

<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

I. 理念に基づく運営	項目数	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	1491400071
法人名	(有)アルデパラン
事業所名	グループホーム アミーゴ
訪問調査日	平成25年8月21日
評価確定日	平成25年9月30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。

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	1491400071	事業の開始年月日	平成24年4月1日	
		指定年月日	平成24年4月1日	
法人名	(有)アルデパラン			
事業所名	グループホーム アミーゴ			
所在地	(〒258-0113) 神奈川県足柄上郡山北町山北1861-1			
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	平成25年8月1日	評価結果 市町村受理日	平成26年6月18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)】

家族の一員として、共に生活する視点にたつてご本人の意思を尊重し、当たり前暮らし作りをお手伝いいたします。またご家族や地域との結びつきを大切にできるような生活援助をしています。

【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	〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町3-30-8 S Yビル2F		
訪問調査日	平成25年8月21日	評価機関 評価決定日	

【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)】

①この施設の経営母体は有限会社アルデパランです。アルデパランは神奈川県に小規模多機能事業所を3ヶ所、グループホーム1ヶ所を、関連法人の介護老人保健施設2ヶ所、小規模多機能事業所各1ヶ所を加え、広い意味での連携が出来る体制となっています。利用者に幅広い選択をして頂ける利点と併せて人事・教育面での連携が可能となり、高齢者ケアへの貢献が期待出来ます。この事業所は小規模多機能型居宅介護事業所「アミーゴ」との併設で、県北西部の山北町のJR山北駅から2～3分のところに位置し、自然豊かで風光明媚なところにあります。設立してから1年余、管理者のモットーは、「利用者一人一人の特性を活かす」ことで、町域は横浜市(437㎡)、相模原市(328㎡)に次ぐ224㎡もあり、小田原市の2倍以上と広域で、しかも自宅への訪問を好まない傾向と住民の少ない地域ではケアの関係が難しくなるので、比較的早めに介護・医療の施設を利用する傾向があります。特養、老健での受け入れが充足出来ない現状では、グループホームの需要も介護・医療の施設の範囲内と考えられる面もあり、重度の方の入所希望が多くあり、山北町、福祉関係者、利用者とその家族と相談して、この町のニーズに出来る限り沿うようにしています。また、入所希望の予約者の中には、小規模多機能事業所を利用しながらグループホームへの入所を待機していたり、ADL低下が進んで小規模多機能事業所ではケアし切れない状態の方の受け入れもあり、入居者は介護的に大変な方が居るのも地域の特徴と思っています。山北町役場、社会福祉協議会、地域包括支援センターとも協力し、利用者とその家族と相談して、この町のニーズに副ったグループホームでありたいと考えています。

②ネットワークについては、関連法人の介護老人保健施設「フィオーレ湘南真田」に関連事業所の管理者、ケアマネ、本部スタッフや、法人代表者も出席し、毎月の最終木曜日に集まり、それぞれの事業所が抱えている問題を検討し、共通する項目については水平展開し、各々が向上出来るよう改善、検討を続けて実施しています。職員の教育については、経験、資格、年齢等にばらつきがありますが、質の向上に向け、個々の経験を最大限に生かす努力をしています。例えば中高年のパートの女性については、その主婦歴で培った経験を100%発揮して頂けるように。介護経験のある人には、指導の面で力を発揮して頂くようにしています。また、業務については、14の委員会を作り、全員が何らかの委員会に属し、活動を通じて相互のレベルアップを図り研鑽に努めています。

【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	

<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>

事業所名	有限会社 アルデンパラン
ユニット名	グループホームアミーゴ1F

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、安全面で不安な区過ごせている。 (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、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
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

