

平成30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	1492000284	事業の開始年月日	平成29年4月1日	
		指定年月日	平成29年4月1日	
法人名	有限会社アルデパラン			
事業所名	グループホームアゴラ			
所在地	( ) 神奈川県平塚市岡崎6200-1			
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30年9月1日	評価結果 市町村受理日	平成30年11月19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	<a href="http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/">http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/</a>
----------	---

### 【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)】

利用者様ひとりひとりの寄り添い、自宅のように日常生活を送れるよう支援します。

### 【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 神奈川県藤沢市鵠沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	平成30年10月10日	評価機関 評価決定日	平成30年11月7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東海道線平塚駅あるいは小田急線伊勢原駅より神奈中バスに乗り、伊勢原市との境の閑静な緑の多い住宅地の中にあります。神奈川県を中心に栃木県などに介護サービス事業を展開する医療法人グループの有限会社が運営しており、同法人は、平塚市や山北町などに小規模多機能型居宅介護事業所など複数の介護サービスを展開しています。開設して1年6ヶ月、訪問看護ステーションと看護小規模多機能型居宅介護事業所を含む3事業所の合同施設で、3階建ての2・3階が事業所となっています。

#### <優れている点>

利用者が家で過ごしているような日常生活の延長の生活の場所として職員は見守りを重視しています。利用者がやりたい事が出来るように声掛けを大切にして支援をしています。また、事業所の1階に訪問看護ステーションがあり、介護度の高い利用者の受け入れも可能にしています。

#### <工夫点>

1階の看護小規模多機能型居宅介護事業所と合同でカラオケをしたり、3事業所合同で夏祭りを開催し、利用者や職員の交流を図っています。その他、1階の看護小規模多機能型居宅介護事業所の機械浴を利用して介護の高い利用者にも入浴が出来るようにしています。

### 【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	グループホームアゴラ
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

###	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。	スタッフが利用者様の為に何をできるか考え、意見を言える環境になっている。ただ、十分に意見交換や理念共有ができる場や時間が少なく感じる事がある。	施設理念を1階の施設合同の事務室に掲示しています。職員は、施設理念を朝礼時に唱和しています。管理者は、職員の入職時に施設理念を提示しています。理念に沿わない行動が職員にあった場合には、管理者はその都度注意を促しています。	管理者は、施設理念の具体的な説明などを職員に対して行っていません。職員が理念を理解し、具体化していくような体制作りが期待されます。
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。	地域の一員としての活動は十分にできていない。夏祭りや外出を行い、地域に出でいけるような機会は、少しずつ増えてきている。	自治会に加入し、回覧板が回ってきます。利用者が自治会の夏祭りの盆踊りに参加したり、職員が防災訓練に参加しています。今年の秋祭りには神輿が事業所の駐車場に立ち寄る予定です。地域の歌のボランティアが来ています。	
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。	運営推進会議にて、周知はしているが、それ以外は主だった活動ができていない。	/	/
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。	運営推進会議を実施し、家族から評価の言葉をいただくことはある。管理者以外は参加しないので、管理者からの報告で判断するしかない事がある。	2ヶ月に1度、自治会長、民生委員、包括支援センター職員や利用者家族が参加して、開催しています。地域の人々から地域の情報や自治会行事の事などを聞いています。地域包括支援センター職員からの提案や、利用者家族からの質問などを受けています。	
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。	事故報告は市町村に連絡を取っているが、それ以外は積極的には行ってない。	介護保険課へは、事故についてや利用者の住所変更について相談しています。介護相談員2名が月に1度、利用者と面談し、面談後に管理者は報告を受け、利用者の意見などを聞いています。	事業所の実情やケアサービスについて積極的に相談する事、市主催の研修に参加するなど連携を図っていくような取り組みも期待されます。

