

(別紙4) 平成 29 年度

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	0894400050		
法人名	株式会社ソラスト		
事業所名	グループホームソラスト利根		
所在地	茨城県北相馬郡利根町早尾字早尾610-1		
自己評価作成日	平成30年2月13日	評価結果市町村受理日	平成30年5月31日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaisokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhou_detail_2017_022_kani=true&Jigvsvocd=0894400050-00&PrefCd=08&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人認知症ケア研究所
所在地	茨城県水戸市酒門町字千束4637-2
訪問調査日	平成30年3月27日

【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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・職員のスキルアップを上げる為、社内研修を月1回行っている。 ・認知症高齢者が明るく活動的な生活が出来ている。 ・気軽に利用者様のご家族や友人が来訪される等、地域に密着した生活が継続されている。 ・提携医とは24時間連絡可で医療的支援が出来ている。 ・環境面では安心して生活出来る様、感染対策等細かい面での支援が出来ている。
--

全国展開している事業所である。全28か所のホームの中で、利用者のレベル低下が著しい現実はあるが、管理者の食に対する姿勢が浸透しており、利用者と一緒に買い出しに行き、1日30品目の食材を取り入れた食事(ショートの栄養士に相談)を提供している数少ない事業所の一つである。医療連携は24時間ホットラインで相談・指示がもらえ、職員が不安になることは無い。職員にはスキルアップに向けて毎月1回の社内研修を開催し、管理者・職員共にケアの質の向上に取り組んでいる。地域密着型の継続支援として、日々、買い物や散歩に出かけて顔なじみの人と挨拶を交わす。事業所主催のイベントには地域住民も参加し、利用者・家族・ボランティアの方々と楽しいひと時を過ごしている。地域交流を通して事業所・認知症に対する理解を得て、介護・福祉に関する相談を受け、アドバイスや関係機関に繋げている。行政主催のイベントや勉強会に参加し行政との協力関係は深い。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんど掴んでいない	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
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	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○ 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 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	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が拡がったり深まり、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	66	職員は、活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
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	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
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	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. ほとんどできていない
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			

