

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	0870102647		
法人名	株式会社トゥルーケア		
事業所名	トゥルーケアGHメロン	ユニット名(2丁目)
所在地	水戸市平戸町船渡380-1		
自己評価作成日	令和 4年 5月 30日	評価結果市町村受理日	令和 4年 9月 9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	https://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action=kouhyou_detail_022_kihon=true&JigyosyoCd=0870102647-00&ServiceCd=320
----------	---

【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4年7月15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"> ・入居者様一人ひとりが、安心して生活できる環境作りを重点的に行っております。 ・タブレット端末を利用したりリモート面会を行っています。
--

【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)】

<p>事業所は住宅地に立地し、周りには畑が点在し、近くには川や大洗漁港があり自然を感じながら生活する事が出来る環境にある。管理者と職員は利用者が日々楽しく希望通りの生活が出来るように、散歩の好きな利用者は天気の良い日は毎日でも散歩に行ける様に、釣りの好きな利用者には川辺同行して釣り人と会話を交わす等今迄の趣味が途絶えないような支援している。個別対応も含め、ドライブに出かけ利用者が事業所内に閉じこもらないように工夫している。長く勤務している職員が多く、職員間のコミュニケーションも良く利用者との信頼関係も構築され、利用者は安心した生活を送り、職員と利用者の笑い声が絶えない事業所である。</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	入居者様が安心して生活出来る環境作りを目標に全職員が業務を行っています。	毎年初めに理念を見直し、職員で地域密着型サービスの理念を作成している。全職員は事務所や各フロアに掲示している理念を見て、念頭に置いてケアに取り組んでいる。職員会議を月2回開催し、話し合いをして理念を確認している。	
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	メロンの施設周辺には畑作業を行っている近隣住民の方が多々いらっしゃいます。散歩に出掛けた際には作業をされている方への元気な挨拶を心掛けており入居者様、住民の方々共に笑顔での交流が行えています。	散歩時に近隣住民と会話を交わしたりしている。水戸支援学校の生徒2名を毎年体験学習で受け入れている。コロナ以前は近隣からボランティア(琴やフラダンス)を2~3ヶ月毎に受け入れていた。	
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	コロナウイルスの為、例年行われていたボランティアを招く、近隣の行事への参加が難しく、あまり行えていませんでした。		
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	年4回の運営推進会議を実施し近隣施設の行事、ご家族様との面会に関する取り組み等を参考にさせて頂いています。	3ヶ月に1回書面での報告を行っている。議事録を作成する前に、外部委員に施設長が電話で意見を聞くが、記録がなく意見が活かされていない。	各委員に電話で意見を求めるのではなく、検討議題など提示した書類を送付して意見を求め、議事録を工夫して利用者の状況報告なども記載することを期待する。
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	介護保険証の更新及び運営上での不明な点は、ご相談させて頂いております。	生活保護受給の利用者がいるので、市担当者と相談を行うほか情報交換をしている。管理者は毎月地域ケア会議に出席し、意見交換を行っている。	
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	身体拘束についての勉強会や研修の実施により該当する項目を満たさなければ行えないという事を全職員が理解し常に意識をしながら身体拘束を行わないケアに努めています。	身体拘束廃止委員会を設置し、3ヶ月に1回の会議を実施して全職員は拘束がないよう、正しい知識を確認している。スピーチロックについても職員は理解している。研修会は事例を挙げて、弊害などを理解できるような研修を実践している。	

