、ご利用者様の身体面、精神面、社会面を通して、さまざまな思いを察することができるように努力している。		
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	「パーソン・センタード・ケア」を心がけているが、業務に追われてしまっている面も多々ある。業務の見直しを図りながら、ご利用者様が一日一日をどのように過ごしていきたいのか、話を聞き、察しながら、利用者様中心の生活になるように努力している。		
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	ご本人や、ご家族からお好みをお聞きし、お手伝いさせていただいている。衣替えの時期を中心に、衣服の購入なども依頼、また職員にて購入を行い整理整頓も行っている。		
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	毎月1日の赤飯、15日のちらし寿司、毎週日曜日のパンは恒例となっており、ご利用者様の方々にも楽しみの一つになっている。また、定期的にレクリエーションとして、普段と違うものを、昼食やおやつとして提供している。		
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	ご利用者様、それぞれに食事形態(刻み、おかゆ、ミキサー等)も考慮している。毎食の食事チェック、一日の水分量チェックを行い、一人ひとりの状態把握に努めている。又、食事量低下等あればDrへ随時報告をおこなっている。		
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	毎食後口腔内ケアを実施している。ご自分で出来る方はおこなっていただき、出来ない方は職員の介助にて実施している。又定期的な歯科の往診、指導も受けている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	利用様様の排泄パターンを把握し、その人に合ったトイレ誘導を行い、失禁の軽減に努めている。ズボンの上げ下げなど、可能な事は出来る限りお願いしている。また、健康管理表にて排便確認や排便コントロール管理も行っている。		
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	牛乳や利用者様によってはヤクルト等を飲んでいただき、なるべく自然な形での排便を促していけるよう取り組んでいる。水分摂取量、排便の有無をチェックして、下剤の量の調整も看護師、Drへ相談しながら行っている。		
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むように、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	毎日のバイタルチェックにて利用者様の体調確認を行い、一人ひとりのADLに合わせて入浴を行っている。		
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	利用者様個々の認知症の特徴、ADLなどを把握して、日中を過ごして頂いている。また気候に応じ、戸外へのドライブ、散歩、日光浴など、日中の活動性を高められるように工夫している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	薬の説明書を個人ファイルに綴じ、変更、追加時には連絡帳に記入し、職員全員が把握出来る様にしている。症状の変化が見られた場合は、すぐに担当医に報告している。また、薬は所定の場所に保管し、内服時は名前、日付の確認・声を出して行い、記録にもサインをして、責任の所在もはっきりとして、誤薬がないよう努力している。		
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	入居時にご家族から、ご利用様の全体像が大まかに把握できるようにアセスメントさせていただいている。入居後は、ご利用者様のご様子を確認させていただきながら、毎日を楽しく過ごせるような支援を目指している。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	一人ひとりの歩行状態、健康状態に合わせて、ホーム周辺の散歩や、車での外周を行っている。時にはご家族と外出されたり、外出できるようにお手伝いさせて頂いている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	買い物のときは、ご家族に相談し、ホームで立て替えたり、必要な支援をさせていただいている。		
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	電話や手紙の希望があればその都度対応できるようにしている。		
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	まず、清潔を保ち、整理整頓に心がけている。日中は、採光を十分に取りこみ、空気の入替えをしている。フロアの飾りつけを利用者様と一緒にいき、季節感を感じられる工夫をしている。		
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	ソファを置いたりしながらゆっくり過ごせるような環境づくりを心掛けている。利用者様同士のコミュニケーションの場にもなっており、休息時や独りになりたい時は居室にて過ごして頂く時間も確保している。		
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	身の回りの物は、入居時に出来るだけ使い慣れたものを持ってきて頂いたりして、本人が居心地の良い生活空間になるよう、またご自分の家だと思ってもらえるよう支援しているが利用者様の状況によっては物がある事で転倒やけがの恐れもあるので随時相談をさせて頂いている。		
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	居室には仏壇や鏡台を置いている方もおられる。転倒の恐れがあられる方は、居室のベッドを布団にしたり、柱にソフトカバーをつけたり工夫をしている。		