

<認知症対応型共同生活介護用>
<小規模多機能型居宅介護用>

評価結果報告書

地域密着型サービスの外部評価項目構成

	項目数
I. 理念に基づく運営	8
1. 理念の共有	1
2. 地域との支えあい	1
3. 理念を実践するための制度の理解と活用	3
4. 理念を実践するための体制	2
5. 人材の育成と支援	0
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	1
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応	0
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援	1
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	5
1. 一人ひとりの把握	1
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し	1
3. 多機能性を活かした柔軟な支援	0
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働	3
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	6
1. その人らしい暮らしの支援	4
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり	2
合計	20

事業所番号	1491900773
法人名	株式会社 ツクイ
事業所名	ツクイ津久井浜グループホーム
訪問調査日	令和3年1月29日
評価確定日	令和3年3月31日
評価機関名	株式会社 R-CORPORATION

○項目番号について
 外部評価は20項目です。
 「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。
 「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。

○記入方法
 [取り組みの事実]
 ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入しています。
 [次ステップに向けて期待したい内容]
 次ステップに向けて期待したい内容について、具体的な改善課題や取り組みが期待される内容を記入しています。

○用語の説明
 家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。
 家族 = 家族に限定しています。
 運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。
 職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。
 チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

令和 2 年度

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	1491900773	事業の開始年月日	平成18年3月1日	
		指定年月日	平成18年3月1日	
法人名	株式会社ツクイ			
事業所名	ツクイ津久井浜グループホーム			
所在地	(239-0843) 神奈川県横須賀市津久井2-17-23			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
		宿泊定員	名	
		定員計	18名	
		ユニット数	2 ユニット	
自己評価作成日	令和3年1月20日	評価結果 市町村受理日	令和3年7月9日	

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	
----------	--

【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)】

お客様一人一人の思いが実現できるよう、特に個別での機能訓練に力を入れておりお客様が望む自立を支援しています。ご入居しても自分らしい生き方、生活が出来るようグループホームでしかできない、きめ細やかなサービスを提供してまいります。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 R-CORPORATION		
所在地	〒231-0023 横浜市中区山下町74-1 大和地所ビル9F		
訪問調査日	令和3年1月29日	評価機関 評価決定日	令和3年3月31日

【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)】

●この事業所は、株式会社ツクイホールディングスの子会社、株式会社ツクイの経営です。同法人は神奈川県を地盤にデイサービス・訪問介護・訪問入浴・訪問看護・居宅介護支援・小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護などの在宅介護サービスから、有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅・グループホームなどの居住系サービスを展開し、様々な顧客のニーズに合わせた多様な福祉・介護サービス事業を全国で経営しており、現在は700以上の事業所があります。ここ「ツクイ津久井浜グループホーム」は京浜急行「津久井浜駅」から徒歩1分と家族や友人等も足を運びやすい駅近の場所にあります。

●管理者は昨年の9月就任しましたが、新型コロナウイルスの影響により、地域との交流や外出支援の自粛を余儀なくされ、利用者がストレスを溜め込まないように毎月イベント(季節に沿ったお食事)を実施したり、キッチンカーを玄関前に呼び、好きなものを購入して食べていただくなど、工夫しながら気分転換できるように支援しています。

●今年度は新型コロナウイルスの蔓延に伴い、「感染予防対策や、陽性者が出た場合の対応」を研修に取り入れ、さまざまな感染症対策を講じながら利用者や職員自身を守ることに注力して取り組んでいます。また、感染症拡大防止のため面会を中断しているため、定期的に郵送しているお便りなどの文面だけでなく、テレビ電話などで顔を見ながらのオンライン面会を進めています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
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 ~ 35	9 ~ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	ツクイ津久井浜グループホーム
ユニット名	つばめ

V アウトカム項目	
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
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

