

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	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	(259-1212) 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	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	令和1年11月1日	評価結果 市町村受理日	令和2年3月18日

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	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)】

1人1人の個性や生活リズムを重視し、自宅での生活の延長を施設で送っていただきたいと思えます。常に見守りがある環境でご利用者の体調変化に気付き、専門職で連携を図っていきたく思っています。当施設は看護小規模と訪問看護の併設施設である為、ご利用者様の変化に柔軟に対応出来る体制を整えております。

【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19日	評価機関 評価決定日	令和2年3月13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」駅からバスで「あいの坂」、または小田急線「伊勢原」駅からバスで「みどりヶ丘」バス停下車、徒歩5分の住宅地にあります。3階建て建物の2、3階を使用しており、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とが同一建物内にあります。付近は緑が多く、閑静で良好な環境です。

<優れている点>

同一建物内の3事業所が、それぞれの特性を生かして、医療面、行事面で協力体制を作っています。行事の際など、施設を訪れた近隣の人々の体力測定などを行って喜ばれています。職員が利用者の要望を取り入れて、自発的に活動しています。管理者、法人とも職員の自主性を尊重しています。2階と3階の職員は、固定せず、交代に勤務するスケジュールを組んでおり、両方できる対応となっています。法人は介護老人福祉施設と介護老人保健施設を運営しており、事業所で利用者への対応が困難になった場合にも移動しやすい利点があります。

<工夫点>

2階、3階とも、リビングの一角にヘルパーステーション(事務所)が設置されています。職員は常に利用者を見守れる体制になっています。特に職員の配置が各ユニット1名である夜間には、有効な配置構造となっています。

【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。	施設理念を朝の朝礼で唱和し、共有するよう努めている。共有を全スタッフに共有できていない部分がある。	「住み慣れた地域で、その人が、その人らしく、生きる喜びを実感できる場所を、共に築いていきます」という理念を、職員は毎日朝礼で唱和しています。家での生活の延長であると、実感できる事業所を目指しています。	
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。	地域主催の行事への参加・施設行事の地域からの参加を募り、地域とのつながりが切れないよう交流を図っている。	地元の自治会に加入しています。「福祉まつり」や「鯉のぼりまつり」見物など、地域の活動に利用者も参加しています。事業所行事には近隣の人々を招待し、希望者には体力測定を行うなど、できる範囲で協力をしています。	事業所の近くで、利用者全員が楽しめる場所が少ないのが現状です。地元の自治会などにも協力を求め、「全員で行ける場所」を作っていくことも期待されます。
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。	市で行っている、地域包括ケア推進事業に登録している。元気応援ポイント事業に参加し、ボランティアの方々に実際に施設で認知症の方の理解を深めている。	/	/
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カ月に1回、施設利用のご家族にも参加していただき、現状報告をおこなっている。そこで出た意見や協議した内容を併設施設で共有し連携を図り、サービス向上に活かしている。	運営推進会議は2ヶ月に1度定期的に開催しています。外部からの出席者は地域包括支援センター職員、自治会々長、民生委員、利用者家族などです。出席者との質疑応答があり、双方向的な会議となっています。	
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。	市町村とは事故報告書・集団指導等での関わりのみを行っている以外は行っていない。	市役所の介護保険課には月に1回程度出向き、事故報告書を提出したり、介護保険の更新や変更の手続きを行っています。必要な場合には、担当者と個別に相談をして、指導を受けるようにしています。	

