

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	1691000150
法人名	株式会社ケア・トラスト
事業所名	ぐる～ぷほ～む城端
所在地	富山県南砺市細木108番
自己評価作成日	令和2年2月27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	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/
----------	---

【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3月26日	評価結果市町村受理日	令和2年4月30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）】

<p>○慣れ親しんだ町でそれぞれの入居者様が健康でやりがいや喜びを感じながら日々、家族と共に暮らす家のような雰囲気でご過ごして頂けるように支援しています。</p> <p>○その人らしさを大切にされたケアを進めるために毎日の生活の中で入居者様と一緒に考え、楽しみ、喜びや悲しみを共有できる関係作りを目指しています。</p> <p>○上記をふまえた中で地域行事への参加なども定期的に行い、地域に根付いた施設に向け取り組んでいます。</p>

【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、利用者の生活が慣れ親しんだ町で、家族と一緒に暮らしているような充実したものになる支援を目指している。そのため、管理者・職員は家族との信頼関係を大切に、丁寧な対応・家族との情報共有に心掛けている。</p> <p>利用者の健康維持のため「受診シート」（バイタル・日常の状況等）で医療・介護のきめ細やかな連携を取っている。</p> <p>理念である「優気・礼気・驚気」の3つの気を持ち続けることで、気持ちの良い場所であり続けるために事業所が孤立した考えを持たないようグループの全事業所と情報共有しながら努力している。</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
57	利用者と職員と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
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	職員にはネームストラップの裏に理念カードを入れて、いつでも理念を確認できるようにしています。廊下に理念を掲示して家族様や外部の方にも理念を知っていただくようにしています。運営推進会議のレジメにも理念を載せています。	会社で考案した「優気・礼気・驚気」が理念である。理念は、ネームストラップの裏や名刺にも印刷されていて確認できるようにしている。また、玄関・廊下には同グループ会社の放課後等デイサービスに通う障がい児童がデザインした理念が掲示されている。面談時等に理念について尋ねたりして共有実践に繋げている。	
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	地域のお店での買物や施設の利用を定期的に行っています。また、地域で配られる広報から地域行事を把握し、職員が入居者様に情報提供を行い行事に参加しています。また地域行事や地区の寄り合いに積極的に参加することで地域の方と関わりを持てる機会を作っています。区長さんに依頼して「じょうはな通信」や行事の案内を広報に入れて配布してもらっています。	町内会に加入している。地域のお正月等の寄り合い・えざらい(溝掃除)に参加している。地蔵祭りでは、子供たちは一般家庭のように事業所に立ち寄ってお菓子をもらいにくる。また、歌・踊り・お茶会のボランティアを受け入れている。「じょうはな通信」を町内の広報の中に入れてもらい配布してもらっている。	
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	運営推進会議に地域の方をお誘いし、まず認知症対応型共同生活介護という種類の施設を知っていただくことから行っています。事業所の事を知ってもらえるよう毎月、地域で配布される広報と一緒に事業所で作成している「じょうはな通信」を広報の中に入れて配布してもらっています。		
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	運営推進会議の中で、毎月の取り組みの報告や現状をお伝えし、参加されている方に意見や考えをお聞きしています。運営推進会議終了後に家族様、職員で集まり、意見や相談など気軽に話せるような家族サロンを開催しています。運営推進会議議事録を玄関に置き、参加出来なかった家族様にも見てもらえるようにしています。	区長・地域包括支援センターの職員・家族(5~6名)・職員が参加している。運営推進会議の終了後、リラックスすることで家族から意見が出しやすいように家族サロンを開催している。家族からの質問等に迅速に対応している。議事録は、玄関に閲覧できるようにしているが、郵送もされている。	
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	運営推進会議の中で、毎月の取り組みの報告や現状をお伝えし、参加されている方に意見や考えをお聞きしています。定期的に開催される地域包括支援センター主催の地域密着型連絡研修会に参加し、他事業所との交流を図っています。	年2回開催されている地域包括支援センター主催の地域密着型連絡研修会に参加して他の事業所と情報共有している。南砺市からセラピーアザラシロボット「PARO」を借りいれて利用者の支援をしている。南砺市との関係性は築かれている。	
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	身体拘束に関しては全職員で身体拘束をしないことを徹底しています。スタッフ会議の時に身体拘束をしていないか、なっていないかを検討しています。検討した内容を身体拘束廃止委員会で発表して身体拘束をしないケアに努めています。玄関、入り口の施錠は防犯の観点から施錠させていただいていますが出入りは行えるようになっております。	「身体拘束禁止に関する指針」は玄関に掲示し、毎月のスタッフ会議で身体拘束について話し合っている。3か月に一回開催されているグループ全体の「身体拘束廃止委員会」に管理者が参加してスタッフ会議内容を共有している。また、委員会での議事録については、職員に回覧してフィードバックされている。研修は年1回、グループ企業の「ケアスクール」の講師が担っている。	
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注意を払い、防止に努めている	定期的開催される外部機関での勉強会に参加し、虐待についての知識を学んでいます。学んだ内容は職員間で共有し、施設での虐待がないか確認し防止しています。スタッフ会議の時に虐待をしていないか、なっていないかを検討しています。身体拘束廃止委員会で検討した内容を発表して、虐待防止に努めています。		