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	身体的な虐待だけでなく言葉の虐待に気を付けて職員間で注意や話し合いを行っています。		
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	ご家族様や入居者様自身から相談があった際は情報収集を行い必要に応じて活用していただいています。		
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	入居時の契約に関しては文章での説明を行っており不安や疑問がある場合は、その都度説明しています。		
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	ご家族の方々から、ご要望がある時には、各フロアの役職者へ電話連絡にて、お伝えくださっています。	電話で利用者の近況報告をしたり、意見を聞いている。フロアリーダーで解決できないことは施設長に連絡して判断している。	
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	月に2回、職員会議を開催し全職員が参加し意見を述べる機会を作っています。各階での意見や提案については各フロアの役職者よりホーム長を介し本部へ伝える機会もあります。	月2回の職員会議や随時に管理者から声かけて聴いているほか、年2回面接を行い、職員の話も聞いている。職員からは職員不足なので、人数を増やして欲しいとの要望が出ているので、本部へ相談している。	
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	本部MGが事業所に出向き、管理者と情報交換を行い、管理者は定期的に職員ヒアリングを行っています。		
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	職員一人ひとりの得手、不得手を把握して苦手な部分の内部研修への参加を促しております。		
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	毎月開催されている地域ケア会議に参加し意見交換をしたり、地域にて営業されている介護タクシーを利用し病院に向かう等の取り組みを行っています。		

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
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、入居時に、ご本人やご家族様の思いや要望を伺いサービスに反映するよう努めています。		
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	上記の要望に添った支援が出来る様に、ご家族様との信頼関係を築けるよう努めています。		
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	これまでの生活に加え事業所で生活する上で、ご本人の求めているサービスかどうかを多職種と連携し見極められるよう努めています。		
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	認知症対応型共同生活である事を意識し共同生活が行える関係を築けるよう努力しています。		
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	ご家族様の協力をいただき、入居前の生活歴を把握し共に、ご本人を支えていける関係を築いています。		
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	地域の行事が見送られている為、散歩に出かけた際、近くに川があり釣りが趣味であった入居者様は釣り人に話しかけたり、花が好きな入居者様は季節ごとに職員に教えてくださったりと、それぞれの馴染みを大切にしています。	日々の会話の中や家族等からの情報で利用者の馴染みの関係を把握している。個別対応で利用者の希望する場所にドライブしたり、電話対応や手紙の投函を支援して、人との継続が切れないようにしている。	
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	レクリエーションや活動、散歩や外気浴等、入居者様同士で関われるよう支援している。		

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
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	事業所から連絡を取る事はありませんが、契約終了後であっても相談を受けた際には状況に合わせて支援をしていきたいと思えます。		
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	入居者様一人ひとりの「その人らしく」を大事に考え希望、意向の把握をし実行出来るよう努めています。	日々のケアを通じて、本人の希望や要望を聞いて無理強いはいしない支援をしている。利用者の表情や仕草、態度から職員は利用者の内面の感情や情緒、言動の把握に努めている。	
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	事前調査の際、ご本人、ご家族様より得た情報を理解し、サービス提供の一環としております。		
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	入居者様が安心して生活出来るよう笑顔での声掛けや、残存能力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	ケアカンファレンスのみならず定期的にフロア会議を行い、ご家族様や協力医療機関の方々に相談し課題の解決に努めています。	3ヶ月毎のカンファレンス会議を開催し、介護計画を作成している。3ヶ月毎のモニタリングをしてサービス担当者会議して見直しをしている。介護計画書は本人がサインしているが、家族等には送付しておらず家族等が介護計画書を確認する機会がない。	介護計画書作成後は家族等に郵送するなどして、家族等にもサービスの内容を知らせる事を期待する。
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	個別の記録の記入により日常生活の様子を職員間で共有しています。課題が出た際には介護計画の見直しに活かしております。		
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	その時々で入居者様にとって必要な事を察知し状況に応じたサービスが行えるよう努めていきます。		

