

### 1 自己評価及び外部評価票

【事業所概要(事業所記入)】

|         |                   |            |            |
|---------|-------------------|------------|------------|
| 事業所番号   | 2092700026        |            |            |
| 法人名     | 特定非営利活動法人 なかまと    |            |            |
| 事業所名    | 認知症グループホーム てととと和合 |            |            |
| 所在地     | 長野県東筑摩郡麻績村日4769-1 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成29年10月19日       | 評価結果市町村受理日 | 平成30年4月16日 |

※事業所の基本情報は、公表センター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 | <a href="http://kaigo.nsvakyo.or.jp/modules/general/general_divindex.php?iigvo=2092700026">http://kaigo.nsvakyo.or.jp/modules/general/general_divindex.php?iigvo=2092700026</a> |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |              |
|-------|--------------|
| 評価機関名 | 株式会社マスネットワーク |
| 所在地   | 長野県松本市巾上9-9  |
| 訪問調査日 | 平成30年3月2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)】

平成29年8月に隣接していた宅幼老所が閉鎖され、双方の利用者同士の交流がなくなり、グループホーム利用者にとっては寂しい状況になったが、読み聞かせや音楽鑑賞などボランティアの訪問が増え、楽しみの一つとなった。食事は季節の食材を多く取り入れ、また調理の下ごしらえを利用者と一緒に行ったり、外部の協力を得ておやき作り(年2回)と行き、喜ばれている。長期入所の利用者も増え、介助量増加や意欲低下から外出機会は減ったが、短時間の外気浴や通院時に車を遠回りする等して、外出も楽しんでもらっている。馴染みのスタッフとの家庭的な雰囲気、日々の暮らしを支援している。

【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)】

事業者は、河川の増水により、隣接の公民館に避難した経験があり、水害を想定した訓練を関係する地区住民の方々の参加を得て実施し、参加者から意見を聴いている。また、村内のグループホームと災害時の協定を結び災害に備える具体的な取組みを進めている。長期間に及ぶ入所利用者が増え、機能維持・改善に向けた取組みを行ってきたが、利用者の重度化が進行している。今年度から急変時、終末期に関する家族の意向を確認するための個別面談を全家族に行っている。一方、歯科、精神科等の往診を含めかかりつけ医との連携を更に深めて、適切な医療が受けられる体制整備を行っている。サービスの質の向上に向けて、職員は、『業務チェックリスト』『事業所運営計画について』自己評価し、面談を行う等新たな取組をしている。家庭的な雰囲気の中で、利用者、職員の笑顔、明るい表情が絶えない。事業所関係者の献身的な関わりが伝わってくる。

**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。ユニットが複数ある場合は、ユニットごとに作成してください。**

| ユニット名( ) |   | 項目 | 取組みの成果<br>(該当する箇所を○印で囲むこと)                                | 項目 | 取組みの成果<br>(該当する箇所を○印で囲むこと)   |   |   |
|----------|---|----|---|----|--|---|---|
| 56       | 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向をつかんでいる。<br>(参考項目: 23, 24, 25)     | ○  | ①ほぼ全ての利用者の<br>②利用者の2/3くらいの<br>③利用者の1/3くらいの<br>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。<br>(参考項目: 9, 10, 19) | ○ | ①ほぼ全ての家族と<br>②家族の2/3くらいと<br>③家族の1/3くらいと<br>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。<br>(参考項目: 18, 38)             | ○  | ①毎日ある<br>②数日に1回程度ある<br>③たまにある<br>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。<br>(参考項目: 2, 20)                     | ○ | ①ほぼ毎日のように<br>②数日に1回程度<br>③たまに<br>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。<br>(参考項目: 38)                    | ○  | ①ほぼ全ての利用者が<br>②利用者の2/3くらいが<br>③利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目: 4)  | ○ | ①大いに増えている<br>②少しずつ増えている<br>③あまり増えていない<br>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。<br>(参考項目: 36, 37)    | ○  | ①ほぼ全ての利用者が<br>②利用者の2/3くらいが<br>③利用者の1/3くらいが<br>④ほとんどいない    | 66 | 職員は、生き活きと働いている。<br>(11, 12)  | ○ | ①ほぼ全ての職員が<br>②職員の2/3くらいが<br>③職員の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目: 49)                   | ○  | ①ほぼ全ての利用者が<br>②利用者の2/3くらいが<br>③利用者の1/3くらいが<br>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<br>②利用者の2/3くらいが<br>③利用者の1/3くらいが<br>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させている。<br>(参考項目: 30, 31)        | ○  | ①ほぼ全ての利用者が<br>②利用者の2/3くらいが<br>③利用者の1/3くらいが<br>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<br>②家族等の2/3くらいが<br>③家族等の1/3くらいが<br>④ほとんどできていない |
| 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、安心して暮らさせている。<br>(参考項目: 28) | ○  | ①ほぼ全ての利用者が<br>②利用者の2/3くらいが<br>③利用者の1/3くらいが<br>④ほとんどいない    |    |  |   |   |

