

1 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	1190400356		
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川越		
所在地	埼玉県川越市鯨井1136-1		
自己評価作成日	令和1年9月30日	評価結果市町村受理日	令和2年1月16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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/11/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社シーサポート
所在地	埼玉県さいたま市浦和区領家2-13-9
訪問調査日	11月22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)】

<p>スタッフ一人一人の考えの元、利用者様を楽しませる工夫をしている。</p>

【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>●夜間・火災のほかエレベーターを使用できないなど細かな想定等において避難訓練を実施しています。今秋の台風については事前に対策を講じたおかげで、大過なく過ごすことができています。安全を第一に考えるホームの配慮を理解することができます。</p> <p>●毎月の行事のほか職員の企画・尽力および家族の参加をもって日帰りバス旅行が実施されています。旅行時の食事や足湯などの風景が写真におさめられており、季節の飾りや利用者の製作物と共に楽しい思い出としてホーム内に掲示されています。利用者に生活を楽しんでもらいたいホームの願いが表れています。</p> <p>●民生委員、地域包括支援センター、家族、法人の管理職等が参加し、運営推進会議が開催されています。入居待機の家族も参加するなど多様な方々の出席が実現しており、地域・家族との交流の場とし</p>
--

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る (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々が訪ねて来ている (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、生き活きと働けている (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 (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	「一人ひとりに寄り添って笑顔あふれる優しいホーム」の理念を掲げ、全体会議、フロアミーティング等で共有し、サービスに勤めています。	理念は誰もがみられるようフロア内に掲示されている。利用者の状況を把握し、納得する声掛けを基本とした支援の実践に取り組んでいる。	
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	自治会の廃品回収に廃品の供出を行っています。地域の事業所に修繕依頼を行っています。毎年地域のお祭り等の協賛や参加をさせていただいています	自治会との交流がなされており、地域の行事への参加を通して繋がりをもてるよう努めている。季節のイベントはボランティアの温かな協力を得ながら実施がなされている。	
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	ご家族様への説明を通じ認知症の方へご理解を進めていただくと共に、運営推進会議等で認知症の方の支援方法などをお話していくことに勤めています。		
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	入居者様の日常生活を報告し、ホームでの取り組みを理解していただくと共に、事故報告などもさせていただき、ご意見を頂戴し、事故防止に役立てています。	民生委員、地域包括支援センター、家族、入居希望者の家族、法人の管理職等が参加し開催されている。ヒヤリハットのほか、台風の影響等の報告がなされている。	
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取り組んでいる	民生委員や地域包括支援センターとの定期的な連絡や、高齢者生きがい課への連絡相談を行っています。	行政・地域包括支援センターには報告等にて連携を図っている。法人内の他事業所からは会議等を通じて情報の収集にあたっている。	
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	定期的に身体拘束廃止委員会を開催し、身体拘束についてご利用者様個別に事例検討を行っています。	身体拘束廃止委員会では主に事例をあげて拘束についての確認と研鑽にあたっている。また虐待防止とあわせて勉強会を開催し、全職員が正しい知識を身につけられるよう取り組んでいる。	
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	虐待についての研修を開催し、疑われることがあれば個別に改善を行っています。気づきシートも導入し、個別に虐待につながってしまう様な事例を把握し改善が行えるようにしています。		

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
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	日常生活支援制度や成年後見人について社会福祉協議会の担当者と連携を取り行っています。		
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	見学時、契約時共に丁寧に説明し、ご利用者様やご家族様の不安を取り除くと共に、入居生活を続けられなくなる事例についても説明をしている。		
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	管理者が相談の窓口になり対応している。外部の相談窓口についても重要事項説明書に記載されており契約時に説明しています。	面会時等の機会を利用し、家族への情報提供にあたっている。本評価に伴う家族からのアンケートでもホームへの感謝の声が多数寄せられている。	
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	定期的な個人面談の際や全体会議、フロアミーティングにて運営に関する職員からの意見を取り入れることをしている。	フロアごとに毎月行うミーティングでは利用者個別のケア方法について検討している。改善点については皆で話し合い・共有するよう努めている。	
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	定期的な面談を行い職員個々のやりがいや向上心を持てるように話し合いを行っています。昇給に関しては評価制度に基づき対応しています。		
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	職員一人一人の力量や心情理解に勤め、必要な研修を行っています。また、個別にトレーニングも行っています。		
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	自社内の研修参加や、外部研修等を通じ、ネットワーク作りに取り組んでいます。		

