

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 グループホームふるさと		
所在地	上益城郡益城町惣領1530		
自己評価作成日	平成25年9月16日	評価結果市町村報告日	平成25年11月12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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・社会医療法人益城病院の施設であり認知症専門医をはじめ高齢者認知症強化委員会を設置して勉強会、検討会を実施している。 ・法人内の院内学会で事例発表をすることでチームがより質の高い介護へ繋げている。 ・七夕まつり「竹灯り夕べ」を企画し地域の参加を呼びかけ交流の場もてた。 ・益城病院があることで医療と介護の連携ができています。(主治医の定期的往診、臨時の往診) ・職場の暖かさがあり、ゆっくりとした家庭的な雰囲気があり入居者さん中心で関わっている。

※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	熊本市中央区上通町3-15 ステラ上通ビル4F		
訪問調査日	平成25年10月17日		

<p>認知症治療の専門である医療法人が運営するホームは、緊急時の連携体制や委員会が構築されており、また職員のスキルアップの意識も高く、法人内・ホーム内研修会の充実が図られている。職員は個人の目標を掲げたチャレンジシートを作成し、目標達成のため管理者がアドバイスしたり、得意分野で能力を発揮できるよう人材育成等にも取り組んでいる。竹灯籠利用した「七夕まつり」を開催し近隣の住民を招待し、体力的に外出する機会が少ない入居者も地域の方と交流を図られるような取り組みも行っている。介助浴の導入や二階からスムーズに避難できる救助袋設置など設備面でも充実し、家族にとっても安心なホームとなっている。ピアノが設置され興味をもたれた入居者に法人内の保育士が教えるなど、18人18様の個別の支援を行っている。職員満足度調査では、高齢になったら入居したいと思うかという問い等を理事長直通回線で返信することなどITCの活用で、より質の高いケアをめざしている。</p>

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
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	グループホームの理念(5つの誓い)を事務所に掲示し毎朝、朝礼で唱和をし業務に就いている。理念を元に年目標あげ個人の目標達成に向けた取り組みをおこなっている。	グループホームの理念と、年度始めに話し合う新年度の目標を事務所等に掲示している。毎日の朝礼時に唱和をし、新人スタッフの入職時にも説明を行っている。ミーティング時に振り返りを行い、理念の原点に戻るようになっている。	
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	理念にあげ地域との交流を図り、地域社会の一員としての生活を支えるため、今年は七夕まつりを開催し地域の方を招く行事をおこなった。日常的には、買い物、美容室、散歩等をおこなっている。またボランティアの受け入れをしている。	自治会に加入し、回覧板や清掃作業更に町内会議にも地域の一員として職員が参加している。町内旅行には引率ボランティアとしての活動も行っている。今年はホーム独自で七夕まつりを開催し、地域を訪問して招待状の手渡しや、ボランティアの受け入れで交流に繋げることが出来た。	
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	地域の元気サロンや行事を通して認知症に対する理解を求め、中高生の体験等を通し支援の方法を指導している。地域旅行へ介助支援のボランティアとして参加している。		
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回第3木曜日に実施している。入居者の状況報告や地域防災に対して、地域との交流についてなどテーマをあげ意見を求めたり、助言頂き地域での活動にも参加しやすくなっている。	開催日を奇数月の第3木曜日と基本的に決めており、事前にテーマをお知らせしている。ホームの状況や活動の報告をし、ホームの課題や困っていることについて意見を求め、運営やサービスに活かすようにしている。	
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	益城町提出書類の相談や介護保険の更新、訪問調査などお互いに連絡を取り合いながらサービスが継続、維持出来るように取り組んでいる。	町担当職員とは連絡をとりあってサービスや提出書類に関する相談や情報交換を行っている。	
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	事業所で身体拘束排除の取り組みの勉強会を実施し法人内でも行っている。高齢者の抑制を考える会に自主的参加。その人に合ったケアを検討し実践する取り組みを行っている。	法人内やホームの勉強会で身体拘束による弊害を正しく理解し言葉かけにも気をつけている。法人内に委員会もあり、ミーティングで話し合い注意しながらケアにに取り組んでいる。	
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	年間計画の中で虐待防止についての勉強会を実施。院外研修で虐待防止法について学んでいる。法人内の第三者からの評価を受けている。面会者や業者の方も多く訪問さえることで、お互い言葉のかけ方には十分に注意を合っている。		

