

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	0890100290		
法人名	トウルーケア		
事業所名	トウルーケアGHいちご		
所在地	水戸市笠原町1614-9		
自己評価作成日	令和 元年 5月 25日	評価結果市町村受理日	令和 1年 7月 26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	なし
----------	----

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人いばらき社会福祉サポート
所在地	水戸市大工町1-2-3トモスみとビル4階
訪問調査日	令和 元 年6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)】

「身体拘束0」、「便秘0」、「ラキノ0」を目標に、取り組みを始めました。
入居者がいつも笑顔で過ごすことのできる生活環境作りに取り組んでいます。

【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)】

トウルーケアGHいちごの名称になったのは平成30年7月からであるが、平成19年に設立された認知症ケアに高いスキルを持った2ユニットの落ち着いたホームである。自治会に加入し、地域のクリーン作戦に参加したり、ホームの駐車場で花火大会に地域の方々を招いたり、良好な関係を築くと共に、日常的には回覧板を回し、散歩の途中で挨拶を交わして季節の花を見せて頂くなど、地域の一人として利用者を中心とした自然な交流をしている。
ホームが目指している「利用者が笑顔で暮らせるように！」を実現するためには、まず職員が笑顔で仕事をしなければとの思いを込めて、管理者は、職員が日々仲良く、楽しく、仕事に取り組めるような工夫として職員の話丁寧聞くことを大切にしている。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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

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	朝礼時に、参加職員全員で、理念の読み上げを行っています。 理念実現に向けて、理念の説明、入居者様の立場に立ってケアを行うことの意識付けを、会議の場や、現場でその都度指導しています。	昨年新しい組織になった時に、管理者を中心に職員と意見を出し合いながら利用者の快適に過ごせる場所づくりを目指して新しい理念を作り上げた。利用者の生活を一番に考え、利用者の立場に立って考えながら支援に当たっている。	
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	隣接の中学校の運動会に招待され、お茶屋お菓子を頂きながら、来場者とお話などを行い、交流を行いました。 散歩や日光浴の際は、近所の方に積極的に挨拶や、声掛けを行っています。	地域の中学生が体験学習に訪れたり、音楽ボランティアの方々が訪れ、利用者を楽しませ、親しく交流している。事業所で行われる花火大会や夕涼み会の開催を回覧板を通して地域住民に知らせ、参加を得ている。	
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	近所の方に、施設について尋ねられた時は、グループホームや認知症についての説明を行っている。		
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	ご家族様、市職員、民生委員、自治会長などが参加し、事業所に報告、取り組みなどを報告している。 そこでの意見を取り入れ、業務改善やサービス向上に活かしています。	家族等の代表や利用者、市職員、民生委員等が参加して行っている。議事録は、参加できなかった家族等も閲覧できるように各フロアに置いている。会議での提案により、地域のクリーン作戦に参加するようになった。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	運営推進会議や、市役所にうかがった際に、近況報告や情報交換を行っています。 市の講習会に参加しています。	職員が水戸市開催の「認知症サポーター養成講座」の講師を行うなど、市の事業に積極的に協力するほか、事務的な手続きや相談は、介護支援専門員が市の窓口に出向き、指導を受けるなど、協力関係を築いている。	
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	月1回身体拘束委員会を開き、身体拘束が虐待につながることを周知し、身体拘束0、身体拘束排除に向けた、話し合いを行っています。 年3回身体拘束の勉強会を行っています。 身体拘束マニュアルがあります。	身体拘束排除委員会を毎月開催し、身体拘束ゼロの確認や話し合いをしている。全職員は事業所独自のマニュアルを整備し、年2回の外部研修の受講と伝達研修、さらに3ヶ月に1回の勉強会を実施して拘束のないケアを実施している。身体拘束排除指針を玄関に掲示している。	