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ます。 (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：9, 10, 19)	○ 1, ほぼ毎日のように
	2, 数日に1回程度ある
	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の拡がりや深まりがあり、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、活き活きと働いている。 (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. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	いつでも確認できるように、各ユニットの入口に理念を掲示して、常に理念を意識したケアに努めている。	法人の経営理念・社訓・会社定義・ツクイ行動宣言は事務所内に掲示され、毎朝の朝礼時に唱和するなどして共有しています。法人理念・社訓・定義・行動宣言を業務にあたるうえでの行動規範としている他、各ユニットの入り口にもユニットで作成した理念を掲示するなどして、理念に基づいたケアの実践につなげています。		今後の継続
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	月地域の認知症カフェに参加を包括ともつながりを継続出来ている。また月1回自社でも認知症カフェの開催、隔月で認知症サポーター養成講座を開催し地域との交流を深めている。	現在はコロナ禍のため自粛していますが、地域包括主催で開催されている認知症カフェの参加を通して、地域の方との交流や地域包括支援センターとの関わりを持つようになっています。また、月1回事業所が主催となって認知症カフェの開催、各月で認知症サポーター養成講座を開催するなど、地域の方が抱えている介護相談や認知症・介護に関する情報を積極的に発信しています。		今後の継続
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	認知症カフェや認知症サポーター養成講座の開催を通じて地域でのグループホームの役割の座学を担当したり、ご家族が抱えている相談役となれるよう交流を図っている。			
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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	運営推進会議・認定調査・実地調査・養成講座の計画や報告など訪問したときに担当者とのコミュニケーションを図っている。また電話での相談しや質問等も都度行っている。	運営推進会議は、地域包括支援センター職員、市職員、利用者家族などに参加いただき、2ヶ月毎に開催しています。家族が参加しやすいよう「和の会」と称し、イベントと併せて開催するなど、多くの方に参加していただけるよう工夫しています。事業所の現状や活動報告についての意見や要望、地域の情報をいただいています。現在は感染症拡大防止の観点から集まっての開催は控えています。		今後の継続
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・認定調査・実地調査・養成講座の計画や報告など訪問したときに担当者とのコミュニケーションを図っている。また電話での相談しや質問等も都度行っている。	横須賀市の職員とは、運営推進会議への出席していただいたり、疑問などが生じた際に相談にのっていただくなどして、事業所の実情を把握していただくようにして、協力関係の構築に努めています。また、研修や講習会の案内が届いた際には、積極的に参加するように心がけています。地域包括支援センターとは、認知症カフェへの参加を通して情報交換に努めています。		今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	年に2回事業所内研修、運営推進会議にて委員会を開いて話し合いを行っている。勤務開始前に個々で身体拘束禁止宣言を唱和、宣言してから勤務に入り意識を高めている。	事務所に、スピーチロックなど6項目の「身体拘束禁止事項」を掲示し、「身体拘束禁止研修」を年2回実施している他、身体拘束禁止委員会を設置し定期的に討議の場を設けています。フィジカル(身体的)・スピーチ(言動)・ドラッグ(薬による抑止)ロックについての知見を収集し、職員間で共有していません。さらに、勤務開始前には身体拘束禁止宣言を唱和、宣言してから勤務に入るなど、身体拘束の無いケアに努めています。	今後の継続
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	年に2回事業所内研修実施、個々で高齢者虐待防止宣言を唱和、宣言してから勤務についている。不適切なケアを都度カンファや朝礼を通して話し理解を深めている。		
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	必要に応じて権利擁護に関する研修等に参加している。		
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	ご本人、ご家族の不安や疑問点をしっかり受け止め、お客様の立場に立って丁寧な説明を心がけている。しっかり納得して頂いてから契約を取り交わしている。		
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並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	日常生活の中で、思いを受け止めたり、ご家族面会時、声をお掛けして意見や苦情を伝えやすい雰囲気作りを心掛けている。運営にはご家族にも協力して頂き、一緒にその生活を支える環境作りに努めている。また、ご意見箱を入口に設置してある。	入居時には、重要事項説明書に記載している苦情相談窓口について説明しています。日常的な意見や要望については、玄関に設置している意見箱、来訪時や電話連絡時の近況報告と併せて意見や要望を伺っています。家族からも積極的に運営やサービスに関する意見などを聴取することで、家族とも協力しながら利用者の暮らしを支える環境づくりに努めています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	一対一でゆっくり話ができる雰囲気作りを心掛けている。日常でもこちらから声をかけ職員の状態を把握するよう努めている。また、月に1~2回カンファレンスで直接意見を聞いたり、連絡ノートを活用して情報交換している。場合によっては個人面談も行なっている。	管理者は職員の出勤時に職員との会話を心がけている他、ゆっくり話ができる雰囲気づくりを心がけています。月1、2回開催しているカンファレンスで直接意見を聞いたり、連絡ノートなども活用しながら情報の共有化を図っています。また、必要に応じて職員との個人面談も実施しています。	今後の継続