＜認知症対	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	「ゆっくり」「いっしょに」「楽しみながら」一人一人のその人らしさを大切にした生活支援に努めます。管理者と職員間で理念を共有し支援にあたっている。	社長のポリシーは介護に限らず「本人、ご家族の役に立てる施設になることを心がける」ことであり、ホームの理念は開設時に、法人の社長を交えた幹部職員で作成しました。職員には先ず利用者の話を聞いてあげる、そうすれば利用者は心を開いて下さると話しています。理念の「ゆっくり」「いっしょに」「楽しみながら」を共有し、一人一人のその人らしさを大切にした生活支援に努めています。	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	自治会への加入。町が主催するイベントに参加させてもらっている。ボランティアの方の訪問（フラダンス・大正琴等）をお願いしている。	自治会に加入し、自治会行事（1月の道祖神祭り、地域敬老会の教室等）に参加しています。自治会長、民生委員とは情報交換し、協力体制を心掛けています。道祖神祭りの2日目には各地区から山車が出て、駅に集結するが、すずらん、アミーゴの前に全部（8山）が集まり見せてくれました。地元の夏祭りは今年中止なので、ここで地域の方にも声をかけて行う予定です。町のサロンでは手芸、音楽会などに「すずらん」、アミーゴの利用者が参加しています。	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	運営推進会議を2ヶ月に一度開催し施設の方針を報告し地域の意見、希望を取り入れています。		
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	運営推進会議を2ヶ月に一度開催し施設の方針を報告し地域の意見、希望を取り入れています。	運営推進会議は月に2回、小規模多機能事業所と共催で実施しています。メンバーは自治会長、民生委員、山北町健康福祉課長、地域包括支援センターの方、それに「すずらん」、「アミーゴ」の利用者、ご家族それに各事業所関係者で行っています。事業所の業務報告を行い、意見を頂いています。頂いた意見は業務に反映し、次回の会議では成果を報告しています。毎回議事録を作成して、報告するようにしています。	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に取り組んでいる	包括からの困難事例を受け入れている。市長村担当者、社会福祉協議会、包括支援センターの方の協力必要の時は相談させてもらっている。	広域でしかも自宅への訪問を好まない傾向と、住民の少ない地域ではケアの関係が難しくなるので比較的早めに介護・医療の施設を利用する傾向があり、特養、老健での受け入れが充足出来ない現状では、グループホームの需要も介護・医療の施設の範疇内と考えられる面もあり、重度の方の入所希望が多くあり、山北町、福祉関係者、利用者とその家族と相談して、この町のニーズに出来る限り沿うようにしています。	今後の継続

＜認知症対	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	玄関の施錠は職員の目が届かずやもえず行っているが外に出たい希望があれば対応している。今後カギをしない対応を考えている。	年間職員研修計画で最低2回は身体拘束についての研修を組み、国や県の条例や厚生労働省の「身体拘束ゼロの手引き」を資料にして勉強会を行っています。玄関施錠については施錠をしない工夫(正面事務所に職員常駐)を実施しています。利用者が「さようなら」の言葉に反応することも踏まえ、話し言葉には注意するようにしています。	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	虐待が見過ごされることがないように職員会議で周知している。勉強会を予定する。		
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	足柄上区権利擁護ネットワーク連絡会に参加して事例や専門家のご意見など聞いて学んで施設の持ち帰りたい。成年後見制度を必要とする人、生活保護受給者などの対応を通して学んでいます。		
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	契約書、重要事項説明書、料金、持ち物リストを説明し本人、家族の理解を得ている。思いが異なる時は個別に面談し理解を得ている。		
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	面会時家族に本人の様子を伝えている。家族からの困りごとは随時相談にのっている。	ご家族に来訪時、介護計画作成時、運営推進会議時などに状況を説明し、その折にご家族からの意見を聞いています。「すずアミ通信」も発行し、状況をお知らせしています。各ユニットには計画作成担当者を置き、ユニット毎に意見を聞ける体制も整えています。	今後の継続

