

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	1190600070		
法人名	株式会社 トゥルーケア		
事業所名	トゥルーケアGHふじの花		
所在地	埼玉県春日部市豊町1-2-40		
自己評価作成日	令和2年3月10日	評価結果市町村受理日	令和2年6月24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/11/index.php
----------	---

【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 ケアマネージメントサポートセンター		
所在地	埼玉県さいたま市中央区下落合五丁目10番5号		
訪問調査日	令和2年4月27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)】

事業所のケア方針でもありますが、入居者様が安心して生活していただけるようなアットホームな環境作りを心がけております。お一人おひとりの生活リズムに合わせ、ホーム理念でもあります喜怒哀楽のある感情豊かな生活が送れるよう、スタッフ一同、心をこめたサービス提供に努めております。

【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)】

・「喜怒哀楽のある感情豊かな生活」をケア方針とされ、多様な外部交流の機会があり、利用者の中で変化や楽しみがあることを大切にされ、利用者の潤いのある暮らしに活かされている。
 ・運営推進会議では、幅広い内容での意見交換が行われ、事業所運営に関心をもっていただける機会にもなり、お互いに勉強しあえるような有意義な会議運営をされている。
 ・目標達成計画については、身体拘束をしないケアの実践について設定され、定期的な研修や話し合いの場を設けることで、職員の接遇もより向上したことから、目標が達成されている。

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 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	事業所理念は出勤時に目に付く場所に掲示しており、チームとして特に規律性・協調性を重視しながら実践している。	法人の理念が事業所のケア方針として「喜怒哀楽のある感情豊かな生活」を心掛けながらコミュニケーションを大切にされている。そのため、家庭的な雰囲気の中、利用者や職員、地域との信頼関係も保たれている。	
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	散歩や地域ボランティアを通じて交流を深めている。毎月1Fデイサービスのボランティアに参加したり、月1回介護相談員とも交流している。	普段から積極的に近隣とのコミュニケーションが図られ、地域と交流できる機会を大切にされている。また、併設する通所介護との交流を通じて、地域に溶け込む努力をされている。	
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	電話での問い合わせや、施設見学の際に認知症についての資料を渡したりして、認知症に関する質問などがあればお答えしている。		
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回開催し、行政・家族・地域住民が参加し、施設の近況・活動状況・身体拘束会議・事故報告等伝え、質疑応答で意見交換している。	定期的に運営推進会議が行なわれ、多様な参加者から意見やアドバイスをいただくとともに、事業所を理解していただく場としても活用されている。今年度は職員の増減や研修内容の報告も取り入れられ好評を得ている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者や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	介護保険課に毎月入居状況を報告したり、営業で生活支援課等に訪問したり、電話にて連絡をとっている。また、市からの調査依頼があった際には期日内に素早く対応するよう心がけている。	市の担当者とは日常的に相談や連絡が密に取られている。そのため、良好な協力関係が築かれ、制度の活用の相談やアドバイスをいただける等に繋がっている。	
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を設置し、2ヶ月に1回話し合いの機会を設け内容を記録し、内容を全職員に閲覧し確認印をもらい、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。年2回、身体拘束に関する研修を開催している。	規定より頻回な2か月に1回の身体拘束廃止委員会が開催されている。具体的な事例や取り組みを話し合うことで、職員間の意識が高まり、接遇面でも向上がみられている。	
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	高齢者虐待防止委員会を設置し、不定期で話し合う機会を設け、意識づけを行い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	施設内研修の中で権利擁護に関する内容を設定し、学ぶ機会を設けた。		
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	契約時には利用者様や家族に口頭・書面にて十分な説明を行い、納得して頂いた上でサイン等していただいている。		
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	施設に来苑する家族にはいつも気軽に訪問できるように挨拶や良い雰囲気作りに努めている。利用者様の日頃の様子を伝え、要望や意見を聞きながら日頃のケアに反映させている。	利用者がどのように生活したいのかを常に意識して意見を取り入れる体制が取られている。今年度は行事を毎月開催することを実践され、楽しみを増やす工夫をされている。	
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	毎月のカンファレンスを行い、発言しやすい雰囲気づくりに努め、ケアや業務改善等に反映させている。職員の意見をなるべく取り入れ改善出来るように努めている。	毎月のカンファレンスや申し送りノートを活用し、職員の意見や提案を聴き取り、迅速に事業所運営に活かされている。今年度は感染予防の足ふきマットの導入や水分量の計測を詳細にすることなど職員の意見が取り入れられている。	
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	管理者が本部に随時報告している。会社側は良い職場環境を提案したり給与面の向上に努めている。		
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	法人内の研修に多数参加することができた。認知症に関することや接遇などを学んだ。		
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	2ヶ月に1回市内のGH管理者が集まる連絡会に参加して、交流や話し合う機会を設けている。		