###	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。	施設出入口の施錠は行っている。身体拘束にかかわることは、逐一、管理者へ報告し、改善している。	「身体拘束廃止マニュアル」「介護保険指定基準の身体拘束禁止の規定」を整備し、全体会議の後に研修をしています。管理者は、身体拘束について職員が疑わしい行動があった場合には、その都度、注意し、連絡ノートに記載して、全職員に伝わるようにしています。	
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。	高齢者虐待防止法については、十分に理解できていない。事業所内での虐待は行っていない。		
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。	対象となる利用者様がないため、勉強会をするに至っていない。今後、勉強する必要があると思っている。		
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。	契約時は契約書や重要事項説明を必ず行い、施設でできることだけでなく、出来ない事等のネガティブな部分も説明し、理解してもらっている。		
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。	管理者だけでなく、スタッフひとりひとりが、家族と会話できる環境になっており、スタッフ、管理者の情報伝達ができている。	「苦情対応マニュアル」などを整備し、利用者、家族の意見を聞いています。家族が面会に来た場合は管理者がすべて対応しています。管理者が不在の時には、職員が家族からの意見を聞き、管理者に伝え、管理者から家族へ連絡をしています。	

###	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。	管理者に意見を言いやすい環境にある。必ずしもすぐに反映できるわけではないが、返答はもらえる。	管理者は、日頃から職員に話し掛けて話しやすい雰囲気作りをしています。月1回のケアカンファレンス会議で、職員から意見や希望を聞き、実現に向けて検討しています。その他、年2回の面談があり、職員の意見を聞く機会を設けています。	
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。	職場の環境の改善は逐一行っている。		
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。	法人内の研修は、十分に行えていないため、今後の課題となっている。		
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。	同法人内で意見交換をする場を設けている。		
<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。	入居前に事前に本人のアセスメントを行い、入居後も利用者様に必要な事を傾聴し、対応している。		

###	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。	事前に、家族に不安な事を聞き、それをスタッフに伝え、必要な対応は、逐一家族に報告しながら、変更や実施をしている。		
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。	家族や本人と相談し、必要な支援をケアプランに乗せ、スタッフに周知を行っている。		
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。	利用者様によって、暮らしを共にする者同士の関係を築けているが、お客様と職員の関係にしかねっていない方もいる。		
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。	家族に必要な支援を、その都度、連絡を行い、協力してもらっている。		
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。	グループホーム内の生活を重視してしまい、今までの生活でのコミュニティを維持できていない。	家族が美容院や墓参りに利用者を連れ出し関係を継続しています。	事業所内での支援だけでなく、入居前の今までの生活の関係継続を支援するような取り組みも期待されます。

###	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。	利用者様同士の会話の間に入る等で、円滑に会話できるように支援している。		
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。	スタッフひとりひとりが退所者と連絡を取る事はない。管理者が対応する事はある。		
<b>Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
23	9	○思いや意向の把握 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。	できるだけ本人の意向を聞き、実行できるように対応している。（毎食、おにぎりを提供する。外出で回転ずしに行く等）	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、見守りや声掛けをして意向の把握に努めています。職員は、利用者に2つの案を挙げ、どちらが良いかを聞き、その結果などを連絡ノートに記載して、職員が情報の共有をしています。	
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。	今までの生活歴等は、入居前情報で周知されているほか、日常の会話にて確認している。		
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。	利用者様の毎日の様子を記録し、申し送りを行っている。		

###	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、本人、スタッフから意見を聞き、それをケアプランに反映できている。	家族が面会に来た時にケアプラン作成担当者がケアプランについての意見を聞き、サービス担当者会議を開催しています。その後、モニタリング表を作成し、施設介護支援経過表・ケアカンファレンスを参考に、ケアプランに繋がっています。	
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。	個人記録や申し送りの他に、気になった点は、スタッフや管理者で話し合える体制を作れている。		
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。	体調の悪い人は自室で介助にて食事をしてもらう。個別にふりかけを用意する等、個別のニーズにこたえられるよう心がけている。		
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。	地域資源の活用はできていない。地域のボランティア等の活用ができたと思う。		
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。	かかりつけ医だけでなく、必要であれば、専門医の受診を家族に御願する等、逐一、連絡を取っている。	多くの利用者はもともと本人が通っていたかかりつけ医を継続しており、家族と通院しています。週1回、敷地内の訪問看護ステーションが健康管理などを行っています。緊急時に備え、看護師とは24時間連絡が取れる体制を整えています。	



