（別紙4）　　令和　元　年度

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	4312810734		
法人名	社会医療法人　ましき会		
事業所名	益城病院高齢者ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑふるさと		
所在地	上益城郡益城町福富８４９－２		
自己評価作成日	令和元年　10　月　31　日	評価結果市町村報告日	令和2年2月3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://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	NPO法人　九州評価機構
所在地	熊本市中央区神水2丁目5番22号
訪問調査日	令和元年12月10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）】

・益城病院が母体であり、認知症における専門医や専門スタッフ・法人内内科とも連携することで、適切な介護と医療を提供する事が出来る。
・院内外の研修へ積極的に参加しており、認知症実践者研修・リーダー研修も多数の職員が受講し、認知症や介護に対する専門的知識を学んでいる。また、ふるさと内でも定期的勉強会を実施している。
・熊本地震の経験を活かし、毎月防災訓練や防災備品の点検を行っている。
・福利厚生が充実しており、休暇も取れやすく、託児所があることで安心して仕事ができる。

【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）】

従来からの「家族」「地域」を大切にした入居者への支援の在り方は変わることなく継続されている。熊本地震から3年、隣接していた母体の病院が移転したこともあり、「地域」との関わりがより近くなった様子がうかがえました。担当者会議や家族会、運営推進会議を通じて事業所と家族の繋がりができ、管理者の「家族に支えられています」の言葉にある様に、入居者のケアだけでなく、それぞれの家族への配慮、気遣いも感じました。職員間には理念の共有があり、個人目標を持ち振り返ることで、一人の目標が事業所全体へ繋がっていました。今後も地域・家族とともに入居者を支える事業所であることに期待します。

Ｖ．サービスの成果に関する項目（アウトカム項目）　※項目№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	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる（参考項目：23,24,25）	○	1. ほぼ全ての利用者の
			2. 利用者の2/3くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある（参考項目：18,38）	○	1. 毎日ある
			2. 数日に1回程度ある
			3. たまにある
			4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている（参考項目：38）	○	1. ほぼ全ての利用者が
			2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている（参考項目：36,37）	○	1. ほぼ全ての利用者が
			2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている（参考項目：49）		1. ほぼ全ての利用者が
		○	2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている（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
62	利用者は、その時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

	項　目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
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
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
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
66	職員は、活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
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う		1. ほぼ全ての利用者が
		○	2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての家族等が
			2. 家族等の2/3くらいが
			3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどできていない

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 実践状況	外部評価 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	理念を掲示し、朝礼時に唱和を行っている。理念に沿って毎年事業所の目標・個人の目標を立て、実践へと繋げている。目標は前期・後期で管理者へ達成度の報告をしている。	理念は毎日の唱和で浸透していることに加え、職員の個人目標は理念に通じるものとして業務・ケアに繋がっている。年2回の管理者面談でも個人目標と理念を併せた振り返りが行われ、また理念は日頃の業務でも「振り返るきっかけ」ともなっている。	
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	日常的に挨拶や清掃活動などで関わりを持っている。町内行事や地域サロンへの参加。地域の保育園との交流活動。行事や院庭カフェへの呼びかけを行っている。	従来まで課題と捉えていた項目であったが、これまでの継続した取組みにより自然と日常的な交流が見られるようになった。地域住民の日常的な訪問も増えた。	今年は隣接する法人医療機関が移転したことで、事業所と地域の関わりがより密接になってきている様子がうかがえました。これからの「地域への発信」への思いが繋がるよう期待しています。
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	キャラバンメイトとして地域の小中学校へ出向き、認知症サポーター養成講座などを行っている。ふるさと内でもご家族・推進委員の方々に向け講座を実施し、認知症への理解や支援について理解を深めている。		
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、会議の中で施設の取り組みについて報告し共有している。運営推進会議と家族会を同日に開催することで、家族の参加も増え、意見交換が活発となり協力体制が向上した。	隔月の運営推進会議には、同日に家族会を開催することで参加家族も増え、運営にも家族の関わりを感じてきている。会議では事業所の日常生活に加え、身体拘束廃止委員会についての取組みも説明している。	
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に取り組んでいる	日常的に介護保険等について相談をしたり、情報を頂いている。運営推進会議へ参加頂き、施設の取り組みを知ってもらっている。町も積極的に協力して下さる事で、何時でも相談しやすい関係を築けている。	日頃の報告・連絡・相談、運営推進会議への参加等で事業所の取組みを伝えており、協力関係の構築ができている。	
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	3ヶ月に1回身体拘束廃止委員会を実施。指針をつくり職員全員で周知している。法人内及びふるさと内で複数回勉強会を実施している。院外研修へ積極的参加し知識の向上と理解をもったケアを実践している。	地域や医師等外部の委員も構成員となり、3ケ月に1回身体拘束廃止委員会を開催している。現場で気になること、薬について等、多方面から「入居者にとって」を個々に考え、意見を得て職員間で周知している。取組は運営推進委員会でも報告している。	
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	法人内及びふるさと内での勉強会を実施。権利擁護研修への参加。ピアレビュー委員会での接遇研修。都度自分達のケアについて話し合う機会を設け、虐待防止に努めている。		