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。	研修で身体拘束に関して学習する機会を持ち、身体拘束は基本、行っていないが、認知症のご利用者様の離脱防止の為、玄関・エレベーターはナンバーロックになっている。非常階段はダブルシリンダーになっている。ご家族に契約時に契約書に記載している身体拘束防止の内容を説明し署名・捺印をいただいている。	利用者が外出を希望する場合は、できるだけスタッフが同行するように配慮しています。身体拘束をしないケアについては、契約時に家族に説明をして、同意書を取り交わしています。3ヶ月に1回身体拘束委員会を開催しています。	
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。	研修で高齢者虐待について学び、定期的に全スタッフに自己チェック表を記入し提出してもらっている。また、ご家族に対して契約時に契約書に記載している通報義務を復唱し理解をいただいている。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。	必要性があるご利用者様がいない為、学ぶ機会を持っていない。今後、学ぶ機会を作っていく。		
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。	契約時に書面・口頭で説明し署名、捺印をいただいている。改定の際には、本部で書類作成し全ご利用者様のご家族に説明・捺印をいただいている。		
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。	運営推進会議にご家族代表に参加していただき、ご家族からの気付きや要望を話せる場を設けている。そこで頂いた意見を法人・施設内で共用している。	利用者の意向や希望を汲み取り、職員で共有するように努めています。家族には訪問の際、職員が利用者の状況を伝え、家族の意見や希望を聞いています。来訪できない家族には電話で状況を伝え、意見交換をしています。	

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
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。	職員と個別面談や全体会議を行い、職員の意見を吸い上げるよう時間を設けている。その意見を代表者に伝える必要があると管理者が判断した際には法人に伝えている。	レクリエーションなどは職員主導で実施しています。毎月のミーティングや、管理者との個別面談で職員から出た意見は、運営に反映し、内容によっては管理者から更に法人に伝えています。	
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。	管理者が、職員個々の面談・査定を行い、法人に報告・連絡・相談をおこなっている。		
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。	施設内・施設外の研修制度に取り組んでおり、業務に必要な研修を受けれる環境を整えている。月に1回は施設内で研修を行い、専門職の看護師からの研修もおこなっている。		
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。	同法人内で会議を主催し、意見交換をする場を設けている。		
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。	入居前にご本人のアセスメントを行い、入居後のご本人様の様子観察・訴え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。	ご契約前にご家族から現状を聞き取り、生活をする上での困り事、サービスを利用するに至った経緯などを傾聴を行っている。		
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。	アセスメントをする際にご本人様・ご家族様の困りごとを傾聴し、必要なサービス、対応をケアプランに載せ、スタッフに周知、対応している。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	介護度の重い方に対しては介護力が必要となり、ご本人様が受け身になりがちである。介護度の軽い方に対してご本人の出来る所は極力おこなってもらい、自立心を損なわないよう配慮している。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	ご本人様の対応を施設内のスタッフで完結せず、ご家族に都度、連絡、相談しご家族とご本人に繋がりが途切れないよう対応している。ご家族が出来る所は極力ご家族に対応してもらっている。		
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。	自宅の近隣の施設でない方が多いので、馴染みの場所との関係は途切れてしまっている。馴染みの人との関係は面会等に來られ繋がりを継続してられる方もいるが、全ての方が繋がりを継続しているわけではない。	今まで繋がりがあった人とは、入居後も継続して交流するように支援しています。以前からの行きつけの美容院を継続して利用する人もいます。地域との連携を深めて、近隣の人々と利用者との馴染みになることも望んでいます。	

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
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。	利用者間でのトラブルが発生した際にはスタッフが間に入り対応している。また、ご利用者様同士が関わりを持てるよう会話の糸口や座席の配慮をしている。		
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。	契約終了とスタッフが連絡をする事はないが、管理者・ケアマネージャは必要性があれば対応している。		
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。	ご本人様の生活のQOLを大切にし、可能な限り意向に沿えるよう対応している。困難な場合はきちんとご本人に説明し代替案がないかご本人様、ご家族様と協議するようにしている。	職員は利用者の希望や意見、要望などを聞くと、介護記録に残し、家族にも伝えていきます。利用者が食べたいもの、したいことなどの希望は、ミーティングなどで検討して、できるだけ早く実現できるように努めています。	
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。	契約前のアセスメントの段階で確認している。アセスメントで聞き取れなかった細かい部分はご本人様との日常の会話の中で把握している。		
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。	利用者様の様子を記録し、どのスタッフも把握出来るようにしている。普段と違った様子の際には日誌に記載し、勤務外のスタッフも後日、把握できるようにしている。		