＜認知症対	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	月に1回職員全体会議を開催して自由に意見が言える場を作っています。そこで出た意見は議事録として残して職員全体で考えて業務に反映しています。	毎日の打ち合わせや毎月、全体会議を開催して自由に意見が言える場を作っています。そこで出た意見は議事録として残し、職員全体で考えて、業務に反映するようにしています。職員の教育も含めて14の委員会を作り、いずれかの委員会のメンバーになり、各委員会の責任を持つことでスキルアップを図ると共に、個人の意見が反映出来る体制で進めています。個人の面接については年2回話し合う機会を持っています。	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	日頃は管理者を通して職員の勤務状況を聞きながら必要に応じて個別面接も行い個々の意見を聞き取っています。		
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	職場内研修、職場外研修も積極的に参加を勧めています。また定期的な連絡会議で他施設共同の研修会など行っています。働きながらヘルパーの資格を取得する職員も勤務上考慮して2名取得できました。		
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	管理者、ケアマネなどで連絡会を月1回行って情報交換、事例検討、勉強会など行って各施設に持ち帰り周知しています。		
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	開始前に本人と家族に面談し意向を聴く。ご本人の身体の状態を確認する。対応を職員と話あう。		

＜ 認知 症 対	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	家族と面談しお話を聴く。問題が解決できるよう心掛けている。		
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	本人、家族の希望をお聴きした上で必要な支援をアドバイスしている。		
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	出来る日常生活は職員と一緒にやる。掃除、買い物、調理の盛り付けは一緒に行っている。		
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	お互いの意向を聴くよう努める。本人、家族が相談しやすい窓口になるよう努めている。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 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、知人、友人、の面会は定期的にされている。希望があれば外泊もされている。天候をみながら近所を散歩している。	利用者18名のうち、山北町以外の方は2名のみ、しかも隣接の町の人で、ここの風景を見て育った方々で土地勘があり、馴染んだ風景の中で過ごして頂いています。家族、知人、友人の面会は定期的になされており、希望があれば外泊も自由です。町の教室などが盛んで、手芸教室に行っている方もいて、そこで知人と交流したりしています。利用者の要望で、富士山を裾野まで見たいとの話をして、御殿場まで富士山を見にいったこともあります。	今後の継続

< 認知症対	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	日々の生活の中で利用者の表情を確認している。職員が利用者の中に入り声かけを行っている。申し送りでも周知している。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	家族から相談があった時は対応する。現在は無い。		
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。	本人の意向より家族の意向が強いのが現状である。生活するなかで本人の思いがあれば聴いている。	利用者の意見は、職員は勿論、管理者、ケアマネージャーも日頃より利用者から直接聞き、また、普段の様子に変化が見られる際には、速やかにご家族に報告しています。状況的に本人の判断力、自立度が低下している場合には、利用後の本人の意向に沿えるかは、利用後の本人の満足を最優先に考えつつ家族の意向に沿うようにしています。本人の言葉は個人記録に残し、カンファレンスで確認しています。	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	入所時家族に生活歴を聴く。居宅、病院からの入所は担当ケアマネに様子を聴いている。		
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	入所時家族に生活歴を聴く。居宅、病院からの入所は担当ケアマネに様子を聴いている。		

＜ 認知 症 対	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	家族、担当医（往診時、受診時に相談する）職員と話し合い介護計画を作成する。	毎日の記録や定期的モニタリングに沿い、事前にご家族の要望を聞き、取り入れた形で、ケアマネを中心に全員でカンファレンスを行い、現状に即したケアが実践できるような介護計画を作成しています。家族、担当医（往診時、受診時に相談する）職員と情報交換が出来る様に計画しています。介護計画の見直しはスタッフの意見、ご家族の意見を尊重しながら行っています。	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	各職員による記録を確認、日勤者の始終の時間に申し送りで利用者の状況を職員間で共有し気付いた点はその都度、話し合い、見直しをしている。		
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	レクリエーション等は一人一人のニーズに合わせた対応が必要であり具体的方法について検討している所である。家族が面会に来られた時は本人の状態の説明に努めている。本人、家族の要望をできるだけ取り込むようにしている。		
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	地元の祭り、介護予防講座等に参加する。		
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	往診医時職員が立ち会い本人の状態を説明をしている。また医師からの指示を職員に伝達している。受診医と連携をとり体調管理している。	かかりつけ医は地元の内科の開業医の先生が5医院から、各月2回ずつ往診に来ています。往診医が見えた時は職員が立ち会い本人の状態を説明をしています。また、医師からの指示は全職員に伝達しています。往診医と連携を取りながら体調管理をしています。歯科は協力医院があり利用者は通院しています。	今後の継続