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
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	ふるさと内での勉強会の実施。権利擁護研修への参加。現在、後見人制度を利用している利用者さんについては、担当者会議で後見人を交えながら利用者さんの自立に向け話し合いを行っている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	入居時及び変更時は家族へ十分に説明し、理解・納得をしてもらっている。必要時は文書にて同意を得ている。疑問点・心配事に対しては都度相談に応じている。		
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	家族会や運営推進会議で出た意見を掬い上げ、改善へと繋げている。定期的に担当者会議を行い、本人・家族の意見を聞く機会を設けている。	家族会・運営推進会議への参加が増えてきていること、また節目・状態変化等による担当者会議も内容濃く話がされており、本人・家族の意見を述べる機会が設けられている。	
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	代表者は毎年アンケートを実施したり、Notesメールを使用し、職員が直接意見を言える機会を設け、働きやすい職場環境へと繋げている。ふるさと内では毎月の全体会の実施。年2回は管理者と面接の機会を設けている。	管理者による年2回の面談、毎月の全体会、法人代表からのアンケートと、個別に意見を表す機会が設けられている。職員それぞれに個人目標を持つことで仕事への意欲にも繋がっている。	
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	個々のチャレンジシート・行動指針による自己評価、上司評価と部署目標達成度報告を代表者へ報告により昇格、昇給、手当等に反映する。福利厚生の充実により安心して働ける職場環境を作っている。		
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	課業・育成研修の実施。個々が達成感を感じられる役割の分担。積極的に法人内外の研修へ参加し、スキルアップ出来る機会の確保。ふるさと内でも各々が担当し勉強会を実施している。		
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	上益城連絡会への参加。認知症疾患センターの事例検討会へ参加し外部との交流。各専門職種（看護・PSW・介護福祉士）の集まりにて専門知識の向上やネットワーク作り。		

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
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	入居前訪問を行う事で、初期から本人・家族との関係を作り、本人・家族の困り事を把握することで、安心して入居出来る環境を整えている。		
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	施設側から積極的にコミュニケーションを図っている。特に初期はこまめに状態を報告し、信頼関係の構築に努めている。家族の話をしっかりと傾聴し、相談や尋ねやすい環境づくりを心掛けている。		
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	家族・ケアマネ・入居前サービス関係者も巻き込みながら、本人・家族が今必要な支援を一緒に考え、対応してカンファレンスにかけている。		
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	グループホームは家であり、生活の場であることを職員は周知する。日常的な家事・掃除や活動を一緒に行い、一緒に生活を継続して行く。		
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	入居時から家族へも一緒に支えて行くこと等、協力を呼びかけている。定期的な担当者会議にて、一緒に利用者さんの支援について考える機会を設けている。面会しやすい雰囲気づくり。行事や家族会への参加呼びかけ。		
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	地域の人や馴染みの友人が尋ねてきやすい環境づくり。行き慣れた店などへ行く機会の支援。定期的なバスハイクで、住み慣れた町の四季折々をみる機会を作っている。	地域や知人の来訪も継続していて、熊本地震で変化した周辺環境も落ち着き、近隣との新たな関係も馴染みのものとなってきている。家族の協力を得た外出支援や、職員同行での馴染みの場所へのドライブ等を行っている。	
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	活動を通して、一緒に制作を行ったり、共通の話題で談笑するなど、互いに交流する機会を作っている。関係性を把握し、テーブルセッティングを行っている。		

