

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	1670102456
法人名	株式会社ツクイ
事業所名	ツクイ 富山萩原グループホーム
所在地	富山市萩原179-1
自己評価作成日	2020年7月25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等で閲覧してください。

基本情報リンク先	
----------	--

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	一般社団法人 富山県介護福祉士会		
所在地	939-8084 富山県富山市西中野町1丁目1-18 オフィス西中野ビル 1 階		
訪問調査日	令和2年8月5日	評価結果市町村受理日	令和2年9月3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）】

○協定医、訪問看護ステーション、薬剤師との連携により、日常的な健康管理から看取り期に至るまでの相談体制が整っている。 ○認知症に関する研修を毎月実施している。講師は認知症介護実践者研修の修了者が交代で実施。研修の内容も各自で決定するため、認知症に関わる事柄の中で多岐にわたる。 ○地域包括支援センター主催の勉強会などに参加。認知症カフェの開催にも携わり、地域の方々との連携を図っている。
--

【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）】

利用者と家族が希望された時には、看取りを行っている。看取りを行う際、かかりつけ医、訪問看護、家族、事業所職員とカンファレンスを実施し、利用者への支援方法を検討しているが、その際、「介護の専門職として最期に何ができるか」ということを重要視し、支援方法を検討している。全職員が同じ思いで同じ方法で利用者を支援することにより、職員のチームワークも良く、より利用者本位の支援につながっている。

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回程度ある 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広がったり深まり、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				

1 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	「ゆったりたのしくみんなであんしん」の理念のもと、一人ひとりに合わせたケアを常に心がけている。理念は玄関と各ユニットに掲示して共有している。	月1回、ミーティング時に全職員で理念を確認し合っている。また、内容についても検討しているが、現時点では、立ち上げの時に全職員で検討した理念を継続している。	
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	町内行事やこども会への参加の機会を設け、交流をはかっている。散歩の途中に声をかけて頂くなどの交流はあるが、日常的に行き来をするような交流までには至っていない。	自治会長が毎年変わるため、その都度事業所から出向いて挨拶をし、顔の見える関係を築けるよう努めている。また、認知症カフェを開催しており、地域の方にも参加してもらっている。それがきっかけで気軽に訪問してくださる方もおられ、交流する機会が増えてきている。	これまでも顔の見える関係を築くよう努めているが、今後、より一層地域との顔見知りの関係を築き、地域の一員として日常的に交流されることに期待したい。
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	認知症カフェを開催し、認知症の方々やご家族との交流を通して、グループホームの存在を知ってもらう取り組みを実施している。地域包括主導の催しにも参加し、運営の手伝い、時には講師を務める事もある。		
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カ月に1回、ご家族や地域住民、地域包括支援センターの職員が集まり実施している。ご家族や地域住民からのご意見や助言は、ホームの活動に活かしている。また、運営推進会議の場で、高齢者虐待禁止委員会の活動報告を実施している。	運営推進会議では、地域の方から行事の予定を教えてもらい、行事に参加している。また、家族からの提案があった場合には、すぐに対応できるようにしている。	
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	地域包括支援センターとは、日常的に連携をして、啓蒙活動などへの協力も行っている。運営やサービスについての疑問や質問は、介護保険課へ訪問や電話をして相談を行っている。介護相談員の訪問も受け入れていて、入居者様の声を活かしたサービスを提供できるように、助言を頂いている。	運営に関することで困ったことがあった時には、市に相談するようにしている。また、地域包括支援センター主催の「家族の集い」に参加者として出席したり、講師としての依頼で参加したりしている。	
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	身体拘束は行っていない。職員は、身体拘束禁止について定期的に研修を行っている。	委員会は2ヶ月に1回開催され、その内容を全職員に周知している。また、年2回の研修では、全職員が研修に参加できるよう、数回にわけて実施している。研修後には、参加者全員が「研修記録シート」を記載し、内容を理解できているかを確認し、次の研修へつなげている。	
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	身体拘束禁止とともに、高齢者虐待防止についての研修も定期的に実施している。定期的に高齢者虐待禁止委員会を開催し、運営推進会議では報告を行っている。		