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	必要に応じ就業規則の見直しを行ったり、資格取得支援制度で各職員の仕事に対するモチベーションを高める環境を作っている。		
13		○職員を育てる取組み 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	職員のケアの力を把握しその都度、指導をしている。入社時にはOJTも行っている。現場でも計画作成担当やリーダーが力を発揮できる環境を作っている。毎月事業所内研修実施、社内研修、外部研修後は伝達研修を実施している。キャリアパス制度あり。		
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つくり、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組みをしている	横須賀市主催グループホーム研修に参加して地域の同業者との交流する機会を作ったり、社内他の事業所との交流からサービスの質の向上に努めている。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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	入居申し込み時に困っている事を、ご本人やご家族から確認、丁寧にアセスメントして入居後のケアプランに繋げている。プランの内容がしっかり職員に浸透できるよう工夫している。モニタリングを通してご本人ご家族との信頼関係構築に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	入居申し込み時に、ご本人ご家族から困り事や不安を確認して、相談から方向性を明確にしている。入居直後の思いを引き出せるよう連絡を密にとっている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	事前情報によるアセスメントから、新しい環境でのニーズの優先順位を図り、関係機関との連携を迅速に行なっている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	傾聴、共感、受容を心掛けている。介助の時は説明、同意を得てから行っている。家事や趣味の力を発揮できる環境ときっかけを作り、職員がお手伝いする形で一緒に生活を楽しむ事を目標としている。ふとしたお年寄りならではの優しい心遣いや言葉に感謝しながら時間を共有している。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	月に一度、書面にてご本人の様子を報告している。行事へのお誘いや面会しやすい環境作りから、ご家族からの思いや情報も聞く努力をしている。また、生活や健康上での変化があった時はすぐに電話などで報告相談し一緒に解決できるよう配慮している。		
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	昔の教え子の方、ご兄弟などがお見えになった際、一緒に過ごせる場所を提供したり、声を掛けて外出の支援をしている。自力での移動が難しい方は、職員が自宅までお連れしてご家族と過ごす時間を作る事もできた。	入居時のアセスメントで本人を取り巻く環境や人間関係などの情報を把握し、入居後もこれまで築き上げてきた馴染みの関係が途切れないよう支援しています。入居の際には、差し支えない程度に友人などにも入居したことを伝えてくださいと声かけしています。本人からの要望があれば、手紙・はがき・年賀状・電話の取り次ぎなども支援しています。現在は感染症拡大防止のため、面会は制限しています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	日常生活記録からアセスメントした利用者様の思いや他の利用者様との関係性を、全職員が把握し、臨機応変に対応しながら、生活の中で孤立感や不安を抱えることなく過ごせるよう努力している。		
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	移動先での声掛けを積極的に行なっている。退去されたご家族様から連絡があったり交流を保っている。		
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。	日常生活の中で、さりげなく発した言葉や行動に表現した思いをしっかりと記録して、アセスメントして個別性のあるプランを作り、ご家族・職員が統一した情報を共有してケアに活かせるよう日々努力している。ケアの前には必ずご本人に意思を確認してから支援している。	「入居事前面談」にて本人や家族、在宅時などのケアマネージャーから生活歴・趣味や嗜好・既往歴・暮らし方の希望などを聞き取りながら面談記録を作成し、職員間で情報を共有しています。入居後は日々の関わりで本人が発した言葉や表情から得られた情報や職員の気づきは個人記録などに記入するとともに、カンファレンスで情報を共有し、本人の意向を汲み取りながら統一したケアに努めています。	今後の継続
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	フェースシートを元に、生活歴や趣味など情報を共有している。ご家族様面会時など機会がある時にも情報収集に努めている。その情報を活かせるよう生活の中に取り入れている。		
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	毎日の申し送りの中から、行動言動の裏を読み取り、心身状態の把握、出来る力を見際める為の話し合いを行なっている。ケアマネは記録から現状を把握してプランに繋げている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	月に1度のカンファレンスで、利用者様のモニタリングを元に、全員で意見交換し、より個別性のあるご本人の生活に沿ったプランを作成している。	事前面談記録を基に初回の介護計画を作成しており、1ヶ月を目安にADLやIADLなどの情報を収集しています。月1回のケア会議でカンファレンスを行い、日々の記録や職員の気づきを話し合い、ケアの課題などを明確にして共通認識を図り、その方の自立に向けた介護計画を作成しています。カンファレンス時には本人・家族の意向、関係者からの意見を反映させながら現状に即した介護計画を作成しています。	今後の継続
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	介護記録にプランの短期目標が載っており、実践の結果を○×で記入し、記録に落としている。その内容を毎日の申し送りやカンファレンスで伝達、焦点を確認、モニタリングに繋げている。記録の重要性、書き方などの研修も行っている。		
