

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	1490800396	事業の開始年月日	平成29年12月1日
		指定年月日	平成29年12月1日
法人名	株式会社ソラスト		
事業所名	グループホーム ソラスト西柴		
所在地	236-0017) 神奈川県 横浜市 金沢区 西柴 2-28-8		
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	6 名
		ユニット数	1 ユニット
自己評価作成日	平成30年6月20日	評価結果 市町村受理日	平成30年9月14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)】

西柴は、地域のコミュニティのつながりが豊かで濃厚な場所です。その中に、地域協力をもっとも要とする私たちのグループホームが存在することの幸運・大変恵まれている事に感謝しています。また、自然も豊かで眺望も素晴らしく、農園もそばにあり季節ごとの花畑や野菜の育成を愛でる事ができます。ほぼ毎日、散歩コースとして楽しんでいます。入居者も高齢化していますが、皆さま、ご自分の足で歩行されています。居室に続く階段も注意深く上り下りされ、日々の散歩がADLがよく保たれている所以だと思います。4月から、訪問看護師さんが週1回訪問され、医療連携がますます強化されました。職員の6割が介護福祉士の有資格者である事も特筆すべき事柄です。

【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	平成30年7月18日	評価機関 評価決定日	平成30年8月22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)】

事業所は京浜急行線金沢文庫駅よりバス、最寄りバス停「西柴四丁目」下車、徒歩数分のところに位置しています。高台にあり、広い農園や豊かな自然に接した眺望の良い住環境です。住宅地に隣接し、民家を思わせる2階建ての建物で、開設後15年経っています。昨年運営法人が変わっています。法人母体はグループホームの他、通所介護事業所や訪問介護事業所、居宅介護支援事業所、保育園など幅広く福祉の事業所を展開しています。

<優れている点>

皆で作った理念のもと、一人ひとりの個性を尊重し、自立に向けた支援に取り組んでいます。理念は「お互いに認めあって、彩りのある生活を送りましょう」です。理念と共に年度目標を作成し、内部研修や職員の働きやすい環境作り、定着率の向上などを掲げています。開設以来6人と小規模なので、利用者や職員は家族的な信頼の絆で結ばれています。職員は利用者それぞれの残存能力を引き出すため、余計な援助は控え、声掛けと見守りに徹しています。入居後は、声掛け、排泄誘導のケアにより、おむつを使用しない、居室清掃も自ら行うなど自立支援に努めています。

<工夫点>

生活の中の日常生活動作の維持向上。1階の食堂・リビングから2階の居室への往来は、エレベーターもありますが、主に階段を使用します。広い昇降階段には中央に昇降手摺を設け、日頃の上り下りがリハビリの一つとなっています。

【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 ソラスト西柴
ユニット名	1ユニット

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ます。 (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、生き生きと働いている。 (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
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。	管理者と職員は、法人の理念を記したリーフレットをよく読み込み、レポートを提出するなどして、把握し、また実践に努めています。	現在の事業所の理念は従来のものを見直し、管理者や職員で話し合っ独自に作り上げたものです。利用者一人ひとりの個性を尊重し、あるがままを受け入れ、理念の実践に努めています。理念は折にふれミーティングの場などで確認し、共有を図っています。	
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。	好天の時等、なるべく近所を散歩し、行き交う人にあいさつを交わしています。花壇のお花を下さる方もいらっしゃって感謝しております。	自治会に加入し、回覧で地域の情報を得ています。自治会館での食事会に交替で参加したり、絵画展の見学など地域の人達との交流を図っています。中学生の体験学習や紙芝居、三味線、オカリナなどのボランティアが来訪し、利用者と触れ合っています。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	毎年、地域の中学校からのインタビューや、職業体験を受け入れております。また、ホームでイベントがある時は、ご近所の方もご招待する様に努めています。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	毎回、地域や、民生児童委員の方が参加して下さり、貴重なアドバイスを頂いております。内容をスタッフミーティングの時に披露して話しあっています。	2ヶ月に1回開催しています。メンバーは、地域の代表（老人会代表）、民生委員、地域包括支援センター職員、家族です。活動報告の他、重度化の指針、地域の行事、ボランティアの紹介、他事業所の情報などの意見交換、情報交換があり、事業所の運営に活かしています。	
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる。	介護相談員の方が隔月に訪問され、市の高齢・障害課と情報を共有しています。生活支援課の方とも電話で連絡を取り合い、様々な手続きを支障なくおこなっています。	運営推進会議の報告や要介護認定の申請代行など行政と連携しています。介護相談員の受入れもしています。市主催の身体拘束廃止などの研修に参加しています。年4回開催するグループホーム連絡会に参加し、他事業所と情報交換しています。	

