

令和 3 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	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3年12月22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4年2月21日	評価結果市町村受理日	令和4年3月22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）】

○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も過ごして頂けるように支援しています。
 ○その人らしさを大切に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。
 ○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。

【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）】

慣れ親しんだ町で家族と共に暮らす家のような雰囲気でも過ごせるように支援している。家族、主治医、職員、代表、管理者との報・連・相を大事にし、話易い環境になっている。家族への電話連絡や「受診シート」など工夫し、情報の共有を心掛けている。また、クリスマス会での家族からのプレゼントや地域商店からの食事のテイクアウトなど、家族、地域との繋がりを大切に支援している。
 個別性も大切に、各居室に特徴を持たせたり、日光浴や散歩、観葉植物の水やりなども利用者の希望を取り入れたりしながら、利用者が穏やかで職員がゆとりをもって支援している様子が感じられる。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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、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
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、安心して暮らしている。 (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けるようにしています。運営推進会議のレジュメにも理念を載せて、理念を知っていただけるようにしています。	職員は「優気」「礼気」「驚気」の理念をネームストラップの裏に入れ、廊下には大きく掲示して常に確認できるようにしている。年に一度、理念に基づいて、目標を達成するために事業計画書に落とし込み、理念の実践に繋げている。今年は「災い転じて、福となる」をコンセプトに取り組んでいる。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	施設周辺の散歩に出かけると近隣住民の方々と会話する場面があります。レクリエーションでは地域の飲食店でのテイクアウト利用を定期的に行っています。また、地域で配られる広報を確認し地域行事の把握を行い、職員は行事の情報をもとに入居者様に情報提供を行っています。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。	事業所周辺の散歩やテラスでの日光浴の際に、近隣の方との挨拶や会話をすることが日常的に出来る環境となっている。地域で配られている広報は、利用者、職員は閲覧でき、コロナ禍で行事など中止になっているものの、地域のことを知ることができる。また、事業所の「じょうはな通信」を地区の45世帯に配布してもらい情報発信している。	
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	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もらい配布してもらっています。また、運営推進会議は開催できていないものの議事録として取り組みや現在の状況を印刷し、いつでも見れるよう施設の玄関にファイリングしています。		
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	運営推進会議は新型コロナ感染症防止の為、開催出来ておりませんが、毎月の取り組みの報告や現在の状況を議事録としてまとめ、施設の玄関先にいつでも見れるようファイリングしてあります。	新型コロナウイルス感染防止のため開催されていないが、2ヶ月毎に利用者のサービス状況・事故報告やヒヤリハットの報告などを書面にし、事業所発行の「じょうはな通信」にて取り組みや様子を報告しており、地域包括支援センターへ持参したり、運営推進委員に郵送したりしている。また、玄関先には報告書のファイリングがあり、いつでも見られるようになっている。	
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	運営推進会議は新型コロナ感染症防止の為、開催出来ておりませんが、毎月の取り組みの報告や現在の状況を議事録としてまとめ、地域包括支援センターに提出しています。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。	毎月の取り組みの報告や現在の状況を議事録としてまとめたものを地域包括支援センターへ提出するとともに、年2回の情報交換会では行政からのお願事、お知らせ、新型コロナウイルス感染予防対策の相談など連携を取り、協力関係の構築に取り組んでいる。地域ケア会議や研修会(今年度はオンライン研修)に参加している。	
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。各フロアに身体拘束・虐待のパフレットを置きいつでも確認できるようになっています。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。	身体拘束廃止委員会は3ヶ月に1度、法人グループ事業所の管理者と代表が集まり(オンライン)、研修、各スタッフ会議で身体拘束についての検討内容の発表を行っている。研修内容は全スタッフに動画配信し、受講できるようになっている。また、研修受講後は感想を提出している。事業所内では月1度のユニット会議で身体拘束をしないケアについて検討し、取り組んでいる。	
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	定期的に社内研修(動画配信)に参加し虐待についての知識を学んでいます。学んだ内容を職員間で共有し、施設での虐待がないかを確認し防止しています。スタッフ会議の時には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知識を学んでいます。学んだ内容を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	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させて頂き、対応を行っています。また入居者様からは日頃から要望がないかお聞きしています。家族様は来訪時に利用者様の日頃の様子などをお伝えし、心配な事がないかお聞きしています。	目安箱は設置してあるが、直接話をされることが多く、意見や要望に関しては管理者や代表が検討し、結果を運営推進会議を通じて報告している。職員は利用者や家族の意見等を申し送りノートに記入し、情報の共有を図っている。	
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	定期的には職員を対象に話し合いをする場を設け提案や意見、要望がないかなどを聞いています。上記に対して何かあれば速やかに検討をしています。	月に1度のユニット会議やリーダー会議で意見を聞くことが多く、最近では除雪車や非接触の体温計等を購入している。半年に1度、職員との面談の機会も設けているが、職員は代表や管理者に意見や要望があれば、いつでも話が出来る環境になっている。	
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	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。また施設内研修として研修動画視聴を月に一度実施しております。その他でも常日頃から分からないことがないかなど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、普段から近況の様子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。本人様の携帯電話で家族へ連絡し、お話してもらったり窓越し面会などを実施しています。		
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	ご家族様にご協力いただき馴染みの美容院に通っている入居者様もいらっしゃいます。ご家族様・ご親戚との面会が出来ない中でも、クリスマス会行事にはプレゼントを用意していただくなど家族との関係を途切れさせないよう支援しています。	家族の協力で2名の方が今も馴染みの美容院へ通っている。コロナ禍前は地域の方や家族と一緒にクリスマス会を開催していたが、現在は、クリスマスプレゼントを家族に用意してもらったり、中にはメッセージを添える家族もいたり家族の思いが伝わるよう工夫している。コロナ禍で厳しく面会を制限しているが、家族や馴染みの人との関係が途切れないよう支援している。	
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	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。	入所時にセンター方式を活用し、本人の思いや意向を把握できるようにしている。ケアプラン更新月にはケース記録や日頃の関わりの中で本人から聞かれた言葉からおやつ会議やレクリエーションに発展することもあり、一人ひとりの思いを大切にし、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	なるべく本人様にとって過ごしやすい環境を作る為に、生活歴や既往歴、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	入居者様との関わりの中で「できることは何か」という視点や残存機能を活かす援助・介護を心がけています。そのために日々どのように過ごしてもらえば良いか気付いたことはケース記録に残すなどしてスタッフ間でも共有しています。		
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。	職員は1、2名の利用者を担当している。毎月のミーティングで他の職員の意見を聞き、モニタリング、アセスメントの更新、介護計画作成に反映されている。家族には差し入れ(衣服、日用品)の訪問時や電話等で意見や要望を聞き、担当者会議に参加できるように配慮している。	
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ております。普段と変わったことがあれば、記録に残しスタッフ間で相談、必要に応じて介護計画の見直しに繋がっています。		
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	一人暮らしの入居様の受診同行や買い物支援を行っています。また、食べたい物や行きたい所をお伺いし、レクリエーションや行事に反映させています。		