高齢者グループホーム「ふるさと」

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	地域福祉権利擁護事業、成年後制度について法人内の担当者から勉強会を行い、ふるさとでの活用について相談をおこなっている。		
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	入居契約書・重要事項説明書を入居時に説明し同意を得ている。改訂時も説明後同意を得ている。状態悪化時や退居における家族の希望を伺ってすすめている。		
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	2ヶ月毎に家族会を実施。運営推進会議の参加で利用者、家族の意見を伺っている。意見箱の設置。意見、要望で季節行事など楽しむ機会を設けている。	面会時に入居者の状況を報告し、意見や要望を聞くように努めている。2ヶ月ごとの家族会や運営推進会議を開催し、出た意見はノートに記入し職員に伝わるようにしている。	遠方や状況により面会や家族会出席ができない方もおられるため、一筆添えた状況を報告される取り組みも期待します。
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	毎月全体会で職員の意見を出し行事、提案を聞く機会をもうけ反映させている。チャレンジシートを通し個人目標を現場で活かしている。また将来ビジョンにおける意見をもらう事で介護に対する思いを深める機会である。	2ユニット合同で開催される全体会(月1回)で意見や提案を聞き反映できるように努めている。メールを活用し情報発信・交換を行っている。年に一度は職員向け満足度調査があり、直接メールで理事長へ届くような仕組みが構築されている。	
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	個人の目標、実績、行動評価はチャレンジシートで把握出来ている。年1回アンケート調査を行い、向上心を持てる環境作りとして今後取得したい資格取得や研修をすすめ働ける環境作りを設けている。育児室を利用し働ける環境がある。		
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	法人内で外部講師による若手育成研修、中堅の将来ビジョン研修、全職員研修を年2回実施している。事業所では毎年介護実践者研修受講。介護福祉士資格取得の進めている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	法人内院内学会で事例発表し意見交換。認知症専門医による勉強会の実施。定期的認知症対応強化委員会開催。等で知識の向上と質の向上に繋げている。		

高齢者グループホーム「ふるさと」

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	入所時に情報収集(センター方式)で本人の望みや思い、困っている事などを聴き受容する事で本人との関係作りを行っている。入所時は特に本人が不安にならないよう常に職員が側で見守り些細な訴えにも耳を傾けるよう努めている。		
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	入所の段階で、グループホームについてのオリエンテーションを家族が理解しやすい文章や会話で行っている。家族の思いや要望を聞き、それを参考にケアプランを作成する。時間を問わず、電話等でも相談を受ける。施設からも状況報告を行う。		
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	入居相談から他の事業所と連携をもち情報交換をしてスムーズな入居に繋げている。入所後もかかりつけ医への受診を継続し必要時はスタッフ付き添いを行う。生活サービスで買い物、美容室の支援を行っている。		
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	ふうさとを家庭と思える環境づくりにつとめ入居者と一緒に食事、洗濯、掃除、体操、レクリエーションを行う。夜間眠れない人には寄り添い添い寝をする。		
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	家族会で外出や演芸会を通し、入居者と家族が共に楽しむ事が出来る機会の提供。家族が悩んでいる時はいつでも相談に応じている。ケアプラン作成時は家族の思いを伺い、ケアへと反映させる。年に4回ふるさと便りの発行。		
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	馴染みの場所へ行く機会を設けたり、馴染みの人の面会を大切にしている。かかりつけ医への受診、近所での買い物や美容室の支援を行っている。	行きつけの美容室が送迎をしてくださったり、近所のスーパーへ買物に出かけるなど、馴染みの関係の継続支援に努めている。昔からの友人・知人の面会は歓待している。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	入居者同士の関係や介護度に合わせて、座席の配置を行っている。音楽活動や共同作業(カレンダー制作、掃除、洗濯たたみ)により、入居者の輪や関係作りに努めている。		