###	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。	併設された訪問看護事業所フレッシュから週一回看護師が来る他、発熱などの利用者様の変化がみられる時は、連絡し、様子を見てもらうようにしている。		
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。	入院時は、スタッフが付き添うようにしている。その際、医療機関と連携し、必要な情報を提供している。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	重度化した方とは主治医と連携し、必要であれば、他施設の紹介も行っているが、施設でできる限り、支援しているが、医療面が弱く、その面を家族や医療機関と話し合い、対応している。	開設して1年6ヶ月。終末期に向けた対応の経験はまだありません。入居時に重度化した場合の対応について、利用者・家族に説明して了解してもらっています。主治医との連携を含め、職員の研修など体制を取りつつあるところです。	
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。	応急手当等の訓練は定期的には行っていない。		
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。	運営推進会議等で話し合っているが、地域と具体的な対応策はまだできていない。職員は災害時、施設へ連絡、可能であれば、施設へ向かう事となっている。	敷地内の看護小規模多機能居宅施設と合同で、利用者全員の避難訓練を実施しています。8月には運営推進会議での町内会長からの提案で、町内会の災害訓練に職員2名が参加しています。地域との協力体制について検討しています。	

###	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。	援助時に先に声掛けをする事を徹底し、拒否等があれば、どのように対応すればよかったか、話し合い修正している。	トイレや入浴時はプライバシーに配慮し、小声で声掛けするようにしています。接遇や電話対応の研修も行っており、声掛けには注意しています。個人情報資料については十分注意して扱っており、鍵の掛かる棚に保管しています。	
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。	本人のペースに合わせ、どうしたいかを確認する声掛けを心がけている。		
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し、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。	強制的な言葉づかいに気を付け、できるだけそれぞれをペースを尊重するようにしている。		
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。	更衣可能な方は、自分で着替えてもらい、介助が必要な方でも何が着たいか等を確認するようにしている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	食事の形態（常食、刻み、とろみ、おにぎり、ふりかけ等）を個別に設定し、本人の意向にそって、その都度変更している。	利用者個人別に食事の好み（形態）を分かるようにしています。食器拭きをする利用者もいます。おやつ時や誕生会では利用者と職員と一緒にタコ焼きや流しソーメン、ちらし寿司、ケーキなどを作っています。外食で回転寿司などにも行っています。	

###	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。	毎日の食事量を記録、観察している。食事量が少ない場合、本人に傾聴し、改善するようにしている。		
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、口腔ケアの声掛けし、必要な方は介助している。		
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。	排泄を記録し、必要であれば、声掛けや介助をしている。	「排泄チェック表」を記録することで利用者ごとの排泄パターンを把握し、必要な声掛け、トイレ誘導を行っています。その結果、トイレに行く際、車いすを使っていた利用者が手引き歩行で行けるようになったり、オムツから紙パンツに改善したりしています。	
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。	排便間隔を把握し、家族や医師へ連絡相談をし、対応している。		
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。	現状では、日時が決まっていしまっている。個人の希望にあわせられていない。	午前中、週2回入浴するようにしています。季節にはゆず湯やしょうぶ湯にしています。要望がある時は入浴剤も使っています。入浴は一番くつろげる時でもあり、なるべくゆっくり入るように心掛けています。一面の壁には富士山などの絵を飾っています。	

###	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。	静養は本人の意思に任せている。夜間は、定期的な巡視をし、睡眠状態を把握している。		
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。	くすりの目的や副作用を十分に理解できていないスタッフが多い。		
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。	本人の役割や楽しみを支援したいが、何かをやりたいと表出する利用者様が少なく、十分に対応できていないように感じる		
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。	希望にそった外出支援をしたいが、スタッフの人員等の都合で十分に行えているとは言えない。家族に協力を願える方もいるが、全員ではない。	外出可能な利用者は週3～4日散歩をしています。家族と一緒に外出し、食事に行ったり、自宅に行く利用者もいます。散歩に行けない利用者は、事業所の庭先で花を見たり、外気浴をするようにしています。近くの湘南平にドライブに出かけています。	
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。	お金は施設が管理している。本人が希望する場合、家族に確認し、スタッフが物品を購入することはある。		