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	ユニット間の交流、朝礼での情報交換、他事業所間の交流を図り、そこでの応用を取り入れながら支援を行なっている。		
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	地域の避難訓練に参加したり、中学生の福祉体験学習を受け入れている。月に一度認知症カフェに参加して地域包括や、認知症を抱えているご家族との交流を図っている。 横須賀地域の事業所合同で、認知症サポーター養成講座・オレンジカフェを開催している。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 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	通院、往診共に受診の際は、日常の様子を報告し医師から指示を受けたり、ご家族様への報告を行なっている。ホームの協力医だけではなくご希望があれば、入居前のかかりつけ医とも連携を取っている。	入居時に協力医療機関についての説明を行ったうえで、利用者と家族の希望を確認しています。協力医療機関の内科の往診は月2回あり、歯科は週1回、精神科は月1回の往診があります。訪問看護師による巡回は週1回あり、利用者の体調管理や相談にのっていただいています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	週に一度訪問看護師に、申送りをしたり介護職員が記入した介護記録から情報を読み取ってもらい対応している。そこから得た情報や観察から、介護職員はの助言・指示を受けている。		
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、また、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。又は、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。	入院中、ご本人様を訪問し病院側との関わりをもちコミュニケーションを図っている。また、退院前になるべく担当医師や地域連携担当者とお話しする時間と作って頂き、退院後の日常生活上の注意点を伺うようにしている。		
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、事業所の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	入居契約時において、重度化や終末期の迎え方を確認して頂き折々にご家族・医師と相談している。ムンテラから看取りの段階になった時にご全職で確認し、看取りのプランを作成しご家族とも連携を図っている。	契約時、「重度化した場合の対応に係る指針」に沿って説明しています。状態の変化が見られた段階で家族・医療機関・事業所の3者による話し合いの場を設け、終末期に向けて今後の方針を共有しています。事業所での看取りを希望される場合には家族・主治医(看護師を含む)・職員で情報共有しながら看取りケアを遂行できるよう努めています。事業所では看取りの実績もあります。	今後の継続
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	カンファレンスや研修を通して応急手当や初期対応の訓練を実施している。		
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	研修は実施され、避難手順は確認している。例年2回の防災器具点検時に点検業者のプロの目を活用しながら避難訓練を実施している。	非常災害対策マニュアルおよび計画を作成し、マニュアルに基づき年2回の訓練を実施しています。訓練時には、防災設備業者に立ち合いを依頼して消火器や防災設備の取り扱い方法についても確認しています。自力歩行などが可能な方には訓練に参加していただいたり、年1回は消防署の立ち合いで指導を受けるようにいもしています。備蓄品は、水や食糧、衛生用品・コンロなどを準備しています。さらに、事務所内に避難手順等を記載したマニュアルや緊急連絡網も整備しています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	○一人ひとりの人格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・自尊心を尊重する事は社訓や理念にも掲げられており、個人尊重の元で個人情報及び守秘義務の徹底を研修やカンファレンスの折に確認している。	入職時に配布しているスタッフハンドブック(会社の経営理念、経営基本方針の解説書)には、職員としての心構え、法令遵守、倫理、個人情報の取り扱いについての項目が網羅されており、それを基に入職時研修を行っています。社訓の「個人の尊重」に沿って、利用者1人ひとりの性格や個性を受容し、尊厳を損ねることの無いよう、対応や言葉かけは十分に配慮しています。	今後の継続
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	センターパーソンドケアの意識付けを職員に徹底して指導、日常中でのご利用者様の言葉やしぐさでしっかり受け止めて、自己決定できる場を作ってケアしている。		
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	職員の決め付けや思い込みを払拭し、ご利用者様の思いに耳を傾ける努力を怠らないよう常に声を掛け合ってケアしている。画一的な生活やケアにならぬようカンファレンスや勉強会で話し合いを行っている。		
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	更衣や整容の際に好みの服や格好に気配りしている。またご本人に好きな服を選んでもらったり、お手伝いをしている。清潔に気を配っている。		
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	咀嚼嚥下能力、食事動作をしっかり把握し食形態を工夫し安全に配慮しつつ、職員も同じ献立でテーブルを共にして食事を楽める工夫をしている。昼食夕食は、好きな方が食事の用意を一緒に行っている。食器拭きなども行って頂く。	食材とメニューは食材提供会社を活用し、メニューは1ヶ月単位で、レシピ付きで届いています。調理は職員が行っていますが、下膳などの片付けは個々の能力を見極めてお願いし、残存能力の維持につなげています。敬老の日や誕生日など行事の際には、出前を取ったり、おやつを手作りにするなどの工夫も行っていきます。また、時候に応じた食事を提供することで、季節感も感じていただけるよう支援しています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	食事水分摂取量を正確に記録に残したり、食事が進まない時の様子や献立内容も確認している。食事量が少ない方は医師と相談し栄養補助食品を取り入れている。飲み物の種類も増やして、摂取量を増やせる工夫をしている。		