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
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。	ケアプランを基本に日常のモニタリングを毎日、スタッフがチェックし、月1回の全体会議で個々の利用者様の対応を話し合っている。また、状態の変化があった際にはスタッフ・看護師・ケアマネージャ・ご家族・ご本人様参加の担当者会議を開催している。	介護計画作成担当者は、利用者、家族と職員の意見を聞き、医療面については医師や看護師の意向も参考にして、介護計画書を作成しています。完成した計画書はモニタリングを行い、修正をして、現状に即したものとしています。	
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。	介護記録に記載してある内容を把握し、介護保険の更新時や区分変更の際には、計画作成担当者・ケアマネージャ・スタッフ間で介護計画を見直し、ご家族にも介護計画書の内容を熟知していただき、ご家族の意見を反映している。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	ご本人様やご家族の状態・環境の変化の際には施設で出来る限りの対応を行うが、施設での対応が今後、難しくなる見通しがある際には関連施設などの情報をご家族に説明している。その際にはご家族の相談援助対応をしている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	地域行事や社会福祉協議会主催の行事等に参加できる時は参加するようにしている。施設内へボランティアの方に来てもらい生活の中で楽しい時間を持つようしている。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	かかりつけ医に対して不満をもっているご家族もいられる。かかりつけ医と事業所の考え方の違いもあり、関係性がいいとは言いがたい。かかりつけ医で対応困難な際にはご家族に受診の依頼をする事もある。	多くの利用者は事業所協力医をかかりつけ医としています。月2回の訪問診療と同一法人の医療連携看護師の週1～3回の来訪があります。入居以前からの医師に継続して受診している人もいます。歯科は希望者が往診を受けています。健康診断も年1回あります。	

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
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。	週1回の訪問看護。週、3日の看護師が勤務に入っている。日常の体調管理・緊急の体調の変化をスタッフが看護師に相談出来る体制を取っている。普段の様子を看護師を把握し日常の体調の変化に気付けるように人員配置をしている。		
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。	入退院時、スムーズに対応出来るようにソーシャルワーカーと連絡・連携を図り退院後、施設生活の戻れるよう対応している。		
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。	往診医・看護師・介護支援専門員・ご家族と話し合い意向を確認する。ご家族の意向に沿える部分と沿えない部分を明確にし施設で出来る限り生活支援していく。施設として出来ない場合は関連施設にスムーズに繋げていけるよう支援していている。	「重度化対応・終末期ケア対応指針」を入居時に説明し、同意を得ています。開所から2年ほどのため、看取りの経験はありませんが、1階にある看護小規模多機能型居宅介護事業所とも連携を取り、希望に応じた終末期の対応が取れるよう検討しています。	
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。	急変時の応急手当の訓練は行えていない。		
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。	防災訓練等を行い、非常災害時の訓練は行っている。運営推進会議で地域の防災訓練の案内を受けているが、現在参加は出来ていない。	「非常災害時マニュアル」を作成し、年2回の避難訓練を行っています。消防署への通報訓練は、職員が模擬的な形で実施しています。災害用備蓄品は建屋内に、水・食料を、屋外倉庫に備品・介護用品などを保管しています。	避難訓練は2回とも、日中の時間帯を想定して行っています。消防署からの指導はない様ですが、夜間帯を想定しての夜勤者対応の訓練も期待されます。

