

平成27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	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	登録定員	名
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	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27年10月15日	評価結果 市町村受理日	平成28年5月27日

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/pSearch3?Open>

【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志を尊重し、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きます。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成27年12月1日	評価機関 評価決定日	平成28年4月20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)】

J R御殿場線山北駅から徒歩4分のところにあります。街道沿いにあり、広い庭を囲んで併設の小規模多機能事業所とグループホームが入り口で分かれています。駅前では町の雰囲気に溶け込むようにボンネットバスが出迎してくれます。

<優れている点>

①地域のイベント行事やホーム主催の行事等、地域交流が年々盛んになってきています。②職員の定着率がよく、ホーム内には利用者及び職員の明るい会話や雰囲気が流れています。③管理者は利用者が自分の思いを形や行動にできるように、業務目線ではなく、利用者目線でのゆったりした生活の実現を目指しており、利用者ありき、利用者最優先の業務を実践しています。④AED(自動体外式除細動器)が設置してあり、救急対応に備えています。⑤利用者別の介護計画書と目標及び実施内容が、見開きのカードックスに一覧化され、職員がいつでも見れるように配慮しています。

<工夫点>

①食の楽しみが実感出来るように月に3~4回は「手作りの料理」を利用者と一緒に楽しんでいます。②看取りを実施した家族へ、利用者のこれまでのホームの暮らしぶりや楽しい思い出を綴ったアルバムを作成しています。家族には思い出の品として喜ばれています。③2階の吹き抜けコーナーでは、利用者がくつろげるように家具を配置したことで、ホールとは異なる居場所として活用されています。

【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	

事業所名	グループホーム アミーゴ
ユニット名	1ユニット

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
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

自己評価	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近づけている。	「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ます。	法人で掲げた理念に沿ってグループホームの職員で話し合い、独自の理念をつくっています。思うようにケアができないときや、利用者の訴えに応じかねる場合は、一旦、理念に戻ったうえで判断し、職員間で申し送りなどを通して共有しています。	
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。	運営推進会議にて自治会長、民生委員さんより町の季節イベント情報を知らせて頂き行事に参加しています。また施設からも毎月ず・アミーゴ新聞を作り施設の様子をお知らせし参加できる行事は一緒に行っています。	開設から3年が経過し、地元の人との細かな交流の積み重ねが成果として着実に実っています。ホーム主催の夏祭りには、地元の人達100名余りの来訪があり、車いすダンスや夕方の花火などで交流ができています。室生神社大祭やソーラン祭りにも参加しています。	
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。	職員は認知症の勉強会を行っています。また在宅医療医師より研修会を毎年開催しています。運営推進会議にて地域の皆様より何かあった時は相談窓口になって頂いているので安心できますと感謝の言葉を頂いています。		
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状況を報告し行政、地域、家族の意見、希望を取り入れ向上に努めています。	本人や家族、地元の自治会長、行政担当者などの参加を得て2ヶ月に一度開催しています。ここではホームの生活場面の紹介、各参加者との意見交換が行われています。	職員の人材スキル向上のために実施した研修や施策などを紹介することで、育成状況を見てもらい、地域の社会資源としての位置づけ、さらなる透明性の向上が期待されます。
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。	山北包括ケア会議に月1回参加し施設の状況を報告しています。事故報告、苦情があった時は市町村に連絡しています。運営推進会議には参加して頂き協力して頂いています。	日常の生活場面で発生した転倒や誤薬などの事故報告や、行政から報告が義務付けられているものは、その都度報告しています。山北包括支援センターで実施している地域ケア会議で事例検討の発表をし、他事業所にも啓蒙の機会となっています。	