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
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	身体拘束が虐待につながることを周知し、職員都合のケア、強引なケア、雑なケアをしないよう、その都度指導しています。事業所内の透明化を図るため、ご家族様の面会、他事業所職員の来設を呼びかけています。		
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	研修に参加し、内容を職員に伝える。		
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	契約時や変更があった際は、ご家族様に速やかに説明をして、理解をいただいています。		
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	運営推進会議や、面会、電話連絡の際に、ご家族様の意見、要望をうかがい、その結果を職員に伝え、運営に反映させている。	苦情受付担当者や市町村の苦情受付窓口を重要事項説明書に明記して知らせている。2ヶ月毎の運営推進会議開催については家族等にも知らせ、出席を促しており、複数の家族・利用者が参加し、それぞれが意見等を言える機会を作っている。	
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	職員会議や、面談、現場内で、その都度、意見や提案を聞くように努め、運営に反映しています。職員の意見や提案には、1つ1つ対応しています。	フロア会議や月1回の職員会議などを開催して、職員それぞれが意見を伝える機会を設けている。毎月の希望休や物品の購入についてなどの意見があり、反映している。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	職員の意見や要望に、1つ1つ対応し、できるだけ職員一人一人の望む職場環境、働きやすい環境作りが実現できるように努めています。やりがいをもち、入居者様のために、楽しく働くことのできる職場環境作りを努めています。		
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	月1回勉強会を行っています。事業所外の研修に参加しています。現場で気付いたことがあれば、その都度指導しています。		

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
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	研修や、グループ内の他事業所の行事やレクに参加し、情報収集や意見交換を行っています。		
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	入居者様との関わりを多く持ち、ご本人様についての情報収集を行い、生活歴や、したい事、してほしい事など、望む生活を探っています。 ご本人様の立場に立って関わり、信頼関係を築くことに努めています。		
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	面会や電話連絡の際に、近況報告を行い、その対応についてもありのまま報告し、情報の共有、意見交換を行っています。 写真を用いて日常生活の様子を報告しています。		
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	入居の際に、ご本人様、ご家族様の希望を聞き、望む生活が実現できるよう支援しています。		
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	入居者様一人一人にとってきせつな役割を実践し、感謝の言葉がけを行っています。 洗濯干しや食器拭き、ガーデニングやレクなど、入居者様と職員が協力して行えるよう努めています。		
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	ご本人様の現在の状態や現状を報告し、相談しながら、必要な場合には、外出や面会等を行っていただき、関係が維持できるよう努めています。		
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	これまでの習慣を変えることなく、継続できるよう努めています。ご家族様など、面会に来られた方には、できるだけ面会に来ていただけるよう声をかけています。ご家族様が帰られた後のご本人様の様子を後日電話で報告しています	生活歴を家族等から聞き取り、支援に繋げている。家族等や親族以外にも、近所の知人・友人がホームを訪ねている。家族等と自宅へ行ったり、馴染みの店で外食を楽しんだりしている。	

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
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	日常生活の中で、入居者様同士の、ふれあいの機会ができるだけ多く持てるよう支援しています 時々、他フロアでお茶やレクを行っています。 庭でお茶やレクを行い、交流の機会が持てるよう工夫しています。		
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	相談があった時は、必要に応じて対応します。		
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	表情や言動を観察しながら、ご本人様の立場に立って、職員みんなで意見を出し合い、出されたアイデアを試しながら探り、検討している。	言葉で伝えてくれる利用者の中には日頃の話し合いの中から把握している。言葉で伝える事の困難な利用者の中には、過去の情報を家族などから収集したり、利用者の表情を丁寧に観察し本人本位の検討をしながら把握している。	
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	ご本人様との関わりや日常会話、ご家族様から情報収集を行い把握に努めています。		
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	フェイスシートの活用や、職員間の意見交換、レクや日常生活の中での様子観察によって現状の把握に努めています。		
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	月1回フロア会議行い、課題について、原因と対応策を話し合っています。 課題ついて、ご家族様と意見交換し、意見を参考にしながら介護計画を作成しています。	利用者や家族の意向を取り入れ、職員の気付きなども反映し、健康面に配慮した介護計画が作成されている。3ヶ月ごとにモニタリングを行い、定期的な見直しの実施と共に、入退院など健康面に変化があれば随時の見直しも適切に行われている。丁寧に把握している生活に対する思いや意向を、介護計画に反映させるところまでには至っていない。	利用者を主体とした暮らしを意識し、日々の生活に反映できる楽しみ事や小さな目標などを取り入れた介護計画の作成を検討されることに期待したい。