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
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	外部研修や社内研修でとりあげ、制度の周知と理解に努めている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約締結の前には、契約に要する時間を伝え、十分な説明ができるよう、日程を組んでいる。		
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	意見箱を設置している。 また、月々の請求書とともに、ご家族からメッセージを頂けるような様子を配布し、返信用封筒も同封している。 また、介護相談員の来訪日時を伝えて、第三者への発言もできるように工夫している。	毎月、利用者の写真を添えて生活の様子を記載し、家族へ送っている。その際、意見や提案を記載して返信して頂けるよう、用紙を同封している。返信があった意見は職員で共有し、できる限り早く対応している。また、家族の面会があった時にも、職員から声をかけるようにし、意見や提案を聞き取っている。	
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	時間を設けて個別面談を実施している。 また、日常的に意識して声をかけている。	年1回、個別面談を実施し、意見や提案を聞く機会を設けている。また、日常的にある細かな意見や提案は、その都度管理者に提案できる環境であり、提案された意見はすぐに対応している。できない場合は、管理者会議で報告され、対応している。	
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	定期的な昇給がある。 勤務の希望も個々に違うため、毎月シフト作成時には、できるだけ希望を聞くようにしている。 事業所で解決できない事があった場合には、フリーダイヤルの相談窓口も設けているので、直接本社の関連部署と連絡がとれるようになっている。		
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	社内研修と認知症に関する研修を毎月実施している。特に認知症の研修は講師を交代で行い、指導する事で自分のスキルアップを図れるような仕組みを作っている。Eラーニングも実施している。 資格取得支援制度を設けて個々のスキルアップを応援する体制をとっている。		
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	地域包括支援センター主催の勉強会や集いに参加し、地域の方々や民生委員、同業者の方々のネットワーク作りを行っている。		

自己 自己	外部 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	ご入居前にご本人との面談を実施している。自分の部屋で自由に過ごせることや、分からない事、不安な事は24時間相談できる場所である事を説明し、不安な気持ちを和らげるように努めている。その上でご本人が話しやすい環境を作り、今後の生活の希望を聞いている。		
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	ほとんどの方が、お申込みからご入居に至るまで、待機期間がある。最初のお申込み・見学からご入居までの期間にも進捗や現状に係る確認をしたりする連絡を継続している。		
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	ご相談の段階から、グループホームの特徴や費用についての説明をしている。ご家族には居住系サービスの違いがわからないままにお申込みをされている方も多いため、各サービスについての説明や料金体系などをご案内する事もある。その上で、改めてご相談の内容について、担当のケアマネジャーへ報告を行っている。		
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	調理や掃除の仕方を教えてもらったり、歳時記、風習などを話してもらったりして、日々の生活が彩りのあるものになるよう働きかけている。選択肢のあるものは、できるだけ選択してもらい、自己決定をする事で自立の気持ちを継続できるように工夫している。		
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	にこりほっとノートで、ご本人の心温まるエピソードをお知らせし、楽しく生活している様子を、毎月のお便りでお伝えしている。ご希望があれば電話で会話や手紙を書いてもらう事もしている。		
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	ご入居の際に大切な私物を持参して頂いている。昔の話や現役時代の話や聴き、懐かしい場所へ出掛ける計画を立て、職員と一緒に掛けている。友人や親族の面会の制限もせず(ホーム側から)、居室などでお茶を飲みながらゆっくり過ごして頂いている。	利用者本人や家族に馴染みの場所等を聞き取り、昔よく行っていた喫茶店やよく食べていたお菓子屋さん、職員と一緒に掛けている。家族と一緒に掛けることもある。	
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	個々の性格や相性を考えながら、職員が仲立ちをしている。時には認知症の方同士、口喧嘩になる事もあるが、喧嘩もコミュニケーションの一つと捉えて、つかず離れずの見守りを行い、危険のない状態を維持している。口喧嘩のあとは、職員がそれぞれに謝罪にまわり、良好な関係を継続できるように工夫している。		

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	他の施設や病院へ移った方には、お見舞いに行ったり情報提供を行ったりしている。 退居後もご家族から相談があれば応じている。		
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	日頃の会話の中に本音や本人の意向が含まれている事が多いので、都度気づきを共有して、行事やイベントを実行し、ケアプランに反映させている。 言葉が出ない方には、その時々表情や行動から判断して検討している。	日頃の会話や表情から本人の意向を汲み取り、介護記録に記載している。また、気づきを「にこりほっとノート」に記載している。3ヶ月に1回のカンファレンスにて、それらの内容を確認し合い、本人の意向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	ご本人はもちろん、ケアマネジャーやご家族からの情報を把握して、ホームでの生活に取り入れられる事は取り入れている。		
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	それぞれに好きな場所や好きな事が違うので、基本は自由に過ごしてもらっている。自由な生活の中でも、会話や行動から、その日の心身状態の観察を行っている。日々のバイタル測定を実施しているが、数字を見るだけではなく、表情・顔色・視線・活気などを観察して変化を早く察知できるよう努めている。		
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	介護記録に短期目標を記載し、課題からより良い暮らしの実現に向けて、日々のケアを実施している。 ケアカンファレンスを実施して変化や新たな課題の抽出を行い、介護計画に反映させている。	カンファレンスに基づいて作成された介護計画書に記載のある短期目標を介護記録に転記し、目標を意識して支援できるようにしている。介護記録に記載された目標の達成状況を確認し、次の介護計画に活かしている。	
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、食事と水分量の把握、排泄チェック、医療連携記録から、変化に気づき、職員間の申送りを共有して日々のケアに活かしている。		
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	グループホーム1階ユニットにて、共用型認知症対応型通所介護を開始した。		