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	歯科医師の助言を頂き毎食前の口腔ケア体操を実施。食後の歯磨き、入床前の消毒保管を徹底。虫歯など歯科医との連携も取れているので、問題が生じた時は即対応できている。場合によっては歯科に相談している。		
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向けた支援を行っている	排泄パターンの把握、パットやリハビリパンツなどが適当であるか常に確認している。昼夜共にご本人のペースや排泄リズムに合わせて声を掛け、臀部の清潔に努めている。トイレとパット内の排尿の区別が出来る様、排泄チェック表を変更し管理徹底している。	排泄チェックを用いて、利用者全員の排泄状況を記録し、1人ひとりの排泄パターンの把握に努めています。日中はトイレでの排泄を基本としていますが、夜間においても時間やタイミングを見計らった言葉がけでトイレ誘導を行い、トイレでの排泄を促しています。また、カンファレスでも排泄表を基にタイミングや排泄支援方法について確認し、排泄の自立支援につなげられるよう検討しています。	今後の継続
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	飲食物や体調の変化、服薬の内容によっても便通は変化する為、無排便日数を常に把握している。日中の活動や運動、機能訓練を行い、自然排便出来るよう取り組んでいる。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	最低週2回入浴できている。入浴はその方の体調や気持ちを尊重してお誘いしている。湯温や室温など環境を整えると共に、一対一でコミュニケーションを図りながら勧めている。皮膚など全身チェックも行なっている。	週2回入浴を基本として、安全かつ気持ち良く入浴していただけるよう、入浴前にはバイタルチェック、本人の体調を確認したうえで本人の意向を確認しながら入浴支援を行っています。入浴拒否のある方には無理強いせず、楽しい入浴のため季節に応じたゆず湯・菖蒲湯なども行っています。また、入浴支援を行う際には、皮膚などの全身チェックを行い、あざや皮膚疾患などの早期発見に努めています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	個々のペースに合わせて、時間に捉われず入床を促している。眠れない時はその要因、かゆみの有無・室温調整・体調など考察解決に向けて工夫している。日中の活動に力を入れ夜間良質な睡眠がとれ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	処方された薬の説明書を個々のファイルに閉じていつでも閲覧できるようにしている。与薬時には誤薬しないようダブルチェックを行っている。定時薬以外の内服時は特に体調の変化を確認している。		
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	入居前のアセスメントから生活歴は趣味、嗜好品など把握し、現在の状況と照らし合わせながらプランに繋げ、職員全員が情報を共有し活気のある生活を送って頂けよう配慮している。		
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。また、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	1日昼食前に散歩の時間を設けている。ご本人の希望で外出したり、皆で外出できる行事を実施している。車椅子の方も玄関先に花を見に行ったり、日常の中で外気に触れる時間を作っている。	散歩は天気や気候をみながら昼食前の時間に、利用者のADLに合わせた散歩コースにお連れしています。例年は季節に応じた外出支援(久里浜花の国・三浦の河津桜・菖蒲園など)も、家族の協力を得ながら実施していますが、今年度はコロナ禍に伴い自粛しています。不特定多数の人との接触を避けるため、玄関先の花を觀賞するなど、外気に触れる機会を設けています。	今後の継続
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	金銭管理はご家族にお願いしているが、購入意欲を低下させる事のないよう買い物など一緒に行っておやつなど購入している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ご希望に応じて電話のやりとりや手紙の投函など必要なお手伝いをするよう努めている。		
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	玄関先は、季節に沿って毎月飾りを変えて、散歩など外出時に眺めている。廊下やリビングは、ご利用者様と一緒に作った四季折々の作品や季節の花を飾って、それを元に話題に繋げている。	共有空間には行事の写真や利用者の書道の作品を飾り、利用者との話題作りになるよう工夫しています。季節により空調や加湿器を使い、環境に配慮しています。台所は対面式で利用者とは会話も多く、IHを使っており安全にも配慮しています。法人のSQ（サービスクオリティ）担当者が定期的に環境状況のチェックを行い、快適な生活ができるよう支援しています。	今後の継続
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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	リビングでの様子を見守り、一人で過ごしたいサインを見逃さず、思いにそってケアしている。自室でゆったり過ごせるよう工夫したり、看取りで自室で過ごす時間が長い方は、好きなCDを聞いて頂くなど個別に対応している。		
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	見慣れた・使い慣れた物（仏壇・タンス・布団など）の持参をお願いし、ご本人様が安心して生活して頂けるように配慮している。ご家族が面会に来訪された時に、心置きなくゆっくりと一緒に過ごせるよう心掛けている。	各居室には、エアコン、クローゼット、防火カーテンが完備されています。入居時には、使い慣れた家具や寝具、思い出の調度品を持ち込んでいただくよう伝えていきます。鏡台、タンス、テレビなど、人によって様々な物が持ち込まれ、個性的な居室作りがされています。	今後の継続
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」や「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	建物内部はバリアフリーで手すりが付いている為、歩行が不安定な方も見守りにて廊下での歩行訓練できる。また、わかりやすくトイレの表示をして自分で行えるよう工夫している。		