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
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	散歩時に地域の方々の優しい声掛けを頂き安全な生活ができています。		
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	月に2回の提携医療機関の往診により、健康管理をしています。また、ご家族様の対応により受診をする際には受診前後にご家族様と情報交換を行い、記録しています。	契約時に利用者や家族等に希望するかかりつけ医への受診が可能なことを説明している。訪問看護ステーションから毎週来訪があり、健康管理を行っている。	
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	毎週、訪問看護ステーションより看護師の巡回があり情報交換を行う事で入居者様の健康管理に努めています。急変時には指示を頂き安心、安全に生活できています。		
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。	入院の際には介護サマリーを作成し医療機関へ報告しています。入院中も連携し状態把握に努めています。また、退院時には注意点やADLの変化の指導を受けています。		
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	体調変化の際には、ご家族様への状況説明をしており病院と連携しながら、ご本人の希望を第一に対応しております。尚、終末期に関しては、ご本人様又は、ご家族様の希望を確認しております。	看護師は24時間オンコールの契約となっている。「重度化した場合の対応に係る同意」では看取りが実施できない時の条件などが明確に記載されているが、「指針」では看取りを実施するような記載になっている。	「重度化した場合の対応に係る指針」にも、「重度化した場合の対応に係る同意」と同じように、看取りに関してできない事を明確に記載することを期待する。
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	急変時は往診、巡回時に医師や看護師に指示を頂いています。突発的な皮膚の事故等には勉強会の際、定期的に訓練を行っています。		
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	昼間、夜間を想定した避難訓練を実施しています。また、水害地域という事もあり津波関連の警報が出た際も想定しての訓練を行っています。	火災の他に地震を想定した訓練が行われている。訓練後は反省会を行っているが次回に向けての記録が残されていない。近隣住民へは協力の呼びかけを行っている。	夜間想定を含めた防災訓練を年2回は実施して、訓練後反省点を基に課題を話し合い次回に活かすことを期待する。

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	排泄介助時にはドア、カーテンを閉める。ご本人のプライバシーに関する話題は行わない。周囲に人がいない事を確認してから、お話を伺う等の気配りをしています。	職員は利用者の誇りやプライバシーを損ねない言葉かけに配慮すると共に、利用者の行動や話を否定しないように心掛けている。職員は人権尊重や守秘義務について年1回研修を受けている。	
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	意思疎通の可能な入居者様には、自己決定してもらうよう支援しています。困難な方は、表情、身振り手振り等のジェスチャーや筆談を行ってます。		
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	「おはようございます」といった朝の挨拶や「今日は何をしましょうか？」と声掛けし希望にそった支援を行っています。		
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	起床時の整容は、もちろん入浴や外出する際の洋服を、ご自身で選択して頂くよう支援しています。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	現在、飛沫予防の為、職員は入居者様と距離を取っての食事となっております。落ち着いてくれば以前と同じように一緒に食事を取り会話しながらの楽しい食事をを行います。出来る範囲で準備や後片付けの、お手伝いをしています。	アレルギー等に配慮して代替食を用意している。毎月1回は季節に合った行事食が献立に組み込まれている。敬老会とクリスマス会は通常の献立を止め、利用者の希望に沿った食事を提供している。	
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	委託業者からの栄養バランスを考慮した献立により、入居者様に合わせて刻み食にする等、配慮しています。水分摂取については確認票を作成、記入し目安に届かない際には声を掛け摂取して頂くようにしています。		
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、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	ご本人で行える方には声掛け、見守りしながら行っています。難しい方は洗面台まで誘導し、口をゆすぐ支援を行っています。義歯の方は毎日すぎ、うがいを促し見守りし口腔ケアを行っています。		