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
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。	介護をする際に声掛けしてから行うようにしている。ご本人の意思を尊重し人格・尊厳を傷つけない対応・声掛けを行うようにしている。	「認知症ケアマニュアル」や法人での「実践者研修」を受講し、対応について学んでいます。利用者の気持に配慮し、声かけをしてから何事も促すよう心掛けています。馴れ馴れしい言葉遣いをしないよう注意し、名前も「さん」づけで呼ぶなど配慮しています。	
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。	ご本人様と日常的に話をし、希望に添える限り対応しているが、最終的にはご本人様に自己決定していただく。ご本人の自己決定に出来る限り添えるようにするが、難しい場合は代替案を提案している。		
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。	ご本人様の生活ペースを重視し、生活ペースを崩さないようにしている。施設としての時間配分に捉われず、本来のご本人様の時間配分を尊重している。		
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。	ご自分で更衣など出来る方にはご自分で行っていただき、介助を必要としている方に関してはご本人に声掛けし確認している。		
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。	ご本人様の嚥下状態に合わせた食形態を提供している。食事の準備を一緒に出来る方がいられない為、スタッフが準備している。片付けは出来る方に声を掛けスタッフと一緒にしている。	メニューと食材を外部の食材会社から仕入れ、主食(米飯)や汁物は調理担当の職員が調理し提供しています。磁器の食器を使い、盛り付けを工夫し、美味しく食べられるよう配慮しています。利用者は下膳などを行い、残存能力の発揮に努めています。	

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
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・水分量を確認出来るよう記録に残している。水分などの摂取量が少ない場合はご本人の好みに合わせるなど配慮している。		
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。	口腔ケアを自立で行える方は自立で行ってもらい、出来ない方には介助にて行っている。訪問歯科の契約を希望される方は契約してもらい、口腔内の管理をしていく。歯科衛生士の指導の下、介護スタッフの口腔ケア知識や介助の仕方を学んで行っている。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	排尿・排便間隔を把握し、定時でトイレ誘導を行い、トイレで排泄出来るよう対応している。	「排泄チェック表」に記録し、排泄パターンを把握しています。自立出来ない個々にタイミングを見計らって声かけや誘導を行っています。入居してからトイレ後に自分で立ち上がることが出来るようになり、改善が見られた人もいます。	
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。	看護師と協力の元、排便間隔や排便リズムを把握し、トイレに座り腹圧を掛けるよう対応している。必要性があれば、看護師より腹圧を掛けてもらい排便がスムーズに出来るよう介助している。		
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。	週2回、安全に入浴出来るよう曜日をある程度固定している。また、暖かい時間に入浴出来るよう時間配分している。脱衣所・お風呂場の温度の寒暖差を作らないよう環境整備している。	日曜日を除き週2回を基本に、体調に合わせて入浴しています。2階の機械浴と3階の一般浴があり、利用者の状態に応じて使用しています。脱衣所の空調設備により安心して入浴ができるよう配慮しています。柚子湯などで季節感も取り入れています。	

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
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。	日中の静養はご本人の希望を尊重している。日中、夜間とも安眠出来るよう室内の温度管理をし、定期的にはリネンを交換し清潔を保持している。		
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。	薬局より処方された処方箋をフロアの個人ファイルにファイリングし閲覧できるように対応している。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。	ご本人様の喜びや張り合いを自己表現出来ない方が多く、十分対応出来ない。		
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るように支援している。	スタッフの人員的に常に外出希望には沿っていない。年間通して何日か、行事レクリエーションとして外出レクリエーションを計画している。その際には何名かの利用者様に希望を聞き取り計画している。	戸外への外出機会はそれほど多くありませんが、出来るだけ周囲の散歩に出かけるよう努めています。「花菜ガーデン」でのバラの鑑賞や「ショッピングモール」での飲食なども行っています。建物の階段や踊場での外気浴も取り入れています。	
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。	お金はご家族から預り金を預かり施設で管理している。ご本人様の購入希望があった際には預り金から購入し収支報告をご家族に送付している。		