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
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	生活記録を活用し、情報を共有しています。		
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	ご本人様のニーズがあれば、困難な事柄でも、ご家族様や、行政などを巻き込んで、挑戦したいと考えています		
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	お出かけマップを作成し、地域資源を活用した活動を支援したいと考えています。		
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	希望の病院を受診していただき、ご家族様や主治医と情報交換しながら、関係を築いています。	これまでのかかりつけ医への受診が可能なことを伝えてあり、継続している利用者もいる。受診時の付き添いは、利用者の状況や家族の都合に合わせて職員が対応している。	
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	週1回訪問看護師に訪問していただき、入居者様の状態の報告と、相談を行っていただいています。		
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。	入退院時、入居者様とご家族様の精神的、身体的負担が軽減できるよう、連絡を取り合い、できるだけ希望通りにできるよう対応しています。		
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	往診医、訪問看護師と連携して、情報を共有し、状況をご家族様に説明して、相談しながら取り組んでいます。	緊急時の対応マニュアルを作成し、勉強会も開催している。「重度化した場合の対応に係る同意」により、緊急時や重度化した場合の対応を説明し、同意を得ている。	

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
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	緊急時対応マニュアルが掲示されており、全職員が対応できるようにしている。緊急時対応の勉強会を行っている。		
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	防災委員会を設け、年2回避難訓練を行っている。	防災委員会を設け、夜間や地震を想定した訓練も含め、避難訓練を定期的に行っている。反省会は口頭でのみ行っており、次回に向けての課題を残すまでには至っていない。近隣住民への協力依頼は行っているが、参加を得るまでには至っていない。	避難訓練の反省点を明確にして、次回の訓練に活かすことを提案したい。地域住民へ災害時の協力を具体的な内容を示して依頼されることを期待したい。
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	個人情報と、肖像権に関する同意書がある 接遇研修を実施している。 自分がされて嫌な事はしないよう、入居者様の立場に立って対応するよう、職員に周知しています。	本人のペースを尊重し、急がせるような言葉かけはしないようにしている。入浴などデリケートな介助には同性介助の希望を取り入れている。人権尊重や守秘義務について、年に1回の研修を実施している。	
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	対等な関係、信頼関係を築き、遠慮しないで、自分の思いを何でも言えることのできる環境作りに努めています。		
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	常に、入居者様の立場に立って考え、入居者様のペースに合わせてケアを行うよう指導しています。		
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	毎朝、モーニングケア、蒸しタオルを渡して、手や顔を拭いていただいています。時々、ネイルや化粧の支援をしています。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	栄養バランスを計算した食事を提供しています。 ご本人様に一人一人に適した食事形態を提供しています。入居者様と一緒に食事を摂り、一緒にお皿拭き等後片付けを行っています。	お味噌汁とご飯は各ユニットで作り、運ばれてくるおかずは、温めるときに利用者の好みを考慮した味付けをしたり、柔らかくしたりしている。家庭菜園でとれたキュウリやナス、トマト、いちご等を楽しんで食している。	

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
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	食事量、水分量をチェックしています。一人一人に適した食事形態を提供しています。一人一人に適した、味付けや量を工夫しながら、できるだけ多く摂っていただけるよう支援しています。		
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に、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、口腔ケアを行っています。		
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	オムツ0に取り組んでいます。 食後のトイレを実施 ご本人様のわからないこと、できないことを理解し、できるだけご本人様でできるように支援しています。	オムツ0や下剤0、便秘0に取り組んでいる。 寝たきりになっても、定期的なトイレでの排泄を支援することで、手引き歩行が可能になるなどADL改善に繋がっている。	
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	ラキソ0、便秘0に取り組んでいます。 往診医と相談しながら、処方薬の調整を行っています。 便秘解消に向けて、生活環境の改善に取り組んでいます。		
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	ご本人様の希望や、これまでの生活習慣を考慮しながら、入居者様一人一人に沿った支援をしています。	入浴は、基本的に利用者の意向に沿っていつでも入れるようにしている。入浴を好まない利用者でも、週2回は入るように、また、その人のタイミングに合わせて支援している。	
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	ご本人様の表情や動きなどの様子、健康状態等を確認しながら、その時のご本人様の状態に合わせて、適時、休息を取り入れています。		
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	職員全員が、入居者様の薬の種類、もくてき、用法を理解し、症状の変化に応じて、助言や相談ができる。		