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
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	排泄チェック表を使用し、一人一人排泄パターンを把握できるよう努め、声掛けによりトイレで排泄出来るよう支援しています。	利用者の排泄パターンを把握し誘導、トイレでの排泄に努めている。安眠を優先して、夜間のトイレでの排泄は支援していない。	
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	水分量、排便状況を把握し水分を摂る前に声掛けします。トイレ誘導時には腹部マッサージを行っています。		
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	入浴前に声掛けし、ご本人の希望を伺っています。曜日、時間帯を問わず毎日や1日おきに入浴を希望される方もおり、入浴を楽しみにされている方々が気持ちよく入浴できるよう支援しています。	利用者の希望で曜日、時間帯を問わず入浴支援している。利用者の好みのボディソープやシャンプーを使用している。入浴を拒む利用者に対しては無理強いせず声をかける職員や時間帯を変えて支援している。	
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	食後は自室にて休息される入居者様。共有スペースにて休息される入居者様。一人ひとりに対して声を掛け安心して休息出来る様に努めています。		
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	入居者様一人ひとりの薬情ファイルを作成し往診時に主治医に相談、報告し処方していただいています。		
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	洗濯干し、洗濯畳、テーブル拭き、食器拭き等をして頂く様、声掛けしています。歌や体操、散歩、外気浴等のレクリエーションを行っています。		
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支援している	外出してのイベント参加は現在行えていませんが入居者様に希望を取り4月は、お花見ドライブを5月は海岸沿いのドライブ等の風景を楽しんで頂いています。今後も、ご本人の希望を把握し地域の方々とは協力し合えるよう支援します。	天気の良い日は散歩をしている。利用者の希望でお花見や海岸沿いのドライブを支援している。ふれあい公園や近くにある同系列のグループホームまで出かけている。3人単位でドライブに出かけ季節の花や利用者の希望する場所に出かけ車窓から景色を楽しんでいる。	

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	基本的に入居者様が、お金を持つことはありませんが必要に応じて、ご家族の了承を得られる場合は所持、使用の支援をしています。		
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	ご本人様の思いを尊重し、ご家族様とも相談して連絡出来る環境を整える様にしています。		
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	季節ごとに花や飾りつけ、トイレの表示板などに気を配り混乱なく居心地の良い環境になるよう工夫しています。	事務室や共有空間には加湿付き空気清浄機が配置され温度や湿度も管理されている。居間兼食堂には広いテーブルとソファが設置されている。壁面には利用者と職員での手作り作品が掲示されている。小上がりの和室があり、洗濯を畳んだり寛いだりする場所となっている。	
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	席の他にソファを設置しており気の合う入居者様同士でくつろげる空間を提供しています。		
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	入居前と同じような環境で生活して頂けるよう使用していたものや、好きな色の物を置き居心地よく過ごせるよう支援します。	管理者は家族等に使い慣れた物を持参してもらえるように話をしている。居室1階はフローリングで2階3階は畳敷きで利用者の希望で選んでもらっている。	
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	入居者様一人ひとりの出来る事、分かる事を把握し安心、安全な生活が送れるよう支援しています。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 トゥルーケアGHメロン
作成日 令和 4年 9月 9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	介護計画書は本人のサインのみで家族等への送付をしておらず家族等が介護計画を確認する機会がない。	介護計画作成時には、ご家族様との情報共有をしていく。	ご家族様へ介護計画書の送付、送付後には到着の確認並びに説明を行い共有していく。	3ヶ月
2	4	3ヶ月に1回書面での報告を行っており外部委員への電話連絡にて意見を聞くが、記録がなく意見が活かされていない。	電話連絡にて頂いた意見を記録し次回開催時へ反映する。	議事録に加えて「意見書」の作成を行い、頂いた意見を今後の課題として記録する。	3ヶ月
3	33	「重度化した場合の対応に係る同意」では看取りが実施できない時の条件などが明確に記載されているが「指針」では看取りを実施するような記載になってしまっている。	「指針」の見直し、修正をする。	「重度化に関する指針」の修正を行い、看取りを実施できない事を明確に記載し、ご家族様へ誤解のない書面を作成する。	1ヶ月
4	35	訓練後は反省会を行っているが次回に向けての記録が残されていない。	訓練報告書へ課題の項目を追加する。	訓練終了後は訓練報告書作成時に、「次回の課題」の項目を追加していき報告書はスタッフルーム等、全職員が確認できる位置に掲示する。	2ヶ月
5					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。