###	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。	利用者様が求める場合、家族に確認の上、連絡をとれるようにしている。		
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。	毎日掃除をし、必要であれば、貼り紙や飾り付けをしている。	若干高台の2階・3階は窓が多く、日当たりも良く、白が基調の内装で明るい室内となっています。リビングは床暖房があり、さらにインフルエンザ予防を含め加湿器付空気清浄機を活用しています。掃除は毎日行ない、室内の温度・湿度管理は職員が行っています。	
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。	利用者様の定位置を決めているわけではないが、自分からいつもの場所以外に移動し、他の方と交流する方が少ない。		
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。	家族や本人と相談しながら必要なものをそろえている。	照明、エアコン、カーテン、ベッド・寝具が備え付けとなっています。リネン交換・掃除は職員と一緒にしています。各居室の壁の一面は、それぞれ隣の部屋とは違う壁紙にしています。仏壇、テレビ、ラジオなど、利用者の必要なものを揃えています。	
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。	張り紙やわかりやすい位置に物品を置く等、自分でできることを増やすように対応している。		

事業所名	グループホームアゴラ
ユニット名	3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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者の
	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, 毎日ある
	<input type="radio"/>	2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/>	3, たまにある
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての家族と
	<input type="radio"/>	2, 家族の2/3くらいと
	<input type="radio"/>	3, 家族の1/3くらいと
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ毎日のように
	<input type="radio"/>	2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/>	3, たまに
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, 大いに増えている
	<input type="radio"/>	2, 少しずつ増えている
	<input type="radio"/>	3, あまり増えていない
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての職員が
	<input type="radio"/>	2, 職員の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 職員の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての家族等が
	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	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。	スタッフが利用者様の為に何をできるか考え、意見を言える環境になっている。ただ、十分に意見交換や理念共有ができる場や時間が少なく感じる事がある。		
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。	地域の一員としての活動は十分にできていない。夏祭りや外出を行い、地域に出ていけるような機会は、少しずつ増えてきている。		
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。	運営推進会議にて、周知はしているが、それ以外は主だった活動ができていない。		
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。	運営推進会議を実施し、家族から評価の言葉をいただくことはある。管理者以外は参加しないので、管理者からの報告で判断するしかない事がある。		
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。	事故報告は市町村に連絡を取っているが、それ以外は積極的には行っていない。		

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
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。	施設出入り口の施錠は行っている。身体拘束にかかわることは、逐一、管理者へ報告し、改善している。		
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。	高齢者虐待防止法については、十分に理解できていない。事業所内での虐待は行っていない。		
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。	対象となる利用者様がないため、勉強会をするに至っていない。今後、勉強する必要があると思っている。		
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。	契約時は契約書や重要事項説明を必ず行い、施設でできることだけでなく、出来ない事等のネガティブな部分も説明し、理解してもらっている。		
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。	管理者だけでなく、スタッフひとりひとりが、家族と会話できる環境になっており、スタッフ、管理者の情報伝達ができている。		



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
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。	管理者に意見を言いやすい環境にある。必ずしもすぐに反映できるわけではないが、返答はもらえる。		
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。	職場の環境の改善は逐一行えている。		
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。	法人内の研修は、十分に行えていないため、今後の課題となっている。		
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。	同法人内で意見交換をする場を設けている。		
<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。	入居前に事前に本人のアセスメントを行い、入居後も利用者様に必要な事を傾聴し、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
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。	事前に、家族に不安な事を聞き、それをスタッフに伝え、必要な対応は、逐一家族に報告しながら、変更や実施をしている。		
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。	家族や本人と相談し、必要な支援をケアプランに乗せ、スタッフに周知を行っている。		
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。	利用者様によって、暮らしを共にする者同士の関係を築けているが、お客様と職員の関係にしかねていない方もいる。		
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。	家族に必要な支援を、その都度、連絡を行い、協力してもらっている。		
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う、支援に努めている。	グループホーム内の生活を重視してしまい、今までの生活でのコミュニティを維持できていない。		

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
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。	利用者様同士の会話の間に入る等で、円滑に会話できるように支援している。		
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。	スタッフひとりひとりが退所者と連絡を取る事はない。管理者が対応する事はある。		
<b>Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
23	9	○思いや意向の把握 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。	できるだけ本人の意向を聞き、実行できるよう対応している。（毎食、おにぎりを提供する。外出で回転ずしに行く等）		
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。	今までの生活歴等は、入居前情報で周知されているほか、日常の会話にて確認している。		
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。	利用者様の毎日の様子を記録し、申し送りを行っている。		