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。	代表者及び全ての職員が、入居者の尊厳を尊重したケアを心掛けています。職員の不適切な発言がない様、スタッフミーティングや、毎日の引き継ぎ時に注意・喚起を促しています。	事業所の方針は重要事項説明書に謳っています。さらに内部研修で周知し、身体拘束の弊害について職員は承知しています。不適切な言葉があればミーティングなどで注意、啓蒙を図っています。玄関ドアは夜間以外は開放しています。職員は利用者に外出の気配があれば見守り同行しています。	
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。	管理者や職員は、入社時研修のCDや冊子を受講し、各自レポートにまとめています。また、スタッフ間、入居者間どちらにも精神的・外傷的虐待が生じない様、努めています。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。	管理者や職員は、成年後見制度を必要とする方に、案内と説明をし、家庭裁判所を通じて後見人を引き合わせる事ができました。その方には月に1回、訪問され、支援が続いています。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	新しく入居される方や、退居される方には、利用契約書に基づき書面にて説明しています。また改定時にも、必ず説明を行い、家族からの承諾を書面にて交わしています。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	家族の方とは、運営推進会議や普段の面会の時、電話または、パソコンメールを通じて意見・要望を共有し合っています。	家族の面会時や運営推進会議の場で家族の要望や意見を聞く機会を作っています。毎月利用者一人ひとりの生活状況や心身の状況などを写真を添えて報告し、家族とのコミュニケーションを図っています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。	代表者や管理者は、日々の業務の中から、職員の意見・要望を聞く様に努めています。スタッフミーティングを開いて、意見を交換し合っています。	毎月のミーティングや毎日の申し送りの際、職員の要望や意見、提案を聞いています。シフトの作成には職員の希望を生かしています。利用者一人ひとりのケアや事業所の行事、イベントなどの要望や企画提案は運営に反映しています。	
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。	代表者は、本社取組みの「サンクスポイント」の制度や、月毎に職員に配分できる「オヤツ」等、還元できるシステムは逃さず提供する様、努めています。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	代表者は職員に、本社における研修や、かなふくセミナー、地元の研修会等、受講案内を行っています。研修終了後は、ミーティングを通して、情報共有に努めています。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている。	代表者は、グループホーム連絡会の定例会を通じ、情報共有を行っています。その際、相互訪問等の活動、勉強会を企画しています。まだ、実現してはいませんが。		
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。	始めに見学される段階で、ご本人の希望に沿ったホームかよく見て頂き、家族の様子を確認しながら、より良い支援の方法を、スタッフやご家族と一緒に模索しながら、進めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている。	入居段階で、ご家族の困っている事、意向を聞き、ケアプランに反映させます。それを元に、職員と共に支援を行うよう、努めています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	ここに至る前の情報を聞き取りし、ホームに移る事によって、何が変わるか、何か不具合を起しはしないか、またどんな支援が必要か等、十分サービスを見極めています。		
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。	職員は、職員と一緒に、掃除・お茶の用意・洗濯物たたみ等、できる家事を本人にお願いしています。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	家族の方に、本人の生活援助記録等を通じて、状況を把握して頂く様、努めています。なるべく会いにきて頂きたいので、ちょっとした買い物や、用事でも連絡してお願いし、本人の生活を支えて頂いています。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	本人がよく買い物に行ったというスーパーや、お墓詣り等、機会を設け、車でお連れする様、努めています。	入居前に、墓参りや一時外泊、外食などの生活習慣を聞き、入居後も家族の協力で継続の支援をしています。買い物や歌、花の鑑賞などの趣味や嗜好も継続の支援をしています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。	職員は、それぞれの利用者の思いを傾聴し受け止め、孤立感を起こさせない様、気をつけています。利用者同士のトラブルは、双方の意見をよく聞き、家族とも相談しながらより良い関係性が構築できるよう、支援しています。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	サービス利用（契約）が終了した方との連絡は、守秘義務の観点から、こちらから行っていません。相談があれば、できる限り支援します。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	本人のこれまでの生活状況を把握し、また集団生活になっても各々の自由な生活ができる様、支援していきます。	利用者の日常生活や会話を通して把握しています。入浴や夜間、散歩など職員と1対1の場も利用しています。意思表示の困難な利用者は仕草や行動などから汲み取ることもあります。生活歴や家族の協力で得ることもあります。	
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。	入居時の状況や基本情報を利用して、本人把握に努めています。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	職員は、入居者が毎日の暮らしの中で、できる家事や有する力を、損なわないよう、誘導・支援しています。		

