

2020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           | 株式会社 アルデバラン  |                |            |      |
| 事業所名          | グループホーム アゴラ  |                |            |      |
| 所在地           | ( 259-1212 )<br>神奈川県平塚市岡崎6200-1  |                |            |      |
| サービス種別<br>定員等 | <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護<br><br><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2年8月20日  | 評価結果<br>市町村受理日 | 令和2年11月10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 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階 |               |            |
| 訪問調査日 | 令和2年9月30日                           | 評価機関<br>評価決定日 | 令和2年10月28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)】

|  |
|--|
| <p>グループホームアゴラは、平塚市西部の閑静な住宅街の一画にあります。アクセスは、JR「平塚」駅北口又は小田急小田原線「伊勢原」駅南口から神奈中バスを利用できます。運営母体は神奈川県のほか、群馬県、栃木県などで、介護老人保健施設、小規模多機能型居宅介護施設、グループホームなど、地域の福祉サービスを手掛けている医療法人グループで、事業所は、このグループ所属の株式会社が運営しています。事業所のある建物はグループホーム、看護小規模多機能型居宅介護施設、訪問看護ステーションからなり、連携した取り組みを展開しています。</p> <p>&lt;優れている点&gt;<br/>看護職員が週1回勤務し、利用者の体調などの情報共有をきめ細かく行っています。事業所建物内に看護師が常駐しているので、医療的な措置を必要とする場合や緊急性の高い状況が生じた場合は、すみやかに看護師の対応を仰ぐことができます。</p> <p>&lt;工夫点&gt;<br/>介護計画を作成するにあたって、モニタリングでは利用者全員の状況を○・△・×の印で簡易チェックができる一覧表を作成し、毎日、職員が記載しています。△や×の記載が目立ってきた場合は、職員から状況の詳細を聴き取り、その内容に応じて介護計画の見直しを行っています。</p> |
|--|

### 【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。<br>(参考項目：23, 24, 25)   | <input type="radio"/> | 1, ほぼ全ての利用者の<br>2, 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<br>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。<br>(参考項目：18, 38)           | <input type="radio"/> | 1, 毎日ある<br>2, 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>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。<br>(参考項目：38)                 | <input type="radio"/> | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：36, 37) | <input type="radio"/> | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：49)                | <input type="radio"/> | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：30, 31)      | <input type="radio"/> | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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、安心して暮らしている。<br>(参考項目：28) | <input type="radio"/> | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：9, 10, 19)  | <input type="radio"/> | 1, ほぼ全ての家族と<br>2, 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>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。<br>(参考項目：9, 10, 19)                  | <input type="radio"/> | 1, ほぼ毎日のように<br>2, 数日に1回程度ある<br>3. たまに<br>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。<br>(参考項目：4) | <input type="radio"/> | 1, 大いに増えている<br>2, 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くいない        |
| 66 | 職員は、生き活きと働いている。<br>(参考項目：11, 12)                                       | <input type="radio"/> | 1, ほぼ全ての職員が<br>2, 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2, 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>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<br>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。 | 「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」この理念は、地域密着型の施設であることをふまえたもので玄関に掲示し、朝礼で職員が唱和し、ホームでの生活と地域との交流の中で実践しています。           |   |
| 2                 | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>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。                     | 地域行事が現在中止になっており、地域との交流を現在持っていない。  | 地元の自治会に加入しています。例年であれば利用者は「福祉祭り」など地域行事を楽しんでいます。「認知症サポーター研修」や市社会福祉協議会主催の「ひらつか元気応援ポイント事業」に参加し地域との交流を深めています。新型コロナ対応のため、現在は見送っています。 | 現在は新型コロナウイルスへの対応で、地域交流が滞っていますが、これまでの様々な事業の成果をふまえ、状況の改善を見ながら、地域に密着した事業の再開とさらなる充実が期待できます。 |
| 3                 |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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。                   | 地域の人や身近なご利用者様家族・身近な人の相談に乗ったり、支援共有を行っている。                                | /  | /   |
| 4                 | 3    | ○運営推進会議を活かした取組み<br>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。 | 運営推進会議の開催を見送っているが、施設での現状を伝える為、運営推進会議の資料を届け、意見を聞く対応を取っている。               | 通常であれば、隔月開催の運営推進会議には、家族の代表のほか自治会長、民生委員、ホーム管理者などが出席し、利用者の状況などについて意見交換の場としています。議事録はいつでも職員は閲覧でき、重要事項は毎月の全体会議で職員に周知しています。          |   |
| 5                 | 4    | ○市町村との連携<br>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。平塚市主催の平塚元気ポイント事業に参加しているが、現在、受け入れを中止している。              | 月1回、市の所管課の相談員による利用者への聴き取り調査を実施していましたが現在は滞っており、連絡事項は電子メールでやり取りしています。年1回、行政が主催する会議があり、市内事業者が出席して意見交換や相談を行っています。                  |   |