高齢者グループホーム「ふるさと」

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	退所後もいつでも相談に応じることを、「ふるさとのしおり」に記載し実施している。病気治療等で退所され、治療後再入所の相談にも応じ実施している。		
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	入所時及びその都度、本人・家族から希望や意見を伺い、本人らしい生活の支援につとめている。困難な場合は、本人にとって安心出来るケアの提供につとめている。ケアの内容については、定期的に職員間でカンファレンスし見直している。	センター方式のアセスメントツールを活用し入居時に担当職員を通して家族や本人の意向を把握している。意思表示が困難な場合には家族からの情報や本人の表情より把握するよう努めている。	
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	入所時に本人・家族・ケアマネから話を伺い把握に努めている。日常生活の中で本人の言動から情報を得るようにしている。		
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	一人ひとりの心身の状態を、毎日のバイタル測定や状態の観察により現状の把握に努めている。情報は必ず職員間で共有している。1日の過ごし方は各入居者のペースを把握し大切にしている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	毎月ケアの評価、3～6ヶ月毎にモニタリングや担当者会議、カンファレンスをする事で現状に沿ったケアへとつなげている。カンファレンスの際は本人を交え、意向を伺い介護計画を作成している。家族へは、都度状況、課題、ケアについて連絡を行っている。	アセスメントをもとに計画作成担当者が中心となり職員の意見も加味しプランを作成している。3～6ヶ月ごとに担当スタッフがモニタリングを実施し定期的に見直しを行っている。状況に変化があったときには担当者会議を開催し、現状に即したプランを作成している。	
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	日々のケアについて等、電子カルテに個別に記録し職員間で共有している。介護計画についても電子カルテですぐに閲覧出来ることで、計画をケアと反映させている。毎朝1F・2F職員合同で申し送りを行うと共に、連絡ノートを使用し必要な情報を共有している。		
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	法人とも連携し、あらゆる専門性(医師、看護師、介護士、PSW、OT、ケアマネ、栄養士等)を生かし、チーム介護でその人に合わせた柔軟且つ多機能的な支援を行っている。		

高齢者グループホーム「ふるさと」

自己	外部	項目	外部評価		
			自己評価 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	生活に必要な買い物、美容室など地域の資源活用で生活に楽しみや交流の場がある。町内サロンでも体力測定や体操など体力つくる支援をしている。地域である救急蘇生や非常食炊き出し訓練へ参加している。		
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かりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	本人・家族の希望に応じ他科受診を行っている。家族又は職員が付き添い、症状・経過については情報の把握及び共有を行っている。	希望するかかりつけ医とし、家族の協力を得ながら受診を行っている。家族の状況に応じて職員が受診支援を行い、情報は家族と共有するようにしている。	
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	電子カルテに情報や気づきを入力し特記はフォーカスで入力し主治医報告がタイムリーにできるシステムである。夜間も夜勤責任者の看護師が法人内に配置してある。状態の変化、早期発見に努め適切な対応へつなげ早目の受診、家族への連絡を行っている。		
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。	法人内の入院であれば電子カルテの情報が共有出来、頻りに訪問し情報の提供と一緒に支援できる。専門的な医療機関を受診する場合も家族を介して情報を受けており、状態に応じて訪問を受けている。日頃から他科受診の際はスタッフが付き添うことで情報の共有が出来ている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	家族へは文書(急変時の身体治療の対応に付いて)にて、事業所で出来る治療内容を説明し意向を伺っている。ケアプラン更新時にも終末期の意向を聞き、主治医と共有している。本人から、日常のコミュニケーションの中で、どのような最期を迎えたいか伺う機会をつくっている。	家族会総会で終末期における指針(ホーム内でできる内容)を説明し、緊急時の対応について家族の意向を確認し同意を得ている。今回看取りまで経験しており、病院と連携を図りながら入居者や家族の希望に沿えるように支援している。	
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、重度化した際のマニュアルがある。法人共有の携帯が備えられており急変時はDrコールがある。バイタル測定や誤嚥時の対応を法人内の研修へ参加している。		
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	災害訓練を毎月(日中及び夜間想定)行い、全職員が避難手順の把握につとめている。防災グッズを常備し避難経路を掲示している。防火管理者は災害研修へ参加している。	年1回消防署立会いで法人の避難訓練を実施し、入居者も参加するホーム独自の避難訓練を年4回実施している。訓練以外にも毎月勉強会等も実施している。	火災対策は設備面での充実も図られています。地震対策でも職員間でシュミレーションを行うなど話し合いの機会を持たれることを期待します。