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
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	地域のお店でのテイクアウトなどを定期的に行っています。また、施設周りの散歩の際には、近隣住民の方とお話する等地域との繋がりが持っています。時々近所の方から果物をいただくこともあります。		
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、医師に情報を提供できるようにしています。受診シートにて職員、家族様と情報共有を行っています。	2ユニットの中で6～7名の方が、家族の付き添いでかかりつけ医へ受診している。かかりつけ医が往診をしてくれるケースもあり、個々の希望に沿った医療が提供できるように取り組んでいる。受診や往診の際には受診シートを活用し、医師、職員、家族が情報共有出来るように努めている。	
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。訪問看護師にも入ってもらっており、情報共有や援助のアドバイスなど相互に相談しながら支援が来ています。		
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。	看取り指針を作成し、終末期になった場合はご家族や本人の希望に沿った形が取れるよう、住み慣れたところで終末を迎えて欲しいとの思いに努めている。ナースオンコール体制や主治医が24時間対応してくれる体制は整えているが、医療依存度が高くなった場合や、医療行為を必要とする場合は医師のと相談等で対応できない旨も含めて契約時に伝えている。	看取りの経験もあり、看取りに対する職員研修も必要に応じて行われてるが、重度化に対する医療判断基準が明確にされていないため、明確な文章化や、本人、家族が理解・判断しやすいような説明をおこなうことを期待したい。
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。火災・水害・地震それぞれの想定した避難訓練を行っています。動画研修を取り入れ、職員の指導を行っています。	定期的な火災訓練が行われ、訓練に対しての計画や訓練後の評価などを訓練議事録にまとめ、今後に繋がるように取り組んでいる。車で地域の避難場所まで移動し、時間の計測なども行い、災害に対して情報収集もおこなっている。職員に対しては動画での研修も取り入れている。	定期的な火災に対する避難訓練が行われているが、今後、想定の間時間帯の変更(日中、夜間)や、自然災害に対して、利用者との日常的に移動や避難体制の訓練を行うことを期待したい。