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
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	サービス終了後も、本人・家族がその後の生活を安心して送れるよう、相談に応じたり訪問を行っている。		
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	日常的に本人の思いや意向を必ず確認するようにしており、担当者会議時などに家族の想いも伺いケアプランへと反映させている。本人が思いを表出出来ない際も、家族と相談しながら少しでも本人の思いに沿った支援の提供に努めている。	入居者の日頃の思いは日々の寄り添いで把握している。担当者会議では家族と入居者それぞれから希望・意向を把握し、時には高齢となった家族の支援も交えた内容は、職員全員で共有している。	
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	本人・家族・入居前に関わっていた方から聞き取りを行い、収集した情報をフェイスシートへ集約後、職員で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	入居後すぐは24時間生活シートを利用し、本人の生活リズムや心身の状態、出来る事出来ないことの把握をしている。その後の状態の変化については、都度モニタリング時に現状把握をしている。		
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	毎月受け持ち職員・ケアマネがモニタリングを行っている。定期的・必要時に担当者会議を開催し、家族や他関係機関と協議しながら、本人の現状に即したケアプランとなるよう努めている。	入居者それぞれの担当職員が中心となり毎月モニタリングを行っている。定期以外でも必要に応じ担当者会議を開催している。事業所では従来から「家族の絆」を大切にしており、担当者会議は家族の参加を促して家族と共に入居者を支える支援が行われている。内容は全職員で共有できる体制が作られている。	
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	電子カルテを使用し日々の本人の状態を記録している。また、必要時はNotesのふるさと専用申し送りBOXや、申し送りノートを活用し、情報の共有を行っている。		
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・家族のニーズを聞きながら、デイケア・訪問歯科・訪問看護・訪問販売など多用なサービス利用を行っている。		

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
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	地域サロンへの参加、地域の店舗（美容室など）への外出、近隣の方や保育園との交流、傾聴ボランティアとの交流の機会を持っている。		
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し、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	外部のかかりつけは、家族同伴で受診を継続していけるようにしている。定期的な法人主治医の訪問診療。臨時に受診が必要な際は、法人内内科を受診し適切な医療を受けられるよう支援。	基本的に家族による通院介助としている。法人医療機関からの訪問診療もあり、緊急時や身寄りのない入居者の通院は職員による通院介助も対応している。入居者によっては訪問看護を利用する例もある。	
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	毎日のバイタル測定や本人の状態を電子カルテにて記録し、変化時は職場内看護師へ報告。必要時は訪問看護の利用。緊急時・夜間は法人看護師へ相談出来る体制がある。		
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。	入院時は診療情報提供書や看護・介護サマリーを提供。入院先へ訪問・カンファレンスへ参加するなどし情報交換に努め、安心した入院生活や退院に向けたサポートを行っている。相手先相談員とも連絡を取り合い、関係作りを行っている。		
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	入居時に急変時や終末期の意向を、本人・家族に聞き取りし、ケアプランの更新時には、意向に変更がないか再度確認している。また、状態悪化時は都度気持ちを確認。終末期は看取りマニュアルに沿って、こまめにカンファレンスを実施しながら行っている。	入居時に重度化や看取りに関して説明し同意を得ている。実際にその時を迎えた際には担当者会議等で話し合いを重ね、都度意向を確認しながら、医療・関係機関との連携の上、マニュアルに沿った支援を行っている。	
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	ふるさと内で緊急時の対応について勉強会の実施。法人による一次救命の研修。緊急時のマニュアル・緊急連絡網を整備している。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	定期的な防災訓練（火災・地震・夜間想定・図上訓練等）を実施し、職員全員が災害時適切に対応出来るようにしている。毎月防災備品の確認を行っている。防災担当が地域の防災会議へ参加。	防災に関する訓練は想定を変え毎月行っている。熊本地震の被災経験もあることから、備品チェック、非常食確保、防災用品の手入れ等、具体的な項目を挙げた点検も毎月行っており定着している。	