| 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<br>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。定期的に研修を行ない、身体拘束を行なわない対応のケアの周知を行っている。 | 年3回、身体拘束に関する職員研修を実施し、職員の振り返りや気付きに繋がっています。「身体拘束マニュアル」を整備するとともに、利用者の立場に立ち職員相互に注意を払えるよう身体拘束委員会を年3回開催し、夜間勤務の職員なども含め、職員全員で情報共有しています。 |                   |
| 7    |      | ○虐待の防止の徹底<br>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。                                      | 定期的に高齢者虐待防止法の勉強会を開催している。全スタッフ対象に個人チェック表の記入や、虐待を見過ごさないを念頭に報告義務について日頃から説明している。        |   |                   |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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。                                 | 成年後見制度を開始したご利用者様がいられる為、事業所で学ぶ場を作り今後理解を深めていきたい。                                      |   |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>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<br>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。                          | 日用品の準備を家族に依頼し、ホームに来院する機会を設けるようにして、来院の際は利用者の日常の様子を伝え、メールや電話でも常にやり取りを欠かさないよう対応しています。利用者及び家族等の意見や要望は、担当者会議で情報共有しています。              |                   |

| 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<br>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。                                      | 管理者が職員の意見を法人に伝える体制を取っている。                     | 職員とは定期的に個別面談を実施するとともに、必要に応じて随時職員への声掛けを行い、コミュニケーションを図っています。職員の要望を基に介護に関する知識の向上と資格取得のため、実務者研修をはじめ各種講座を受講できるよう努めています。 |                   |
| 12                          |      | ○就業環境の整備<br>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。      | 定期的に面談・査定を行い働きやすい環境作りに反映できるよう整備している。          |  |                   |
| 13                          |      | ○職員を育てる取組み<br>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。          | 法人内の研修制度を取っており、希望者は受講できる体制を取っている。             |  |                   |
| 14                          |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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。                 | グループホーム内へ馴染みの人が面会等に訪れ関係性が途切れないよう開かれた場所の提供に努めている。         | 契約時に行う家族に対するアセスメントや利用者との日常会話の中から本人の人間関係や習慣、馴染みの場所等についての情報を得ています。来訪者は面会簿で記録し、美容院や墓参りに家族と出かけるなど、利用者の意向を尊重しています。 |                   |

| 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<br>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<br>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<br>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。ご本人様の生活リズムに合わせた時間配分に配慮している。 | 利用者の好きなものや好きなことなどレクリエーションの開催などの中で引き出す工夫をしています。身体の状態の変化に応じてアセスメントを行い、きめ細かな介護記録を作成し、職員や看護師相互で申し送りをし、情報共有と利用者の意向の把握に努めています。 |                   |
| 24                                |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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<br>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<br>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。                         | きめ細かな介護計画を作成するため、モニタリングでは簡易チェックできる一覧を作成し毎日、職員が記載しています。△や×の記載が多くなった場合は職員から詳細を確認し計画書の見直しに反映しています。計画書作成は事前に家族から意見を聴き行っています。 |                   |
| 27   |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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<br>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<br>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受け入れ態勢を整えている。                     |  |                   |
| 30   | 11   | ○かかりつけ医の受診診断<br>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ひする等、逐一、連絡を取っている。            | 受診は本人や家族の意向に沿い、事業所の協力医の訪問診療（月2回）又はかかりつけ医を選択することができます。看護職員は週1回勤務し、同一敷地内の訪問看護ステーションに看護師が常駐し、緊急時など速やかに対応することができます。          |                   |