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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ふ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	地域において馴染みのある環境の中で管理者、職員一同「おもてなし」の心を共有し取り組んでいる。	法人の『おもてなしと元気』を基調にしたケアの提供に努めている。利用者のその人らしい豊かな暮らしの実現に向けて管理者・職員と話し合い、統一したケアの提供に努めている。会議や申し送り時に管理者から話があり、理念を共有して実践に繋げている。職員は利用者のその時の気持ちを受け入れている。	
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	毎日の散歩を通して近隣の方々と挨拶を交わす事で、馴染みの関係が出来ている。地域の学校の生徒さんがボランティアを通して施設との距離が近くなり交流が出来ている	お天気の良い日は近場を散歩して地域の方と挨拶を交わし、事業所を拠点とした馴染みの関係が出来ている。小・中学生がボランティア活動で訪問してくれる。町主催のイベントや3事業所合同イベントで地域住民と交流が深まっている。民生委員・区長からの紹介で福祉・介護の相談があり、アドバイスや関係機関に繋がっている。併設施設(デイ・ショート)にボランティア(ハーモニカ・お琴・踊り・手品等)が来たときは一緒に参加して楽しんでいる。自治会には加入していないが、環境美化活動に参加している。	
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	介護相談の受付も多く、地域のかたも気軽の相談に来られている。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 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	運営推進会議で具体的なサービス内容や取り組みを報告し、意見交換をしながらサービス向上に取り組んでいる。	民生委員(2名)・自治会長(2名)・家族(事前に電話で出欠を確認)・行政・事業所担当者の構成メンバーで2か月ごとに開催している。議題は利用状況・事業予定・報告が主であるが、その時期に合わせた感染症や熱中症等の注意点を知らせしている。席上出た意見はサービス向上に活かしている。即答できない場合は後でフィードバックしている。前回の課題となった急変時や終末期における延命確保の説明と意思承諾を説明した。欠席の家族には電話・面会時に説明。職員には会議で報告し共有している。	
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り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	行政とは、事業所の仕組み等もオープンにしており事業所の問題等も気軽に相談をしている。	担当課(社会福祉課・介護福祉課・地域包括支援センター・社協)と連絡を密にとり、良好な協力関係を築いている。小・中・高生の体験学習を受け入れている。子供110番は検討中。地域密着型連絡協議会・ケアマネ会に参加し情報交換を行っている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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 代表者および全ての職員が「介指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	2ヶ月に1回の定期的な会議により、身体拘束にかかわる研修を行い身体拘束を行わないケアに取り組んでいる	マニュアルを整備したほか、2か月に1回の研修を通して、職員は具体的な拘束となる行為・弊害を周知し、拘束を行わないで、利用者の安全・安心な生活スタイルの提供に努めている。発する言葉がスピーチロックになるかどうか研修会でも話し合い、語尾のトーンに注意をしている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法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	2ヶ月に1回の定期的な会議により、「身体拘束・虐待」に関する研修を行い、虐待に当たる行為をよく理解し防止に努めている。		
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	権利擁護や成年後見人制度に関して社内研修の場を設けている。 実際、後見人が設けられている利用者様も居る。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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・解約に関しては十分な時間をとり、内容説明を行っている。 又、1項目毎、内容を理解されているかを伺いながら進めている		
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なら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	苦情窓口及び外部申し立て機関が重要事項説明書に明示しており、それらを運営に反映している。	意見箱の設置・第3者機関名・電話番号を明示し、意見の言い出しにくい利用者・家族に配慮している。家族との信頼関係が出来ているので、直接面会時に聞き改善しており、誘導の方法について話があった。5月に家族会を開催し、意見の吸い上げに努める予定。最近、職員は名札を付けるようになり、家族とのつながりを深める工夫をした。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	月回のフロア会議において個別面談も行い運営方針を伝えている。 職員の意見も取り入れ、運営に反映させている。	毎月のフロア会議や個人面談を行い、事業所の運営方針を伝え、そこで職員の意見や提案をきき反映している。希望休や勤務体制に柔軟に対応し、働きやすい環境整備に努めている。内・外研修に参加しスキルアップに努めている。外部研修受講後は報告書を提出し、伝達研修を行って全職員で共有している。人材育成はエルダー制を導入している。	
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	シフト変更・労働時間の変更等其の都度柔軟に対応している。社内人事評価においても各自、自己評価を行い向上心がもてるよう努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
13		○職員を育てる取り組み 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	事業所内研修・社内研修等、スキルアップに努めている。		
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作り、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り組みをしている	利根町合同研修会・勉強会・施設見学などの交流を持っている。		
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 サービスを導入する段階で、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	相談を受けた際には、今必要とされている支援の見極めと、それ以外に対応出来るサービスの事例を含め提案している		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、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	相談窓口は管理者が行っており、家族からの要望・相談に関しては家族の都合に合わせた対応を心がけている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、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	相談を受けた際には、今必要とされている支援の見極めと、それ以外に対応出来るサービスの事例を含め提案している		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	利用者様には、「出来る事」を積極的に行って頂いている。(洗濯物・居室清掃・食事盛り付け等)一方的立場では無く暮らしを共にする者同士の関係を築いている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、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	いつでもご家族が来訪して頂ける様に、開放されている。時に面会時間は設けておらず自由に来訪されている。外出・集いの場を大切にして家族との絆も大事にしている		
