

平成26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26年10月28日	評価結果 市町村受理日	平成27年4月20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 <http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wp/IDetails.aspx?IGNO=ST1491400071&SVCD=320&THN0=14364>

### 【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26年12月2日	評価機関 評価決定日	平成27年1月31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)】

事業所は、JR御殿場線山北駅から昭和レトロの建物が立ち並ぶ商店街を歩いて徒歩3分のところにあります。街道沿いに南向きに立つ2階建ての建物で、外装の煉瓦柄が特徴です。

<優れている点>

地域密着型の事業としての透明性を指し示す運営推進会議を、自治会会長や民生委員、他の参加を得て2か月に一回開催しています。職員同士の繋がりが良く、現場の職員自ら職員会議を立ち上げるなど、高いモチベーションが維持されています。さらに管理者との風通しもよく、管理者の指導が職員に評価されています。また、終末期の看取り対応を数例経験し、経験した職員からは、看送りのできたことは厳かなことであり、「介護職として本当によかった」との感想も聞かれています。職員の個人面談を年に2回実施し、職員の思いや意見を伝える機会が確保されています。

<工夫点>

各業務を職員が円滑に進めることを狙い、8つの委員会活動を実施しています。複数の委員会に参加している職員もおり、委員会を通して全体像をつかむ工夫をしています。個室を畳仕様に模様替えしている部屋もあり、利用者の希望に沿って過ごしやすくなるよう工夫をしています。カードインデックスが使用され、介護計画とケース記録が見開きになり、モニタリング内容が容易にチェックできるよう工夫をしています。

### 【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
	<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
	2, 家族の2/3くらいと
	<input type="radio"/> 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
	2, 家族等の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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。	利用者の生活の視点、意思の尊重、地域との結びつきを大切にすることを基本方針とした理念を、居間の壁面の見やすい場所に掲げています。日常の暮らしにおいて、職員の都合ではなく、利用者の思いに沿った支援が実施されています。	
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。	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。ボランティアの訪問をお願いしています。	地域の道祖神の祭りに参加して利用者と一緒に作った団子を竹串にさして焼いたり、桜の花の咲くころ、ソーラン節を踊る祭りが商店街に繰り出すのを見物しています。また、産業祭や車いすダンスの発表会に行って地域交流を深めています。	
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。	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。	/	/
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、家族の意見、希望を取り入れています。	自治会長、民生委員、利用者家族、行政担当者などの参加を得て、年に6回開催しています。利用状況、参加活動の他、行政連絡を行い、家族や地域包括支援センターとの意見交換を行っています。	
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回参加し市町村担当者、事業所担当者、社会福祉協議会、包括支援センター担当者と困難事例を話あっています。包括からの困難事例を受け入れ入所時の経過も連絡しています。協力が必要時は相談させてもらっています。	行政や地域包括支援センターから、緊急避難的な困難事例などの介入相談があり、一緒に対応しています。この他、運営推進会議に行政が欠席だった場合は、議事録を届け状況報告をしています。	

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
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に行っているが外に出たい希望があれば対応している。	身体拘束廃止宣言をしています。病院から移って来た利用者の家族から、身体拘束となっても止むを得ないと言われた場合でも、グループホームとしては身体拘束をしない方針であることを説明しています。	
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。	虐待が見過ごさる事がないよう職員鍵で周知しています。		
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。	身元引受人がいない利用者は市町村担当者、包括支援担当の協力を得て成年後見人をつけました。生保保護利用者を受け入れているが保護者の協力を得られず成年後見人を行政と検討しています。グループホーム連絡会研修に参加し権利擁護に関する勉強をしています。		
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。	パンフレット、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、家族に理解を得ている。施設を案内し雰囲気を見て頂いている。思いが異なる時は日を改めて面談し理解を得ています。		
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。	入居時には、家族のおかれた環境や希望を最優先に考え、介護度の高い重度の人も受け入れています。また、終末期の対応について、家族の意見や希望に応える形で看取りを実施しています。	