高齢者グループホーム「ふるさと」

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	年間計画の中でプライバシーの保護についての勉強会を実施し、日頃のケアについて振り返る機会としている。また法人内の第三者からの評価を受けている。必要時はスタッフ間でお互いに注意し合っている。	定期的な勉強会を実施したり、会議で振り返りを行っている。プライバシーの尊重は理念にも掲げており新人研修でも話している。入浴支援やトイレ誘導時の人格を尊重した言葉かけを行うなどプライバシーに配慮した支援を行い、気づいた時はお互い注意するようにしている。	
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	日常生活(食事、入浴、睡眠、外出、活動)等に本人に希望を伺い、出来るだけ本人の意思を尊重する支援を心掛けている。言葉が出ない人、伝えることに理解できない人に対しては、表情や態度、表現、声のトーンを把握し対応している。		
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	日常生活(起床・就寝・食事・入浴)の時間は出来る限り本人の希望やペースを大切にしている。個々の希望に応じた活動(塗り絵・ピアノ・歌)や、外出(馴染みの人へ会いに行く・買い物・散歩)支援を行っている。		
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	日常的に髭剃りや整髪等の身だしなみの支援を行っている。行事・外出時は一緒に外出着を選んだり、お化粧の支援をしている。また、希望者は定期的な美容室外出や、洋服の購入を行っている。		
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	週1回(日曜)は入居者が希望される献立メニューにし、調理も出来る部分を一緒に行っている。日常的に食事の片付けや洗い物を一緒に行っている。季節に応じた食材の使用や、行事食を行う事で、季節感を感じ食事を楽しんで頂いている。	昼・夕食は配食サービスを利用しているが、日曜日はホームで作っている。下膳や後片付け、野菜刻み等のできる事を一緒に行っている。行事食や食材には季節感を取り入れるよう心がけている。	
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	朝・昼・夜の食事とおやつを提供。水分は最低でも1日に6回提供し、水分が入りにくい人は、主食を二度炊きにし提供する等の工夫を行っている。入居者の年齢・体調・義歯の状況を見ながら、適切な量や形状の工夫を行っている。		
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	毎食後確実に口腔ケアを実施し、口腔状態の確認を行っている。必要に応じ、歯科受診をしている。毎晩、歯ブラシはハイター消毒、義歯はポリドントで洗浄し清潔保持につとめている。		

高齢者グループホーム「ふるさと」

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	排泄時間チェック表、排便状況確認表を作成し、一人ひとりの排泄パターンを職員が共有し、個別に排尿誘導や排便コントロールを行っている。常に入居者の様子を観察し、様子の変化から誘導を行っている。	自立の方もおられるが、排泄パターンを把握し時間やしぐさで声かけ誘導を行っている。状況に応じて紙パンツやパットを使用し、トイレでの排泄を基本としている。	
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	食事の際、野菜を多く摂取出来るよう献立を工夫し、適宜水分補給も行っている。日中の活動では体操や散歩に取り組んでいる。必要時は下剤の調整を行う。		
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	入浴時間やタイミングは、声掛けを行い入居者の希望に合わせている。希望があれば毎日でも入浴可能としている。一人ひとりがゆっくりと入れるよう、個々に合わせた支援を行っている。	週3回以上、入居者の希望に応じて柔軟な対応を心がけ、毎日でも入浴可能としている。一人ひとりがゆっくりと入浴できるよう支援し、職員とのコミュニケーションを楽しむこともある。拒否がある場合は言葉かけに工夫したりタイミングをみて支援している。	
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	いつでも自室で休息が出来る。居室外でも和室等好みの場所で休むことが出来、就寝・起床時間も設定せず好きな時間に休むことが出来る。冷暖房や湯たんぽで環境を整え、不安がある際は職員が傍に付き添う支援を行っている。		
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	服用している薬の効果・量・形状について把握しており、変更がある際は職員間で情報共有(電子カルテ・連絡ノート等)し、入居者の状態に変化(副作用)がないか観察につとめている。気になることは、直ぐに主治医へ連絡できる。		
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	日常的に掃除や洗濯たたみ、調理(おやつ作り)等、個々の力を生かし役割を持った生活を支援している。また、一人ひとりの好む活動(塗り絵・ピアノ・歌)を支援している。誕生日会や季節行事、外出等楽しみのお機会をつくっている。		
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	個人の希望や状態に応じ、買い物外出や散歩、バスハイク等日常的に戸外へ出掛けられるよう支援している。また、家族や地域の協力を得て、家族との外食や地域の元気サロンへ出掛けられるよう連携を取っている。	日常的には散歩にでかけ、ホワイエ(美術館)でトイレ休憩をすることもある。定期的にはバスハイクや季節の花見、希望があればスーパーや売店に買い物に出かけている。家族の協力を得ながら外食に出かける個別ケアも行っている。歩行困難や体力のない方も庭で外気浴を楽しんでもらう支援を行っている。	