## 自己評価及び外部評価結果

〔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 |
| <b>I 理念に基づく運営</b> |     |   |   |  |                   |
| 1                 | (1) | ○理念の共有と実践<br>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。                           | 理念は玄関と事務室に掲げて、常に確認できるようにしている。ミーティング等で理念に関する話し合いを行い、共有している。  | 理念は読みやすくレイアウトして、玄関、事務室に掲示され、確認しやすい。ミーティング、職員会等で支援について検討する中で、理念に戻って話し合いをしている。管理者、職員は、理念を共有して実践に繋げている。   |                   |
| 2                 | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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。                           | 避難訓練は地域の方々にも参加してもらい、実施後は意見交換を行っている。近隣の迷惑にならないよう、駐車場脇の道路の砂利掃除を行ったり、車の運転には注意している。   | 地域住民が避難訓練、敬老会等行事に参加され交流する機会があり、傾聴、読み聞かせボランティアの受入がある。また、中学生との交流をしている。ちぎり絵等の作品を地域の文化祭に出展するなどして地域とつながり、事業所が地域の一員として交流する機会を拡げている。                                    |                   |
| 3                 |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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。                         | ボランティア(傾聴、読み聞かせ等)を受け入れ、交流や情報交換を行っている。また、本年度は地域の文化祭に利用者と一緒に作成した貼り絵等の作品を出品し、事業所内部の様子を公開する予定。  |  |                   |
| 4                 | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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。      | 運営推進会議は村担当者や利用者家族、事業所本部、職員代表者で行い、運営状況の報告等を行っている。その際出された意見と回答、今後の課題については職員と利用者家族が確認できるように紙面に記し、サービス向上に活かしている。                                    | 会議は、運営状況、事例報告等を行い、行政関係者から介護保険関係に関する地域の状況について情報提供等があり、活発な意見交換がされ、出された内容は記録しサービス向上に向けて活かされている。また、避難訓練、行事等に合わせて開催して事業所理解を深める機会も図っている。                               |                   |
| 5                 | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者や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。                 | 村担当者とは随時連絡を取り合っている。今年度は村担当者を介して、他事業所と災害協定を結ぶことができた。   | 村担当者や随時連絡を取り合い、役場に出向き入所関係等の相談をしている。村担当者を介して災害協定を村内のグループホームと結ぶことができた。   |                   |
| 6                 | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者および全ての職員が「介指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。 | 身体拘束は極力行わず、玄関の施錠は行っていない。ベッドからの転倒・転落の危険性が非常に高い利用者に対して、ベッドを壁付けにし、出口側にサイドレール2本を付ける身体拘束が2件あったが、家族へ説明を行い、承諾を得ている。また、身体拘束の必要性について、月2回のミーティングで話し合っている。 | 支援中に気になる内容は『気づきノート』に記録し、職員の言葉づかい等を含めて、ミーティング、職員会で話し合い拘束のない生活を目指している。ベッドからの転落・転倒の危険性が高い場合は、アセスメントを行い、状況を家族に報告し、承諾を得て対応し、拘束解除に向けた検討を重ねている。職員は、拘束に関する学習をして意識を高めている。 |                   |
| 7                 |     | ○虐待の防止の徹底<br>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。      | ミーティングや日勤と夜勤の引き継ぎ等で、気付いたことは話し合い、虐待につながらないように注意している。言葉遣いに関しては、職員間で気付いた時に、指摘し合うようにしている。   |  |                   |