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
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。	毎回、スタッフミーティングを行い、入居者の心身状態を確認し合っています。必要に応じてケアの仕方を変更し、家族の確認を得、介護計画に盛り込み、それに即したケアを心がけています。	介護計画は毎月、ミーティングやモニタリングを行い、半年ごとに担当者会議を経て見直しています。会議には職員や計画担当者、管理者が参加しています。計画書には利用者や家族の意見、医療情報が反映され、家族の同意を得て実施しています。	
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。	毎回、日勤から夜勤者へ、また逆の交代時、申し送りを行っています。重要事項は、連絡ノートを利用して全職員に伝えています。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	本人の安定した状態を重視し、そのために必要と思われる支援を、積極的に取り込める様にケアしていきます。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	町内の新聞を活用し、近くで行われる行事などに積極的に参加しています。町内自治体主催の文化祭は楽しみにしています。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	月2回は訪問診療、毎週水曜日、月4回は看護師さんが訪問されます。訪問歯科も月4回実施され、きめ細かな支援を行っています。	今年4月より内科、認知症、歯科の専門医が訪問診療を行っています。内科医は夜間対応も行い、必要時には近隣の総合病院に繋げています。看護師も毎週訪問して利用者の状況を把握しており、施設との連携も図れています。	

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
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。	毎週水曜日、訪問看護師さんがいらっしゃり、個人個人にゆっくり関わって下さいます。その時の会話や利用者の様子、介護職員からの情報を基に、投薬等、適切な指示を得ています。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入居者が入院した際、できるだけ、詳しい情報を病院関係者に報告し、また状況報告を受けます。なるべく短期の入院で済む様に、頻繁に情報提供を受けるよう努めます。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	新しい体制になってから、医療連携を担当の医師と結びました。それに伴って、毎週看護師さんの訪問が可能になり、医療の充実が図られています。また重度化に備えた契約書も家族の方と締結しました。	新体制になって、重度化や終末期に向けての指針を作成し、本人・家族に説明を行い、同意を得ています。看取りの経験者は管理者のみである為、今後の事業所での看取りを踏まえ、法人で行っている研修などに参加していく予定です。	職員の終末期ケアの研修やマニュアルの作成、家族、協力医療機関との連携を図るなど、今後の家族の要望に備えることも期待されます。
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。	入居者のみならず地域の方にも活用して頂きたいと、AEDを玄関に置いています。使い方をミーティング時や引き継ぎの時等、確認しています。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	今年は避難訓練はまだ行っていませんが、ミーティングや夜勤引き継ぎ時に、何かあった時の連絡方法を確認し合っています。事業所内にも緊急時の対応の仕方を掲示しています。運営推進会議時や散歩の時、ご近所の方に挨拶は欠かしません。	備蓄品は食糧、飲料水他、コンロや懐中電灯などが、台所の床下収納や収納棚の上部・玄関脇などに置かれています。ベランダには避難ハンゴが備えています。訓練の際は近隣へポストイングで知らせています。	備蓄品内容の更なる充実を図り、リストを作成して管理すること、また災害時に地域の協力が得られるよう運営推進会議を通すなど、今後も地道な活動が期待されます。