＜認知症対	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	医療ケアが必要となった場合は看護師と連携し看護師との相談により必要があれば受診へと繋げている。		
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、退院時様子を見て面会に行っている。病院、家族、病院地域連携室と連携をとっている。		
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	退院時ターミナルと宣告されグループホームでの生活を希望された。医師と相談し訪問訪問看護を入れる。家族、医師、看護師、職員が連携をとり係った。	ご家族やご本人の希望を踏まえながら、かかりつけ医とも密な連携をとり支援しています。ターミナル期に入る前に医師と3者で話し合い、方向性を決めていきます。病院退院時にターミナルと宣告され、グループホームでの生活を希望されたケースでは、医師と相談し、ご家族の協力があること、訪問訪問看護を入れることを話し合い、家族、医師、看護師、職員が連携を取り合いながら関わった実例があります。	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	前年度救急救命法の勉強会をした。今年も実施する。		
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	防災、防火設備自主点検実施を実証している。防災防火訓練を自治会と共同で行う予定。自治会の防災訓練の会場提供を行う予定。	9月1日に田中自治会の防災訓練が前の駐車場を利用して実施される予定で、一部利用者も参加する予定にしています。事業所の山側の高齢者などは、避難場所に直接避難するのが難しいケースもあり、ホームを避難場所の中継場所にする話も出ています。備蓄については関係事業所が「フィオーレ湘南真田」に集まって検討し、3日分の食料、水、ラジオ、懐中電灯などの備蓄出来る様検討しています。防災、防火設備自主点検を実施しています。グループホームの防災訓練を9月に実施する予定です。	今後の継続

< 認知症対	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	入浴、排泄時の声かけには特に自尊心を傷つけないような声かけ方法を工夫している。	ケアされる利用者は人生の先輩であり、様々な経験を経てこられた人生の先輩であることを常に心に置き、尊敬と尊厳の維持をもって対応するよう心がけています。また、接遇の勉強会も定期的開催し、馴れ合いからご利用者の誇りやプライバシーを損ねないように気をつけています。	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	日頃の表情等から本人の気持ちを理解するよう心掛けている。訴えには耳を傾けている。		
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	同じ衣類ばかりを着ないよう本人のこれまでの生活習慣等を尊重するように心掛けている。		
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	家族に相談している。(必要な枚数の衣類を確保している。家族のいない人は職員と一緒に買い物に行きファッションを楽しめるよう工夫している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事アンケートを実施している。食事の好みを把握し必要に応じて食事の内容を変更するなど一人一人対応している。できる利用者さまには食器洗い、食器拭きを手伝って頂く。	外から発注する食事だけでなく「作る楽しみ」を味わって頂くためのお食事レクリエーションを月2～3回実施しています。お団子作り、鉄板焼きなども行い、調理段階から出来る方出来る事をお手伝いして頂いています。行事食、おやつについては、利用者と一緒に買い物に行ったりしています。食事の準備、調理、片付けも行っています。外食では回転寿司へ車で4～5人づつに分けながら出かけ、楽しみを提供しています。	今後の継続