自己評価	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。	年2回職員研修にて身体拘束の勉強会を行っています。入居者の生命又は身体を保護する為の場合を除き身体拘束を行いません。やむを得ず拘束を必要と判断した時は契約者及び家族に理由を説明し、一連の経過を報告します。玄関の施錠は正面受付に職員が不在時行っているが外に出たい希望があれば対応しています。	年間研修計画に従い、年に2回の「身体拘束禁止および虐待防止」に関する研修を実施しています。玄関の扉や園庭への出入り口は日中開錠しています。利用者が出ようとするときは無理に止めることなく、職員と一緒に付き添って出掛けることで利用者の満足を得よう努めています。	
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。	年2回職員研修にて身体拘束勉強会と一緒に高齢者虐待マニュアルを手本に研修会を行っています。介護時の皮膚観察（アザ、皮下出血等）、事故報告を通してカンファレンスを行い原因、対策を話し合い事故防止に努めています。		
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。	研修会が開催される時は職員に周知し参加しています。日常自立支援制度、成年後見制度を利用し協力を得ています。		
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。	本人の状態、家族の意向を聞いたうえで契約書、重要事項説明書、個人情報利用同意書、料金表、持ち物リストを説明し本人が意志決定出来ない場合は家族に了解を得ている。解約、改訂の再はその都度説明をさせていただきます。		
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。	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、家族の意見、希望を取り入れています。	「日用品など家族が持ち込んだ品物を記録したい」という家族の声で、品物をわかりやすくするために、専用の連絡ノートを使うアイデアをもらい実施しています。	

自己評価	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。	地元出身の職員による行事参加への橋渡しなどで、職員の声による地域密着の機会が増えています。職員の働き掛けで、回覧板も回してもらえるようになっていきます。年に1～2回は職員個人面談を実施しています。風通しも良く職員の定着にもつながっています。	
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いています。		
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。毎年受験資格のある職員は介護福祉士、介護支援専門員の試験に挑戦しています。		
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、ケアマネージャで連絡会を月1回行って情報交換、事例検討、勉強会を行って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お聴きする。ご本人の身体の状態を確認します。プランを作成し対応を職員と話し合います。		

自己評価	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。	困りご、心配なこと等、相談がしやすい雰囲気に努めています。		
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職員とカンファレンスを行い対応しています。		
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。	介護する日々の生活状況を観察し寄り添いながら必要な所を支援しています。		
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。	介護職員が日常生活の様子を家族にお伝えし、その上で家族の意向をお聴きし希望に添えるよう対応しています。		
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、知人、友人の面会は定期的にされている。外出、希望があれば外泊もされている。	入居者はこれまで使っていた家具や椅子などを持ってくることで、各個室が愛着のある思い出の空間になっています。地元の職員が多く、利用者にとって身近な近所の話や散歩などで、普段の生活環境が馴染みの場になってきています。	

自己評価	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。	日常生活の中で利用者の表情を変化を観察しています。職員が利用者の中に入り声かけ、見守りを行っています。記録し申し送りで周知しています。		
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します。現在はありません。		

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。生活する中で本人の意向を大切に家族に伝えています。	日常のコミュニケーションの中で、気づきを申し送りやカンファレンスで共有しています。入居後、年月の経過で、利用者の日常生活動作や会話の進行などレベルの低下は進んでいますが、表現できる能力を観察して思いを汲みとるようにしています。	
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。	居宅、病院からの入所は担当ケアマネジャー、ソーシャルワーカーから様子を聴いています。自宅、病院に訪問しています。家族に若い時の写真をお願いしています。		
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。	入所時家族に1日の流れ、心身状態、生活歴を聞いて現状把握に努めています。		

