

2019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 <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	令和1年11月7日	評価結果 市町村受理日	令和2年5月1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/kaigonavi/>

【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)】

入居者の生命または身体を保護するを除き身体拘束は行っていません。ご家族の希望があれば医療と連携し看取りを行っています。運営推進会議を2ヶ月に一度開催し家族、行政、地域と交流を図っています。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鵜沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和1年12月17日	評価機関 評価決定日	令和2年3月17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」駅より徒歩約3分、商店街を抜けた街道沿いにある2階建ての建物です。1階に小規模多機能型居宅介護事業所が併設されており、1階、2階がグループホームで、開設して8年目になります。法人は、神奈川県西部を中心に静岡県沼津市に介護サービス事業を展開運営する有限会社です。

<優れている点>

地域との関わりの強い事業所です。運営推進会議には、山北町保険健康課、地域包括支援センター職員、自治会々長、民生委員が参加して地域の情報交換などを行っています。中学校の職場体験を受け入れたり、近隣のこども園からの来訪もあります。災害時一時避難場所の指定を受け、地域の防災拠点となっており、自治会の防災訓練には会場として提供しています。駐車場での事業所イベントには、通りがかった地域の人たちも立ち寄っています。利用者が入居前に通っていた医師が入居後も引き続き往診医となり、継続して医療が受けられています。職員は、往診医に利用者の状況を頻りにメールで伝えています。

<工夫点>

小規模多機能型居宅介護事業所と合同である特徴を活用し、コーラスなどのイベントを共同で開催して利用者同士の交流を図っています。また、小規模多機能型居宅介護事業所のリフト浴を利用して、介護度の高い利用者の入浴ができています。

【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階

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つなげている。	利用者に寄り添い楽しみの提供や安心した生活を送れるように支援しています。残存能力を活かした生活の環境では身体機能が低下し十分な能力を活かせない時もあります。	理念をリビングに掲示しています。ミーティングや会議などで職員に対し、理念の振り返りをする事もあります。管理者は今後、改訂を考えています。	日々のサービス提供の場において理念が意識され、職員の判断基準となっていくことが期待されます。
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。	2ヶ月に一度運営推進会議を開催。自治会長、民生委員の方に参加して頂き地域の様子を伺っています。町の季節イベントに参加しています。防災訓練にも参加して頂き交流を図っています。アミーゴ新聞を作り施設の様子をお知らせしています。参加できる行事は一緒に行っています。	自治会に加入し、夏祭りやどんど焼きなどに参加しています。道祖神祭りで山車がコースを変え、事業所の前を通るようになっていきます。山北町の一時避難所に指定され、自治会の防災訓練の放水訓練などを事業所の駐車場で行っています。中学生の職業体験やこども園の園児が来訪しています。	
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。	病院、地域包括センターの困難事例を訪問、相談し入所を受け入れています。		
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。	2ヶ月に一度開催し施設の状況を報告しています。行政、地域、ご家族の意見、希望を取り入れ向上に努めています。自治会長より地域行事に毎年参加のお誘いを受け参加させて頂いています。	2ヶ月に1度、自治会々長や民生委員、山北町保険健康課職員、地域包括支援センター職員、利用者家族が参加して開催しています。家族などからの意見で、火災時に2階の屋上に出るドアの段差を無くすためのスロープを購入しています。	
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回参加し他施設、行政に施設状況を報告し連携を取っています。包括、行政、他施設からの困難事例を受けています。	山北町保険健康課の職員が運営推進会議に参加しています。事業所の状況などを報告し、町の情報ももらっています。介護相談員2名が2ヶ月に1度、利用者と面談しています。地域包括センターケアマネ会議に参加しています。	