高齢者グループホーム「ふるさと」

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	個人の能力に応じ、お小遣い帳を使用する等し少額を職員と一緒に管理している。本人の希望に応じ、買い物外出や物品購入を行い使用する機会を設けている。		
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	本人の希望時、いつでも事務所から電話をする事が出来る。家族から電話があった際は本人に代わったり、本人が不安時は家族と電話で話す事で安心して頂く支援をしている。年末には家族へ年賀はがきを書く支援を行っている。		
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	適切な温度・湿度管理を行う等、利用者が快適に過ごせる環境づくりを心掛けている。食堂の調理場で料理を行う事で、音や香りから生活感を感じて頂いている。カレンダーや季節の花を飾ることで季節感を採り入れ、馴染みの音楽をかけるなど居心地の良い空間作りを工夫している。	玄関ホールには職員の家で育ったアケビなどの木の実で、季節感のある飾り物をしている。リビングや廊下にも写真や庭の花を飾るなどさりげない心づかいが感じられる。行き届いた清掃や室内温度の管理など清潔で快適に過ごせるよう努めている。	
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	入居者の人間関係に配慮した座席の配置を行っている。居室側廊下にソファを置き、個別に過ごせる空間をつくっている。食堂のソファや和室等で、思い思いに過ごせるよう支援している。		
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	鏡台やタンスなど、以前から使い慣れた好みの物を持って来て頂いている。写真や誕生日プレゼントなどを居室に飾っている。毎日のベッドメイキングや寝具を定期的に洗濯することで、清潔で居心地の良い居室づくりに配慮している。	テレビ・仏壇・ソファなどの持ち込みがあり入居前の習慣や過ごしやすいレイアウトで居心地良い居室作りの支援を行っている。デザイナーだった方は色鉛筆をそろえ、昔の生活を思い出せるよう工夫している。	
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	浴槽やトイレの手すり、出入りしやすい場所の洗濯乾し場、分かりやすい位置のトイレで自立した生活を支援している。居室ベッドの配置場所や高さの、ベッド柵使用により安全かつ起立しやすいように設定している。		

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	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 グループホームふるさと		
所在地	上益城郡益城町惣領1530		
自己評価作成日		評価結果市町村報告日	

※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	熊本市中央区上通町3-15 ステラ上通ビル4F		
訪問調査日	平成25年10月17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)】

<p>法人が認知症治療病棟をもち、主治医が認知症専門医である。 月曜日から土曜日までは配食サービスを利用しており、利用者との密な関わりが出来る。 法人の研修とふるさと独自の研修を定期的実施し、研修に参加する機会が多く、介護の質の向上に繋がっている。 法人の病棟・花へんろ(特別養護老人ホーム)など連携がスムーズ。</p>