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
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	ふるさとの理念をもとに、尊厳をもった対応をしている。ピアレビュー委員会による月間目標をとおし、言葉遣いなど心掛けるようにしている。法人内の個人情報・プライバシーについての勉強会へ参加。写真の使用については、必ず確認を取っている。	法人・事業所理念にもプライバシー・入居者の尊厳が掲げられており、理念に沿った対応が行われている。法人全体で接遇や身だしなみ、対応等に関するピアレビュー委員会での取組みでは、職員それぞれが心がけることをレポート提出し、意識付けを行っている。広報誌用の写真撮影等にも配慮している。	
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	毎日の生活の中で、本人の気持ちを傾聴するよう努めている。活動で何をしたいかや、嗜好品の購入など、本人が選択できるようにし自己決定でき、満足感へと繋がるよう働き掛けている。		
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し、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	起床や就寝の時間、食事や入浴など、本人の生活リズムや今までの生活スタイルを尊重し、本人の希望に添えるよう支援している。		
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	日々の整容（化粧・髭そり・爪・整髪）の支援。整容に必要な物品購入の支援。定期的な美容師来所によるカット。希望者は地域の美容室への外出。法人の衣類販売会にて、好みの衣類購入支援。		
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	その人の能力や特技に応じて、食事の準備や片付けをスタッフと一緒に行い、役割ややりがいを大切にしている。また、季節の食材を使った調理（梅干し作り・椎茸干しなど）の機会。補助食器を使用し、少しでも自分で食べ食事を楽しめるよう支援。	食事は配食の利用ではあるものの、汁物・煮しめ等地元の野菜を使った料理や季節・行事のおやつ等を手作りしている。普段の生活でも保存食作り等は入居者の手により行われている。	職員の介護に対する意識も高く、保存食や頂き物での調理も実施されている現状において、日々の暮らしを支援するための、匂いや本人の出来る事への喜び、楽しみのための食事の準備・献立・炊事等への更なる検討を期待します。
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	嚥下状態に応じた食事形態の工夫。摂取量が少ない方は、家族と相談し嗜好品や補助食品にて量の確保。毎日の食事量の把握・毎月の体重測定の実施。食事時間も本人の状態で調整している。		
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	歯科医師による口腔内の状態を点検。歯科衛生士による定期的な助言指導。それに基づき、適切なブラシなどを購入し、必要な方には仕上げ磨きを実施している。		

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
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	一人一人の排泄リズムを把握し、その人のタイミングでの誘導。また、表情や様子から察知し誘導を行っている。最終排尿便の申し送り。重度の方も日中は極力トイレでの排泄を支援し、その人の状態にあったオムツ・パット使用を検討している。	日中は必要に応じ誘導等で殆どの入居者がトイレでの排泄を支援している。状況の変化時には各ユニットでミニカンファレンスを行い、安易なオムツへの移行は行わず、日々入居者の状態を確認しながら対応を行っている。	
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	食事・水分量を把握し、水分の促しや乳製品の提供を行っている。体操などによる運動の時間。腹部状態を確認し、マッサージの実施。必要者は排便チェック表を使用し、緩下剤による排便のコントロールを行う。		
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	体調を見ながら、極力その人が好む時間やタイミングや温度で入れるよう心掛けている。自分で浴槽がまたげない方も、リフト浴を使用し浴槽へつかれるよう支援。なるべく同性介助にし、羞恥心へ配慮をしている。	週2回以上を基本とし、希望があれば時間帯を問わず入浴できる。1ユニットには機械浴が備えられており、両ユニットからの利用も可能である。できるだけ同性での介助を行っており、入居者の気持ちにも配慮している。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	気持ち良く眠れるよう、寝具・室温が快適になるよう調整。その時の状況で必要な方は午睡や休息の時間を設けている。安心して休めるよう、自由に自室を内側から施錠できる。		
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	一人一人が使用している薬を把握。服薬時は必ず複数スタッフでボードを使用しチェック。本人が飲みやすい服薬方法をとっており、本人へも薬の大切さを説明。心身の状態に異常が見られた際は、直ぐに主治医へと報告。		
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	生活歴や習慣の中から、その方が好む活動（創作・運動）や役割（皿洗い・掃除）を一緒に行い、張り合いや喜びを感じてもらっている。また、身体を動かす事が難しい方でも、会話の中で楽しみが持てるよう、コミュニケーションに努めている。		
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	住んでいた自宅周辺や馴染みの場所へバスハイク。季節毎のバスハイク。法人のカフェへ外出。入居者さんの希望で回転寿司で外食。家族協力で美容室外出。地域の方の協力で地域サロンへ外出。訪問看護支援での希望外出。	散歩を兼ねた近隣への買い物やバスを利用した外出等、計画による行事や日々の生活の中で出来るだけ外出の機会を持っている。時には家族へ入居者との外出を持ち掛けたり、家族との通院、また場合によっては訪問看護を利用した外出等、入居者それぞれの状況により協力を得ながらの支援を行っている。	