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するようにはしていますが、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。	全職員は配信動画を見て「接遇、権利擁護について」の研修を実施し、管理者や代表は研修報告書を見て理解度を確認している。不適切な言葉や大きな声、荒々しい口調で対応したときは、その場ですぐに注意を促し、気づいてもらえるように職員同士も意識している。	
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	入浴時の着替えの準備では着たい洋服を職員と一緒に選んだり、行事食の場合では何を食べたいかメニューから選んでもらったりしています。選択肢を提示し丁寧に説明することで、利用者様に選んでもらいやすい工夫をしています。		
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。また、利用者様同士で髪の毛を梳かす場面も見られており、関わりの一つとなっています。		
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	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。また、テイクアウトや手作りおやつなどを取り入れ、一緒に作って食べる楽しみを感じてもらおう機会としています。	献立や食材は業者に届けてもらい、職員が調理している。もやしのひげ取り、皮むきなど利用者の様子をみながら一緒に行っている。利用者の希望や季節行事に合わせ、近隣の店のラーメンやオムライス、海鮮丼などのテイクアウトやデリバリーに変更することもあり、利用者が食事を楽しめるよう支援している。	
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	各入居者様の嚥下状態や咀嚼力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。口腔ケア時には使用している歯ブラシなどの物品が痛んでいないかなど確認しています。また、その方の状態に応じて使用物品を変えています。		

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。	水分量・食事量・排泄(排便)確認し、表にて、一人ひとりの排泄状況を把握している。ほとんどの方が紙パンツ、パット使用でトイレでの排泄を行い、自立に向けた支援に努めている。排便コントロールについて申し送りする体制も整えられており、不快感なく過ごすことができるように支援している。	
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は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。	日曜日以外の午前中、週2~3回利用者が希望する時間帯に入浴している。季節に応じてゆず湯や入浴剤を工夫し、入浴時間がリラックスできる空間になるように努めている。	
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	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るか、確認しております。誤薬がないように、職員で二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頂き、取り組んで頂いております。その他に在宅時に趣味としておられたこと(編み物や点つなぎ、散歩など)を継続していただけるよう支援しています。		
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	コロナ禍で外出はしておりませんが、暖かい日には施設周りの散歩やテラスでの日光浴を行っております。入居者様自身が歩いてみる事でもっと歩く練習をしなればと力を出される事もあります。	コロナ禍で感染予防のため、以前のようなドライブや外出は難しくなっているが、暖かい日には散歩や日光浴で外に出る機会を設けている。家族と受診される方は、帰りに買い物や理美容院へ行っており、地域との繋がりの継続ができ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
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すること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。施設前に自販機があり、希望された時に購入してもらっています。		
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。ご親戚からのハガキが届いた場合は読まれた後で電話をかけ、お話をしてもらうこともあります。		
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	共有空間では皆様が過ごしやすいように汚れ・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。また、貼り絵や季節の飾りなどを利用者様と一緒に飾り、楽しんでもらう工夫をしています。	2つのユニットはそれぞれにコンセプトを持ち、明るい雰囲気となっている。1階はベージュを基本にし、2階は草色でシックな落ち着いた装いとなっている。どちらも車椅子での移動がスムーズに行えるようにゆとりとした空間になっている。壁にはそれぞれ利用者の作品や、職員の工夫した装飾がされており、季節感も味わえるフロアとなっている。	
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	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。また、いつもと異なった席にも遠慮なく座れるよう声掛けをしてお誘いしています。		
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。また、表彰状やカレンダー、家族や好きな動物の写真など希望される方には飾らせていただいています。	居室も各ユニットに合わせた壁紙になっており、各居室の一面だけ違った壁紙となっていることから、各部屋の個性を生かし、馴染みの家具や家族の写真が飾られ自宅の住まい感が醸し出されている。自分の作品が飾られ、落ち着いた居心地の良い空間になっている。また、表札は木で作られ、花模様が描かれている。	
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4年3月17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	33	入居者様の重度化に対する医療度判断基準が明確になっていないこと。	重度化対策・終末期ケア対策の説明時に、医療度判断基準について書面と口頭によって明確化し、家族様や本人様に理解していただく。	終末期での医療度判断が明確になるよう、分かりやすく文書化したものを追加記入し口頭で説明したことを記録に残していく。	12ヶ月
2	35	避難訓練の想定時間帯の変更(夜間)ができていないことや、災害に対して、入居者様と日常的に移動や避難体制の訓練を行えていないこと。	夜間想定 of 避難訓練を実施することができる。入居者様にも積極的に避難訓練に参加していただき、移動や避難を実際に行うことができる。	夜間想定 of 避難訓練の実施。災害訓練の際、入居者様にも参加していただき、実際の移動の仕方や避難について知っていただく。レクリエーションや体操の機会を利用し防災対処につなげていく。	12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。