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。	利用者、家族には契約時に身体拘束に関して説明しています。職員には年2回「身体拘束ゼロの手引き」を用いて勉強会を行い、周知を図っています。緊急やむえず身体拘束を行う場合は家族の同意を得ています。最近では帰宅願望が強く職員の隙を見て入口から出ていってしまう利用者がありやむを得ず不穏時施錠しています。	併設の小規模多機能型居宅介護事業所の職員と合同で「身体拘束ゼロの手引き」マニュアルの研修をしています。参加した職員は報告書を提出していません。参加できなかった職員も資料を読み報告書を提出しています。	
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。	介護時の皮膚観察（アザ、皮下出血）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。	研修が開催される時は職員に周知し参加しています。日常生活自立支援制度、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。	ご本人、家族の意向を聞いた上で契約書、重要事項説明書、個人情報利用同意書、利用料金、持ち物リストを説明し了解を得ます。ご本人が意志決定出来ない時はご家族に説明し了解を得ています。介護保険改訂時はその都度説明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様子を報告しています。その中でご家族の意見、希望を取り入れ運営に反映させています。職員は利用者との会話の中で家族とは来訪時に思いを伺っています。	「苦情対応マニュアル」「苦情（相談）対応記録」を整備しています。運営推進会議でも家族から意見をもらっています。意見から、職員が皮膚科への受診を対応したりもしています。管理者は普段から家族とコミュニケーションを良く取っています。	

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
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。	職員全体会議を開催し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課題を考え業務に反映しています。年2回個人面談を行い職員の思いを聴き業務改善に努めています。	フロアリーダーは、日頃から職員に話しかけて話しやすい雰囲気作りをしています。フロアリーダーから主任、そして管理者へと職員の意見を繋いでいます。年2回の面談があり、職員の意見を聞く機会を作っています。	
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。	年2回職員面談の機会を作る。思いを聴き、働きやすい環境を目指しています。		
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。	外部研修も積極的に参加を進めています。初任者研修、介護福祉士、介護支援専門員等資格のある職員は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、ケアマネージャーで連絡会を月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。市内研修に参加しています。		
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。	ご本人が気持ちを訴える事ができない時は家族の思いを聴き困り事が少しでも改善できるように努めます。声掛けを多くして安心して過ごして頂けるように努めています。		

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
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。	サービスを開始する段階で本人、家族の意向を確認しています。家族に不安があった時は時間を作り相談にのっています。家族が求めているものを理解し事業所としてはどのような対応ができるのか事前に話し合いをするようにしています。		
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。	現場職員と一緒に面談し本人の心身状況を確認する。医療系のレベルと判断した時は管理者と相談し他サービスを紹介する。		
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。	日々の表情、行動、言葉を観察してまず。帰宅願望から徘徊が始まります。不穏が継続する時はカンファレンスを行い声掛けの工夫をしています。意志疎通ができる利用者様は思いを聴いています。また家族に様子を連絡し外出、面会をお願いし協力を得ています。		
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ご家族にお伝えしその上で家族の意向をお聞きし希望に添えるように対応しています。		
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。	知人、友人が定期的に来訪され会話を楽しまれています。最近退所された利用者様ですが現役時代部下の方の面会が定期的にありました。また家族が県外の為友人がキーパーソンになって頂いたケースがありました。	知人、友人が面会に来ています。面会者が大人数で来訪の場合には、事業所の応接室を使用しています。入居前に得意だった団子作りを職員と一緒に行っています。家族が美容院や墓参りに連れ出す支援をしています。	

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
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。	参加しやすいレクリエーションを工夫し行っています。トラブルが起きた時は職員が間に入り声掛けを行いながら気分転換を図っています。様子を記録し職員に周知し統一したケアが行えるよう心掛けています。		
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。	お亡くなりなり契約が切れた利用者様ご家族から知人家族の入所の紹介があります。施設見学して頂き繋がりを継続しています。お困りごとはその都度対応させていただきます。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	意思表示が困難の利用者様はご家族に日々の行動、背景を伺います。またご家族の意向を伺いご利用者に添った生活、介護が対応できるよう支援します。	利用者の言葉や言葉にしにくい思いを日常生活の中で良く観察し、見守りや声かけをして意向の把握に努めています。それぞれの職員は、利用者の思いや意向で気が付いたことを連絡ノートやケース記録に記載し、職員は情報共有をしています。	
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。	面接時家族から生活歴を伺います。若い頃の写真を持ってきて頂きどのように過ごされてきたのか伺っています。		
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。	毎日健康チェックをしています。毎週水曜日訪問看護、月2回往診医が入り体調管理しています。皮膚トラブル、転倒があった時は医師、看護師に連絡し他病院に受診する事もあります。		