【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)】

<p> </p>

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印		項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き生き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
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	毎日、朝礼時に理念を唱和している。理念の解説書を使用し新人スタッフに理念の説明をしている。実践につなげるためにチャレンジシートを活用。理念に基づいて利用者への関わり方を共有している。		
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	元気サロンなど地域行事への参加。町内草取り・旅行の引率など町内会参加。今年はふるさと独自に七夕祭りを開催し地域の方を招き、地域の方との良い交流のきっかけになった。		
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	地域の学生の実習の受け入れ。現在、益城病院の研修で認知症対応向上チームを作り、病院全体で今後の認知症の方の対応向上強化を目標に検討している。		
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	会議を通して地域の情報が入る。防災についての取り組み方や地域の協力相談も出てきている。七夕祭りの開催を通して、運営推進会議の方・家族・地域の方・入居者の方達の良い交流が出来た。		
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	状況に応じて市町村の担当者との連絡、話し合いは行っており、地域の研修などの参加も出来ている。		
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	定期的に身体拘束に対しての勉強会を実施。言葉掛けに対しての行動範囲の抑制に対しても、日頃からお互い反省し、その後のケアに活かせるように話し合っている。		
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	母体病院でも研修を行っているが、ふるさと独自でも勉強会を実施し虐待防止への理解と周知に努めている。		

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	権利擁護の研修はふるさと独自で実施。また、自立支援事業や成年後見制度への研修は母体の病院で実施され、出来る範囲での参加をしている。ケースワーカーを通して生保の方の支援も行っている。		
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	入居契約書・重要事項説明書を入居時に説明し同意を得ている。改訂時も速やかに報告し再度、同意を得ることが出来ている。		
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	運営推進会議や家族会・家族の面会時、6ヶ月毎のケアプランの説明時などを利用し家族や地域の方の意見を聞くことが出来ている。家族の情報をケアプランに活かす事も多い。		
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	月1回の全体会を利用しスタッフの意見を反映。また、チャレンジシートを活用しスタッフ一人・一人が意欲を持ち、実践していく環境が整っている。		
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	半年に1度、チャレンジシートで各自が目標をかかげ、自己評価後、上司の評価で給与体制に反映。又、年に1回、業務内容や勤務・給与体制など個々にアンケートを実施し直接上司に希望を聞いてもらえる環境がある。		
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	院内外の研修は、本人の希望も取り入れられ積極的に参加し、研修で学んだ事も他スタッフと共有しスキルアップにつなげている。新人研修やチャレンジシートの活用・毎月1回の持ち回りのスタッフ担当での勉強会も実施している。		
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	院内・院外研修を通し、交流や情報交換を行う機会がある。また、上益城部会参加により情報交換も出来ている。学生の実習の受け入れにより、スタッフが指導にあたることでいろいろな刺激を受けサービスの向上に繋がっている。		

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	センター方式を活用し利用者の全体を把握し対応。利用者へ声掛けし、一つ一つの動作に対して本人が出来る事を把握しながら行動を共にしている。ケアプラン作成時出来る範囲で利用者も同席し希望等を傾聴し		
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	センター方式を利用し利用者の家族の要望を聴きケアプラン等を活かしている。家族への電話連絡、面会時には現状報告を行ったり積極的にコミュニケーションを図っている。		
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	サービスを導入する段階で、併設の病院や特養の担当者の定期的な検討会を実施。本人や家族が安心してなじめるよう、そのときの状況に応じて試行を実施しながら段階的な支援を行っている。		
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	スタッフから積極的に声掛けを行い、利用者を知ることから始め、穏やかな時間・信頼関係を作りながら日頃のケアに努めている。利用者の昔からやっていることや、得意とすることが出来る様支援し、スタッフも共		
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	面会時には、必ず近況報告を行う。病院受診等、必要に応じ家族の協力を依頼し、利用者を家族の方と共に支えるように日頃から心掛けている。定期的に家族会を開催したり、お盆・正月・墓参り等、家族と共に外出して過ごすように呼びかけを行っている。		
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い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	昔からの友人・知人の面会なども快く受け入れ、馴染みの関係が途切れないようにしている。他施設に入所中のご家族とも面会できるよう、施設間の連携も行っている。利用者の自宅など、馴染みの場へ気軽に出席出来るよう環境を整えている。		
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	利用者個人個人の得意なこと、興味のあることにポイントを置き、みんなで楽しめる活動を実施。スタッフが介入し、入居者同士の交流が図れる環境を作る。入居者間の関係を把握しトラブル防止に努める。		