自己評価	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。	本人、家族の意向を聴きプランを作成しています。心身の状況の変化、入退院があった時はカンファレンスを開きプランの見直し、評価を行っています。家族に介護計画を説明し了解を得ています。	申し送りやカンファレンスで共有した情報を介護計画に反映し、3～6カ月に一度の見直しを行っています。フロアには各利用者の介護計画の目標と実施内容がカードデックスに一覧化され、職員は身近にいつでも見れるようになっていきます。	
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。	申し送りで利用者の状況を職員間で共有し気が付いた事はその都度カンファレンスを行い対応を見直ししています。連絡ノートに記録しています。		
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。	レクリエーション等は個別の対応は必要であるが全員で行っている事が多い。ボランティアの協力を得ながら一人一人のニーズに合った趣味活動を行っていきたく考えています。		
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。	施設は在宅と違い利用する事が少ない。地域のイベントには参加させて頂いています。		
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。	往診時看護師、ケアマネジャー、介護職員が立ち合い本人の状況を説明しています。医師からの指示を職員に周知し家族面会時は様子を伝えている。往診医と連携をとり体調管理しています。	入居前からのかかりつけ医(6名)がそれぞれ往診に来ています。月2回ホールの協力医の往診もあります。眼科などの通院は家族又は職員が同行しています。既往歴などを書いた傷病者情報カードを個々に用意し、緊急時に備えています。	

自己評価	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。	看護師と連携をとり利用者の体調管理を行っています。往診時看護師と一緒に立ち合い日々の様子を医師に伝え職員に周知しています。		
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、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。	地域連携室や家族を通しての情報収集など常に連絡をとっている。地域連携室を通して面会に行き状態を聴いています。		
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。	医師、看護師、職員と連携しターミナルを4件受け入れた。	ホームとしてできることを契約時に説明しています。看取りの希望があった時は、早い段階から家族・医師・看護師・職員で十分話し合い、方針を共有しています。今までに数件の看取りを行っています。研修や職員同士で話し合いながら支援に取り組んでいます。	
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。	毎年心配蘇生法の勉強会を行っています。AEDの使い方を学び緊急時に対応できるようにしています。		
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。	年2回防災訓練は消防署の指導のもと行っています。火災報知器の点検も同時に行っています。今年は地域防災訓練の会場提供をしました。	今年度の火災避難訓練はまだ1回ですが、本年度中に行う予定です。利用者・職員・地域住民・消防署員が参加し、避難、誘導、搬送を体験しています。今後、地域の防災の拠点となるよう自治会との協力体制を築きつつあります。	

自己評価	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、排泄時の声掛けには特に自尊心を傷つけないような声掛け方法を工夫しています。	自分がいやな事は利用者もいやだとの考えから、人格を尊重する支援を心掛けています。大きな声で言わないなど、自尊心を傷つけないよう声掛けに配慮しています。入社時にプライバシーに関する研修を受け、気になる事は職員同士で注意し合っています。	
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に心掛けています。訴えには耳を傾けています。		
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、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。	本人のこれまでの生活習慣を尊重するように心掛けています。		
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。	季節感、身だしなみを意識し対応しています。月1回家族の了解を得てカット訪問を利用し身だしなみを整えています。		
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。	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に対応している。できる利用者さまには食器拭きを手伝って頂いています。	日常の食事は配食サービスを利用しています。給食委員会を設け、月3～4回手作りの食事を楽しんでいます。敬老会・クリスマス会など季節毎のイベント食の際は利用者の食欲を高める工夫をしています。本人の希望で外食へ出掛けることもあります。	

自己評価	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。	食事量、水分量をチェック表に毎食記録し体調管理しています。咀嚼、飲み込の悪い方は調理を工夫しています。		
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。	毎食後口腔ケアを行っています。自分で出来る方は声かけ見守りし出来ない方はケアを行い残渣物を確認し清潔保持を行っています。		
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。	歩行を介助しながらトイレ誘導を心掛けています。失敗の少ない利用者様は紙パンツから布パンツに変更しました。排泄チェック表を使用し本人の状況、パターンを把握し尿意のない利用者にもトイレ誘導し排泄を支援しています。	利用者の排泄パターンを把握するため、排泄チェック表を使用しています。残存能力を生かして、自力または歩行を介助しながら、トイレへ誘導しています。利用者のプライドを傷つけないよう、声掛けには特に気をつけています。	
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。	排泄表で最終便を確認します。水分チェック表で摂取量を確認します。摂取量が少ない時は牛乳、好きな飲料水等で工夫しています。レクリエーション等で体操を行っています。		
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むように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている。	週2回入浴行っています。個人浴になっているのでゆっくりできるよう対応しています。	週2回以上の入浴を心掛けています。リフト浴の利用者は同じ建物内にある小規模多機能型居宅介護施設を利用し、安全に配慮しながら複数人で対応しています。入浴をいやがる利用者には、話を聞き、思いを汲み取るよう努めています。	