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	家族、友人、いつでも来訪出来る様に面会時間などは特に設けおらず、外出等も気軽に出来ている。	要望があれば、手紙・電話(携帯を持っている利用者もいる)で家族や友人と連絡を取り合い、なじみの関係継続に努めている。面会も多く、家族と一緒に結婚式・外出・外食・お墓参りに出かける利用者がある。今まで通り新聞を購読している利用者がある。好みのお菓子等は買い物時に小遣いで購入している。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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	レクリエーション・散歩・外出等の機会を通してお互いのコミュニケーションを図れるよう職員は明るく穏やかな環境作りをしている		
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	契約終了においても介護相談及び近況報告などを伺い関係の継続に努めている		
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	本人との会話・家族・友人を通しての情報より、要望・意向等の把握に努めている	利用者の思いや意向は日々の会話の中から聞き、全職員で共有している。趣味・家事等から意欲とやりがいに繋げている。家族の思いが利用者と異なる場合は現状を説明し、了承を得ている。自分の思いを言葉で言い表しにくい利用者に対して、表情や様子から本人本位に検討している。	
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	ご家族からの情報は勿論の事ですが、本人からの日常会話の中から、生活状況の把握に努めている。		
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	利用者一人ひとり生活パターンを知り、個別ケアに繋げる事が出来るように努めている。		
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	本人・家族の要望を伺い、自分らしく、いかに暮らす事が出来るかをケアカンファで話し合う機会を設け介護計画を作成している。	ケアプランの重要性を利用者・家族に伝え、意見をもらい、カンファレンスで課題とケアのあり方について話し合い、時には主治医から意見を聞く。利用者を取り組めるケアプランを作成し、作成後は家族に説明し同意を得ている。ケース記録から気づきや変調をモニタリングで確認し、次の評価に繋げている。	ケース記録が簡素化されている。プランに添った提供した支援内容が見えてこないの、目標達成に向けた支援内容を具体的に記録することにより、その時の利用者の様子や変化や職員の気づき等から次の評価に繋がれるように期待する。
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	利用者一人ひとりのケース記録を作成し職員間で情報の共有を図りながらケアプランの見直しをおこなっている、又、重要事項に関しては申し送りノートを活用し介護計画の見直しに役立っている。		
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	安心して生活出来る様に家族の要望を伺い柔軟なサービスを行っている。 ※IC同席し、早期退院の交渉等もやっている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	地域ボランティアサークルの方々・民生委員の方々の協力を頂いている。災害時避難訓練には、近隣住民の協力を頂き実行している		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 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	協力医による月2回の受診対応及び直接医師との緊急連絡が出来る体制になっている。	協力医療機関から月2回の往診があり、体調管理に努めている。かかりつけ医受診は基本的には家族付き添いであるが、職員が付き添う場合もあり、受診・往診記録に記入、服薬管理簿に家族のサインをもらうことで情報共有していることが確認された。専門医の受診体制も出来ている。	
31		○看護職との協働 介護職は、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	協力医療機関の看護師とは看護相談等気軽に出来る体制に成っており、常に連絡が出来る関係が出来ている。		
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、又、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。あるいは、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。	利用者・家族の希望を伺い、治療方針・立会い・早期退院に向けて医師及び医療連携室長とも相談が出来る体制が出来ている。退院後のフォローアップも出来る関係づくりが出来ている		
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	重度化した場合は、終末期のあり方については段階的に家族との面談を行い、意向を確認しながら方針の共有を図っている。又終末期におけるマニュアルもあり、職員は研修を行っている。	重度化した場合の指針は契約時に説明しているが、具体的には段階的に確認を取り、方針を共有するようになっている。現段階では重篤な利用者はいないが、過去に看取り支援を実施した経験とターミナル時の対応マニュアルも整備して職員に研修会を開催しているので、要望に応えられる体制は出来ている。併設施設の看護師との連携は出来ている。	
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	急変マニュアルを作成しており、いつでも職員は見る事ができる。急変時の対応は職員は周知している。		
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	消防署の指導を頂き年2回の避難訓練を実施している。地域の方々にも参加頂き、夜間想定で行っています。	夜間想定も含め、消防署指導・自主訓練を3施設合同で実施し、利用者が安全に避難できる方法を職員は身につけている。地域住民とも合同訓練を実施して、協力依頼内容の構築も出来ている。備蓄品(本部から一括して届き倉庫に保管)・緊急持ち出し用品・風水害・事故対応マニュアルは整備している。安全委員会指導の下、埃から発生する自然発火に備え、コンセントの掃除を行っている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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	職員による接遇委員会も設け、利用者が認知症である事、又、それを理解しながらの言葉かけ等の対応が出来る。	接遇委員会を設け、人として利用者のプライバシーや誇りを損ねない対応を心がけている。関係書類は事務所内の鍵のかかる書庫に保管し、情報開示に関しては同意書を取り交わし個人情報保護に努めている。面会簿は個人ごと記入。	
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	利用者の思い、希望・要望等は日常生活の中で伺い、自己決定により安心して暮らせる支援をしている。		
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、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	変動の有る日程の中で、職員の都合を優先する事無く利用者の生活ペースを大切に、且尊重して要望に沿った支援をしている。		