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。	2ヶ月に1回全体会議を開催し、職員が意見を述べる場を設けています。さらに、リーダーを中心に、現場職員のみで構成する会議を自発的に開き、職員自ら意見を出し、業務に反映していく場となっています。	
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。また定期的なグループホーム連絡研修に参加し勉強をしています。今年ケアマネージャー試験に2名受験した。来年介護福祉士試験に数名受験する予定です。		
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。		
<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 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。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。	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必要な支援をアドバイスしています。		
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。	できる日常生活（掃除、買い物、調理の盛り付け）レベル低下し職員と一緒に出来る利用者が少なくなってきた。レクリエーション等、介護する中でコミュニケーションをとっています。		
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。	レベル低下し本人は思いを伝える事が出来ない。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。	毎日面会に来る家族や週に1度の来所の家族も、受診を兼ねて一緒に馴染みの場所に外出する機会になっています。また、自宅に帰った際、かつて使用していた農業用の釜やくわなど、小屋に置いてあるを見る事で、目が輝く姿に触れることができます。	

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。		
<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 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思いがあれば聴いています。	昨年のクリスマスに、利用者各自の写真をアルバムに貼ってもらいプレゼントしています。その事で、暮らしぶりの写真を見た家族から、かつての若い頃の思い出の写真を持参し、「ここでの写真は宝物です」とうれしい言葉と共に思いを把握する機会となっています。	
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。	入所時家族に生活歴を聴いています。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。		
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いています。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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	家族、入所前のケアマネージャー、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表を作成します。入所後モニタリングを行いサービス計画表を作成し利用者に添った介護を行っていきます。	医療現場でよく使われているカードインデックス（A3版サイズ）がホールの机の上に置かれ、介護計画とケース記録が見開きでわかるようになっていきます。常に介護計画を目にしながらの対応が可能となっています。	全職員が、介護計画への参加意識を高めるため、利用者の思いを観察し、記録シートに記入して共有することを日々の支援メニューとして実施し、モニタリングしていくことも期待されます。
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。	各職員による記録を確認する。日勤者、夜勤者の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。		
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と考えています。		
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。	地域のイベントに参加させて頂いています。夏祭りは招待したり参加させて頂き交流を図りました。		
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。	往診時施設看護師、ケアマネージャ、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ます。往診医と連携をとり体調管理しています。	利用者はこれまでのかかりつけ医を継続し、それぞれの医師が往診に来ています。眼科などに診察に行く場合は、家族が同行しますが、場合によっては職員が対応しています。看護師は週に4日勤務し、利用者の健康状態の把握をしています。	

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。	施設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。	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絡をとっている。		
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言されグループホームでの生活を希望された。医師と相談し訪問看護を入れた。家族、医師、看護師、職員が連携をとり係りました。	入居時に、利用者が重度化した場合の対応について管理者が家族の意見を聞いています。いままでに家族の協力のもと、医療連携と共に看取った例があり、看護師を中心にエンゼルケアを実施しています。	
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。	防災、防災設備自主点検実施を実証している。防災訓練を自治会と共同で行いました。防災訓練の会場提供をしました。	年に2回、消防署員立ち合いで避難訓練を実施しています。地域の避難場所は線路を隔てたところにあり、グループホームアミーゴを一時避難場所にしてはどうかと、自治会に申し出ています。訓練時に自治会から4名の方が見学に来ています。	避難訓練は日中および夜間を想定して実施しています。今後、地震を想定しての訓練も期待されます。また、備蓄として、水や米は3日分備えています。防災用品や備品などを揃えおくことも期待されます。

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
<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。	視力や聴力が不自由で認知症であっても、職員はしっかり見られているということを意識し、人格を尊重して支援をしています。個室のドアは室内が丸見えにならないよう配慮しています。個人情報に関する書類は、事務所の戸棚に施錠、保管しています。	
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。	同じ衣類を着ない用ように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。	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洗い、食器拭きを手伝って頂いています。	食事は業者から食材（湯煎対応）を配達してもらったり、職員が買い出しに行ったりして手作りするなど、いろいろ提供しています。ご飯と味噌汁はグループホームで作っています。外食時は事前に確認し、ミキサー食用に、すり鉢持参で行くこともあります。	