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。	手紙を書ける人はいないが、ご家族と電話で話したいとの意向があった際には施設の電話で掛ける事が出来る。			
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。	共用スペースの清潔を保ち清掃を行っている。季節感を感じる花を飾ったり、ご利用者様の作品を飾ったりし、自宅で生活している環境を整えている。	リビングは2階・3階のため、見晴らしもよく明るい室内となっています。小上がり(和室)はボランティアの演奏や手品の披露の場に利用しています。利用者と職員共同で大型のカレンダーを楽しみながら作成し、掲示しています。クリスマスツリーを飾り、床暖房の快適な空間となっています。		
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。	ご利用者様は席の移動を拒否される事が多く、隣同士の方と会話される事が多い。トイレでは他の方が誤って開けてしまわないよう声を掛ける対応をスタッフがしている。			
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	自宅で使用していた家具などでご本人が落ち着いて生活出来る空間を作っている。	介護ベッド・エアコン・カーテンが備え付けとなっています。リネン交換は週1回行っています。夜間は離床に対応する簡易センサーを設置しています。利用者はチェスト・椅子・テレビ・人形などを持ち込み、思い思いの落ち着ける部屋作りをしています。		
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。	ご自分の部屋が分からなくなる方分は分かるよう明記し、トイレの場所も視覚で確認出来るよう表示している。			

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)	○	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。	施設理念を朝の朝礼で唱和し、共有するよう努めている。共有を全スタッフに共有できていない部分がある。		
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。	地域主催の行事への参加・施設行事の地域からの参加を募り、地域とのつながりが切れないよう交流を図っている。		
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。	市で行っている、地域包括ケア推進事業に登録している。元気応援ポイント事業に参加し、ボランティアの方に実際に施設で認知症の方の理解を深めている。		
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カ月に1回、施設利用のご家族にも参加していただき、現状報告をおこなっている。そこで出た意見や協議した内容を併設施設で共有し連携を図り、サービス向上に活かしている。		
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。	市町村とは事故報告書・集団指導等での関わりのみを行っている以外は行っていない。		

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。	研修で身体拘束に関して学習する機会を持ち、身体拘束は基本、行っていないが、認知症のご利用者様の離脱防止の為、玄関・エレベーターはナンバーロックになっている。非常階段はダブルシリンダーになっている。ご家族に契約時に契約書に記載している身体拘束防止の内容を説明し署名・捺印をいただいている。		
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。	研修で高齢者虐待について学び、定期的に全スタッフに自己チェック表を記入し提出してもらっている。また、ご家族に対して契約時に契約書に記載している通報義務を復唱し理解をいただいている。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。	必要性があるご利用者様がいない為、学ぶ機会を持っていない。今後、学ぶ機会を作っていく。		
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。	契約時に書面・口頭で説明し署名、捺印をいただいている。改定の際には、本部で書類作成し全ご利用者様のご家族に説明・捺印をいただいている。		
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。	運営推進会議にご家族代表に参加していただき、ご家族からの気付きや要望を話せる場を設けている。そこで頂いた意見を法人・施設内で共有している。		

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
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。	職員と個別面談や全体会議を行い、職員の意見を吸い上げるよう時間を設けている。その意見を代表者に伝える必要があると管理者が判断した際には法人に伝えている。		
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。	管理者が、職員個々の面談・査定を行い、法人に報告・連絡・相談をおこなっている。		
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。	施設内・施設外の研修制度に取り組んでおり、業務に必要な研修を受けれる環境を整えている。月に1回は施設内で研修を行い、専門職の看護師からの研修もおこなっている。		
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。	同法人内で会議を主催し、意見交換をする場を設けている。		
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。	入居前にご本人のアセスメントを行い、入居後のご本人様の様子観察・訴え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。	ご契約前にご家族から現状を聞き取り、生活をする上での困り事、サービスを利用するに至った経緯などを傾聴を行っている。		
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。	アセスメントをする際にご本人様・ご家族様の困りごとを傾聴し、必要なサービス、対応をケアプランに載せ、スタッフに周知、対応している。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	介護度の重い方に対しては介護力が必要となり、ご本人様が受け身になりがちである。介護度の軽い方に対してご本人の出来る所は極力おこなってもらい、自立心を損なわないよう配慮している。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	ご本人様の対応を施設内のスタッフで完結せず、ご家族に都度、連絡、相談しご家族とご本人に繋がりが途切れないう対応している。ご家族が出来る所は極力ご家族に対応してもらっている。		
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。	自宅の近隣の施設でない方が多いので、馴染みの場所との関係は途切れてしまっている。馴染みの人との関係は面会等に来られ繋がりを継続していただける方もいるが、全ての方が繋がりを継続しているわけではない。		