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
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	定期的開催される外部機関での勉強会に参加しています。学んだ内容は職員間で共有しています。		
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	制度の改定や契約内容の変更があった場合は、その都度ご説明させて頂き、必要に応じて署名など頂いています。		
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	地域の方や家族様、職員を対象に運営推進会議を開催し、意見や要望がないかお聞きしています。玄関に目安箱を設置して、意見や要望があった場合は速やかに検討し、対応を行っています。また入居者様には日頃から要望がないかお聞きしています。	玄関に、ご意見箱(目安箱)と意見要望が記入できる用紙が設置されているが投入はされていない。家族サロンは、気軽に話される環境である。受診の同行が出来ないときのお願い・福祉用具(靴)の展示の希望等を反映させている。	
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	定期的な職員を対象に話し合いをする場を設け提案や意見、要望がないか聞いています。上記に対して何かあれば速やかに検討をしています。	半年に1回の職員面接で提案等を聞く機会を設けている。職員からのシフトの調整・勤務時間の変更・改善等は言いやすい雰囲気、希望はほぼ聞き入れられている。	
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	キャリアアップを活用し、各職員個別に話をする機会を作り、仕事に対するやりがいを持ってもらうよう目標設定を行っています。目標の達成具合や状況、悩みや困ったことがないかなどを定期的に話をして働きやすい環境作りに取り組んでいます。		
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	OJTを活用し、社内で開催される研修や外部機関で行われる研修など定期的に参加の有無を職員に確認し知識や技術の向上に繋がる機会を作っています。また施設内研修も定期的開催しております。その他でも常日頃から分からないことがないかを各職員に確認しております。		
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	外部機関で行われる研修会などの情報をスタッフと共有し、他事業所と交流できる場を伝えています。定期的開催される地域包括支援センター主催の地域密着型連絡研修会に管理者、リーダーが参加し他事業所との交流を図っています。		