目 標 達 成 計 画

事業所

ツクイ
津久井浜グループホーム

作成日

令和3年1月29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	2	近隣地域との交流が少ない	地域との交流が多くなる	近隣地域の行事に参加する	令和3. 1～1年間
2	13	職員の育成が向上	職員のキャリアアップ	一人一人に合わせた助言指導を行う。資格取得や外部研修の参加。	令和3. 1～1年間

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。

事業所名	ツクイ津久井浜グループホーム
ユニット名	かもめ

V アウトカム項目			
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
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

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ます。 (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：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			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の拡がりや深まりがあり、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、活き活きと働いている。 (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. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	いつでも確認できるように、各ユニットの入口に理念を掲示して、常に理念を意識したケアに努めている。		
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	月地域の認知症カフェに参加を包括ともつながり継続出来ている。また月1回自社でも認知症カフェの開催、隔月で認知症サポーター養成講座を開催し地域との交流を深めている。		
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	認知症カフェや認知症サポーター養成講座の開催を通じて地域でのグループホームの役割の座学を担当したり、ご家族が抱えている相談役となれるよう交流を図っている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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	運営推進会議・認定調査・実地調査・養成講座の計画や報告など訪問したときに担当者とのコミュニケーションを図っている。また電話での相談しや質問等も都度行っている。		
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・認定調査・実地調査・養成講座の計画や報告など訪問したときに担当者とのコミュニケーションを図っている。また電話での相談しや質問等も都度行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	年に2回事業所内研修、運営推進会議にて委員会を開いて話し合いを行っている。勤務開始前に個々で身体拘束禁止宣言を唱和、宣言してから勤務に入り意識を高めている。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	年に2回事業所内研修実施、個々で高齢者虐待防止宣言を唱和、宣言してから勤務についている。不適切なケアを都度カンファや朝礼を通して話し理解を深めている。		
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	必要に応じて権利擁護に関する研修等に参加している。		
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	ご本人、ご家族の不安や疑問点をしっかり受け止め、お客様の立場に立って丁寧な説明を心がけている。しっかり納得して頂いてから契約を取り交わしている。		
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並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	日常の生活の中で、思いを受け止めたり、ご家族面会時、声をお掛けして意見や苦情を伝えやすい雰囲気作りを心掛けている。運営にはご家族にも協力して頂き、一緒にその生活を支える環境作りに努めている。また、ご意見箱を入口に設置してある。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	一対一でゆっくり話ができる雰囲気作りを心掛けている。日常でもこちらから声をかけ職員の状態を把握するよう努めている。また、月に1~2回カンファレンスで直接意見を聞いたり、連絡ノートを活用して情報交換している。場合によっては個人面談も行っている。		
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	必要に応じ就業規則の見直しを行ったり、資格取得支援制度で各職員の仕事に対するモチベーションを高める環境を作っている。		
13		○職員を育てる取組み 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	職員のケアの力を把握しその都度、指導をしている。入社時にはOJTも行っている。現場でも計画作成担当やリーダーが力を発揮できる環境を作っている。毎月事業所内研修実施、社内研修、外部研修後は伝達研修を実施している。キャリアパス制度あり。		
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つくり、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組みをしている	横須賀市主催グループホーム研修に参加して地域の同業者との交流する機会を作ったり、社内他の事業所との交流からサービスの質の向上に努めている。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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	入居申し込み時に困っている事を、ご本人やご家族から確認、丁寧にアセスメントして入居後のケアプランに繋げている。プランの内容がしっかり職員に浸透できるよう工夫している。モニタリングを通してご本人ご家族との信頼関係構築に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	入居申し込み時に、ご本人ご家族から困り事や不安を確認して、相談から方向性を明確にしている。