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	退所時にはアセスメントシートやケアプランを渡して情報提供し、フォローを行っている。退所先にも時々訪問し、様子伺いをしてる。		
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	センター方式のアセスメントツールを利用し、その人の思いに沿って立案している。家族を含めて、その都度、担当者会議を開きその人に合った支援を行っている。		
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、家族など情報収集を行い把握する事から始める。ケアプランを立ち上げて、それにあつた支援が行えるようにしている。		
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	本人のその時の現状に応じてその場に合った介助、支援を行っている。転倒にて骨折した入居者のリハビリ、回復などはみんなが周知し、同じ対応する事で本人の意欲となり、回復力の早さにも繋がっている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	ケアマネージャーを中心に本人、家族、受け持ちスタッフで必要な情報を共有し、モニタリングを行っている。何か変化があつた時は、担当者会議を開いて、その都度ケアプランの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	ケアの実施から結果まで記録に残し、次の実践につなげている。何かあつた際は、記録のフォーカスを利用し、情報の共有をしている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	入居者の希望時は、臨機応変にバスハイクや買い物外出・、または、家族との外出など柔軟に対応出来ている。料理の献立など食べたいものを聴き対応。芝居や寄席などのも積極的に参加している。		

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
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	病棟との茶話会や夏祭りでの地域の方との交流・老人施設との交流・ボランティア折り紙教室の継続・カット支援・地域の美容室の利用。託児所の子供達との交流・防災訓練時の消防署の協力などふるさと以外の資源		
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	馴染みのかかりつけ医への受診継続を支援。家族の受診協力を求めながらも突発的な病気時はスタッフが受診支援するなど継続した受診支援を家族と協力しながら実施出来ている。		
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	普段の様子との違いを敏感に気づき、相談・伝達がスムーズにでき、早期の治療に結びついている。業務に入る前は、アリスや申し送りノートで情報収集している。各自が情報の共有に対する意識も高い。		
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。	他の医療機関へ入院時は、看護サマリーや医師の医療情報提供書を利用し情報の伝達に努めている。また、入所前訪問を実施しスタッフ間の情報交換も行っている。また、入院時は定期的な病状の確認を含め見舞いに行くことが出来ている。		
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	今年、4月の家族会総会時に医師から終末期に対する指針の説明を実施、終末期や緊急時の対応について家族の意向の聞き取りをケアプラン説明時に実施しケアプランに家族の意向を記入するようにしている。スタッフ間でも終末期ケアで何が出来るか？を話し合う機会があった。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	院内の医療安全委員会の定期的な研修(全員参加)に出席している。また、日頃から入所者や環境面等の気づきを大切にしている。		
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	各勤務帯を想定した災害避難訓練を実施している。また、訓練以外にも勉強会も実施しスタッフの災害に対する意識付けを行う機会がある。また、運営推進会議などを通して地域の方からの情報やアイデアなども聞くことが出来ている。消防署の協力も受け		

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	プライバシーについての勉強会等を実施し、日頃の支援や対応についても振り返りや見直す機会がある。トイレ誘導や入浴支援の際も本人が安心行動出来るよう言葉かけなどに配慮して支援を行っている。母体で		
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	日常生活に置いて起床・食事・入浴など本人の希望を聞く事や希望に沿った支援が出来る様に配慮。言葉が出ないときでも表情の変化に注意している。介助に対して拒否がある時は時間を置いて、又はスタッフが		
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	利用者の生活リズムを大切に、その日の利用者の体調や精神面を考慮し、その時にあった対応を柔軟に実施。利用者の希望に沿えるような活動に心掛けて楽しい時間を一緒に過ごしている。		
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	美容室への外出支援・また、美容室からの訪問でのカットなど利用者に合わせて対応を実施。また、外出時に着替えをして身だしなみを整えている。		
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	個々に応じて声掛けや一緒に行動し配膳・下膳・野菜刻み・味付けのアドバイスを貰うなどスタッフが利用者が出ることが出来る様な関わりを実施。活動性が低い・料理好きな方と一緒に辛子レンコン作りも		
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	ミキサー食の方でも柔らかい食材は一口大で提供する事で食欲アップに繋がっている。毎月の体重測定を実施し食事量や内容・適度な運動などを考慮し対応。水分量の少ない方には本人の好みに合わせトロミを利用		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後の口腔ケアを実施。口腔内の異常も早目に察知し、院内の歯科受診の支援を実施。個々に合わせポリドント洗浄支援を行っている。		