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
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	本人に不安を与えないように良く傾聴し、共感しながら笑顔で対応して安心感を持っていただき、良い関係づくりに努めている。		
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	契約時には家族からの不安な面や要望をよく聞き、適切な対応をして、より良い関係づくりに努めている。		
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	本人と家族にとって一番必要としている支援を見極め、他のサービス利用も提案しながら対応している。		
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	本人の能力を尊重しながら、出来ることは自身で行っていただいたりお願いしたりして、できない部分をお手伝いしていただいて良い関係を築いている。		
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	家族と協力しながら共に本人を支えていけるように連携し、良い関係を築いている。		
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	家族が外出や外泊の支援をしたり、美容院に連れて行くなどで支援をしている。馴染みの公園や薬局・スーパーに出かけたり、定期受診でかかりつけ病院との関係が途切れないよう支援している。	友人や家族等が気軽に訪ねてこられるように、笑顔で気持ちのこもった対応を心がけられている。そのため、継続して訪問されサポートを継続してくださる友人もおられ、友人が訪問理容を実施されることも検討されている。	
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	フロアにおいては利用者同士の相性を考えた席位置を考え、ストレスを与えず孤立することなく共にレク等に参加している。		

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
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	退居された家族の相談や要望にも快く応じ、フォロー出来るように対応や支援をしている。		
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	利用者の性格・思いや希望・意向を確認し、家族や本部とも連携して、傾聴と共感で利用者が居心地よく生活できるよう配慮している。	利用者の性格を理解し、その日の気分の違いにも配慮した対応がとられている。利用者ごとの価値観や人格の違いを受け入れ、日頃の表情からも気持を察し、利用者が心地良いと感じられるように支援されている。	
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	家族や知り合い、行政を通じて、生活歴や生活環境等の情報の把握に努めている。		
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	毎日の状態を観察し、職員間で共有し現状の把握に努めている。		
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	本人・家族・医師・看護師等から情報収集し、本人にとって良い生活が送れるように、体調面・精神面・生活面等家族にはわかりやすく現状に即したケアプランを提案している。	利用者ひとり一人の思いや体調の変化に留意し、家族等やかかりつけ医の意見も取り入れながら利用者の望む生活をサポートできる体制づくりができるように介護計画が作成されている。	利用者や家族の意向が介護計画の策定過程を通じて盛り込まれることにより、共通の認識や目標の共有につながると想定されることから、利用者や家族に対しての介護計画の共有方法を工夫されることに期待します。
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	生活記録はケアプランに沿って要点をまとめて記入し、職員間で共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。		
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	状況に応じて生まれるニーズに対して新しいサービスを考えながら柔軟に対応している。		

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	散歩時に公園や地域のボランティアを活用しながら、安全で豊かな暮らしを楽しめるよう支援している。		
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	本人や家族の希望に沿って情報提供を行ったり、家族対応が困難であれば家族に代わって受診の対応をしている。対応後は受診結果を伝え、今後の対応を話し合っている。また、受診内容を職員間で共有している。	専門医やかかりつけ医への受診は適切に行われ、医師や家族へ必要な利用者情報の提供がなされている。受診後は服薬や医師の指示などが職員間で共有されている。	
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	月2回の訪問看護時に看護師に利用者の状態を伝え、適切な看護が受けられるよう支援している。		
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。	入退院時には電話や面会時等で医療関係者との情報交換や相談をして、良い関係作りに努めている。		
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	入居時に本人や家族の希望に沿って同意を取っている。また、状態悪化の際は、今後の対応を再度家族と話し合う機会を設けている。GHでの生活が困難になった場合には、特養や療養型施設を地域関係者と連携しながら紹介するなど支援している。	入居時に、事業所としての対応方針が説明されている。入居後の身体状況の変化に対しては、段階に応じてその都度の話し合いが行われ、チームとしての対応方針が共有できる体制がつけられている。	
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	よく起こる疾患については資料を用意し、対応方法を全職員が共有できるようにしている。		
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	年に2回デイサービスと合同で避難訓練を実施している。役割分担を明確にして、地震・火災に加え、洪水に対する指針を作成した。市にも提出し、避難場所の協力体制等をお願いしている。	年2回の避難訓練では、各自の役割を確認し、迅速な行動ができるように訓練されている。また、地域行政からアドバイスを得ながら、水害対策マニュアルを整備され、研修も行われた。	災害は予測不可能なことと職員だけの避難誘導には限界があると想定されることから、引き続き地域住民との協力体制を確認するとともに備品の見直しも定期的に行うなど災害対策の継続的な検討が期待されます。