＜ 認知 症 対	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	利用者さまの食事量、水分量をチェックしている。水分摂取の時間を決めて必要量摂って頂くよう配慮している。糖尿病の方は食事前に血糖値を測定している。		
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	毎食後口腔清潔を行っている。口に中の残渣物を確認し必要があれば介助も行っている。		
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	排泄チェック表により排泄間隔を確認している。	本人の排泄状況、排泄パターンを把握するため排泄チェック表に記録を行い、個々の排泄パターンを把握し誘導しています。訴えがない方も出来る限りトイレで排泄できるよう時間を見てトイレ誘導を行っています。トイレの環境整備を行うことで、キッチンと対応すれば失敗をしないで済むようになった例もあります。	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	排泄、水分チェック、表を活用している。最終便を確認し便秘が治まらない時は主治医に相談している。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	目安として曜日を決めているが希望があれば入浴できるよう対応している。毎日入浴を希望する利用者もおり希望に沿う形で行っている。	このグループホームでは最低週2回以上の入浴を行っています。目安として曜日を決めています。希望があれば可能な限り入浴できるよう対応しています。空いている時で、自立で入れる方は自由に入ってもらっています。毎日入浴を希望する利用者も居り、希望に沿っています。重度の方の対応もリフトがあるので1人介助で対応が来ています。但し、リフトは座位が取れることが前提です。	今後の継続

＜ 認知 症 対	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	食事後の本人の状態把握を行い休息が必要と思われる場合は臥床を促すよう心掛けている。		
47		○服薬支援 一人ひとり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	医師の指示に従う。薬の注意書きを確認している。薬が変わった時は記録、申し送りを通じて職員に周知している。飲み忘れのないよう利用者によっては薬を手渡し服用を確認している。往診時受診時医師に体調を報告し指示を仰いでいる。		
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	町のお祭り、催し物に参加する。買い物、食事、季節毎のドライブに出かける。家族と一緒に外出、外泊している。		
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	町のお祭り、催し物に参加する。買い物、食事、季節毎のドライブに出かける。家族と一緒に外出、外泊している。	その日のお天気に応じて事業所周辺の散歩、ドライブ等もこまめに行っており、利用者の活気に繋がっています。訪問で買い物、行事（町のお祭り、催し物等）への参加、希望の外出等色々計画、実行しています。本人から行きたい所などがあれば出かけて、思い出を共有することをしていきます。富士山を裾野まで見たいとの話をして、御殿場まで見に行ったこともあります。	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	出来る利用者は受診、買い物のお金は自分で支払っている。（小遣い程度を所持し自己管理している）		

＜ 認知 症 対	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	毎日家族へ電話したい希望があり電話機（子機）を渡している。手紙も希望があれば郵送している。友人からの手紙が届く利用者もいる。		
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	フローアにソファをおいている。壁に作品を展示し季節感を出している。	共同の玄関ホールは吹き抜けとなった洒落た作りで、そこから各事業所、ユニットの玄関へ繋がり、独立性を保ちつつ連携が持てる構造となっています。共用の空間は明るく、衛生的な雰囲気で作っています。フローアにソファを置いて寛げる空間を設け、清潔、におい、湿度、温度、風通しなどに注意しています。壁には利用者の作品や写真などを掲示していますが、掲示の目的は何か、誰のための掲示かと云った質問を職員に行ない、ケアの考え方の浸透と掲示の効果を教育しています。	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	ソファを置きゆっくり過ごして頂く。丸椅子を利用し必要な空間を作るよう心掛けている。		
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	使い慣れた家具をそのまま持参され自宅と一緒にの雰囲気を味わっていただいている。	居室は利用者が自宅で使い慣れた家具をそのまま持参して頂き、自宅と同じような雰囲気を味わって頂いています。過ごされている環境に近づけられるよう、ご家族と一緒に家具等の配置を行い、職員も希望を考慮し、出来る範囲で対応しています。	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	一人一人がご自分の部屋があり、できる人は部屋を掃除し清潔にしている。洗面台が食卓の近くにあり食事後自力で口腔ケアできるよう配慮している。		

事業所 有限会社アルデパラン

作成日 25年8月21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り組み内容	目標達成に要する期間
2	47	内服薬の目的や副作用が職員の共通理解になっていない。	職員が理解し安全な服用を目指す。	内服情報の管理方法を検討しいつでも新しい情報を確認できるようにする。	3ヶ月