| 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   |
| 8  |     | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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。    | 事業所として、定期的に制度について学ぶ機会は設けられていない。  |   |   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>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。                         | 契約時には契約書と重要事項説明書の内容を説明後、疑問点について尋ねている。改定内容は直接または紙面にて説明し、理解を得ている。疑問点については、いつでも問い合わせられるよう一文を添え、連絡先を記載している。                                  |   |   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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。                     | 利用者とは日常生活の中で、家族とは面会時や月1回の「お便り」で生活の様子を伝えるとともに、意見や要望を聴くよう心掛けている。また、運営推進会議への参加も依頼している。意見や要望については職員間で話し合う機会を設けている。                           | 家族の面会時には、生活の様子を伝えて、要望等聞いている。行事、運営推進会議への出席、年1回の家族・個人面談等を通して利用者・家族等から出された意見・要望等は、職員会、管理者会議で検討して意見・要望の反映に努めている。また、毎月『お便り』の発行をして事業所の予定、生活の様子を伝えている。 |   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>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。                                      | 現場重視の立場から、開所以来スタッフからの意見や希望をあらゆる機会を通じて聞き取り、実情を把握し、運営状況に反映させている。   | 職員は、個々の意見を『事業所運営計画について』に記載して提出し、管理者と個人面談を行っている。月2回の職員会、毎日実施しているカンファレンスでは、積極的な意見が出されている。意見は、職員会、管理者会議で検討され運営やサービスの向上に反映されている。                    | 職員の希望に沿って法人内外の研修に参加する機会はあるが、事業所内でも専門的な知識を得るための学習会等を実施する取組みに期待したい。 |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>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。      | スタッフは人財であるとの認識から、スタッフ一人ひとりの状態や希望を把握し、処遇に反映させている。また、開所当初より、人員配置に配慮し、人手不足を理由にしない、職務を全うできるような環境づくりをしている。                                    |   |   |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>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。         | スタッフ自身が自らを省みるために、法人内外の研修に就業年数や希望に沿って参加させている。   |   |   |
| 14 |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>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。 | 地域の課題の共有の必要性から、5年前に当地域の同業者、関係村に呼びかけ、筑北地域介護保険事業所連絡会を立ち上げ、情報交換や研修を実施してきた。今年度初めに発展的解消をしたが、地域の課題(人口減による事業の維持)への意識付け、介護スキル向上のための交流態勢は維持されている。 |   |   |

| 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 |
| <b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |     |   |   |  |                   |
| 15                         |     | ○初期に築く本人との信頼関係<br>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。 | 初期は特にこまめに声掛けを行い、関係づくりに努めている。また、長年利用の方への話しかけも心がけ、本人の不安な思いを聴くよう心掛けている。  |  |                   |
| 16                         |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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。            | 家族の面会時に日頃の様子を伝え、相談や要望を聴き、話し合っって信頼関係を作るよう努めている。  |  |                   |
| 17                         |     | ○初期対応の見極めと支援<br>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。        | 事前に家族や関係者から情報収集を行う。また、生活歴や会話からニーズを見つけ出し、安心できる生活に繋げていくよう努めている。   |  |                   |
| 18                         |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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。                        | 貼り絵などの作業を一緒に行ったり、隣に座って話をゆっくりと聴くことで気持ちを汲み取る努力をしている。また、行事や料理の内容に関しては、利用者の意見を聴くようにしている。                            |  |                   |
| 19                         |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>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。         | 毎月の「お便り」にて生活状況を伝え、体調変化についてはこまめに家族と連絡を取り合っって、報告・相談を行っている。また、行事の際には案内を送付したり、面会はいつでも可能であるなど、「開かれた」施設であるよう努めている。    |  |                   |
| 20                         | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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。                     | 職員と一緒に馴染みの食料品店に買い物に行ったり、地域の理容店に出張してもらい、話しながら整髪してもらっている。知人や友人も高齢であるため面会は減ったが、職員との会話の中で「〇〇さんは元気かね」等、話題にするようにしている。 | 馴染みの店に買物、地域の理容店から出張しての散髪等馴染みの関係を大切にしている。高齢になり、馴染みの場所を訪ねる、知人・友人の訪問、手紙の交換等は減少している。職員は意識して馴染みの人や場所について会話をするよう努めている。 |                   |
| 21                         |     | ○利用者同士の関係の支援<br>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。                 | お茶や食事の準備、洗濯物など協力して行ってもらおうよう支援している。また、利用者同士の相性を見ながら、食事テーブルやイスの配置に配慮している。   |  |                   |