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
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	ご本人様の、趣味や好きな事、生きがいなどを探り、ご本人様のADLや意欲を考慮しながら、一人一人に適した楽しみや役割を支援しています。		
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	毎日、散歩、ガーデニング、庭でお茶会、目的を持った外出を行っています。 ご本人様の希望通り、できるだけ何時でも外出できるよう支援しています	天気の良い日の散歩や外気浴は毎日のように実施している。ベランダでお茶を楽しんだり、庭の花や野菜の手入れなど、外に出る機会が多い。家族と一緒に夕食・買い物・受診のための外出など、家族の協力を得ての外出も頻繁に行われている。	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	お金の管理ができる方には、限度額を決めて渡すようにしています。		
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	ご本人様が望む時に、いつでも電話ができるよう支援している。		
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	カーテンはできるだけ開けている状態にして、昼夜、季節感がわかるようにしています。 嫌な音や臭いが無いよう配慮し、落ち着いて過ごせる環境を提供しています。	2階への移動は階段しかないが、幅が広く傾斜も緩やかで、手すりが設置されているので、利用者でも安全に移動できるようになっている。居間には見やすい時計やカレンダー、季節の花などを飾るなど、様々な方法で見当識障害への対応も図られ、利用者が安心して暮らせるような空間づくりをしている。	
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	入居者様同士のふれあい、関わりの機会を提供し、気の合う仲間作りに努め、居場所作りに取り組んでいます。		
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	ご家族様をお願いして、馴染みの物や使い慣れた物を、できるだけ多く、居室に置いていただけるようにしています。	趣味の折り紙で様々な飾り物を作り楽しんでいる利用者や、位牌にお花を供えて毎日手を合わせて落ち着いた暮らしをしている利用者など、それぞれが本人の気持ちに沿った暮らしができるよう工夫されている。	
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	できること、わかることは、できるだけご本人様で行っていただけるようにしています。 わからない事は、言葉やジェスチャーを用いて説明しています。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 トゥルーケアGHいちご

作成日 令和1年 7月 20日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに次のステップへ向けて取り組む目標を職員一同で話し合いながら作成します。
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	26	健康面に配慮した介護計画が中心で、利用者を主体とした暮らしを意識し、日々の生活に反映できる楽しみ事や、その人、一人一人にとっての生活に対する思いや意向が反映小さな目標などを取り入れた介護計画が作成されていない	・入居者様一人一人にとっての日常生活に対する思いや、意向が反映され、入居者様主体の介護計画を作成することができる。 ・入居者様一人一人にとって安心して、快適に生活できる環境作りを反映した介護計画を作成することができる。	・「フェイスシート」を活用し、その人についての情報収集を行い、その人について理解をより深める。 ・「生活環境アセスメントシート」を活用し、その人にとって生活しづらいと感じている要因を探り、生活の中での課題・ニーズを見つけ、その人の思いや意向を反映し、安心して、快適な生活環境作りのケアプランへつなげる。 ・「望む生活アセスメントシート」を活用し、ご本人様のニーズを見つけ、ニーズ実現に向けたケアプランへつなげる ・フェイスシート、アセスメントシートを用いて月1回フロア会議を行い、情報・意識の共有、意見交換を行い、ケアプランにつなげます。 ・入居者様の立場に立って考え、ケアを行うことを周知、徹底します。	6ヶ月
2	35	避難訓練の反省点を明確にして、次回の訓練に活かせることを提案したい。 地域住民へ災害時の協力を具体的な内容を示して依頼されることを期待したい	地域住民へ災害時の協力を呼び掛けることができる。	・散歩や外出時に挨拶や「何かあった時にはお願いします」という声掛け、根回しを行う。 ・地域の行事に参加する。 ・施設での行事に参加を呼び掛ける	6ヶ月

注1) 項目番号の欄には、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。