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
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	傾聴と共感をしっかり行い、特に言葉遣いは丁寧に利用者の人格を尊重した対応、入浴・排泄・更衣時には意思や羞恥心に配慮している。居室で過ごす利用者には、必要以上に介入せず自由に生活して頂いている。	利用者の尊厳を守り、丁寧に対応することが職員全体で周知徹底されており、実際の支援方法を検討する際のベースとして確立されている。定期的な研修が行われたことで接遇の向上も図られている。	
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	利用者に確認しながら、自己決定が出来るように支援している。		
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	散歩や入浴など利用者の要望に沿って支援している。		
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	利用者と着るものを選んだり、化粧品の購入を提案したりしている。また職員は利用者の好みの把握に努めている。		
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	刻み・ペースト等食事形態に配慮し、食べやすいよう配慮している。利用者の役割の支援として、食器拭き等のお手伝いをお願いしている。行事等で弁当を食べたり、出前等で楽しんで頂いている。	利用者が自分の役割を持って、食器拭きやお盆拭きが行われている。また、行事の際に好きなものを一緒に作る楽しみも工夫されている。白玉あんこを作った際は好評を得ている。	
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	利用者に合わせて声かけ・促し・介助をしながら食事量や水分量の確保に努めている。		
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	利用者の能力に合わせて、毎食後に声かけや見守り・介助をして清潔保持に努めている。		

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
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	利用者の排泄パターンを把握し、声かけ・誘導・見守り・介助をし、極カトイレで排泄する事を目指している。ケアプランにも排泄支援について明記し職員全員で自立に向けた支援を行っている。	一人ひとりの排泄の状況が把握され、時間帯や体調の変化に応じて介助方法を変えて対応されている。成功事例はカンファレンスで共有され、自立支援につながるよう取り組まれている。	
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	特に十分な水分量が確保できるように好みの飲み物をだしたり、声かけや介助をし、散歩・体操等で適度な運動をしている。		
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ず、個々にそった支援をしている	利用者の身体状況に沿って支援している。極力全員が浴槽に浸かっていたり職員体制を工夫している。重度化された利用者には二人対応で浴槽にも浸かって頂いている。	利用者それぞれにあった入浴の方法や注意点は職員間で話し合われ共有されている。気持ち良く入浴できるように環境が整えられ、個人のペースで入浴を楽しめるように声をかけながら無理のないような支援が実施されている。	
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	利用者の状態に合わせて、昼食後に休んでいただいたりしている。布団や室温に配慮し安眠できるよう支援している。		
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	薬情報をファイルにとじて職員で共有し、症状の変化時は医師・看護師・薬剤師に相談している。状態の変化があった場合は速やかに上司に報告するよう徹底している。		
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	お手伝いをお願いして、役割のある生活を提供したり、居室でテレビを見たり昼寝をしたり、気分転換ができるように支援している。		
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支援している	散歩や買い物等利用者の希望に沿って出かけられるよう支援している。デイサービスの車を借りて行事で初詣や花見に出かけている。また、家族の協力も仰ぎながら、外出・外泊準備等の支援も行っている。	季節の移り変わりを感じ、気分転換が図れるように外出の機会が提供されている。家族の協力を得て個別に外出支援が行われること、敷地内の外気浴など工夫して外の空気を楽しめるようにされている。	

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	希望があれば小額のお金が所持できるよう配慮し、買い物等で実際に使用できるよう支援している。		
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	利用者の希望により、家族や友人への電話をとりついたり、年賀状・手紙などの返信依頼があれば対応している。		
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	フロアには季節の行事写真を掲示し、利用者が自由に見られるようにし、職員との会話等で活用している。エアコン・加湿器で施設内の温度管理やカーテンの開閉で光の調節をし、居心地よく快適に過ごしていただけるよう支援している。毎日の清掃で清潔な環境づくりに努めている。	季節感を感じられるような装飾になるように工夫されている。気持ちよく過ごせるように掃除のいきとどいた清潔な空間となっており、それぞれが自由にくつろげるように職員の目配りにより配慮されている。	
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	極力気のあった利用者同士になるように、フロアの席位置は利用者の希望や相性に合わせて工夫している。		
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	家族と相談しながらラジオやテレビ等馴染みのものを自由に持ち込んで使用していただいている。毎日の日課で新聞を読んだり、毎日清掃し衛生管理と清潔保持に努め、居心地よく生活をしていただいている。	生活習慣やこだわりを配慮した居室となるように利用者や家族と相談し、思い出の写真、使い慣れた家具、ぬいぐるみなどが持ち込まれている。転倒しないような動線の確保にも気を配られ、居心地良く過ごせるように支援されている。	
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	居室やトイレは貼り紙をし、確認できるよう配慮している。通路に余計なものを置かないようにして、転倒しないよう安全確保に努めている。		

(別紙4(2))

事業所名: トウルーケアGHふじの花

目標達成計画

作成日: 令和 2 年 6 月 11 日

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	26	おおむね3ヶ月に1回、介護計画の見直しを行っているが、家族の意見を聞くための場があまりない。	特にケアプランの中身が変更になったときは、家族の意見を聞き反映させ、チームで介護計画を作成していく。	家族様訪問時には、直接お伝えして意見を聞く。訪問できず、毎回郵送させていただいている家族様には、意見書を1枚入れて、意見があった場合は介護計画に反映させる。	12ヶ月
2					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、行を挿入して下さい。