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	大正琴や合唱などのボランティアを受け入れて催しを行っている。また、地域主催の文化祭には作品を出品して、会場に足を運び、展示してあるところを見て頂いている。		
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し、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	ご入居の際に、今までの主治医を継続するか、ホームの協定医へ変更するかを選択して頂いている。協定医を選択しなかったご家族へも、ホームでの生活の様子を報告し、必要があれば、受診に同行するなど、適切な医療を受けられるように支援をしている。	基本的には協力医の往診が月に2回ある。協力医以外のかかりつけ医を希望される場合は、家族に受診をお願いしている。また、週1回、訪問看護に来てもらっている。体の状況を見て、かかりつけ医との連携をとっている。	
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	訪問看護ステーションと連携をして24時間体制で連絡がとれるようにしている。 また、医療に特化した連絡や調整は、訪問看護ステーションと協定医で直接的な連携も行っている。		
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。	病院の地域連携室やソーシャルワーカーと連携して必要時の情報交換を実施している。 病院主催の勉強会や研修会への参加も実施している。		
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	重度化の指針を策定して、契約時に説明を実施し、現時点での看取りに対する考えを確認している。 状態の変化に伴い、主治医、ご家族との話し合いを重ねて、介護職員や訪問看護師で共有し、支援を行っている。	契約時及び重度化の状況を見て、「重度化した場合の対応に係る指針」の内容を説明し、同意を得ている。看取りを行う場合には、カンファレンスにて支援内容を検討し、「連携ノート」を使用して共有し、支援につなげている。また、介護の専門職としてできることを重視し、支援方法を検討している。	
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	職場内研修を定期的に行っている。 AEDを設置しているので、消防署主催の講習会への参加も行っている。		
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	年に2回の避難訓練を実施しているが、地域住民の参加はない。	年に2回、避難訓練を実施している。また、水害が起きた場合の避難方法を消防署に確認し、「2階に避難する」ことを指示されており、家族にもその旨をお知らせしている。 災害が起きた時のために、食料品と水を備蓄している。	地域の消防団と連携し、情報を得たり、関係を築くことを通して、実際のことを想定し、備品をそろえ、訓練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
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	人生の先輩として尊敬の気持ちを持って接するよう心掛けている。 接遇マナーの研修も定期的実施している。 一人ひとりに合った言葉遣いに配慮している。	年1回、接遇マナーの研修を実施している。利用者一人ひとりに合った声かけや対応の仕方を、カンファレンスにて検討し、統一した対応ができるよう努めている。	
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	ご自分の気持ちを言葉にできない方へも、本位が出せるような言葉掛けをして、表情や視線から汲み取っている。 また小さな事でも自己決定の場を設け、日常的には飲み物の好みやおやつ選択ができるように工夫している。		
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	共同生活の中で、個々が抱えるストレスに配慮し、日課にとらわれることなく、一人ひとりのペースに合わせて過ごせるように配慮している。		
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	洋服を一緒に選んでもらったり、できる方には化粧をして頂いたりしている(眉、口紅、うぶ毛そりなど)。 衣類を選ぶ事が難しい方には枚数を絞り、表情で判断している。また、月に1回のヘアカットがあるが、白髪染めやパーマにも対応している。		
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	食器や器の工夫をして盛り付けで楽しみ、食欲が出るように配慮している。 テーブル拭き、トレー拭き、盛り付け、後片付けを一緒に実施している。	季節に合わせた献立で食事を提供したり、誕生日には利用者の食べたいものを聞き取ってその献立で提供したり、食事が楽しいものとなるよう努めている。また、おにぎりをもって出かけたり、外食を楽しんだりすることもある。	
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	個別の看護記録に、食事と水分量の記載をして、体調の変化に配慮している。 個別に食事形態の変更にも対応している。		
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、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	誤嚥防止のためにも実践している。 ひどく拒否のある方には根気よく関わっているができない事もある。 義歯の方は、寝る前に義歯を預かり、消毒液を用いて清潔を保っている。		