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。

<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>

事業所名	有限会社 アルデンパラン
ユニット名	グループホームアミーゴ2F

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、安全面で不安な区過ごせている。 (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、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
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

＜認知症対	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	「ゆっくり」「いっしょに」「楽しみながら」一人一人のその人らしさを大切に生活支援に努めます。管理者と職員間で理念を共有し支援にあたっている。		
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	自治会への加入。町が主催するイベントに参加させてもらっている。ボランティアの方の訪問（フラダンス・大正琴等）をお願いしている。		
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	運営推進会議を2ヶ月に一度開催し施設の方針を報告し地域の意見、希望を取り入れています。		
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	運営推進会議を2ヶ月に一度開催し施設の方針を報告し地域の意見、希望を取り入れています。		
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に取り組んでいる	包括からの困難事例を受け入れている。市長村担当者、社会福祉協議会、包括支援センターの方の協力必要の時は相談させてもらっている。		

＜認知症対	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	玄関の施錠は職員の目が届かずやもえず行っているが外に出たい希望があれば対応している。今後カギをしない対応を考えている。		
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	虐待が見過ごされることがないように職員会議で周知している。勉強会を予定する。		
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	足柄上区権利擁護ネットワーク連絡会に参加して事例や専門家のご意見など聞いて学んで施設の持ち帰りたい。成年後見制度を必要とする人、生活保護受給者などの対応を通して学んでいます。		
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	契約書、重要事項説明書、料金、持ち物リストを説明し本人、家族の理解を得ている。思いが異なる時は個別に面談し理解を得ている。		
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	面会時家族に本人の様子を伝えている。家族からの困りごとは随時相談にのっている。		

＜認知症対	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	月に1回職員全体会議を開催して自由に意見が言える場を作っています。そこで出た意見は議事録として残して職員全体で考えて業務に反映しています。		
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	日頃は管理者を通して職員の勤務状況を聞きながら必要に応じて個別面接も行い個々の意見を聞き取っています。		
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	職場内研修、職場外研修も積極的に参加を勧めています。また定期的な連絡会議で他施設共同の研修会など行っています。働きながらヘルパーの資格を取得する職員も勤務上考慮して2名取得できました。		
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	管理者、ケアマネなどで連絡会を月1回行って情報交換、事例検討、勉強会など行って各施設に持ち帰り周知しています。		
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	開始前に本人と家族に面談し意向を聴く。ご本人の身体の状態を確認する。対応を職員と話あう。		

<認知症対	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	家族と面談しお話を聴く。問題が解決できるよう心掛けている。		
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	本人、家族の希望をお聴きした上で必要な支援をアドバイスしている。		
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	出来る日常生活は職員と一緒にやる。掃除、買い物、調理の盛り付けは一緒に行っている。		
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	お互いの意向を聴くよう努める。本人、家族が相談しやすい窓口になるよう努めている。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 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、知人、友人、の面会は定期的にされている。希望があれば外泊もされている。天候をみながら近所を散歩している。		

＜認知症対	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	日々の生活の中で利用者の表情を確認している。職員が利用者の中に入り声かけを行っている。申し送りで周知している。		
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	家族から相談があった時は対応する。現在は無い。		
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。	本人の意向より家族の意向が強いのが現状である。生活するなかで本人の思いがあれば聴いている。		
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	入所時家族に生活歴を聴く。居宅、病院からの入所は担当ケアマネに様子を聴いている。		
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	入所時家族に生活歴を聴く。居宅、病院からの入所は担当ケアマネに様子を聴いている。		

＜ 認知 症 対	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	家族、担当医（往診時、受診時に相談する）職員と話し合い介護計画を作成する。		
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	各職員による記録を確認、日勤者の始終の時間に申し送りで利用者の状況を職員間で共有し気付いた点はその都度、話し合い、見直しをしている。		
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	レクリエーション等は一人一人のニーズに合わせた対応が必要であり具体的方法について検討している所である。家族が面会に来られた時は本人の状態の説明に努めている。本人、家族の要望をできるだけ取り込むようにしている。		
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	地元の祭り、介護予防講座等に参加する。		
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	往診医時職員が立ち会い本人の状態を説明をしている。また医師からの指示を職員に伝達している。受診医と連携をとり体調管理している。		