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	入居される段階で、まず不安な事や要望などをお聞きし対応させて頂いております。入居後も困ったことや要望がないかを傾聴し、不安な気持ちを取り除けるように支援を行っております。		
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	どういった経緯でサービスの利用を開始するか、しっかりと家族様から話をお聞きして、家族様が支援して欲しいと思っていること、入居者様が支援して欲しいと思っていることの双方をしっかりと把握して支援していくようにしております。また入居者様に何か変化があった場合はもちろんですが、普段から近況をお伝えさせて頂いております。		
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	入居される段階でまず不安な事や要望などをお聞きし、対応させて頂いております。入居後も困ったことや要望がないかを傾聴し、不安な気持ちを取り除けるように支援を行っております。		
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	入居者様個人の出来る事を見極め、職員と共に取り組んで頂くことで共に過ごす時間を大切にしています。また家族のような関係で過ごしてもらえることを目標としているため、何でも話しあえる関係作りに取り組んでいます。		
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	家族様と共に取り組める事であれば家族様にもご協力頂き、家族様との関わりも継続していけるように支援しています。		
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	家族様の協力のもと馴染みの美容室や選挙の時には期日前投票へ行っています。地域の曳山祭りやむぎや祭りに出掛けたり、ドライブに出掛けた際は本人様の自宅周辺を通るようにしています。	家族同伴で馴染みの美容院やお盆には墓参りに行っている。また、スタッフの同行で選挙の期日前投票へ行くことで社会参加の支援をしている。地域の曳山祭り、むぎや祭りを楽しんだり、ドライブ時には利用者の自宅周辺を通ることで馴染みの場所や人との関係が途切れない支援を心がけている。友人や親戚の方々の訪問も多い。	
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	入居者様同士の会話の橋渡しを行い、円滑な関係作りが行えるように支援しております。また他者と関わりを持てる機会作りのためにレクリエーションや行事、ドライブなど定期的に行い、共に楽しめる環境作りを行っております。		

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
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	退居された入居者様や家族様とは必要に応じ相談や連絡などを行っています。		
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	センター方式を活用して本人様の思いや意向を把握できるようにしています。日々の関わりの中で本人様の言葉などをケース記録に記載し毎月のモニタリングに反映し、スタッフ会議で話し合い情報共有に努めています。困難な場合でも出来るだけ本人様の思いに沿えるように対応させて頂いております。	センター方式にて入所時に利用者や家族の意向を把握し、6ヶ月ごとに見直しをしている。日頃の会話・言葉をケース記録に「本人自身のことば」で記載して、ケアプランに反映させている。利用者の実現できないような希望でも可能なかぎり思いに添えるよう支援している。	
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	なるべく本人様にとって過ごしやすい環境を作るために、生活歴や既往歴や本人様の思いをしっかりと傾聴し、サービスに取り入れるよう支援をしております。		
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	残存機能を維持することや本人本位の支援が提供できる環境作りのために普段から心身の状態を把握し、本人様にあった個別の支援を提供できるように努めています。		
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	定期的に家族様や職員と話し合いが出来る場を作り、要望や改善してほしいことがないかを話しあっています。また現在ある課題を少しずつでも改善できるように具体的に支援していく内容を検討しています。モニタリングも職員担当制にして参加してもらっています。	モニタリングはスタッフがケアプランの再確認のため毎月実施されている。短期目標は6ヶ月、長期目標は認定期間としている。担当者会議には家族も同席して利用者の思いを尊重した生活ができるよう話し合い介護計画を作成している。	
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	入居者様の普段の様子を把握し共有するためにケア等の記録を個別に記載し職員間で共有しております。		
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	各入居者様に支援している内容を全ての職員が共有し支援できるように情報共有を行い、ケア内容についても統一した支援ができるように取り組んでいます。		