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。	利用者間でのトラブルが発生した際にはスタッフが間に入り対応している。また、ご利用者様同士が関わりを持てるよう会話の糸口や座席の配慮をしている。		
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。	契約終了とスタッフが連絡をする事はないが、管理者・ケアマネージャは必要性があれば対応している。		
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。	ご本人様の生活のQOLを大切にし、可能な限り意向に沿えるよう対応している。困難な場合はきちんとご本人に説明し代替案がないかご本人様、ご家族様と協議するようにしている。		
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	契約前のアセスメントの段階で確認している。アセスメントで聞き取れなかった細かい部分はご本人様との日常の会話の中で把握している。		
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。	利用者様の様子を記録し、どのスタッフも把握出来るようにしている。普段と違った様子の際には日誌に記載し、勤務外のスタッフも後日、把握できるようにしている。		

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
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。	ケアプランを基本に日常のモニタリングを毎日、スタッフがチェックし、月1回の全体会議で個々の利用者様の対応を話し合っている。また、状態の変化があった際にはスタッフ・看護師・ケアマネージャ・ご家族・ご本人様参加の担当者会議を開催している。		
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。	介護記録に記載してある内容を把握し、介護保険の更新時や区分変更の際には、計画作成担当者・ケアマネージャ・スタッフ間で介護計画を見直し、ご家族にも介護計画書の内容を熟知していただき、ご家族の意見を反映している。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	ご本人様やご家族の状態・環境の変化の際には施設で出来る限りの対応を行うが、施設での対応が今後、難しくなる見通しがある際には関連施設などの情報をご家族に説明している。その際にはご家族の相談援助対応をしている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	地域行事や社会福祉協議会主催の行事等に参加できる時は参加するようにしている。施設内へボランティアの方に来てもらい生活の中で楽しい時間を持つようしている。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	かかりつけ医に対して不満をもっているご家族もいられる。かかりつけ医と事業所の考え方の違いもあり、関係性が高いとはいえない。かかりつけ医で対応困難な際にはご家族に受診の依頼をする事もある。		

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
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中であ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。	週1回の訪問看護。週、3日の看護師が勤務に入っている。日常の体調管理・緊急の体調の変化をスタッフが看護師に相談出来る体制を取っている。普段の様子を看護師を把握し日常の体調の変化に気付けるように人員配置をしている。		
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。	入退院時、スムーズに対応出来るようにソーシャルワーカーと連絡・連携を図り退院後、施設生活の戻れるよう対応している。		
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。	往診医・看護師・介護支援専門員・ご家族と話し合い意向を確認する。ご家族の意向に沿える部分と沿えない部分を明確にし施設で出来る限り生活支援していく。施設として出来ない場合は関連施設にスムーズに繋げていけるよう支援していている。		
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。	急変時の応急手当の訓練は行っていない。		
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。	防災訓練等を行い、非常災害時の訓練は行っている。運営推進会議で地域の防災訓練の案内を受けているが、現在参加は出来ていない。		

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
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。	介護をする際に声掛けしてから行うようにしている。ご本人の意思を尊重し人格・尊厳を傷つけない対応・声掛けを行うようにしている。		
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。	ご本人様と日常的に話をし、希望に添える限り対応しているが、最終的にはご本人様に自己決定していただく。ご本人の自己決定に出来る限り添えるようにするが、難しい場合は代替案を提案している。		
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。	ご本人様の生活ペースを重視し、生活ペースを崩さないようにしている。施設としての時間配分に捉われず、本来のご本人様の時間配分を尊重している。		
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。	ご自分で更衣など出来る方にはご自分で行っていただき、介助を必要としている方に関してはご本人に声掛けし確認している。		
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。	ご本人様の嚥下状態に合わせた食形態を提供している。食事の準備を一緒に出来る方がいられない為、スタッフが準備している。片付けは出来る方に声を掛けスタッフと一緒にしている。		