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
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	入居相談、入居前の実調を通じ、ご本人、ご家族様の要望や不安なことをお伺いすると共に、ご本人の心情理解に勤め、入居前に職員と情報共有し受け入れ準備を行うことで、安心して入居していただけるようにしています。		
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	入居相談、入居前の実調などを通じ、ご本人、ご家族様の要望や不安なことをお伺いすると共に、十分な説明を行い信頼関係が気づけるように勤めています。		
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	事前の情報を基にプラン作成しているが、入居後の変化に対応し、フロアミーティングなどで情報共有し、プラン変更などを行っている。		
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	生活リハビリを提供し役割を持って生活していただけるようにしています。		
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	ご本人の暮らしぶりを報告すると共に、グループホームでの生活にはご家族の協力も必要だとお伝えし、ご協力をお願いしている。		
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	ご家族や友人の面会は常に受け入れられるようにしています。またご家族様との外出も自由になっており、なじみの場所等に訪問することも可能になっています。	入居前の習慣に対しては家族の協力のもと継続できるようサポートしている。安全を考慮しながら利用者のもつ「こだわり」に付き合いながら支援にあたっている。	
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	配席の工夫や、会話の橋渡し、話題の提供などを行い、利用者様同士の交流が出来るようにしています。		

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
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	ご退去後も関係性を大切に、ご本人の経過等の相談も受け付けています。		
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	本人の希望や生活サイクルを乱さないように援助を行うことに努めています。困難な場合はフロア会議やサービス担当者会議等で検討しています。	フェイスシート・アセスメントシートについては法人設定の様式を用いながら利用者の把握にあたっている。今後はICTの導入が予定されており、職員への教育・配慮をもって進める意向をもっている。	
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	実調でご本人の生活歴についてお伺いし、入居前に各職員が把握できるように務めています。また、日々の会話の中で本人からお伺いしたり、ご家族様が来所時にお伺いし、暮らし方の理解に努めています。		
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	日課計画表に24時間の状態を記録し、心身状態の把握に努めています。		
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	御家族様への連絡、相談。ご本人の意向を汲み取り、3ヶ月ごとのモニタリング、フロア会議、サービス担当者会議を行い、本人の状態に即したプラン作成に努めています。	課題の検討、目標の設定をもって介護計画書が策定されている。計画の内容は日課計画表に落とされ、確実な支援に繋がるよう取り組んでいる。	介護計画書の職員への浸透について更に深めていくことを目標としており、支援・記録時に確認できる方法の検討を思案している。
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	日課計画表に記録し、職員間で情報を共有できるようにし、モニタリングに役立て、プラン変更時に活かされるようにしています。		
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	グループホームであっても、終の棲家としてニーズがあれば、看取りも行っています。		

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
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	社共のボランティアビューローへ依頼し、イベント時のボランティア依頼。個別レクレーションのためのボランティアの依頼等を行い、日々の暮らしを楽しんでいただけるよう努めています。		
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	月2回主治医の定期往診があり、主治医への状態説明を行っています。また、他科受診の指示があれば、ご家族様と相談し受診介助も行っています。	往診医による診察、入居前からのかかりつけ医への継続通院の双方への対応が図られている。服薬に対しても薬局による一包化を進め、誤薬の防止にあたっている。	
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	月4回の看護師による健康相談時に日々の様子報告や相談を行っています。看護師により主治医への報告も行われています。		
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、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。	入退院時に病院との連携を取るため、入院時に病棟看護師への情報提供を行い、退院前のムンテラに参加できるように、退院担当の看護師とも連絡が取れる体制にしています。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居時にご家族様への説明を行い、ご家族様の意向を伺っています。状態変化により随時ご家族様への連絡を行い、主治医からの説明の機会を設けたりし、その都度意向を伺っています。他の事業所や病院とも連絡をとりお気持ちに添った支援が出来るようにしています。	重度化と終末期の支援について指針の明示し、同意を得ている。職員間の情報共有と検討をもって支援方法を工夫し、重度化への対応を図っている。	看取り支援については職員への研修等を実施し、理解を深め受け入れ体制を整備することを目標としている。
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	急変時対応のためAEDの研修を年1回行っています。		
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	消防訓練を定期的に行い、自動通報装置の使用法、消火器の使用法などの訓練を行っています。	夜間・火災のほかエレベーターを使用できないなど細かな想定等において避難訓練を実施している。本年の台風については事前に対策を講じ、大過なく過ごすことが出来ている。	