| 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 |
| 31   |      | ○看護職員との協働<br>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<br>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。  | 入院後、医療機関と連携し、必要な情報を提供している。退院後、元の生活に戻れるよう退院前に病院関係者と連携を図っている。                          |  |                   |
| 33   | 12   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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。 | 契約時に本人と家族に「重度化対応・終末期ケア対応指針」に基づき説明し、同意を得ています。終末期の対応に当たっては、同一敷地内に併設している看護小規模多機能型居宅介護施設に移管し、終末期ケアを行っています。 |                   |
| 34   |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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<br>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。              | 避難訓練は利用者及び職員が参加し、年2回実施しています。地元自治会と話し合い、災害時には相互に協力し合うよう同意を得ています。災害用の備蓄食糧や水は3日分保管し、保存期限を記録し確認しています。      |                   |

| 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 |
| <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<br>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。    | 利用者に対する言葉遣いや声にならない声をくみ取れるよう研修時に事例を挙げて話し合っています。個人情報の取り扱いに関しては、契約時に家族に説明し同意を得ています。職員は誓約書に基づき守秘義務について徹底を図っています。 |                   |
| 37                              |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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<br>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<br>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<br>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。 | 食材は外部業者から仕入れ、調理は職員が行っています。正月には重箱で配膳するなど季節感を味わえるよう、工夫しています。利用者の介護度に応じて、おやつやレクリエーションなど時間に、できる範囲での手伝いを頼んでいます。   |                   |

| 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<br>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<br>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。希望者は訪問歯科と契約してもらい、口腔状態の維持に努めている。 |   |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<br>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。                               | 利用者個々の「排泄表」を作成し、排泄パターンを基に基本的な排泄介助（排泄の声掛けやおむつの交換）を行っています。更に、排泄自立化に向け、この記録表を基に訪問診療医や看護師と連携しながら排便のコントロールに取り組んでいます。       |                   |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>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<br>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。                     | 利用者の健康状況や要望を織込み曜日と時間を決めて入浴を行っています。衛生管理として、足マットの交換や浴室の消毒は一回毎に行っています。入浴を嫌がる利用者には、声掛けを時間をおきながら継続し、職員を交代したりするなどの工夫をしています。 |                   |

| 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<br>一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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<br>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。   | 個々の利用者様の薬情・お薬手帳を管理しスタッフが必要性を感じた際に確認出来るよう個別にファイリングしている。薬の目的や副作用を十分に理解できていないスタッフもいる。 |  |                   |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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<br>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ないと言えない。家族に協力を願える方もいるが、全員ではない。                  | 外出の要望には、少人数で何日かに分けて対応しています。花見、花菜ガーデンの散策やショッピングセンターでの飲食など、機会をとらえて職員が同行し出かけています。外出が困難な利用者は、外気浴が施設内でも楽しめるよう工夫しています。 |                   |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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<br>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<br>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。                          | 清潔感のある共用スペースの維持に心がけ、共有スペースでは食事を摂ったり、テレビを観たり、レクリエーションや他の人との会話など多目的に活用しています。整理整頓や清掃は職員が行っています。共用スペースの掲示物等は利用者と協力し合って作成しています。 |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所<br>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<br>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。                             | 居室は洋室タイプで、ベッド、エアコン、照明は備え付けです。金銭の持ち込みは制限していますが、仏壇やテレビなど自宅で使用していたものは自由に持ち込むことができます。清掃は職員が行いますが、居室は日ごろより利用者自身で行う人もいます。        |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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。<br>(参考項目：23, 24, 25)     | <input type="radio"/> | 1, ほぼ全ての利用者の<br>2, 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<br>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。<br>(参考項目：18, 38)             | <input type="radio"/> | 1, 毎日ある<br>2, 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>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。<br>(参考項目：38)                   | <input type="radio"/> | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：36, 37)   | <input type="radio"/> | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：49)                  | <input type="radio"/> | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：30, 31)        | <input type="radio"/> | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：28) | <input type="radio"/> | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：9, 10, 19)  | <input type="radio"/> | 1, ほぼ全ての家族と<br>2, 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>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。<br>(参考項目：9, 10, 19)                  | <input type="radio"/> | 1, ほぼ毎日のように<br>2, 数日に1回程度ある<br>3. たまに<br>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。<br>(参考項目：4) | <input type="radio"/> | 1, 大いに増えている<br>2, 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くいない        |
| 66 | 職員は、生き活きと働いている。<br>(参考項目：11, 12)                                       | <input type="radio"/> | 1, ほぼ全ての職員が<br>2, 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2, 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>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<br>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<br>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。                    | 地域行事が現在中止になっており、地域との交流を現在持っていない。  |      |                   |
| 3                 |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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。                  | 地域の人や身近なご利用者様家族・身近な人の相談に乗ったり、支援共有を行っている。                                |      |                   |
| 4                 | 3    | ○運営推進会議を活かした取組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。 | 運営推進会議の開催を見送っているが、施設での現状を伝える為、運営推進会議の資料を届け、意見を聞く対応を取っている。               |      |                   |
| 5                 | 4    | ○市町村との連携<br>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。平塚市主催の平塚元気ポイント事業に参加しているが、現在、受け入れを中止している。              |      |                   |