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
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。	ご本人、ご家族の意向を聞きプランを作成しています。心身状況の変化、入退院があった時はプランを見直し、カンファレンスを開催し評価を行っています。ご家族に介護計画書を説明し了解を得ています。	ケアプラン作成担当者は、家族が面会に来た時などにケアプランについての意見を聞いています。サービス担当者会議で職員の意見を確認したり、往診医へメールで利用者の様子を報告してアドバイスをもらい、モニタリング表を作成し、ケアプランに繋げています。	
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。	介護記録、利用実地表、排泄記録表を日々作成し情報を共有しています。利用者に状態の変化があった時はカンファレンスを行い対応しています。福祉用具等家族に協力をお願いしています。		
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。	受診が必要な時は病院、歯科の受診を行っています。		
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。	9月に防災訓練を行いました。自治会長始め地域住民、中学生が集まり消防団の人達に指導を受け訓練を行いました。山北包括ケア会議に参加し地域の情報を習得し活用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、ケアマネージャー、介護職員が立ち合い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。	かかりつけ医が月2回往診し、フロアリーダーやケアマネージャーが医師からの指示を職員に伝えています。看護師は毎週水曜日に来訪し、バイタルチェックと状態を記録し、必要に応じて職員から医師や家族に伝えています。	

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。	平成29年6月7日より足柄上医師会訪問看護と契約をする。毎週水曜日に来訪し体調管理、主治医との連絡を取って頂いています。		
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。	長期入院時は地域連携室、家族に容態を聞いています。病院に看護師、介護職員、ケアマネージャーと一緒に様子を見に行きます。退院時はムンテラを行い連携を図っています。		
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。	家族の意向を確認しています。家族、医師、看護師、介護士と連携を取り対応しています。医師から説明、指導、カンファレンスを行っています。	終末期に家族の意向を確認し、ケアプランを変更しています。看取りの体制になると、カンファレンスで医師からの説明や指導を職員に徹底します。緊急時には24時間対応の看護師が駆けつけ、安定した介護が提供できています。	
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。	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。夜間時の緊急対応についてマニュアルを用意し周知徹底を図っています。		
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回防火訓練を消防署指導の元行っています。地域の方も参加して頂いています。	年2回、地域の参加も得て防災訓練を行っています。防災協定を結び、地域の災害時一時避難場所に指定されています。事業所の駐車場を地域の防災訓練の会場としても提供しています。最近の災害状況から水の備蓄を強化しています。	

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
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。	職員の目線で対応しない。人生の先輩である事を自覚し自尊心を傷つけないように対応しています。	利用者の尊厳に配慮しています。何気ない会話や仕草などから好きなこと、したいことを把握しています。飲み物や着るものなど、職員のペースでやってしまわずに、できるだけ利用者自身が自己決定するよう促しています。	
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。	困り事があった時はお話を聞き解決出来るように心掛けています。表現が出来ない方は家族に様子を連絡し相談にのっています。		
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。	これまでの生活習慣を家族に聞きながら大切にするようにしています。が8年目になり身体機能低下し介護する事が多くなりました。その人らしい暮らしは難しくなっている。		
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。	季節の洋服をご家族に持参して頂いています。就寝、起床時は着替えを行っています。口腔、洗顔、入浴を行い清潔保持を行っています。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	身体機能が低下し利用者と一緒に食事準備、あと片付けが出来なくなりました。季節に合わせた料理は提供しています。お誕生会の時は手作りのケーキを召し上がって頂いています。	高齢化と共に調理や後片付けが難しくなっていますが、昔やったことはよく覚えていて、恒例の団子焼き作りでは自然に手が動いて作る人がいます。誕生会ではケーキやピザを作ったり、冬には焼き芋会などで楽しんでいます。	