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
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	お金の所持を希望される入居者さんは、家族とも相談し所持できる金額を決め、嗜好品購入出来るよう支援している。外出が難しい方にも、訪問販売があり、使用出来る機会を作っている。		
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	希望者はいつでも自由に電話を使用出来るよう支援。本人・家族希望であれば、携帯電話の所持も行っている。希望者は年賀状や手紙のやり取りも支援している。		
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	室温・湿度・光や音などが、入居者さんにとって快適になるよう調整。動きやすい空間スペースとなるようテーブルや足元の環境整備。日々の清掃による清潔感のある施設環境。壁面は季節感を取り入れた四季折々の飾り。ベランダや窓から外を眺め、季節を感じられるようにしている。	掃除の行き届いた共用空間は動きやすく整備されている。掃除時には入居者の姿もある。玄関や入口には季節の花が生けられ、華やかな彩りが見られる。窓からは外の景色を楽しむことができ、思い思いに過ごすことができる空間はゆったりとしている。	
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	居室側に談話室があり、ソファーを置いたり、和室もあることで、一人一人が好きな場所で自由に過ごせる。気の合う入居者さん同士で過ごせるよう、関係の中でのテーブル配置も考慮している。		
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	入居時から使い慣れた寝具や家具、本人が家庭で使っていた物や大事にしていた物を持ち込んでもらいっている。写真なども好きに飾ってもらい、居室が家庭生活の延長となり、居心地良く過ごせるように工夫している。	寝具や家具、持ち物等、入居者それぞれの馴染みの物が持ち込まれている。テレビを持ち込む入居者も多く、入居者が思い思いに過ごす場所ともなっている。それぞれの居室には家族の関わりを感じられる。	
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	建物内はバリアフリーであり、手摺りなど随所にある。自分で居室やトイレへも行けるよう、視線の高さにわかりやすく表示をするなど工夫。安全に離床出来るよう、ベッドの高さは本人に合わせている。		

★USBに入力し提出してください

2　目標達成計画

事業所名　益城病院グループホームふるさと
作成日　令和２年２月３日

【目標達成計画】

優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目　標	目標達成に向けた具体的な取組み内容	目標達成に要する期間
1	40	施設が配食利用のため入居者と調理の機会が少ない。	入居者と1品でも調理する楽しみを増やす。	季節の野菜で簡単な料理 行事食は献立から一緒に考える。 季節の保存食を作る。	12ヶ月
2	2	地域と日常的な交流を継続させていく必要がある。	地域との交流の機会を増やす。	保育園との交流会を定期的に年2～3回計画 カフェ計画で地域方々とと集う。 運営推進員を通じて地域行事への参加	12ヶ月
3					
4					
5					

注１）項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。
注２）項目数が足りない場合は、行を追加すること。