| 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 |
| 6    | 5    | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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。定期的に研修を行ない、身体拘束を行なわない対応のケアの周知を行っている。 |      |                   |
| 7    |      | ○虐待の防止の徹底<br>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。                                      | 定期的に高齢者虐待防止法の勉強会を開催している。全スタッフ対象に個人チェック表の記入や、虐待を見過ごさないを念頭に報告義務について日頃から説明している。        |      |                   |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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。                                 | 成年後見制度を開始したご利用者様がいられる為、事業所で学ぶ場を作り今後理解を深めていきたい。                                      |      |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>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<br>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<br>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。                                      | 管理者が職員の意見を法人に伝える体制を取っている。                     |      |                   |
| 12                          |      | ○就業環境の整備<br>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。      | 定期的に面談・査定を行い働きやすい環境作りに反映できるよう整備している。          |      |                   |
| 13                          |      | ○職員を育てる取組み<br>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。          | 法人内の研修制度を取っており、希望者は受講できる体制を取っている。             |      |                   |
| 14                          |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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。                 | グループホーム内へ馴染みの人が面会等に訪れ関係性が途切れないよう開かれた場所の提供に努めている。         |      |                   |

| 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<br>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<br>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<br>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。ご本人様の生活リズムに合わせた時間配分に配慮している。 |      |                   |
| 24                                |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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受け入れ態勢を整えている。                     |      |                   |
| 30   | 11   | ○かかりつけ医の受診診断<br>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<br>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<br>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。  | 入院後、医療機関と連携し、必要な情報を提供している。退院後、元の生活に戻れるよう退院前に病院関係者と連携を図っている。                          |      |                   |
| 33   | 12   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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。      | 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<br>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<br>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。希望者は訪問歯科と契約してもらい、口腔状態の維持に努めている。 |      |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<br>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<br>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<br>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<br>一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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<br>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。   | 個々の利用者様の薬情・お薬手帳を管理しスタッフが必要性を感じた際に確認出来るよう個別にファイリングしている。薬の目的や副作用を十分に理解できていないスタッフもいる。 |      |                   |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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。            |      |                   |

令和2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： 令和 2 年 11 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    | 2    | 現在、新型コロナの影響で地域交流が滞っている。状況の改善を見ながら地域に密着した施設として更なる充実を図る | 入居者を守る事を大前提で考え、施設内で感染症が発症しないよう介護職員・ご利用者様を守る事を第一に対応していく | 施設内・施設外での感染対策に徹底し取り組んでいく。運営推進会議もコロナの影響で中断している現状の為、地域の情報収集に努め、感染症が落ち着く兆候が見られた際に再度、地域交流が円滑に行えるよう対応をしていく | 12ヶ月       |
| 2    |      |   |  |   | ヶ月         |
| 3    |      |   |  |   | ヶ月         |
| 4    |      |   |  |   | ヶ月         |
| 5    |      |   |  |   | ヶ月         |