入居直後の思いを引き出せるよう連絡を密にとっている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	事前情報によるアセスメントから、新しい環境でのニーズの優先順位を図り、関係機関との連携を迅速に行なっている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	傾聴、共感、受容を心掛けている。介助の時は説明、同意を得てから行っている。家事や趣味の力を発揮できる環境ときっかけを作り、職員がお手伝いする形で一緒に生活を楽しむ事を目標としている。ふとしたお年寄りならではの優しい心遣いや言葉に感謝しながら時間を共有している。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	月に一度、書面にてご本人の様子を報告している。行事へのお誘いや面会しやすい環境作りから、ご家族からの思いや情報も聞く努力をしている。また、生活や健康上での変化があった時はすぐに電話などで報告相談し一緒に解決できるよう配慮している。		
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	昔の教え子の方、ご兄弟などがお見えになった際、一緒に過ごせる場所を提供したり、声を掛けて外出の支援をしている。自力での移動が難しい方は、職員が自宅までお連れしてご家族と過ごす時間を作る事もできた。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	日常生活記録からアセスメントした利用者様の思いや他の利用者様との関係性を、全職員が把握し、臨機応変に対応しながら、生活の中で孤立感や不安を抱えることなく過ごせるよう努力している。		
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	移動先での声掛けを積極的に行なっている。退去されたご家族様から連絡があったり交流を保っている。		
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。	日常生活の中で、さりげなく発した言葉や行動に表現した思いをしっかりと記録して、アセスメントして個別性のあるプランを作り、ご家族・職員が統一した情報を共有してケアに活かせるよう日々努力している。ケアの前には必ずご本人に意思を確認してから支援している。		
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	フェースシートを元に、生活歴や趣味など情報を共有している。ご家族様面会時など機会がある時にも情報収集に努めている。その情報を活かせるよう生活の中に取り入れている。		
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	毎日の申し送りの中から、行動言動の裏を読み取り、心身状態の把握、出来る力を見定める為の話し合いを行なっている。ケアマネは記録から現状を把握してプランに繋げている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	月に1度のカンファレンスで、利用者様のモニタリングを元に、全員で意見交換し、より個別性のあるご本人の生活に沿っ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	介護記録にプランの短期目標が載っており、実践の結果を○×で記入し、記録に落としている。その内容を毎日の申し送りやカンファレンスで伝達、焦点を確認、モニタリングに繋げている。記録の重要性、書き方などの研修も行っている。		
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	ユニット間の交流、朝礼での情報交換、他事業所間の交流を図り、そこでの応用を取り入れながら支援を行なっている。		
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	地域の避難訓練に参加したり、中学生の福祉体験学習を受け入れている。月に一度認知症カフェに参加して地域包括や、認知症を抱えているご家族との交流を図っている。 横須賀地域の事業所合同で、認知症サポーター養成講座・オレンジカフェを開催している。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 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	通院、往診共に受診の際は、日常の様子を報告し医師から指示を受けたり、ご家族様への報告を行なっている。ホームの協力医だけではなくご希望があれば、入居前のかかりつけ医とも連携を取っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	週に一度訪問看護師に、申送りをしたり介護職員が記入した介護記録から情報を読み取ってもらい対応している。そこから得た情報や観察から、介護職員はの助言・指示を受けている。		
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、また、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。又は、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。	入院中、ご本人様を訪問し病院側との関わりをもちコミュニケーションを図っている。また、退院前になるべく担当医師や地域連携担当者とお話しする時間と作って頂き、退院後の日常生活上の注意点を伺うようにしている。		
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、事業所の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	入居契約時において、重度化や終末期の迎え方を確認して頂き折々にご家族・医師と相談している。ムンテラから看取りの段階になった時にご全職で確認し、看取りのプランを作成しご家族とも連携を図っている。		
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	カンファレンスや研修を通して応急手当や初期対応の訓練を実施している。		
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	研修は実施され、避難手順は確認している。例年2回の防災器具点検時に点検業者のプロの目を活用しながら避難訓練を実施している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	○一人ひとりの人格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・自尊心を尊重する事は社訓や理念にも掲げられており、個人尊重の元で個人情報及び守秘義務の徹底を研修やカンファレンスの折に確認している。		