| 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<br>サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係を大切にしながら、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。                     | 退所した利用者の家族や施設関係者に現在の様子を伺うようにしている。  |   |  |
| <b>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</b> |      |   |  |   |  |
| 23                                 | (9)  | ○思いや意向の把握<br>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。   | 本人と話したり、毎日の過ごし方や様子を観察することで、本人の意向を把握するよう努めている。職員間でも情報共有の機会を設けている。                                       | くつろいだり、手仕事をしている際に、意識的に話しかけて思いや意向の把握に努めている。把握された内容は、介護記録に記録して話し合い、職員で共有している。意思確認が困難な場合は、今までの生活を考慮して本人本位となるよう努めている。     |  |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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。                                       | 本人や家族、以前利用していた施設の関係者に確認している。また、本人からも生活の中で話を聴いている。  |   |  |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>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。   | 一日の生活の様子を介護記録に記すとともに、ミーティングで意見交換を行い現状把握に努めている。   |   |  |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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。 | 本人や家族の意向を確認するとともに、担当職員と計画作成担当者が月1回のモニタリングを行い、介護計画書に反映させている。  | 利用者・家族の意向を確認して、アセスメントを行い、介護支援専門員が介護計画の作成をして、支援経過を記録し、毎月、担当者がモニタリングを行いカンファレンスをして6カ月毎に見直しを行っている。体調等変化のある場合は随時見直しを行っている。 | 一連の流れに沿って介護計画は立てられ、書式等の見直しを行っているが、カンファレンスの記録が職員会議録にされているので、介護計画の一連の書式に組み入れる等の工夫が期待される。 |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                         | 個々の介護記録を毎日記載し、他の職員に引き継いでいる。また、介護計画書を元に介護記録の書式を作り、客観的にモニタリングを行えるよう工夫している。支援経過記録は主に体調不良や状態変化がある時に記入している。 |   |  |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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。               | 体調の変化が見られた場合、早急に受診するために職員対応にて通院している。ボランティアの方に来てもらって、傾聴や読み聞かせ、音楽など、利用者が楽しめるよう工夫している。                    |   |  |

| 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 |
| 29 |      | ○地域資源との協働<br>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。                                     | そうめん流しや月1回程度のボランティア訪問で地域の方との交流を大切にしている。  |   |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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。                                | 入所時にかかりつけ医を確認し、入所後に家族対応または施設対応で受診継続できるよう、調整している。定期受診以外も家族と連絡を取り合いながら通院している。                              | 入所時にかかりつけ医の確認をして、家族、職員が連携してかかりつけ医に継続受診している。皮膚科などの専門医への受診もしている。歯科の検診結果による必要な治療と、精神科は、往診が受けられる。看護師による健康管理が行われ、緊急時の連絡体制が整備されている。                                   |                   |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>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。                         | 週1回看護師の訪問あり。その週の利用者の状態について申し送り、助言を求めている。また、急変時や事故発生時には夜間でも電話連絡をとり、受診の可否等の対応について相談している。                   |   |                   |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 入院当日または近日中に、病棟担当者へ利用者のフェイスシートを渡し、情報提供を実施している。その後も週1回程度の電話連絡もしくは訪問にて、状況把握に努めている。                          |   |                   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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、事業所です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。  | 急変時や終末期に関する家族の意向については事前調査書にて確認している。また、看護師が常駐していないため、医療的ケアが常時必要な利用者の受け入れは困難であることを伝えている。                   | 入所時に急変時、重度化や終末期に向けた事業所の方針を説明して共有をしている。今年度から家族の意向を年1回、事業所職員、利用者・家族で『事前調査書』の内容に沿って話し合い意向の確認をしている。また、状況の変化に伴い随時話し合い、意向の確認をして支援している。                                |                   |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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。   | 応急手当や初期対応に関する訓練は実施できていない。急変や事故発生時はまず管理者に報告し、その時の状況で指示を仰いでいる。   |   |                   |
| 35 | (13) | ○災害対策<br>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。   | 防災訓練は年2回実施。今年度は夜間水害を想定し、消防署や村、近所の方の協力のもと、訓練を実施した。本年度より同村内の「グループホームあやめ」と災害協定を結び、お互いの災害対策と協力体制を見直し、整備している。 | 消防署、運営推進委員、地元住民の参加を得て、災害訓練を夜間水害を想定する等、年2回実施している。参加した方々の意見を反映した訓練を今後も予定している。災害時協定を村内のグループホームと結び、協力体制を整備している。食料、介護用品の備蓄がある。また、担架、非常持ち出し用品、ヘルメット等は、使いやすい場所に設置している。 |                   |