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	プライバシー確保のため、他利用者様がいるところでは個人の話はせず、居室などで話を行っています。	プライバシーと安全とのバランスを考慮し、見守り方についても利用者ごとに検討しながら行っている。利用者の状態を見極め、利用者同士のトラブルに対しても配慮しながら進めている。	
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	介護者の押し付けを止め選択していただけるようにしています。日々の会話の中でご本人の意向を伺えるように信頼関係を築けるよう努めています。		
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	食事時間等の大まかなスケジュールは決まっていますが、日々の過ごし方は一人ひとりのペースで過ごしています。		
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	洋服を自分で選択できる方には入浴準備は自身で行って頂いています。自分で出来ない方にも職員と相談して行っています。2ヶ月に1回のヘアカットも自分で髪型を決めてカットされています。		
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	食事の準備片付けは出来る方には見守りのもと行って頂いています。メニュー表を毎日書き換え読み上げを行っていただいたり、メニューの中に季節感や行事などがあれば職員が説明をしたりその行事の思い出を話したりしています。	食事の提供方法を変更し、利用者への支援の充実を図っている。洋・和食のバランスのとれた献立、行事食の提供など利用者に喜んでもらえるよう環境形成にあたっている。	
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、水分量などを来ロックし、状態把握に努めています。個々の食事形態にあわせて提供しています。		
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	一人でできる方は声掛け、介助の必要な方はその方の状態に合わせた介助を行っています。歯科医師の助言のもとにケアを行っています。		

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
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	定時排泄介助を止め、その方の排泄パターンを把握し介助を行っています。	排せつの記録がなされており、確認により定時誘導を主として自立への支援がなされている。把握に対しては利用者の自尊心を最大限に考慮しながら進めている。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	排便困難な方に水分摂取を促したり、運動の機会を提供しています。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴のお声掛けは行っていますが、自己決定により入浴されないこともあります。入浴を拒否される方には毎日入浴の機会を設けご本人のお気持ちが向いたときに入っているようにしています。	毎朝のバイタルチェックの結果を確認し、可否を判断しながら入浴の支援がなされている。拒否のある方に対しては、声掛けや時間帯の変更、いつでも入れるよう準備するなど対応方法の工夫がなされている。	
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	生活サイクルを把握して決して無理強いにならぬよう、午睡や入床時間などその方のサイクルに合ったリズムで休んでいただけるよう支援を行っています。		
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	個別の薬情をケースファイルに綴りいつでも見られるようすると共に、処方が変わったときは連絡ノートに記載し周知に努めています。職員より状態変化などの報告、連絡も行っていきます。		
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	個別レクリエーションや生活リハビリの提供をしています。入居時に持ってこられた大正琴の先生がボランティアで来られ数人の方が大正琴を習っています。		
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。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	天気の良い日は散歩に出かけたり、イベントとして花見、日帰りバス旅行、観菊等を行っています。また、ご家族との外出を楽しまれています。	散歩や毎月の行事を通じて外出が実施されている。日帰りのバス旅行は、職員の企画・尽力および家族の参加をもって実施されている。また旅行時の食事や足湯などの風景が写真におさめられ、楽しい思い出としてホーム内に掲示されている。	

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
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	基本的には立替払いとなっており、必要なものを購入させていただきます。お金を所持している方はいませんが、希望があれば支援します。		
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	自分で電話をかける方はいませんが希望があればお繋ぎすることもあります。また、ご家族からの手紙を楽しみにしている方もいます。		
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	共用空間の清掃は毎日行っています。状況に合わせてテーブルのレイアウトを変更し、動線の確保を行っています。壁面には季節が感じられる製作物をご利用者様と共に作り飾っています。行事等の写真も展示しています。	利用者同士の関係性に配慮し、食事の席等が考慮されている。リビング・廊下には季節の製作物が飾られており、季節を感じられる環境となっている。	
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	共用空間に掘りごたつやソファが配置されており、自由に座り、気のあった利用者様同士が会話したり、TVを見たりしています。		
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	今まで使っていた馴染みのある家具等を持ち込んで頂き、落ち着いて生活が出来るように配慮しています。	収納に配慮した広いスペースが確保された居室となっている。利用者のプライベートと安全のための見守りの双方を意識した支援に取り組んでいる。	
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	お部屋やトイレがわからない入居者様には名前を掲示したり、目印をつけたり工夫しています。危険と判断される動線には障害物を置かないよう環境整備に努めています。		

(別紙4(2))

事業所名 : グループホームソラスト川越

目標達成計画

作成日: 令和1年12月6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	26	介護計画書をケアプラン作成時にはサービス担当者会議にて周知しているが、全ての職員への周知がなされていない。	介護計画書に沿った介護が行われるように計画書の職員への浸透。	介護記録に各御利用者様のプランを添付し職員への周知と、会議やミーティングにおいて説明を行う。	6ヶ月
2	33	看取り介護について知識や経験が無く、看取りに対する偏見がある職員がいる。	看取り介護について正しく理解し、受け入れが出来る。	看取り介護の研修を行い、知識や理解を深める。	12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、行を挿入してください。