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
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	地域のお店での買物や施設の利用を定期的に行っています。また地域行事に積極的に参加することで地域の方と関わりを持てる機会を作っています。		
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	本人様及び家族様が希望しているかかりつけ医を把握し、希望に沿った医療を提供できるように支援しております。受診の際は基本的に家族様が同行し、緊急の場合や都合がつかない時は管理者や職員が同行しています。受診時には受診シートを作成して、医師や職員、家族様と情報共有を行っています。	利用者の半数は家族の同行にてかかりつけ医で受診している。受診時には「受診シート」(バイタル、日常の状態・状況、診察してもらいたいこと等)にて事業所・家族・医療との連携・情報を共有している。原則、受診は家族が同行であるが、都合がつかない時は職員が同行している。	
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	普段から少しでも変化があった事は看護師へ相談し、より適切な対応ができるように連携しております。		
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。	入院時は速やかに入居者様の情報をお伝えし、適切な対応ができるように努めています。また入院後も医師や家族様と連携をとり早期に退院し施設に戻れるように連携をとっております。		
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	入居者様の状態に変化が見られた場合、家族様やかかりつけ医へすぐ報告しております。その上で医師の診断により終末期となった場合は、家族様と今後の対応について相談させて頂き、希望に沿ったかたちで支援をさせて頂いております。	事業所は看取りができる体制が整っている。今まで数名の看取りをしている。入所時に「重度化対策・終末期ケア対策指針」にて説明して同意を得ている。職員は、重度化や終末期に向けた「ターミナルケア」の研修を受けチームで支援できるよう取り組んでいる。	
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	急変や事故が発生した場合はすぐ緊急対応ができるように普段から指導を行っております。また看護師や管理者にすぐに連絡がとれるようになっており、多人数で対応できるようにしております。		
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	定期的に避難訓練を行い、災害がおきた場合の対応マニュアルを作成しています。消防隊員立会いのもと、避難訓練の評価をして頂いています。人員が少ない夜間を想定した避難訓練を実施しています。	地域の消防隊の連携の下、夜間想定訓練も実施されている。運営審議会等で避難訓練の案内を周知して地域の協力体制を築く努力をしている。備蓄品は(水・カップラーメン・ガスコンロ等)2日分準備されている。	運営推進会議等で地域との協力体制を築く努力をされている。実践的なものになるよう今後も地道な努力を続けることを期待したい。

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	言葉かけには失礼がないように意識していますが、少し強い口調で声をかけてしまう職員がいるため、個人面談や勉強会を行っています。	年1回「接遇・権利擁護について」の勉強会を実施している。勉強会後にアンケートを実施し、支援の向上を意識づけている。言葉かけ・対応について気になった時は、その都度、注意をうながしている。利用者には、答えやすい(はい・いいえ)ように理解できるような質問に心掛けている。	
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	選択できる内容を提示して本人様自身で選択できるように働きかけています。		
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	基本的な1日の流れはありますが、本人様の意思や体調・生活リズムを考慮し、過ごしやすいように支援しています。入居者様の希望から行事やその日の予定が決まる場合もあります。		
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	起床時や入浴後に身だしなみを整えています。ご自分でされる方もいますが、本人様に確認しこちらでさせていただく方もいます。		
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	盛り付けや調理ができる方には一緒に取り組んで頂いております。定期的に普段の食事のメニューと別に季節にあった食材や料理を提供しております。	食事は職員が利用者から料理の仕方を教わりながら作る時もある。利用者は盛り付け等できることをしてもらっている。お正月料理やひな祭りにはちらし寿司を作り楽しく食事をしている。利用者が希望する食事(ラーメン等)があれば希望に添えるようメニューを変更している。	
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	各入居者様に合わせて食事の形態を変更し安全に美味しく食べて頂けるように支援しております。		
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	食事後と起床時に各入居者様に合わせた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	日中はなるべくトイレで排泄ができるように本人様に確認をしながらトイレ誘導を行っています。また自立している方も失敗がないか見守りをさせて頂き、日頃から状態確認を行っています。トイレチェック表にて各入居者様の排泄パターンを職員が把握できるようにして排便コントロールについては主治医と看護師に相談し水分量や下剤等で調整しています。	トイレ/食事確認表にて利用者一人ひとりの排泄パターン・習慣を把握して排泄の自立に向けた支援をしている。 自然排便ができるよう、トイレで座ってもらう、運動を促す、ヨーグルト・ヤクルトの飲用等で調整している。	
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	毎日、排便確認を行っており、自力で便が出ず便秘症状がみられた場合は看護師や医師に相談し個々に応じた対応を行っています。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	なるべく本人様の希望に沿った時間に入浴して頂けるように支援はしていますが、一人で入浴が困難な方で入浴が難しい時間帯の場合、入浴時間を変更させていただいております。	日曜日以外、週2～3回、利用者が希望する時間帯に入浴している。 入浴を拒否する時は入浴時間を変更したり、他の職員が声掛けしたりして入浴を促したり、足浴に変更したりしている。利用者はゆず湯・菖蒲湯等で季節感を楽しんでいる。	
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	基本的には本人様の過ごしやすいようにして頂いていますが、昼夜逆転されている方は家族様、本人様に説明後なるべく日中に起床を促し、夜間に入眠して頂くようにしております。		
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	服薬は完全に飲み込みができていないかの確認をしております。誤薬がないように、職員で2重にチェックを行い、本人様にお名前を確認させて頂き、本人確認をしてから服薬を行っています。新しい薬が処方された場合は職員間での情報共有を行っています。薬局とも情報共有させて頂いております。		
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	食器拭きや、洗濯物たたみなど各入居者様で出来る能力を活かして取り組んで頂いております。その他にやりたいことや興味のあることなどの要望を傾聴し支援できるように努めています。		
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	定期的にドライブや散歩など外出できる機会を作り、無理なく楽しめる程度で支援をしています。また、病院への受診や買物も要望をお聞きして外出支援をしております。スタッフ会議で外出先を検討して外食やドライブにお誘いしています。天候が良い日は玄関前で日向ぼっこや近所を散歩し外出支援が出来るように努めています。	行事予定にあるドライブや散歩を利用者が楽しめるよう支援している。 天候の良い日は、玄関前に椅子を並べてのんびりと日向ぼっこを楽しんでいる。 外出はその日の天候や利用者の希望に合わせて支援している。	