| 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 |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |   |   |  |                   |
| 36                               | (14) | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保<br>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。                   | 一人ひとりに合わせて、わかりやすい丁寧な声掛けや言葉遣いに気を付けている。   | 一人ひとりに合わせて、解りやすく丁寧な言葉かけに気を付けている。入浴、排泄支援の時は、プライバシーを損ねないよう、特に配慮している。   |                   |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                      | 利用者の思いや希望にできるだけ添ったり、自己決定ができるよう、気持ちを聴くようにしている。   |  |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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。 | その日の体調に合わせて、どう過ごしたいか意向を聴くようにしている。体調不良時や疲労時にはベッドで休むか確認し、休むときにも昼夜逆転しないよう1時間程度で声掛けを行っている。                  |  |                   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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。                                  | 家族にご本人の好む服を持参していただき、その人らしい身だしなみで過ごせるよう支援している。   |  |                   |
| 40                               | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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。     | 季節の食材を活かし、梅の種取やタケノコの皮むきなど、利用者と一緒にいる。また、献立や料理方法は利用者の意見を取り入れ、職員も同じものを一緒に食べる。季節の行事は料理も工夫し、季節感を楽しめるようにしている。 | 食材の買物、タケノコの皮むき等、利用者と一緒にできることを大切にしている。献立の内容、調理方法等を話題にして利用者が選べる工夫をしている。季節感のある食材、行事食、誕生会の希望食、手作りおやつ等、食事を楽しめる支援をしている。体調や嚥下に配慮した食事形態にする、食事中の見守り、介護をして安全に努め、職員は、利用者と一緒に食卓を和やかに囲んでいる。 |                   |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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。          | 栄養バランス良く摂取できるよう献立を工夫し、食事量や水分量は介護記録に記載して把握している。また、嚥下機能に合わせてトロミを付けたり、柔らかくする等、食べやすいよう配慮している。               |  |                   |
| 42                               |      | ○口腔内の清潔保持<br>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。                   | 自分で出来る人は声掛けや見守り、道具の準備を行い、介助が必要な人はブラシまたはガーゼで毎食後の口腔ケアを行う。   |  |                   |

| 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<br>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、時間をみて声掛けとトイレ誘導を行っている。また、可能な人にはズボンの上げ下ろしも自分で行うよう促している。夜間もトイレ誘導を行ったり、夜用パットを用いてオムツの使用量が少なくなるよう配慮している。 | 排泄チェック表を基に尊厳やプライバシーに配慮して声掛け等の誘導を行い、失敗を少なくする取り組みを行っている。衣類の上げ下ろし等は残存機能を使えるよう促しながら支援している。オムツ用品、使用方法等を検討して使用量の軽減に努めている                |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>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。  | 下剤に頼らない方法を心がけている。そのために、水分補給を積極的に促し、食物繊維を十分摂れるよう献立に配慮している。  |   |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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。                        | 週2回は入浴できるよう予定を立てているが、体調不良や入浴拒否がある場合は、予定を変更したり、嫌な思いをしないよう介助や声掛けに注意している。自力で浴槽に入れない利用者には、リフト浴を使用している。             | 個浴利用を基本にしているが、機能低下により、シャワーチェアの利用、端座位が困難な場合は、事業所内のリフト浴を利用している。拒否をされる利用者への声掛けの配慮、工夫をする等、一人ひとりのペースに合わせた入浴支援を行っている。果物等を湯船に浮かべて楽しんでいる。 |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>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。   | 利用者のその日の様子を表情や会話から感じ取ることを心掛け、時には職員からの声掛けで居室にて休んでもらっている。  |   |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>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。  | 内服薬の変更時は職員間で即周知出来ている。薬の説明書はいつでも確認できるよう保管している。不明な点は医師や看護師、薬剤師にその都度相談し、対応している。                                   |   |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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。                             | 日々の生活の中の会話で利用者の趣味嗜好を把握している。身体的・精神的状態から出来ることを探り、体操や作業を行って気分転換を図る努力をしている。  |   |                   |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>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。 | 本人の意向に沿いながら、体調や天候に合わせて外の空気を吸ったり、買い物と一緒に出掛けたりしている。  | その日の希望に沿い、体調や気候に合わせて、テラスや庭に出て外気浴をしながら体操や花を眼で楽しんでいる。職員と一緒に買物、行事で花見等に出掛けている。通院の際に、行きたい場所に寄ることもある。                                   |                   |