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後記録し体調管理を行っています。咀嚼、嚥下の悪い利用者様は形態を替えて対応しています。ご家族に協力を頂き好きな飲み物を持参して頂いています。		
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。自分で出来る利用者様は備品を準備し声掛け見守りを行っています。出来ない利用者様は残渣物を確認しながら口腔ケアを行っています。入歯が合わなくなってきた時は家族の了解を得て受診、いけない時は医師に往診をお願いします。		
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。	車椅子、歩行、立位を介助しながらトイレ誘導を行っています。身体機能低下があり夜間オムツ利用者が増えています。	個人ごとの排泄パターンを把握すると共に様子を見てトイレに誘導しています。夜間トイレに行ける利用者が少なくなっていますが、居室にポータブルトイレを置くなど、極力オムツ利用を少なくするように心がけています。	
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ています。摂取量が少ない利用者様は家族にお願いして牛乳、好きな飲料水を持参して頂いています。施設もゼリーなどを提供し水分補給しています。		
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。	週2回入浴を行っています。身体機能低下の為にリフト浴の利用者様が増えています。皮膚トラブルのある利用者様は医師の指示にて入浴後軟膏を塗布しています。	多くの利用者が入浴好きで気分転換になっています。入浴日に入れなかったり、リフト浴が必要な利用者は、併設の小規模多機能型居宅介護事業所の浴室を利用しています。皮膚トラブルのある利用者には看護師が軟膏塗布をしています。	

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
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。	体調を管理しながらゆっくり休息がとれるように支援しています。昼食後は希望の利用者様には臥床対応しています。		
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し職員に周知しています。処方後の様子観察、症状の変化を医師、訪問看護師に伝えています。		
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。	地域のお祭り、イベントに参加しています。季節毎のドライブに参加しています。音楽教師をされていた利用者様にエレクトーンで童謡を引いてもらい他利用者様を楽しませて頂いています。		
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。	地域のお祭り、イベントに参加しています。家族希望により月2回1泊から2泊宿泊予定されています。11月に宿泊されました。家族が元気な内に在宅に復帰したいという思いがあるようです。月2回お孫さんと一緒に外食される利用者様もおられます。	散歩のできる利用者が少なくなったため、天候の良い日には広い前庭に出たり、2階のベランダで外気浴をしています。年に数回、花見や小田原の街までのドライブを楽しんでいます。また利用者の希望で外食に行くこともあります。	
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。	施設内はお金を使用する事はできない為利用者はお金を所持していない。ご家族からやも得ずお預かりしたお金は金銭出納帳に記帳し必要時お渡ししています。職員が必要品を購入しています。		

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
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。	帰宅願望が見られた時家族の面会が少ない利用者に電話で会話し安心して頂いています。		
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。	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。利用者と一緒にドライブに行った写真を掲示し季節感を味わっています。	広く明るい居間や廊下は清潔に保たれています。絵の得意な利用者が描いた絵が沢山飾られ、楽しい雰囲気となっています。広い居間では全員でレクリエーションができ、居間に繋がっている和室も広く落ち着いた雰囲気です。	
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。	居室で休まれたり食堂で過ごされたり希望を聴きながら対応しています。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	使い慣れた家具を持参され自宅と一緒にの雰囲気を味わって頂いています。	居室はクローゼットが壁に埋め込まれているため、ベッドや車いす、ポータブルトイレを置いても十分な広さがあります。馴染みの品々を持ち込んだり、絵を描くためのアトリエになったりしています。	
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ています。出来る利用者様は立ち座りのリハビリを行っています。		

事業所名	グループホーム アミーゴ
ユニット名	2階

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させている。 (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つなげている。	利用者に寄り添い楽しみの提供や安心した生活を送れるように支援しています。残存能力を活かした生活の環境では身体機能が低下し十分な能力を活かせない時もあります。		
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。	2ヶ月に一度運営推進会議を開催。自治会長、民生委員の方に参加して頂き地域の様子を伺っています。町の季節イベントに参加しています。防災訓練にも参加して頂き交流を図っています。アミーゴ新聞を作り施設の様子をお知らせしています。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。	病院、地域包括センターの困難事例を訪問、相談し入所を受け入れています。		
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。	2ヶ月に一度開催し施設の状況を報告しています。行政、地域、ご家族の意見、希望を取り入れ向上に努めています。自治会長より地域行事に毎年参加のお誘いを受け参加させて頂いています。		
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回参加し他施設、行政に施設状況を報告し連携を取っています。包括、行政、他施設からの困難事例を受けています。		