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
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	個々の排泄パターンを把握し、必要時には排泄チェック表を利用しトイレ誘導することで失敗を減らし陰部の清潔保持に努めている。便汚染する場合のみパットや紙パンツを使用するなど適宜考慮している。		
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	多めの水分補給を行い、散歩など適度な運動を実施。主食のご飯も水を多くし軟らかめで提供。消化の悪いものは柔らかくしたり、ミキサーにかけて提供。ヨーグルト類や繊維も多い野菜を提供。便秘傾向の方に他に対しては排便薬の使用も検討している。		
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	いつでも入浴が出来る様に個々に合わせ支援。入浴拒否時は時間を置いたり、気分転換を図り支援している。入浴前・入浴時体調を把握し、気持ち良く入れるように支援。スタッフとの良いコミュニケーションの場として全戸を大切にしている。		
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	入居者の体調や日常的变化に気づき、休息が取れる支援を行っている。一人になりたい時もゆっくり過ごせる環境を整えている。昼夜逆転に注意し日中の外気浴や適度な運動を促し、活動的に過ごせるよう対応している。		
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	利用者一人一人の薬の把握や服薬時も二人体制で服薬支援を行っている。利用者が服薬できる場合は、本人に手渡し、見守り対応。服薬内容の変更時はそのつど伝達し情報の共有を徹底。また、体調の変化に気づいたら観察している。		
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	本人が好きなおこと、得意なおこと、興味を持っていることを把握し、役割を持って楽しみながらできるよう支援している。また、その時の状況に合わせて、きっかけ作りや声掛け、一緒に行動し楽しむ事を大切に支援を行っている。		
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	週間予定(計画)を定期的に行っており、バスハイクや近所の散歩など外出できる機会を作っている。本人の希望があれば、近所のスーパーや売店で買い物をしたり、近くの自宅まで散歩に出掛けている。歩行困難や体力の無い方も、庭で外気浴を行っている。		

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	本人の希望により、お金の所持や買い物ができる環境が整っている。買い物外出も支援している。所持金の確認は本人とスタッフ二人で間違いのないようその都度チェックする。		
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	本人の意向に添えるよう、希望があればそのつど家族などに電話連絡ができる支援を行っており、プライバシーにも配慮している。		
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	清潔さを意識し清掃に心掛けている。居室の寝具類の清潔保持、換気に気配りし、空気の流れを感じ、季節を感じてもらう。デイルームや廊下なども季節の花を飾ったり、写真の掲示などをして、ゆっくり楽しめる環境がある。		
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	居室側廊下などにソファ、テーブルを置き、入居者同士の交流の場があったり、一人で過ごせるスペースにもなっている。		
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	居室には家族の写真や本人の好きな物、馴染みのある物を置き、居心地よく落ち着ける環境作りができています。居室の清掃、寝具類の清潔保持、気温や湿度にも注意を払って、安心できる環境を保持している。		
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	歩行困難な方でもスムーズな日常動作が行えるよう工夫している。(トイレ使用時など)入居者ができることは見守り、声掛けにて対応できる自信につなげている。歩行状態により室内履きを考慮している。		

目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【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り組み内容	目標達成に要する期間
1	10 (6)	遠方や状況により面会や家族会出席が出来ない方へ、近況報告の取り組みが少ない。	遠方や状況により面会や家族会出席が出来ない方へ、近況報告の充実。	ふるさと便りに担当者より利用者の近況を一筆加え発送する。誕生会へ家族を招待したり、遠方の方には連絡や写真の発送を行う。季節の便り(年賀状・暑中見舞いなど)介護保険の更新の際に連絡。	12ヶ月
2	35 (13)	地震対策における訓練が少ない。職員への周知が少ない。	地震対策訓練の回数を増やす。職員が地震対策に対し周知する。	地震対策訓練を年に2回に増やす。毎月の防災訓練・勉強会の中で話し合いの時間を設け、職員の周知を図る。防災備品の場所の確認を再度行う。防災備品の充実。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。