| 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<br>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。  | 金銭管理を自力で行う利用者はいないが、施設が家族から個人現金を預かっている。家族と相談しながら、衣類の購入や通院の際にその個人現金を使い、日常生活に困らないよう支援している。           |   |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>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。   | 希望がある場合には、電話を取り次ぐなど利用者に合わせて支援をしている。   |   |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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。 | 毎日掃除や換気を行い、気温に応じて冷暖房機器を使って過ごしやすい環境整備に配慮している。また、季節の花などを飾り、利用者が季節感を楽しめるよう支援している。                    | 冷暖房機器、加湿器等を使い、湿温度計で快適な室温が保たれている。カーペット、家具の設置等を見直し、転倒予防に努めている。皆でくつろいだり、ひとりで過ごせる居場所等、椅子やソファの配置の工夫が見られる。カレンダー、雛飾りや梅の花を飾り季節感があり落ち着いて過ごせる環境作りがされてる。 |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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。  | 共用空間に椅子やソファが複数あり、思い思いの場所で過ごせるよう工夫している。気の合った利用者同士で話せるよう、ソファは2人掛けになっている。                            |   |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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。   | 居室に本人の使い慣れたものや馴染みのもの、家族写真などを飾り、過ごしやすい環境づくりに配慮している。また、逆に何も無い方が落ち着く(混乱しない)利用者の部屋はクローゼット内に私物を整理している。 | 壁に家族写真、手作りの飾り物を飾る、馴染みのテーブルや椅子を置く等している部屋、クローゼットに寝具類以外はすべて収めて何も置かない部屋等、利用者・家族、職員で本人本位に検討して落ち着いて過ごせる居室となるよう工夫している。                               |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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。   | 場所がわかるよう、「トイレ」「洗面所」や居室に利用者の名前等の貼り紙を行っている。混乱しないよう、部屋替えは極力行わないようにしている。                              |   |                   |

(様式4)

事業所名 認知症グループホーム てととと和合

## 目標達成計画

作成日：平成30年3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        | 11   | 職員の研修機会が少ない。                 | 認知症や介護に関する知識を深め、質の高い介護を提供できるよう、職員の内部・外部研修の機会を増やす。                            | 月2回のミーティング内で、対応に迷うケースについて話し合い、実践し、振り返る機会をつくる。外部研修を受けた職員は他職員向けに勉強会を開催する。                     | 12ヶ月       |
| 2        | 34   | 緊急時の対応について、職員全員が把握・統一できていない。 | 急変時や事故発生時に冷静に対応できるよう、連絡順序や対応方法について職員間で共有する。                                  | 緊急時の対応が一目でわかるよう、個々人に応じたマニュアル(連絡先のフローチャート等)を作成する。  | 12ヶ月       |
| 3        | 26   | 排泄の自立支援に向けた取り組みが少ない。         | 今までも衣類の上げ下ろしは残存機能を活かしたり、時間誘導でオムツ類の使用量軽減に努めていた。それをケアプランに反映し、取り組みや成果を「見える化」する。 | 利用者の状態を観察し、失敗や失禁が改善する可能性が高い方や排泄に関するこだわりが強い方に対しては、目標としてケアプランに組み入れ、職員全員で支援する。また、モニタリングで経過を追う。 | 12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。  
複数のユニットを有する事業所において、事業所全体でユニットごとの目標の総括を行う場合は、本様式を1つ作成してください。