

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2890900315		
法人名	株式会社 ソラスト		
事業所名	グループホーム ソラスト西宮		
所在地	兵庫県西宮市本町2-13		
自己評価作成日	令和6年11月20日	評価結果市町村受理日	令和7年3月4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)】

・24時間対応して頂けるクリニックと連携し、また必要に応じて専門医とも繋がりながら大切な時間を過ごしていただき、ご希望して頂けるなら看取りまで行っていく。
 ・ご本人・ご家族の要望を確認し、以前の繋がりが有る方には継続して繋がりを大切にして頂けるように家族とともにご入居者様の生活を支える。

※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.kaigokensaku.jp/28/
----------	---

【第三者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)】

広く介護事業を展開する法人が運営するグループホームであり、企業理念に基づいて、テクノロジーの活用によりサービスの向上に取り組んでいる。コロナ禍のため中止していた地域交流や外出行事等の再開に向け取り組みを進めている。毎月の「ソラストだより」の郵送を継続し、家族との自由な面会・外出を再開し、家族会の再開・運営推進会議への参加による家族の意見の把握等、家族との連携が深まるよう努めている。協力医療機関との連携体制を整備し、内科の定期的な受診と24時間対応、歯科・眼科・皮膚科・心療内科・泌尿器科に必要時に受診ができる体制があり、希望に応じて看取り介護にも対応している。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 H.R.コーポレーション		
所在地	兵庫県西宮市甲陽園本庄町6-25-224		
訪問調査日	令和6年11月29日		

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. 全くいない
59 利用者は、職員が支援することで生き生き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		

自己評価および第三者評価結果

自己	第三者	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	玄関・各フロアに掲示、職員は理念カードを各自持ち、いつでも共有できるようにしている。ご家族様への毎月の便りに明記している。	法人の理念・基本方針を共有し、理念・基本方針に地域密着型サービスの意義を明示している。玄関・各フロア・休憩室に掲示し、理念カードを携帯する等、職員の周知を図っている。毎月家族に送付する「ソラストだより」にも掲載し、家族にも伝えている。法人理念に基づいた事業所目標・個人目標を設定し、実践に向け取り組んでいる。	
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	イベント開催時、コロナが発生した為、地域住民は呼べなかったが、同法人の地域交流のイベントには利用者ともに参加し、交流を持てている。	コロナ禍で中止していた地域交流の再開に向け取り組んでいる。同法人のイベントに参加し交流の機会を設けた。民生委員とのつながりがあり、今後、地域行事への参加、事業所の行事への地域住民の招待、ボランティアの受け入れ等を予定している。	
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	問い合わせ・見学等に対して、詳細確認し、もしグループホームが待機待ちの場合や他サービスの提案が可能ならば、グループ施設を案内させて頂く。		
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	2か月に1回開催し、活動報告。家族や権利擁護者・民生委員などの意見(イベントの情報や事故対策等)は話し合いしている。	家族代表・市の権利擁護支援者・地域代表(民生委員)・知見者(他事業所管理者)を構成委員として2ヶ月に1回開催している。会議では、資料を基に入居者状況・職員状況・事故事例・研修・その他事項を報告し、参加者と意見・情報交換し議事録を作成しています。出欠票に「ご意見・ご助言」欄を設け、構成委員の意見等の把握に努めている。議事録ファイルを玄関ホールに設置し公開している。	利用者也構成委員であることから、状況を勘案しながら、参加可能な利用者の短時間参加を検討してはどうか。