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	時系列で排泄チェック表を記入して、個別に排泄のパターンを把握している。 夜間、トイレまでの歩行が大変な方には、ポータブルトイレの使用も行っている。	排泄チェック表で排泄パターンを把握し、また、利用者の動きや表情を確認しながらトイレ誘導を行っている。	
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	個別の排便の周期や特徴を分析して、水分摂取や歩行運動を促し、薬だけに頼らない取り組みを実践している。 また、食物繊維の多い食べ物や起床後の水分補給も実施して、歩行の困難な方には座ったままの体操を行っている。		
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	全員の希望通りにという事は難しいが、個浴で入浴が好きな方には長めに入っていただく事になっている。 浴室での会話で本音が聞ける事も多々ある。	基本的には週2回入浴でき、できる限り希望される時間に合わせて入浴している。 季節に合わせて、ゆず湯、よもぎ湯、りんご湯、ローズ湯等に入ってもらっている。	
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	日々の体調や睡眠状態を観察しながら、日中でも居室での休息をすすめたり、夜の入床時間を調整したりするなどの配慮をしている。 居室内ではベッドや寝具を持参してもらい、慣れた環境で就寝できる工夫をし、寝る前の読書を習慣としている方には、継続してもらっている。		
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	往診の際に薬剤師も同行しているので、薬に関する相談を行いやすい。 薬の情報は、職員全員が閲覧できるようにファイリングをして、薬の変更がある場合には情報の共有を行っている。		
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	生活歴から、個別に得意なことや苦手な事を把握して個々の能力を発揮できるように工夫している。		
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に支援している	少しの時間でも外の空気に触れる事ができるように工夫している。 外に出ることで季節を感じて気分転換ができればと思っている。また、季節ごとにイベントを計画して、外出や外食の機会を設けている。	日常的には、事業所の外に出ておやつを食べたり、近隣を散歩したりする等、外の空気を吸う機会を作っている。また、外食やドライブに出かけることもある。	

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	ご入居の際に、ご家族のご協力を頂き、少額の現金を持参して頂いている。 現金をお持ちの方には、近くのコンビニなどでの買い物で、必要な分をご自分で支払っていただいている。		
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	ご家族からの電話を取り次いだり、ご本人の希望によりこちらから電話をかけたりする事もある。 最近では携帯電話を持参される方も増えているので、ご家族と相談のうえ、自由に使用して頂いている。 ご家族からの手紙に返事を書いて頂き郵送する事もある。		
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	東向きに窓がついているため、季節により太陽を浴びて明るい空間で生活する事ができる。 共用のトイレにはわかるように張り紙をし、自分で探して使用できるようにしている。 温度管理は職員が実施しているが、一人ひとりの席により空調の当たり方が違うため、共有の膝掛けなどを用意している。	利用者の動線を考えた上で、テーブルやソファが設置され、利用者は思い思いの場所で過ごし、くつろぐことができる空間となっている。また、リビングからつながるキッチンには、利用者も入りやすくなっており、食事作りの匂いや音を感じることができ、生活空間の場となっている。	
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	臨機応変に席を変える事ができるように椅子などを配置している。 座っている中でも、少し距離を置いた方が良いと感じた場合には、少し離れた場所へお誘いして職員と一緒に過ごす事もある。		
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	ご入居時に馴染みのある家具や愛用の物を持参していただき、動線などの環境にも配慮しながら、居室を居心地の良い空間にいただいている。 ご家族の写真を持参された場合には見える位置に飾り、ご家族とのつながりを感じてもらえるように工夫している。	和室と洋室があり、利用者はそれぞれ、居心地よく過ごすことができるよう、自宅から家具や馴染みのものを持参し、レイアウトしている。	
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	ホーム内はバリアフリーで手すりが設置してあるので、見守りのもと、杖や歩行器を使い、自由に移動できるようになっている。 キッチンには、刃物などの管理を厳重に行い、解放しているので、入居者が自発的にキッチンで作業をする場面もある。		

2 目標達成計画

事業所名 ツクイ富山萩原グループホーム

作成日： 令和 2年 8月 26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	2	町内行事やこども会への参加の機会を設け交流を図っている。 散歩の途中に声をかけて頂くなどの交流はあるが、日常的に行き来をするような交流までには至っていない。	来年度の地域の計画に沿って、ホームとして参加できるものを相談する。	・納涼祭など、ホームが参加するだけでなく、地域のためにできる事がないか聞き取りを行う。 ・介護サービス事業所を活かした活動ができないか相談する。その際には地域包括支援センターへも助言を求めるなど連携を図る。	8ヶ月
2	35	年に2回の避難訓練を実施しているが、地域住民の参加は行われていない。	地域の消防団と連携を行う。	・自治会へ相談をしたうえで、消防団との連携を開始する。 ・ホームの状況を説明して、大規模災害の時の動きを、災害の種類ごとに検証する。	9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。