＜ 認知症 対	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	医療ケアが必要となった場合は看護師と連携し看護師との相談により必要があれば受診へと繋げている。		
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、退院時様子を見て面会に行っている。病院、家族、病院地域連携室と連携をとっている。		
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	退院時ターミナルと宣告されグループホームでの生活を希望された。医師と相談し訪問訪問看護を入れる。家族、医師、看護師、職員が連携をとり係った。		
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	前年度救急救命法の勉強会をした。今年も実施する。		
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	防災、防火設備自主点検実施を実証している。防災防火訓練を自治会と共同で行う予定。自治会の防災訓練の会場提供を行う予定。		

＜ 認知 症 対	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	入浴、排泄時の声かけには特に自尊心を傷つけないような声かけ方法を工夫している。		
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	日頃の表情等から本人の気持ちを理解するよう心掛けている。訴えには耳を傾けている。		
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	同じ衣類ばかりを着ないように本人のこれまでの生活習慣等を尊重するように心掛けている。		
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	家族に相談している。(必要な枚数の衣類を確保している。家族のいない人は職員と一緒に買い物に行きファッションを楽しめるよう工夫している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事アンケートを実施している。食事の好みを把握し必要に応じて食事の内容を変更するなど一人一人対応している。できる利用者さまには食器洗い、食器拭きを手伝って頂く。		

＜ 認知症 対	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	利用者さまの食事量、水分量をチェックしている。水分摂取の時間を決めて必要量摂って頂くよう配慮している。糖尿病の方は食事前に血糖値を測定している。		
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	毎食後口腔清潔を行っている。口に中の残渣物を確認し必要があれば介助も行っている。		
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	排泄チェック表により排泄間隔を確認している。		
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	排泄、水分チェック、表を活用している。最終便を確認し便秘が治まらない時は主治医に相談している。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	目安として曜日を決めていたが希望があれば入浴できるよう対応している。毎日入浴を希望する利用者もおり希望に沿う形で行っている。		

<認知症対	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	食事後の本人の状態把握を行い休息が必要と思われる場合は臥床を促すよう心掛けている。		
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	医師の指示に従う。薬の注意書きを確認している。薬が変わった時は記録、申し送りを通じて職員に周知している。飲み忘れのないよう利用者によっては薬を手渡し服用を確認している。往診時受診時医師に体調を報告し指示を仰いでいる。		
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	町のお祭り、催し物に参加する。買い物、食事、季節毎のドライブに出かける。家族と一緒に外出、外泊している。		
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	町のお祭り、催し物に参加する。買い物、食事、季節毎のドライブに出かける。家族と一緒に外出、外泊している。		
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	出来る利用者は受診、買い物のお金は自分で支払っている。(小遣い程度を所持し自己管理している)		

＜ 認知 症 対	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	毎日家族へ電話したい希望があり電話機（子機）を渡している。手紙も希望があれば郵送している。友人からの手紙が届く利用者もいる。		
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	フローアにソファをおいている。壁に作品を展示し季節感を出している。		
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	ソファを置きゆっくり過ごして頂く。丸椅子を利用し必要な空間を作るよう心掛けている。		
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	使い慣れた家具をそのまま持参され自宅と一緒の雰囲気を楽しんでいただいている。		
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	一人一人がご自分の部屋があり、できる人は部屋を掃除し清潔にしている。洗面台が食卓の近くにあり食事後自力で口腔ケアできるよう配慮している。		

事業所 有限会社アルデパラン

作成日 25年8月21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り組み内容	目標達成に要する期間
2	47	内服薬の目的や副作用が職員の共通理解になっていない。	職員が理解し安全な服用を目指す。	内服情報の管理方法を検討しいつでも新しい情報を確認できるようにする。	3ヶ月

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。