自己	者	第三	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
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	集団指導については必ず参加している。市役所から送られてくるメールに対しては必ず確認。不明な点や制度で確認したい事があれば、直接担当者に電話し、確認する。	運営推進会議に市の権利擁護支援者参加がある。運営推進会議の議事録提出は市役所の窓口で行い、適宜、職員と情報交換行っている。集団指導(W eb)に参加し、相談・質問等があれば主に電話で市の担当窓口にお問い合わせを行い、適正な運営ができるよう取り組んでいる。	
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	年2回身体拘束排除に関する研修を実施。3カ月に1回身体拘束適正委員会を開催し、身体拘束0の考えの元、自主点検し、スタッフ間に周知している。	「身体拘束適正化のための指針」を整備し、身体拘束をしないケアを実践している。3ヶ月に1回、フロア会議で「身体拘束適正化委員会」を実施し、利用者状況からリスクを把握し、要因分析・対応策の検討を行っている。スピーチロックに向けて、継続的に評価・検討も行っている。委員会議事録コピーを回覧し、回覧印により職員の周知を確認している。年間研修計画に2回「身体拘束の排除」研修を入れ、1回目はフロア会議で身体拘束についての総合的な資料を用いて実施し、受講後研修レポート提出している。欠席者には資料配布・研修レポート提出で周知を図っている。2回目の研修は年度内に予定している。希望があれば、1階フロア・屋上・近隣で気分転換を図る等、閉塞感を感じないよう支援している。	
7	(6)		○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	入社時に虐待防止研修を実施。各居室にカメラを設置(許可制)し、フロアラウンドを行う事で虐待防止に努める。年2回虐待防止に関する研修・虐待防止委員会を開催し、スタッフ間に虐待に関する意識向上に努めている。	「虐待防止に係る指針」を整備している。「虐待防止委員会」を6ヶ月に1回各フロア会議で実施し、委員会議事録の回覧により職員への周知を図ることとしている。困難事例の要因分析と対応策検討、「虐待の芽チェックリスト」による振り返りと結果分析、家族の承諾を得て居室へのカメラの設置、管理者・リーダーによる対応状況の確認等により、虐待の未然防止に取り組んでいる。年間研修計画に2回「高齢者虐待防止」研修を入れ、1回目はフロア会議で、「虐待防止マニュアル」を用いて上記と同様の方法で実施し、2回目は年度内に実施予定である。新入職者は入職後3カ月以内に4回、その後も定期的・随時に個別面談を行い、法人としてもストレスチェックの実施・職員アンケートを実施する等、職員のストレスや不安等が利用者のケアに影響しないよう取り組んでいる。	各フロアの委員会内容の周知を明確にすることが望まれる。

自己	者	第三	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	(7)		○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	定期的に学ぶ機会は少ないが、制度が必要と思われる方には、関係者の紹介は可能。今後研修などがあれば、参加予定。	近年、制度利用の事例はない。事業所に制度に関するパンフレットを設置しており、制度利用の必要性や家族等からの相談があれば、管理者が窓口となり、情報提供・相談対応し、関係機関と連携して支援する体制がある。	年間研修計画の1部に取り入れる等、職員が権利擁護に関する制度について学ぶ機会を設けることが望まれる。
9	(8)		○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	契約時に重要事項説明書ともに読み合わせを行い、疑問や不安の無いように努めている。	入居相談や入居希望があれば見学対応し、パンフレット・料金表等をもとにサービス内容・利用料金等を詳しく説明している。契約時には、契約書・重要事項説明書・指針・同意書等を用いて説明し、文書で同意を得ている。利用料金の内訳や外出・外泊については特に丁寧に説明し、利用料金は別紙で概算を伝えている。契約内容の変更時は、変更部分をわかりやすく説明した文書を郵送し、文書で同意を得ている。	
10	(9)		○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	玄関に意見箱を設置している。面会に来られた際、様子をお伝えし、ご家族の意見を確認する機会を設けている。	家族との面会を再開し、面会時や電話連絡時に近況を報告し、家族の意見・要望の把握に努めている。毎月個別の「ソラストだより」を郵送し、写真・コメントで生活や行事の様子を伝えている。把握した内容は、利用者個別の連絡ノート等で共有している。家族会を再開し、家族の意見を聞く機会を設けた。運営推進会議に家族の参加があり、職員と外部者に意見等を表す機会を設けている。	
11	(10)		○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	入社時の定期面談を実施。毎月フロア会議を開催し、スタッフの意見を確認。キャリアパスなど半年に1回各スタッフと1on1面談し、職員の意見を聞く機会を設けている。	基本的には月1回「フロア会議」を実施し、共有事項の報告・利用者カンファレンス・研修・委員会を行っている。会議後に議事録を各フロアに掲示し、欠席者も含め職員の共有を図っている。日々の検討事項は、都度関係職員が話し合い、内容に応じて「個別申し送りノート」や「全体申し送りノート」で共有している。管理者が、定期的には年2回人事考課面談を、随時にも面談を行い、職員の意見を個別に聴く機会を設けている。	

自己 者 第三	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
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	キャリアパス制度にて面談の際、職員のキャリア志向を確認。必要に応じて研修サポートを行う。毎月頑張ったスタッフに管理者からTHANKS POINTという感謝の言葉を伝えるツールがあり、活用している。		
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	法人内でパソコンや個人携帯で学習できるツールを導入しており、各職員に定期的アナウンスし、学習する機械を設けている。		
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	法人内で同サービスの管理者同士が集まる会議が定期的であり、お互い情報交換や取り組みの活動内容について意見交換をしている。		
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	入居が決まったら、ご家族様にフェイスシートと補助シートをお渡ししご本人のこれまでの生活歴などを確認。それを基にインテーク時にご本人とお話ししながら、関係構築に努めている。		
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	ご入居してしばらくの間は、ご本人の入居のご様子をお伝えし、要望確認を行うようにしている。		
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	ご本人とご家族の要望などを確認し、必要に応じてリハビリや医療など他のサービスを提案させて頂く。		