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	利用者・家族の希望を伺い、定期的に馴染みの移動美容室を利用し、その人らしい、おしゃれや身だしなみが出来る様に支援している。		
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	ランチバイキング・季節を感じる行事食等を楽しんで頂いている。又、利用者と一緒に盛り付けや食事の後片付けなども行っている。	1日30品目取り入れたメニュー(ランチバイキング・季節の食材を取り入れた行事食も提供)を作成し、利用者の力を活かしながら一緒に買い出し・下準備・味見・下膳等をおこなっている。食検を行い、味付けや食事形態にも注意を払い、食べる楽しみを提供している。職員は休憩時間の関係で同席してないが、担当者が介食を行いながら利用者を見守り、食が進まない利用者には視線に合わせ、膝をついて話しかけ、食べる意欲を引き出す工夫があった。	
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	栄養バランスを考えて1日30品目の食材を取り入れるよう心がけている。水分は1日1500ccを目標に提供している。尚摂取量は個別の記録に記載している。		
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	利用者一人ひとりの力に沿った口腔ケア後、職員が義歯の手入れの支援を行っている。又ポリデント洗浄も実施している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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むけた支援を行っている	排泄チェック表を作成しており、個々のパターンを把握した上で声かけをし、排泄や自立に向けて支援を行っている。	排泄パターン・チェック表・表情から察知して声掛けを行い、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援に努めている。夜間おむつ対応の利用者でも昼間はリハビリ・パットで対応し、不快な思いをしないように対応している。水分・運動・食材・乳製品を取り、便秘予防策を取っている。	
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	1日1500ccを目標とする水分摂取及び適度な運動、食物繊維の多い野菜や乳製品を多く取り入れるよう努め、便秘予防の支援を行っている。		
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、個々にそった支援をしている	入浴日はおおよそ定めているが、一人ひとりの変化に対応している。ゆっくり入浴出来る様に配慮しており、希望があれば毎日の入浴も可能である。	基本的には週3回の入浴支援であるが、希望があれば、毎日でも入浴は可能である。ゆっくりと入浴してもらえよう拒否があった場合は無理強いはいしない。季節のゆず湯・菖蒲湯を提供したときは、昔の話が聞ける。皮膚感染予防対策として足浴を実施し、足ふきマットは個人毎に取り替えている。着替えの用意は利用者に任せているが、職員が手伝う場合もある。パジャマ・普段着は毎日洗濯している。	
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	一人ひとりの習慣に合わせた居室内での昼寝、リビングの和室で休息が出来る様に支援している。居室の室温は職員が調節しており冬季は湯たんぽを使用し安眠出来る様に支援している。		
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	誤薬を防ぐ為、職員は服薬している薬の目的、副作用、用法、用量について把握している。服薬時には本人と薬袋記載項目を行うと共に薬の変更があった場合は効能も含め医師に報告を行っている		
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	利用者の「出来る」事を職員は把握し、食事の盛り付け、洗濯物たたみ、お膳拭き等一緒に行っている。利用者からの「生活の知恵」を頂きながら、支援している。		
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。又、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	お天気・体調の良い時は、ほぼ毎日近所に散歩に出かけている。家族も積極的に外出に協力を頂いている。	天候・体調が良ければ、毎日、近隣を車いすの利用者も一緒に散歩に出かける。時にはバルコニーで日差しを浴び、五感の刺激を受けている。季節のイベント外出も行く。外食支援は家族にも声掛けをし、一緒に楽しく過ごしてもらっている。家族と一緒に市民会館で開催された歌謡ショーに行ったり、職員運転で姉妹の自宅まで訪問したことがある。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	家族からお預かりしている中で近隣の商店等に出向き、ご自分のお好きな物の買い物を楽しまれている。		
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	利用者の手紙や電話の取次ぎは自由に行っている。		
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	全館バリアフリーに成っており4箇所あるトイレは全て車椅子対応になっている。リビングには馴染みのある心地よい音楽が流れており、利用者が心地よい環境の中で生活が出来る様、支援している。	広々とした共有空間は、動線を考慮し余計なものを置かないようにしている。リビングのソファに座り、BGMを聞きながら、のんびり過ごしている利用者の姿があった。利用者同士が世話し合う光景があり、ほのぼのとした感じがかった。居室・リビング等のエアコンの掃除は定期的実施している。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	和室で休憩を取られる方、テレビの前のソファで寛ぐ方など思い思いに過ごす事が出来る様な空間作りをしている。		
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	馴染みの家具等のお持込をされ、家族の写真やなくなられたご主人の写真などもお持込頂いています。	居室入り口に表札を掲示し、混乱防止に努めている。事業所が用意したチェスト・ベッド・加湿器(夜勤者が毎日掃除)以外は、夫々に馴染みのダンス・テーブル・椅子・テレビ・仏壇・キーボード等を安全面に配慮し設置している。家族の写真や遺影を飾り、自宅に居た時と同じような居室となっている。掃除は主に職員が実施している。	
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」「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	建て屋はバリアフリーに成っており廊下及びトイレにも手摺が設置されている。コンセントの高さ等にも工夫がされています。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホームソラスト利根

目標達成計画

作成日: 平成 30 年 5 月 25 日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。
目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【目標達成計画】					
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	10	プランに添って提供した支援内容がケース記録では簡素化されている。	プランに添った支援内容を具体的に記録し、目標達成に向けて行く	ケース記録の帳票を新しく作り直し、利用者の状況や職員の気づき等が、記載しやすい様に改善する。 ※既に帳票は新しくなり、利用者への支援内容が記録しやすく成っている、	1ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注)項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入して下さい。