自己評価	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。	食後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。	薬の処方箋を確認しています。薬が変わった時は記録、申し送りを行い職員に周知し内容を把握しています。様子観察し症状の変化を医師に伝えています。		
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。	好きな絵を書いて頂きフロアに展示し利用者様に楽しんで頂いています。本人の生き甲斐になっています。出来そうな仕事をお願いし感謝の言葉を伝えるようにしています。町のお祭り、イベントに参加する。買い物、食事、季節毎のドライブに出かけ気分転換を図っています。		
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。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、イベントに参加する。買い物、食事、季節毎のドライブに出かけ気分転換を図っています。家族の協力を得て一緒に外出、外泊されています。	天気の良い日は散歩へ出掛けたり、ホームの庭で体操やレクリエーションを楽しんでいます。月1回花見や紅葉狩りなど季節を感じられるよう外出しています。地域の祭りやイベントにも積極的に出掛け、ホーム主催の夏祭りには多くの地域住民の参加を得ています。	
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。	施設内ではお金を使用する事は出来ない為利用者様は所持していない。但し日常生活品は外出できる利用者は職員と一緒に買い物に出かけて気分転換を図っている。自己管理出来ない為職員が付き添い支払をしている。		

自己評価	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。	時折帰宅願望がみられる利用者様は職員が電話をし家族の声を聴いて安心して頂くよう支援しています。		
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。	室内は毎日掃除し清潔保持しています。季節により湿度、温度、換気に配慮しています。利用者と一緒に完成した作品を展示し季節感を味わって頂いています。	リビングや廊下は広く、ゆったりとしています。リビングの一角には畳のスペースがあり、利用者が洗濯物を畳んだり、横になる場所となっています。屋上に物干し場があり、利用者は職員と一緒に洗濯干しの手伝いをしたり、山を見て気分転換や日光浴を楽しんでいます。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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。	疲れた時はソファでうとうと昼寝をされたり、居室で休まれるたり希望を聞きながら対応しています。好きな絵を自席で書かれ楽しんでいる方もいます。季節毎に作品を展示し季節感を味わって頂き喜ばれています。		
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。	使い慣れた家具をそのまま持参され自宅と一緒に雰囲気味わって頂いています。	クローゼット・エアコン・カーテンが備え付けてあります。利用者は使い慣れた物を持ち込み、ベッド嫌う利用者は布団を使用して、安心して過ごせるよう配慮しています。会話の糸口作りに、利用者の若い頃の写真を持ってきてもらう工夫をしています。	
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。	居室からトイレ、浴室、食堂と廊下に手すりが設置され職員と一緒に歩行できるように配慮されている。リハビリ効果が出てきている。屋上に物干し場所を設置し職員と一緒に手伝えるよう工夫しています。		

事業所名	グループホーム アミーゴ
ユニット名	2ユニット

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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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

自己評価	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近づけている。	「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ます。		
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人として日常的に交流している。	運営推進会議にて自治会長、民生委員さんより町の季節イベント情報を知らせて頂き行事に参加しています。また施設からも毎月すず・アミーゴ新聞を作り施設の様子をお知らせし参加できる行事は一緒に行っています。		
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。	職員は認知症の勉強会を行っています。また在宅医療医師より研修会を毎年開催しています。運営推進会議にて地域の皆様より何かあった時は相談窓口になって頂いているので安心できますと感謝の言葉を頂いています。		
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状況を報告し行政、地域、家族の意見、希望を取り入れ向上に努めています。		
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取り組んでいる。	山北包括ケア会議に月1回参加し施設の状況を報告しています。事故報告、苦情があった時は市町村に連絡しています。運営推進会議には参加して頂き協力して頂いています。		