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	センターパーソンドケアの意識付けを職員に徹底して指導、日常中でのご利用者様の言葉やしぐさでしっかり受け止めて、自己決定できる場を作ってケアしている。		
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	職員の決め付けや思い込みを払拭し、ご利用者様の思いに耳を傾ける努力を怠らないよう常に声を掛け合ってケアしている。画一的な生活やケアにならぬようカンファレンスや勉強会で話し合いを行っている。		
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	更衣や整容の際に好みの服や格好に気配りしている。またご本人に好きな服を選んでもらったり、お手伝いをしている。清潔に気を配っている。		
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	咀嚼嚥下能力、食事動作をしっかり把握し食形態を工夫し安全に配慮しつつ、職員も同じ献立でテーブルを共にして食事を楽しめる工夫をしている。昼食夕食は、好きな方が食事の用意を一緒に行っている。食器拭きなども行って頂く。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	食事水分摂取量を正確に記録に残したり、食事が進まない時の様子や献立内容も確認している。食事量が少ない方は医師と相談し栄養補助食品を取り入れている。飲み物の種類も増やして、摂取量を増やせる工夫をしている。		
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	歯科医師の助言を頂き毎食前の口腔ケア体操を実施。食後の歯磨き、入床前の消毒保管を徹底。虫歯など歯科医との連携も取れているので、問題が生じた時は即対応できている。場合によっては歯科に相談している。		
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向けた支援を行っている	排泄パターンの把握、パットやリハビリパンツなどが適当であるか常に確認している。昼夜共にご本人のペースや排泄リズムに合わせて声を掛け、臀部の清潔に努めている。トイレとパット内の排尿の区別が出来る様、排泄チェック表を変更し管理徹底している。		
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	飲食物や体調の変化、服薬の内容によっても便通は変化する為、無排便日数を常に把握している。日中の活動や運動、機能訓練を行い、自然排便出来るよう取り組んでいる。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	最低週2回入浴できている。入浴はその方の体調や気持ちを尊重してお誘いしている。湯温や室温など環境を整えると共に、一対一でコミュニケーションを図りながら勧めている。皮膚など全身チェックも行なっている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	個々のペースに合わせて、時間に捉われず入床を促している。眠れない時はその要因、かゆみの有無・室温調整・体調など考察解決に向けて工夫している。日中の活動に力を入れ夜間良質な睡眠がとれ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	処方された薬の説明書を個々のファイルに閉じていつでも閲覧できるようにしている。与薬時には誤薬しないようダブルチェックを行っている。定時薬以外の内服時は特に体調の変化を確認している。		
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	入居前のアセスメントから生活歴は趣味、嗜好品など把握し、現在の状況と照らし合わせながらプランに繋げ、職員全員が情報を共有し活気のある生活を送って頂けよう配慮している。		
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。また、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	1日昼食前に散歩の時間を設けている。ご本人の希望で外出したり、皆で外出できる行事を実施している。車椅子の方も玄関先に花を見に行ったり、日常の中で外気に触れる時間を作っている。		
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	金銭管理はご家族にお願いしているが、購入意欲を低下させる事のないよう買い物など一緒に行っておやつなど購入している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ご希望に応じて電話のやりとりや手紙の投函など必要なお手伝いをするよう努めている。		
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	玄関先は、季節に沿って毎月飾りを変えて、散歩など外出時に眺めている。廊下やリビングは、ご利用者様と一緒に作った四季折々の作品や季節の花を飾って、それを元に話題に繋げている。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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	リビングでの様子を見守り、一人で過ごしたいサインを見逃さず、思いにそってケアしている。自室でゆったり過ごせるよう工夫したり、看取りで自室で過ごす時間が長い方は、好きなCDを聞いて頂くなど個別に対応している。		
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	見慣れた・使い慣れた物（仏壇・タンス・布団など）の持参をお願いし、ご本人様が安心して生活して頂けるように配慮している。ご家族が面会に来訪された時に、心置きなくゆっくりと一緒に過ごせるよう心掛けている。		
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」や「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	建物内部はバリアフリーで手すりが付いている為、歩行が不安定な方も見守りにて廊下での歩行訓練できる。また、わかりやすくトイレの表示をして自分で行えるよう工夫している。		

目 標 達 成 計 画

事業所

ツクイ
津久井浜グループホーム

作成日

令和3年1月29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	2	近隣地域との交流が少ない	地域との交流が多くなる	近隣地域の行事に参加する	令和3. 1～1年間
2	13	職員の育成が向上	職員のキャリアアップ	一人一人に合わせた助言指導を行う。資格取得や外部研修の参加。	令和3. 1～1年間

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。