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。	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に配慮している。検査で不足している食品は調理を工夫しました。摂取表を作成し食べて頂けるよう努力しました。糖尿病の方は食事前に血糖値を測定しています。		
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る。口の中に残渣物を確認し必要があれば介助も行っていきます。		
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。	排泄チェック表により排泄間隔を確認しています。	自力でトイレに行く人がほとんどです。病院ではオムツ、管挿入の利用者も、立位がとれればリハビリパンツにしています。尿意のない人は、トイレ誘導をこまめにし、夜間のみオムツにしています。パッド取り替え時にはホットタオルを使っています。	
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、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。	目安として曜日を定めているが希望があれば入浴できるよう対応している。	利用者は、週に2回入浴しています。併設の小規模多機能事業所のリフト浴に3人態勢で対応する事もあります。感染症の有無にかかわらず、タオルや足ふきマットはその都度交換しています。脱衣所は、エアコンや床暖房があり浴室は乾燥設備があります。	

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
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。	医師に指示に従う。薬の処方箋を確認しています。薬が変わった時は記録、申し送りを通じて職員を周知している。飲み忘れがないよう利用者のよっては薬を手渡し服用を確認しています。往診時、受診時医師に体調を報告し指示を仰いでいます。		
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。	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ています。家族と一緒に外出、外泊されています。		
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ています。家族と一緒に外出、外泊されています。	利用者は、天気の良い日の朝は外で体操をしています。車いす利用者も一緒にドライブに行ったり、近くにおやつを買いに行くこともあります。桜やあじさい、菊菊など季節の花を見たり、梅見物は大きな楽しみとなっています。花植えも外気浴の機会ととらえています。	
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。	できる利用者は職員と一緒に買い物に行っています。簡単な買い物は本人が支払を行っています。（雑誌等）		

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。	家族から電話はあるが本人自ら希望される事はありません。時折帰宅願望がみられる利用者さまは職員が電話をし家族の声を聴いて頂いています。		
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。	フロアにソファを置いています。壁に作品を展示し季節感を味わって頂いています。音楽を流し寛いで頂いています。	リビング兼食堂は床暖房の設備があり、温かい空間です。小上がりの和室があり、利用者が、昼寝をしたり洗濯物たたみをする場所になっています。小規模多機能事業所とグループホームが共同で使えるロビーは、気分転換ができる場にもなっています。	
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。	ソファ置きゆっくり過ごして頂く。和室を利用しアルバム、好きな雑誌を見られています。		
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。	居室には、収納クローゼットとエアコン、24時間換気、ナースコールの設備があります。ベッドやタンス、仏壇、テレビ、写真などが持ち込まれ、安住の場になっています。和室を好む利用者は、畳を敷いて布団で寝るなど希望に沿った居室になっています。	
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。	一人一人がご自分の部屋があり寛げるように対応しております。洗面台が食卓の近くにあり食事後口腔ケアが自力で出来るよう配慮しています。		

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
	2, 家族の2/3くらいと
	<input type="radio"/> 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
	2, 家族等の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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。	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。ボランティアの訪問をお願いしています。		
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。	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。		
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、家族の意見、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取り組んでいる。	山北包括ケア会議に月1回参加し市町村担当者、事業所担当者、社会福祉協議会、包括支援センター担当者と困難事例を話あっています。包括からの困難事例を受け入れ入所時の経過も連絡しています。協力が必要時は相談させてもらっています。		