自己 者 第三	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
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	生活の中で家事手伝いが出来る利用者には、して頂き、(ゴミ捨て・洗濯物たたみ・食器洗い等)、役割を持って頂く。		
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	面会時に日々の様子はお伝えし、家族様にも一緒に外出などの機会を持って頂き、お願いできることはお願いし、共に支える関係を築いている		
20	(11) ○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	グループホーム内だけのサービスで完結するのではなく、今まで馴染みの関係や場所があるのであれば、家族の協力の元にご本人の希望を尊重し、支援する。	家族、家族が了承した友人・知人との面会を再開し、居室でゆっくり過ごせるように配慮し、馴染みの人との関係継続を支援している。家族との外出も再開し、自宅への一時帰宅・墓参り・かかりつけ医への受診など、馴染みの場所に家族と外出できるよう支援している。	
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	食事は基本 共有スペースにて食べて頂く。体操やレクリエーションにも可能な限り参加して頂き、利用者同士が関わり合える環境である。		
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	退去された際は、入居中に撮った生活の様子やイベント時の写真を手紙を添えてお渡しさせて頂いています。		
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	(12) ○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	インテーク時に可能ならご本人の意向を確認。困難な場合は家族に確認し、ご本人の希望の把握に努めている。	入居時は、家族記入の「フェスシート(補助シート)」、事業所作成の「アセスメントシート」等から、利用者の思いや暮らし方の意向の把握に努めている。入居後は、日々のコミュニケーションの中で把握に努め、「アセスメントシート」を6カ月毎に更新し計画や利用者支援に反映できるよう取り組んでいる。把握が困難な場合は、過去の情報を参考にし、表情や反応から汲み取る等、意向の把握に努めている。	

自己 者 第三	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
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	入所前にフェイスシートの補助シートをお渡しして生活歴や趣味嗜好など記入して頂き、把握させて頂いています。		
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	タブレットや業務日誌など利用者の日々の出来事は記録に残し、把握できる体制を作っている		
26 (13)	○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	計画作成時は、ご利用者・ご家族の意向を伺し、フロア会議などでスタッフとカンファレンスを行い、現状に即した介護計画書を作成している。	入居時に家族が記入する「フェイスシート(補助シート)」、事業所で作成する「アセスメントシート」を基に初回の「介護計画」を作成している。介護計画の内容はフロア会議で共有し、パソコン内で随時確認できるように整備している。サービスの実施記録は法人システムの「介護記録」に記録を残している。毎月「モニタリング記録」でモニタリングを行い、基本的に6ヶ月毎に「アセスメントシート」と「介護計画」を更新している。介護計画を更新時には介護支援専門員と家族で会議の機会を設け、現状に即した介護計画を作成している。	<ul style="list-style-type: none"> ・サービスの実施記録は、今後も介護計画に基づいた記録の工夫が望まれる。 ・月1回フロア会議で各利用者のカンファレンスを行っているが、介護計画更新時の利用者においては介護計画のサービス内容の適正について職員間で検討した内容を議事録に残す事が望まれる。 ・介護計画が本人・家族、関係者の意見を反映して作成している事が明確になるよう、サービス担当者会議の議事録に本人・家族の意向、主治医・訪問看護師・職員の意見を記録に残す事が望まれる。
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	介護記録や業務日誌にてご本人の言動や行動を記入し、職員間で情報の共有を図っている。		
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	ご利用者のニーズに応じて、専門医や訪問リハ・訪問マッサージを利用し、支援させて頂いています。		

自己 者 第三	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	地域交流がなかなか持てていませんが、今後、民生委員と情報交換や地域のイベント案内にアンテナを張り、参加を進めていければと考えています。	/	
30	(14) ○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	入居の際、主治医はどうするか？お話の際、メリットをお伝えし、選択して頂くように説明している。		
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	看護師は常駐していないが、かかりつけ医の看護師とは連携をとっており、週1回看護師が訪問し、健康チェックをしてくれる体制をとっておられる。	/	
32	(15) ○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。	管理者が中心となって地域連携室に連絡を入れたり、必要に応じて病棟に連絡するなどして正しい情報を交換している。		