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。	利用者、家族には契約時に身体拘束に関して説明しています。職員には年2回「身体拘束ゼロの手引き」を用いて勉強会を行い、周知を図っています。緊急やむえず身体拘束を行う場合は家族の同意を得ています。最近では帰宅願望が強く職員の隙を見て入口から出ていってしまう利用者がありやむを得ず不穏時施錠しています。		
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。	介護時の皮膚観察（アザ、皮下出血）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。	研修が開催される時は職員に周知し参加をしています。日常生活自立支援制度を利用し協力を得られています。		
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。	ご本人、家族の意向を聞いた上で契約書、重要事項説明書、個人情報利用同意書、利用料金、持ち物リストを説明し了解を得ます。ご本人が意志決定出来ない時はご家族に説明し了解を得ています。介護保険改訂時はその都度説明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様子を報告しています。その中でご家族の意見、希望を取り入れ運営に反映させています。職員は利用者との会話の中で家族とは来訪時に思いを伺っています。		

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
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。	職員全体会議を開催し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課題を考え業務に反映しています。年2回個人面談を行い職員の思いを聴き業務改善に努めています。		
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。	年2回職員面談の機会を作る。思いを聴き、働きやすい環境を目指しています。		
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。	外部研修も積極的に参加を進めています。初任者研修、介護福祉士、介護支援専門員等資格のある職員は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、ケアマネージャーで連絡会を月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。市内研修に参加しています。		
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。	ご本人が気持ちを訴える事ができない時は家族の思いを聴き困り事が少しでも改善できるように努めます。声掛けを多くして安心して過ごして頂けるように努めています。		

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
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。	サービスを開始する段階で本人、家族の意向を確認しています。家族に不安があった時は時間を作り相談にのっています。家族が求めているものを理解し事業所としてはどのような対応ができるのか事前に話し合いをするようにしています。		
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。	現場職員と一緒に面談し本人の心身状況を確認する。医療系のレベルと判断した時は管理者と相談し他サービスを紹介する。		
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。	日々の表情、行動、言葉を観察しています。帰宅願望から徘徊が始まります。不穏が継続する時はカンファレンスを行い声掛けの工夫をしています。意志疎通ができる利用者様は思いを聴いています。また家族に様子を連絡し外出、面会をお願いし協力を得ています。		
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ご家族にお伝えしその上で家族の意向をお聞きし希望に添えるように対応しています。		
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。	知人、友人が定期的に来訪され会話を楽しまれています。		

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
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。	参加しやすいレクリエーションを工夫し行っています。トラブルが起きた時は職員が間に入り声掛けを行いながら気分転換を図っています。様子を記録し職員に周知し統一したケアが行えるよう心掛けています。		
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。	お亡くなりなり契約が切れた利用者様ご家族から知人家族の入所の紹介があります。施設見学して頂き繋がりを継続しています。お困りごとはその都度対応させていただきます。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	意思表示が困難の利用者様はご家族に日々の行動、背景を伺います。またご家族の意向を伺いご利用者に添った生活、介護が対応できるよう支援します。		
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。	面接時家族から生活歴を伺います。若い頃の写真を持ってきて頂きどのように過ごされてきたのか伺っています。		
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。	毎日健康チェックをしています。毎週水曜日訪問看護、月2回往診医が入り体調管理しています。皮膚トラブル、転倒があった時は医師、看護師に連絡し他病院に受診する事もあります。		

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
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。	ご本人、ご家族の意向を聞きプランを作成しています。心身状況の変化、入退院があった時はプランを見直し、カンファレンスを開催し評価を行っています。ご家族に介護計画書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。	介護記録、利用実地表、排泄記録表を日々作成し情報を共有しています。利用者に状態の変化があった時はカンファレンスを行い対応しています。福祉用具等家族に協力をお願いしています。		
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。	受診が必要な時は病院、歯科の送迎を行っています。		
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。	9月に防災訓練を行いました。自治会長始め地域住民、中学生が集まり消防団の人達に指導を受け訓練を行いました。山北包括ケア会議に参加し地域の情報を習得し活用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、ケアマネージャー、介護職員が立ち合い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きます。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。	平成29年6月7日より足柄上医師会訪問看護と契約をする。毎週水曜日に来訪し体調管理、主治医との連絡を取って頂いています。		
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。	長期入院時は地域連携室、家族に容態を聞いています。病院に看護師、介護職員、ケアマネージャーと一緒に様子を見に行きます。退院時はムンテラを行い連携を図っています。		
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。	家族の意向を確認しています。家族、医師、看護師、介護士と連携を取り対応しています。医師から説明、指導、カンファレンスを行っています。		
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。	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。夜間時の緊急対応についてマニュアルを用意し周知徹底を図っています。		
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回防火訓練を消防署指導の元行っています。地域の方も参加して頂いています。		