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。	玄関の施錠は職員の目が届かずやもえずに行っているが外に出たい希望があれば対応している。		
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。	虐待が見過ごさる事がないよう職員鍵で周知しています。		
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。	身元引受人がいない利用者は市町村担当者、包括支援担当の協力を得て成年後見人をつけました。生保保護利用者を受け入れているが保護者の協力を得られず成年後見人を行政と検討しています。グループホーム連絡会研修に参加し権利擁護に関する勉強をしています。		
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。	パンフレット、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、家族に理解を得ている。施設を案内し雰囲気を見て頂いている。思いが異なる時は日を改めて面談し理解を得ています。		
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。また定期的なグループホーム連絡研修に参加し勉強をしています。今年はケアマネージャー試験に2名受験した。来年介護福祉士試験に数名受験する予定です。		
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。		
<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 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。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。	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必要な支援をアドバイスしています。		
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。	できる日常生活（掃除、買い物、調理の盛り付け）レベル低下し職員と一緒に出来る利用者が少なくなってきた。レクリエーション等、介護する中でコミュニケーションをとっています。		
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。	レベル低下し本人は思いを伝える事が出来ない。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。		

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します。現在はありません。		
<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 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思いがあれば聴いています。		
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。	入所時家族に生活歴を聴いています。居宅、病院からの入所は担当ケアマネージャー、ソーシャルワーカーから様子を聴いています。		
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。	入所時家族に生活歴を聴いています。居宅、病院からの入所は担当ケアマネージャー、ソーシャルワーカーから様子を聴いています。		

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
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	家族、入所前のケアマネージャー、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表を作成します。入所後モニタリングを行いサービス計画表を作成し利用者に添った介護を行っていきます。		
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。	各職員による記録を確認する。日勤者、夜勤者の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。		
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と考えています。		
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。	地域のイベントに参加させて頂いています。夏祭りは招待したり参加させて頂き交流を図りました。		
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。	往診時施設看護師、ケアマネージャ、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。	施設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。	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絡をとっている。		
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、事業所の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言されグループホームでの生活を希望された。医師と相談し訪問看護を入れた。家族、医師、看護師、職員が連携をとり係りました。		
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。	防災、防災設備自主点検実施を実証している。防災訓練を自治会と共同で行いました。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
<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。	同じ衣類を着ない用ように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。	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洗い、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。	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に配慮している。検査で不足している食品は調理を工夫しました。摂取表を作成し食べて頂けるよう努力しました。糖尿病の方は食事前に血糖値を測定しています。		
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る。口の中に残渣物を確認し必要があれば介助も行っていきます。		
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。	排泄チェック表により排泄間隔を確認しています。		
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、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。	目安として曜日を定めているが希望があれば入浴できるよう対応している。		

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
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。	医師に指示に従う。薬の処方箋を確認しています。薬が変わった時は記録、申し送りを通じて職員を周知している。飲み忘れがないよう利用者のよっては薬を手渡し服用を確認しています。往診時、受診時医師に体調を報告し指示を仰いでいます。		
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。	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ています。家族と一緒に外出、外泊されています。		
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ています。家族と一緒に外出、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。	できる利用者は職員と一緒に買い物に行っています。簡単な買い物は本人が支払を行っています。（雑誌等）		

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。	家族から電話はあるが本人自ら希望される事はありません。時折帰宅願望がみられる利用者さまは職員が電話をし家族の声を聴いて頂いています。		
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。	フロアーにソファを置いています。壁に作品を展示し季節感を味わって頂いています。音楽を流し寛いで頂いています。		
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。	ソファ置きゆっくり過ごして頂く。和室を利用しアルバム、好きな雑誌を見られています。		
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。		
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寛げるように対応しております。洗面台が食卓の近くにあり食事後口腔ケアが自力で出来るよう配慮しています。		

平成26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 27 年 3 月 10 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	48	○利用者一人一人にあったレクリエーションが行われていない。 充実した毎日を過ごす事ができる。	・楽しんでレクリエーションに参加することができる。 ・好きなことに参加し笑顔が見られるようになる。	個人にあったレクリエーションを考えていく。 ボランティア（物づくり、書道、お花、お話しをする）曜日を決めて来て頂く。	6ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月