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。	1対1で散歩に誘い、職員との会話を楽しんで頂ける様に心がけています。同じ話を何度でもされますが、そのたびに反応する事を心がけています。	利用者に対する声掛けが不適切であった場合は管理者が注意をしています。一人ひとりに笑顔で声掛けし、話を聞き取り、押しつけるような言葉を使わず、利用者が選択できるような問いかけを行っています。明るい雰囲気を作り出しています。	
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。	集団生活でも、個人の生活習慣を大事にする様、職員と話し合っています。また、言いたい事がいえる様、楽しい雰囲気、明るい空気になる様、職員も笑顔で接しています。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。	一人ひとりの生活のペースを大事に、時間を気にせず過ごして頂きたいと考えています。レクリエーションも押しつけず、言葉かけも選択できるような言い回しをしています。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。	家族の支援を受け、本人の気に入った洋服や化粧水を用意して頂いています。季節毎の衣類を楽しめる様、衣かえを職員と一緒にしています。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	職員は、食事の前に献立を紹介したり、見た目も彩り豊かに野菜中心のメニューを用意しています。入居者に下膳を毎回、行って頂いており、時にはお茶を煎れて頂いたり、お茶碗を洗って頂いたりしています。	食材や献立は外部に委託しています。行事食などは利用者の希望を聞き、献立に反映しています。その他、誕生会のケーキや寿司の出前を取ったり、たこ焼きを楽しんだりする事もあります。また月1回は外食す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
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。	水分量や食事摂取量は、1日を通して目で見えてわかる様、記録に残し、体重も毎月測定しています。体重減や、増の場合、訪問看護師さんと相談しながら、対策を講じています。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、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。	毎週、訪問歯科が実施され、義歯の汚れや不具合等、その都度、きれいにして頂いています。毎食後の口腔ケアも声かけに応じて行って下さっています。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	毎日、生活援助記録に排泄状況を記入し、職員で話し合っています。皆さん下痢の時以外、おむつの状態である事がないよう、綿のパンツを使用しています。	トイレは1階、2階にそれぞれ2ヶ所ずつ設置されています。職員は排泄状況の把握と共に、利用者の仕草を観察し、プライバシーに配慮した誘導や見守りを行っています。現在リハビリパンツの人が1名いますが、その他の人は綿の下着です。	
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。	朝の体操や、自室の掃除、散歩等を通じて、できるだけ身体を動かして頂ける様、支援しています。朝の10時は必ず、ヨーグルトを提供しています。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴時は、ゆっくりと、時間を気にしなくても良いように声かけしています。少人数なので、急ぐ必要もなく、職員と本音の会話を楽しんでいます。	週2～3回利用者の希望を聞いて入浴しています。拒否がある場合は「体重を測りましょう。」と伝え、体重計に乗る時に「服は脱ぎましょう。」と誘導する工夫で抵抗なく入浴に繋がっています。浴槽の湯をたっぷり入れ、時間を気にせずゆっくり入浴しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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。	入居者一人ひとりの要望通り、居室での休息・睡眠は自由にとって頂いています。リビングではいつもTVがついていますが、ご希望に応じて、演歌や音楽のCDを視聴頂いています。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	一人ひとりの薬の使用目的・副作用は、看護師さんの指導の下、スタッフ全員が周知しています。薬が変更された時は、ボードに張出し、連絡ノートにも記入し、周知徹底しています。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。	歌を歌う事が好きな方は、散歩中、一緒に歌ったり、地域の音楽会へお連れしています。歌を聴く事が好きな方はホームでCDを聞いて頂いています。また塗り絵を楽しまれる方は、色鉛筆等、引出しに入れていつも出し入れされています。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	入居者の希望に沿って、農園への散歩は欠かしません。また、車でのドライブの際は、スーパーや、時には、自治会館へ出かける事もあります。	散歩は、天候の悪い日以外は欠かさず行なっています。近くの農園を回る適度な散歩コースを、基本的に1対1で職員が付き添い、会話をしながら散歩しています。ドライブがてら買い物をしたり、利用者全員で八景島シーバラダイスに出掛けたりもしています。	
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。	入居者は、自分で金銭管理は難しいため、管理者やスタッフが、一緒の外出の度にお好きなおやつや、果物、日用品を購入する事の支援を行っています。		