自己評価	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。	年2回職員研修にて身体拘束の勉強会を行っています。入居者の生命又は身体を保護する為の場合を除き身体拘束を行いません。やむを得ず拘束を必要と判断した時は契約者及び家族に理由を説明し、一連の経過を報告します。玄関の施錠は正面受付に職員が不在時行っているが外に出たい希望があれば対応しています。		
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。	年2回職員研修にて身体拘束勉強会と一緒に高齢者虐待マニュアルを手本に研修会を行っています。介護時の皮膚観察（アザ、皮下出血等）、事故報告を通してカンフレンスを行い原因、対策を話し合い事故防止に努めています。		
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。	研修会が開催される時は職員に周知し参加しています。日常自立支援制度、成年後見制度を利用し協力を得ています。		
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。	本人の状態、家族の意向を聞いたうえで契約書、重要事項説明書、個人情報利用同意書、料金表、持ち物リストを説明し本人が意志決定出来ない場合は家族に了解を得ている。解約、改訂の再はその都度説明をさせていただきます。		
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。	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、家族の意見、希望を取り入れています。		

自己評価	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いています。		
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。毎年受験資格のある職員は介護福祉士、介護支援専門員の試験に挑戦しています。		
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、ケアマネージャで連絡会を月1回行って情報交換、事例検討、勉強会を行って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お聴きする。ご本人の身体の状況を確認します。プランを作成し対応を職員と話し合います。		

自己評価	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。	困りご、心配なこと等、相談がしやすい雰囲気になら努めています。		
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職員とカンファレンスを行い対応しています。		
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。	介護する日々の生活状況を観察し寄り添いながら必要な所を支援しています。		
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。	介護職員が日常生活の様子を家族にお伝えし、その上で家族の意向をお聴きし希望に添えるよう対応しています。		
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、知人、友人の面会は定期的に行われている。外出、希望があれば外泊もされている。		

自己評価	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。	日常生活の中で利用者の表情を変化を観察しています。職員が利用者の中に入り声かけ、見守りを行っています。記録し申し送りで周知しています。		
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します。現在はありません。		
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。生活する中で本人の意向を大切に家族に伝えていきます。		
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。	居宅、病院からの入所は担当ケアマネジャー、ソーシャルワーカーから様子を聴いています。自宅、病院に訪問しています。家族に若い時の写真をお願いしています。		
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。	入所時家族に1日の流れ、心身状態、生活歴を聞いて現状把握に努めています。		

自己評価	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。	本人、家族の意向を聴きプランを作成しています。心身の状況の変化、入退院があった時はカンファレンスを開きプランの見直し、評価を行っています。家族に介護計画を説明し了解を得ています。		
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。	申し送りで利用者の状況を職員間で共有し気が付いた事はその都度カンファレンスを行い対応を見直ししています。連絡ノートに記録しています。		
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。	レクリエーション等は個別の対応は必要であるが全員で行っている事が多い。ボランティアの協力を得ながら一人一人のニーズに合った趣味活動を行っていきたく考えています。		
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。	施設は在宅と違い利用する事が少ない。地域のイベントには参加させて頂いています。		
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。	往診時看護師、ケアマネジャー、介護職員が立ち合い本人の状況を説明しています。医師からの指示を職員に周知し家族面会時は様子を伝えている。往診医と連携をとり体調管理しています。		