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。	食事量・水分量を確認出来るよう記録に残している。水分などの摂取量が少ない場合はご本人の好みに合わせるなど配慮している。		
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。	口腔ケアを自立で行える方は自立で行ってもらい、出来ない方には介助にて行っている。訪問歯科の契約を希望される方は契約してもらい、口腔内の管理をしていく。歯科衛生士の指導の下、介護スタッフの口腔ケア知識や介助の仕方を学んで行っている。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	排尿・排便間隔を把握し、定時にトイレ誘導を行い、トイレで排泄出来るよう対応している。		
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。	看護師と協力の元、排便間隔や排便リズムを把握し、トイレに座り腹圧を掛けるよう対応している。必要性があれば、看護師より腹圧を掛けてもらい排便がスムーズに出来るよう介助している。		
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。	週2回、安全に入浴出来るよう曜日をある程度固定している。また、暖かい時間に入浴出来るよう時間配分している。脱衣所・お風呂場の温度の寒暖差を作らないよう環境整備している。		

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。	日中の静養はご本人の希望を尊重している。日中、夜間とも安眠出来るよう室内の温度管理をし、定期的にリネンを交換し清潔を保持している。		
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。	薬局より処方された処方箋をフロアの個人ファイルにファイリングし閲覧できるように対応している。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。	ご本人様の喜びや張り合いを自己表現出来ない方が多く、十分対応出来ない。		
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。	スタッフの人員的に常に外出希望には沿っていない。年間通して何日か、行事レクリエーションとして外出レクリエーションを計画している。その際には何名かの利用者様に希望を聞き取り計画している。		
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	お金はご家族から預り金を預かり施設で管理している。ご本人様の購入希望があった際には預り金から購入し収支報告をご家族に送付している。		

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。	手紙を書ける人はいないが、ご家族と電話で話したいとの意向があった際には施設の電話で掛ける事が出来る。		
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。	共用スペースの清潔を保ち清掃を行っている。季節感を感じる花を飾ったり、ご利用者様の作品を飾ったりし、自宅で生活している環境を整えている。		
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。	ご利用者様は席の移動を拒否される事が多く、隣同士の方と会話される事が多い。トイレでは他の方が誤って開けてしまわないよう声を掛ける対応をスタッフがしている。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	自宅で使用していた家具などでご本人が落ち着いて生活出来る空間を作っている。		
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。	ご自分の部屋が分からなくならない方は分かるよう明記し、トイレの場所も視覚で確認出来るよう表示している。		

2019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： 2020年 3月 18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		施設を取り巻く環境が住宅街であり、土地柄、坂が多い。近隣に公園等もなく、外出しづらい環境である。施設全体の介護度が比較的重度な為、歩いて出かけるのは困難である。	地域の行事に参加したり、外出レクリエーションに出かける	運営推進会議の場で地域の行事計画を把握し、参加出来る行事に参加していく。施設での外出レクリエーションは何日かに分けて外出し、少人数で安全に留意し楽しんでいただく。	12ヶ月
2		避難訓練を3施設合同でおこなってきましたが、夜間帯を想定した訓練を行っていませんでした。	年2回以上の防災訓練の内の1回を夜間想定でおこない、夜勤者の動きは連絡体制の再認識をしていく	手薄な夜間帯での消防訓練を計画し行い、日中帯の防災訓練と夜間帯の防災訓練での対応の違いを再認識する。夜間帯の連絡体制、緊急時のマニュアルの見直しも併せておこなっていく。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月