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
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	現在、お金をご本人様で管理することや使用できる事が出来る方がおらず、施設預かり、家族様管理となっています。支援があれば使用及び管理できる方がいますので、可能な方のみ支援を行っています。		
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	本人様から要望があれば、スタッフが家族様に電話をかけています。本人様が直接、話をされたい時は電話をお渡しし、やり取りをして頂いています。現在、手紙でのやり取りをされている方はいない状況です。		
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	共有空間では皆様が過ごしやすいうように汚れ・臭い・明るさなどに注意し普段から清潔を保つように努めています。	リビングは明るく、広く、落ち着いたゆったりとした感じで利用者が居心地よく過ごしている。また、2階に移動するためのホームエレベーターが設置されている。階段の壁・トイレの壁紙・1階2階のフロアの壁紙は異なった色合いにして落ち着いた雰囲気になっている。	
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	共有空間にソファや椅子があり、好みの場所を選択し過ごすことが出来るようになっております。		
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	入居時にご自宅で使用されていた物を持ってきて頂くようにしており、なるべく使い慣れた物やこだわりの物を使用して頂くようにしています。	居室にはベット・エアコンが設置されている。壁紙も居室ごとに異なっている。利用者自身、居心地よく過ごせるように利用者が使いなれている布団・タンスが置かれていて、懐かしい写真が飾られている。	
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	残存機能の維持を実施するために各入居者様の状態把握を徹底し出来ることは介助せずに見守りや取り組みやすいように声かけ、環境の整備をするように支援しています。		

2 目標達成計画

事業所名 ぐる～ぷほ～む城端

作成日: 令和 2年 4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職員一同で次のステップへ向け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	35	地域の災害訓練の参加や地域の方の施設避難訓練への参加が十分にできていない事がある。	地域と協力をし火災や災害があったときや訓練を適切に対応できるようになる。	さらに地域住民に声掛けをしていき地域の避難訓練への参加、自施設の避難訓練を協力していただく。	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。