自己	者	第三	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	
33		(16)	○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	ご家族と主治医・看護師とフロアリーダー（担当者）管理者を含め、カンファレンスを開き、主治医からは病状の説明、今後の考えられる事を説明して頂、管理者からは施設で出来る事をお伝えし、方針を決めて頂く。	契約時に「重度化・看取りに向けた指針」に沿って説明し、同意書で同意を得、「意向確認書」で意向を確認している。重度化・終末期を迎えた段階で主治医・家族・事業所で話し合いの場を設け、今後に想定される状況について共有し、事業所としてできる事・できない事を改めて説明した上で家族の意向を確認している。看取りの希望があれば看取りの同意書を作成し、「看取りに向けた介護計画」に基づき現状に即した支援にチームで取り組んでいる。「看取りに関する研修」を実施し、看取りについて学ぶ機会を設けている。		
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	年1回研修を実施している。会社で用意されてある急変時のマニュアルがあり、研修の際、確認してもらっている。各フロアに緊急時の連絡先を掲示し、速やかに連絡・報告出来るようにしている。	/		
35		(17)	○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	年2回、避難災害時の研修を実施している。研修実施の様子は運営推進会議で報告している。	今年度は、フロア会議で「自然災害BCP研修(8月・2月)」「非常災害時の対応に関する研修(6月)」を実施し、マニュアルに沿って可能な利用者参加で「昼間想定・避難訓練(7月)」を実施した事を書面で確認した。12月に「夜間想定・避難訓練」を予定している。災害に備えた非常用食料・備品等は倉庫に保管し、管理者が備蓄リストで管理している。	・訓練実施後には訓練内容・課題等を検討し、欠席者への周知と次回の訓練に活かせる議事録の作成が望まれる。 ・今後、災害に備えた地域との協力体制の構築が望まれる。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援							
36		(18)	○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	入社時や年間研修にて年1回プライバシー保護に関する研修を実施している。	年間計画に基づき「プライバシー保護」「倫理及び法令順守」「認知症ケア」「身体拘束・虐待」等の研修を実施し、職員の周知と意識向上に取り組んでいる。身体拘束委員会で定期的に行っている「虐待の芽」アンケートでは、自己を振り返り、意識付けを図っている。居室内カメラ(本人・家族からの許可制)で職員のケア対応が確認できる状況があり、現場を巡回する際にも気付きがあれば都度個別に助言・注意喚起を行っている。利用者の写真・映像使用は、契約時に同意書で同意を得ている。		

自己 者 第三	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
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	ご利用者様の思いを尊重し、日常生活の中で何か行う際はご本人に確認し、可能な限り意思決定してもらえようように声掛けさせて頂いています。		
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	ご利用様の思いやペースを大切に、生活リズムを作りながら、起床や就寝などご希望に添えるように行っている。		
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	おしゃれ着など外出される際は、家族などが用意した衣服を着て頂く。以前は化粧をされておられる利用者がいてスタッフが化粧のお手伝いをしていた。		
40	(19) ○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	食器洗いや配膳の準備などお手伝いが可能な利用者にはお手伝いして頂いています。	委託業者から献立と調理品が届けられている。各ユニットで炊飯を行い、調理品を温め、盛りつけて提供している。委託業者の献立には季節感や行事食が採り入れられており、利用者個々の状況に応じてソフト食・ミキサー食・ゼリー食の食事形態に対応している。利用者は日常的に配膳や食器洗い等に参加しており、おやつレク(月1回程度)にも作業に参加できるよう支援している。毎月の誕生日会ではケーキで祝い、屋上での流しそうめんやおやつ喫茶、家族との外食等、食事が楽しめる機会を設けている。コーヒーマーカーを新たに導入し、本格的な味と香りを提供している。	
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	業者の栄養士が献立物で栄養バランスを管理、食事の形態などは主治医などに相談しながら決定している。食事量・水分量はチェック表を確認し、提供している。		