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
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、本人、スタッフから意見を聞き、それをケアプランに反映できている。		
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。	個人記録や申し送りの他に、気になった点は、スタッフや管理者で話し合える体制を作れている。		
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。	体調の悪い人は自室で介助にて食事をしてもらう。個別にふりかけを用意する等、個別のニーズにこたえられるよう心がけている。		
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。	地域資源の活用はできていない。地域のボランティア等の活用ができたと思う。		
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。	かかりつけ医だけでなく、必要であれば、専門医の受診を家族に御願する等、逐一、連絡を取っている。		

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
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。	併設された訪問看護事業所フレッシュから週一回看護師が来る他、発熱などの利用者様の変化がみられる時は、連絡し、様子を見てもらうようにしている。		
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。	入院時は、スタッフが付き添うようにしている。その際、医療機関と連携し、必要な情報を提供している。		
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。	重度化した方とは主治医と連携し、必要であれば、他施設の紹介も行っている。施設でできる限り、支援しているが、医療面が弱く、その面を家族や医療機関と話し合い、対応している。		
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。	応急手当等の訓練は定期的には行っていない。		
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。	運営推進会議等で話し合っているが、地域と具体的な対応策はまだできていない。職員は災害時、施設へ連絡、可能であれば、施設へ向かう事となっている。		

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
<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。	援助時に先に声掛けをする事を徹底し、拒否等があれば、どのように対応すればよかったか、話し合い修正している。		
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。	本人のペースに合わせ、どうしたいかを確認する声掛けを心がけている。		
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。	強制的な言葉づかいに気を付け、できるだけそれぞれをペースを尊重するようにしている。		
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。	更衣可能な方は、自分で着替えてもらい、介助が必要な方でも何が着たいか等を確認するようにしている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	食事の形態（常食、刻み、とろみ、おにぎり、ふりかけ等）を個別に設定し、本人の意向にそって、その都度変更している。		

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
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。	毎日の食事量を記録、観察している。食事量が少ない場合、本人に傾聴し、改善するようにしている。		
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、口腔ケアの声掛けし、必要な方は介助している。		
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。	排泄を記録し、必要であれば、声掛けや介助をしている。		
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。	排便間隔を把握し、家族や医師へ連絡相談をし、対応している。		
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。	現状では、日時が決まっていしまっている。個人の希望にあわせられていない。		

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
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。	静養は本人の意思に任せている。夜間は、定期的な巡視をし、睡眠状態を把握している。		
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。	くすりの目的や副作用を十分に理解できていないスタッフが多い。		
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。	本人の役割や楽しみを支援したいが、何かをやりたいと表出する利用者様が少なく、十分に対応できていないように感じる		
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。	希望にそった外出支援をしたいが、スタッフの人員等の都合で十分に行えているとは言えない。家族に協力を願える方もいるが、全員ではない。		
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。	お金は施設が管理している。本人が希望する場合、家族に確認し、スタッフが物品を購入することはある。		



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。	利用者様が求める場合、家族に確認の上、連絡をとれるようにしている。		
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。	毎日掃除をし、必要であれば、貼り紙や飾り付けをしている。		
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。	利用者様の定位置を決めているわけではないが、自分からいつもの場所以外に移動し、他の方と交流する方が少ない。		
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。	家族や本人と相談しながら必要なものをそろえている。		
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。	張り紙やわかりやすい位置に物品を置く等、自分でできることを増やすように対応している。		

平成30年度

## 目標達成計画

事業所名 グループホームアゴラ

作成日：平成 30 年 11 月 16 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	1	施設理念を職員に周知出来ていない	施設理念に基づいた施設の役割を全職員に理解させる。	実施できていない朝礼で施設理念を唱和する。全体会議で施設理念に基づいた具体的な行動を検討し実施していく。	12ヶ月
2	4	市町村との関わりを持つ機会が少ない	包括支援センターとの連携を図り協力関係を築いていく	地域包括支援センター主催の研修等に参加し、相談・援助を受けれる協力関係を築いていく	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月