自己評価	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。	看護師と連携をとり利用者の体調管理を行っています。往診時看護師と一緒に立ち合い日々の様子を医師に伝え職員に周知しています。		
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、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。	地域連携室や家族を通しての情報収集など常に連絡をとっている。地域連携室を通して面会に行き状態を聴いています。		
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。	医師、看護師、職員と連携しターミナルを4件受け入れた。		
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。	毎年心配蘇生法の勉強会を行っています。AEDの使い方を学び緊急時に対応できるようにしています。		
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。	年2回防災訓練は消防署の指導のもと行っています。火災報知器の点検も同時に行っています。今年度は地域防災訓練の会場提供をしました。		

自己評価	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、排泄時の声掛けには特に自尊心を傷つけないような声掛け方法を工夫しています。		
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に心掛けています。訴えには耳を傾けています。		
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、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。	本人のこれまでの生活習慣を尊重するように心掛けています。		
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。	季節感、身だしなみを意識し対応しています。月1回家族の了解を得てカット訪問を利用し身だしなみを整えています。		
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。	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に対応している。できる利用者さまには食器拭きを手伝って頂いています。		

自己評価	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。	食事量、水分量をチェック表に毎食記録し体調管理しています。咀嚼、飲み込の悪い方は調理を工夫しています。		
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。	毎食後口腔ケアを行っています。自分で出来る方は声かけ見守りし出来ない方はケアを行い残渣物を確認し清潔保持を行っています。		
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。	歩行を介助しながらトイレ誘導を心掛けています。失敗の少ない利用者様は紙パンツから布パンツに変更しました。排泄チェック表を使用し本人の状況、パターンを把握し尿意のない利用者にもトイレ誘導し排泄を支援しています。		
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。	排泄表で最終便を確認します。水分チェック表で摂取量を確認します。摂取量が少ない時は牛乳、好きな飲料水等で工夫しています。レクリエーション等で体操を行っています。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。	週2回入浴を行っています。個人浴になっているのでゆっくりできるよう対応しています。		

自己評価	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。	食後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。	薬の処方箋を確認しています。薬が変わった時は記録、申し送りを行い職員に周知し内容を把握しています。様子観察し症状の変化を医師に伝えています。		
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。	好きな絵を書いて頂きフロアに展示し利用者様に楽しんで頂いています。本人の生き甲斐になっています。出来そうな仕事をお願いし感謝の言葉を伝えるようにしています。町のお祭り、イベントに参加する。買い物、食事、季節毎のドライブに出かけ気分転換を図っています。		
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。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、イベントに参加する。買い物、食事、季節毎のドライブに出かけ気分転換を図っています。家族の協力を得て一緒に外出、外泊されています。		
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。	施設内ではお金を使用する事は出来ない為利用者様は所持していない。但し日常生活品は外出できる利用者は職員と一緒に買い物に出かけて気分転換を図っている。自己管理出来ない為職員が付き添い支払をしている。		

自己評価	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。	時折帰宅願望がみられる利用者様は職員が電話をし家族の声を聴いて安心して頂くよう支援しています。		
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。	室内は毎日掃除し清潔保持しています。季節により湿度、温度、換気に配慮しています。利用者と一緒に完成した作品を展示し季節感を味わって頂いています。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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。	疲れた時はソファでうとうと昼寝をされたり、居室で休まれるたり希望を聞きながら対応しています。好きな絵を自席で書かれ楽しまれている方もいます。季節毎に作品を展示し季節感を味わって頂き喜ばれています。		
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雰囲気を味わって頂いています。		
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。	居室からトイレ、浴室、食堂と廊下に手すりが設置され職員と一緒に歩行できるように配慮されている。リハビリ効果が出てきている。屋上に物干し場を設置し職員と一緒に手伝えるよう工夫しています。		

平成27年度

目標達成計画

事業所名 グループホームアミーゴ

作成日： 平成28年5月13日

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	38	利用者との係りが少ない。	一人一人のペースを大切にし本人の希望の添えるように対応する。	ご本人思いを大切にし訴えには耳を傾け係る時間を多くする。家族からこれまでの生活習慣を聴き思いに添えるよう対応する。	6ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月