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
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。	入居者は事務所の電話はいつでも、使用可能です。番号がわからない時は、職員が代わりにかけています。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	共用の空間の照明は明るさも変えられます。居室やリビングの温度変化は職員がいつも気にしており、冷房を切る・入れる等の対応をしています。リビングや2階の小スペースを利用して、季節ごとの飾りを施しています。	リビングは窓やウッドデッキから入る陽光で明るく、快適な室温に気を配っています。七夕飾りや絵、皆で出掛けた「あじさい祭り」の写真が飾られています。午前中は全員リビングで塗り絵をしたり、職員と一緒に洗濯物を畳んだりと普通の家族のように過ごしています。	
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。	共用のリビングと、居室と、いつでも好きな様に行き来できます。リビングでも、気の合った利用者同士で、語らっている姿が見受けられます。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	各居室には、できるだけその方が自宅で使っていた洋服や、装飾品をお持ち頂いています。仏壇を設置されている方もいらっしゃいます。	エアコンや照明、押し入れ、洗面台などが備わっています。各居室は大きな鉢植えを置いたり、親族の位牌が沢山入った仏壇を置いたり、写真や置物が飾られていたり個性に溢れています。使い慣れた家具も運び込み、居心地よく過ごせるようにしています。	
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。	認知の方が多いため、話し言葉より、紙で示した方がわかりやすい事があります。そこで居室に、「お願い」と証して「なるべく入れ歯は外しておいてください。」等、張り紙をさせて頂いております。		

平成30年度

目標達成計画

事業所名 グループホーム ソラスト 西柴

作成日： 平成30年 9月 11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	33	医療支援として新しく訪問診療・訪問看護を導入した。重度化・終末期ケアの支援体制、ケア方針を新たに策定し共有していく。 重度化した場合・終末期の在り方について、家族の同意を得ながら支援体制を作る。	重度化、ターミナルケアの対応を充実する。また職員研修・マニュアル作成をとおして、適切な支援を提供する。	職員研修・マニュアル作成をとおして、重度化、ターミナルケアの対応を適切に行う。 ご本人・ご家族の意向を伺い、医療機関・訪問診療・看護の協力を仰ぎ、連携を深め、事業所としてできることを十分に説明し同意を得ながら、方針を共有する。地域関係者と共にチームで取り組む支援体制を作る。	6ヶ月
2	35	地震・火災などの災害時の対応について、地域の協力を得られる体制になっていない。またライフラインが止まった時の準備が不十分である。	災害時、地域・自治会の協力を得られる体制をつくる。 非常時の必要な備品を検討し、備えを見直す。	運営推進会議やホーム内の防災・避難訓練時を利用し、民生委員、自治会防災担当の方々に協力を頂けるように働きかけをする。 ライフライン、電気・水道が止まった時、震災被害を被った時の対策として、電気・水・食料・その他必要な備蓄品を見直し、皆で検討し備えるようにする。	6ヶ月
3					ヶ月