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
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。	職員の目線で対応しない。人生の先輩である事を自覚し自尊心を傷つけないように対応しています。		
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。	困り事があった時はお話を聞き解決出来るように心掛けています。表現が出来ない方は家族に様子を連絡し相談にのっています。		
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。	これまでの生活習慣を家族に聞きながら大切にするようにしています。絵の好きな利用者様は道具を用意して頂き自由に書いて頂いています。		
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。	季節の洋服をご家族に持参して頂いています。就寝、起床時は着替えを行っています。口腔、洗顔、入浴を行い清潔保持を行っています。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	身体機能が低下し利用者と一緒に食事準備、あと片付けが出来なくなりました。季節に合わせた料理は提供しています。お誕生会の際は手作りのケーキを召し上がって頂いています。		

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後記録し体調管理を行っています。咀嚼、嚥下の悪い利用者様は形態を替えて対応しています。ご家族に協力を頂き好きな飲み物を持参して頂いています。		
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。自分で出来る利用者様は備品を準備し声掛け見守りを行っています。出来ない利用者様は残渣物を確認しながら口腔ケアを行っています。入歯が合わなくなってきた時は家族の了解を得て受診、いけない時は医師に往診をお願いします。		
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。	車椅子、歩行、立位を介助しながらトイレ誘導を行っています。身体機能低下があり夜間オムツ利用者が増えています。		
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ています。摂取量が少ない利用者様は家族にお願いして牛乳、好きな飲料水を持参して頂いています。施設もゼリーなどを提供し水分補給しています。		
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てしまわずに、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。身体機能低下の為にリフト浴の利用者様が増えています。皮膚トラブルのある利用者様は医師の指示にて入浴後軟膏を塗布しています。		

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。	体調を管理しながらゆっくり休息がとれるように支援しています。昼食後は希望の利用者様には臥床対応しています。		
47		○服薬支援 一人ひとりを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し職員に周知しています。処方後の様子観察、症状の変化を医師、訪問看護師に伝えています。		
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。	地域のお祭り、イベントに参加しています。季節毎のドライブに参加しています。また好きな絵を書いて頂きフロアに展示しています。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。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。	地域のお祭り、イベントに参加しています。家族希望により月2回1泊から2泊宿泊予定されています。11月に宿泊されました。家族が元気な内に在宅に復帰したい思いがあるようです。		
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。	施設内はお金を使用する事はできない為利用者はお金を所持していない。ご家族からやも得ずお預かりしたお金は金銭出納帳に記帳し必要時お渡ししています。職員が必要品を購入しています。		

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
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。	帰宅願望が見られた時家族の面会が少ない利用者に電話で会話し安心して頂いています。		
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。	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。	居室で休まれたり食堂で過ごされたり希望を聴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利用者様もいます。		
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。	使い慣れた家具を持参され自宅と一緒に雰囲気を味わって頂いています。位牌を居室に置いている利用者様もいらっしゃいます。		
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ています。出来る利用者様は立ち座りのリハビリを行っています。		

2019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： 2020 年 4 月 30 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	9	○ 思いや意向の把握 家族の思いが強くご本人がまだ在宅生活が可能と思われているのに入所されるケース。友人知人に会えない。好きな買い物、食事制限されてしまう。ストレスが他利用者、職員に向けられる。	新型コロナウイルス感染症が終息したら家族と面会ができる。家族と外食ができる。ストレスを軽減することができる。	新型コロナウイルス感染症が終息したら家族と外出、外泊する。施設の行事を再開する。	6ヶ月
2	11	○ かかりつけ医受診診断 2回の往診医の訪問がある。医師の指示でメールで体調・経過観察を知らせている。職員の思いが伝わらない。	往診医と困りごとを相談できる関係を作っていく。医療知識を学ぶ。	経過記録を用意する。遠慮しないで困りごとを相談する。内部研修・医療講座に参加しレベルアップする。	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月