自己 者 第三	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
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	毎食後に歯磨きの声掛けをしている。ご自身で不可の場合は介助にて実施。週1回訪問歯科が訪問診療に来られ、口腔に関するケア・助言を頂いています。	/	
43	(20) ○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	排泄チェック表にて排泄パターンを把握し、生活リハの一環としてご自身で出来ることはやってみ、機能維持や回復に努める。	利用者の自立度の幅が大きい現状があるが、「排泄チェック表」で排泄状況・排泄パターンを把握し、可能な限りトイレでの排泄や自立に向け個々に応じた支援を行っている。毎月フロア会議で各利用者の状態・課題・排泄用品の適性等を検討・共有し、緊急を要する場合にはユニットリーダーが迅速に職員の意見を収集して現状に即した支援に繋げている。誘導の声掛けやドア・カーテンの開閉等、利用者の羞恥心やプライバシーへの配慮を周知している。	
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	食材の工夫(牛乳やオリゴ糖食品の提供等)や便秘気味の利用者については主治医と相談し、薬を処方してもらっている。	/	
45	(21) ○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	週2回の入浴を基本としているが、ご本人の体調や気分・希望を考慮して行う。同性介助を望まれるご入居者様には適切な対応をさせて頂いています。	一般浴の個浴に、シャワーチェア、リクライニングシャワーチェアが用意されている。「入浴表」で各利用者の実施状況を共有し、週2回の入浴を基本に支援している。浴槽に入る事が困難な場合には、シャワー浴と足浴で対応している。利用者の体調や気分・意向に応じて、また、拒否のある時には無理強いないせず、臨機応変に日時を変更している。浴槽の湯は一人ずつ入れ替えて個々の好み湯温に調整し、入浴剤やゆず湯で香りや季節感を採り入れ、入浴を楽しむ事ができるよう配慮している。	

自己 者 第三	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
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	ご利用者の状態を考えながら、可能なご利用者は日中フロアで活動し過ごして頂き、夜間良眠して頂くように支援する。また不眠の利用者は主治医と相談し、薬の処方をして頂く。		
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	主治医・かかりつけの薬局と連携し、服薬管理。もし薬の変更で状態変化が見られた場合は、連絡相談し、電話相談。必要に応じて薬の処方の見直しを行う。		
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	月1～2回 室内イベントでおやつ作りや季節にあった行事を実施している。今後季節に応じた紅葉狩りなど外出イベントを予定している。		
49	(22) ○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	外出を希望される場合は、家族のご協力の元、行っています。(教会・家族同士の集まり・気分転換の散歩など)	コロナ感染予防から外出支援が困難だったが、今年度は近隣へ桜の花見や紅葉鑑賞に出かけ散策を楽しんでいる。家族との一時帰宅や外食、馴染みの場所への外出希望にも柔軟に対応・支援している。今後も、外出機会を増やしていく予定である。	
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	基本お金はお預かりしておられず、お金を使用する事は事業所内では無いが、お金を財布に入れて持っておかないと落ち着かないご利用者に対しては自己責任の元、一部認めさせて頂いています。		
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	携帯電話をご持参の方はご自身の携帯から家族などに電話して頂くように支援させて頂いています。また電話がない場合は、家族に確認したい事があれば、事業所の電話を使用し、連絡してもらっています。		

グループホーム ソラスト西宮

自己	者	第三	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
52		(23)	○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	共有スペースに季節を感じる飾りつけを行い、ご入居者に合わせて室温・テーブルの配置、音や光などが刺激にならないように配慮を行う。	各ユニットのフロアは窓からの自然光で明るく、温・湿度計で適切な空調管理を行っている。テーブル席・ソファー席は、各ユニットの利用者の状況に合わせて配置を工夫している。ユニットリーダーが中心となり季節の飾り付けを行い、調理スペースは家庭的な雰囲気が感じられる。利用者は思い思いに大型テレビで音楽・DVD映像鑑賞や、体操、レクリエーション、家事作業等に参加している。広い屋上スペースは外気浴や気分転換、職員と一緒に洗濯物干し、流しそうめんやおやつ喫茶、月見を楽しむ等の場として活用している。	
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	共有の場所にソファーを配置し、くつろぎの空間を提供。基本座る位置を決め、利用者が混乱しないように配慮している。		
54		(24)	○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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	使い慣れた箸や食器類、見慣れた家具を持参して頂いたり、壁に思い出の写真や装飾を飾って頂いたりして、ご自分の家である事と感じて頂けるように工夫している。	各居室は洗面台・エアコン・ベッド・戸棚が備え付けられ、寝具はリースで対応している。家族の協力を得て、引き出し・テレビ・仏壇・家族写真等、利用者の使い慣れた物や馴染みの物が持ち込まれており、職員から贈られた手作りの誕生日カードや色紙等が自由に飾られている。利用者・家族の許可を得て設置している居室内カメラは、利用者の動きに合わせた安全な家具配置にも活かされている。利用者担当職員が衣替えや備品整備を行い、自宅同様に安心して居心地よく過ごせるよう努めている。部屋間違いがないよう、居室ドアには大きなネームプレートを掲示している。	
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	トイレなど迷う事がないように掲示したり、お部屋に帰る時迷わないように名前を工夫する		