

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	2894100060		
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ももか太子		
所在地	兵庫県揖保郡太子町下阿曾15ー1		
自己評価作成日	2025年4月1日	評価結果市町村受理日	令和7年5月7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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利法人 福祉市民ネット・川西		
所在地	兵庫県川西市小花1-12-10-2-1		
訪問調査日	令和7年4月18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)】

全体のタイムスケジュールがありません。食事の場所、時間等自由です。入浴時間も、朝風呂が良い方は朝に入浴していただきます。夜遅くに入浴したい方がいらっしゃれば夜に入浴のお手伝いを行います。また、ご利用者が自立、自律的な判断を引き出せるように心掛けています。例えば、ドリンクサービスにおいてはご本人の好きな飲み物(温・冷)のストックだけでなく、お茶、ジュース、コーヒーの中から選んでいただくとか、洗身はどこから洗い始めるのか指示していただくとか、利用中の居室の整理整頓はご利用者の許可を得てご利用者の見ている前で行うとか、いろいろなサービス提供場面でご利用者の自己決定を引き出すような声かけや環境作りを工夫しています。

【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)】

太子町の閑静な住宅地に立地している。デイサービスを併設した館内には、利用者と職員がティッシュと一緒につくったアート作品や、パッチワークの手作り雑貨を随所に飾り、看板猫の「もも」と相まって温かい雰囲気を醸し出している。「ノーマライゼーション」等の事業所理念のもと、職員は利用者の人格を尊重する「パーソン・センタード・ケア」のスキルを身に付け、利用者一人ひとりの思いや生活リズムに寄り添って尊厳あるケアを実践している。利用者はタイムスケジュールに追われることなくゆったりと生活を送り、職員同伴で買い物や旅行に出かけている。医療面では常勤看護師が、協力医療機関の医師と連携して健康管理に当たっている。また、認知症への偏見をなくしたいという管理者の信念から、エントランスには介護や認知症に関する書籍を集めた図書コーナーを設置し、管理者とケアマネジャーは地域の小学校で認知症啓蒙の出前活動が続けている。利用者・家族・職員・地域の誰もが満足する「四方よし」の介護の実践に、今後も期待したい。

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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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広がったり深まり、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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己 評価	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	入社時、理念研修を行なっている。	「ノーマライゼーション」等の理念をエントランスに掲げ、入居案内に記載している。職員に対しては入社時に研修を行っている。管理者とケアマネジャーは、日々の業務やケアを通じてなぜその理念が大切なのかエビデンスを職員に話し、時間をかけて理念の浸透に努めている。	
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	認知症サポーター養成講座の受講会場として施設を開放している他、認知症キャラバンメイトとして地域で講師活動も行っている。	利用者や職員は散歩等で住民と気軽に挨拶を交わし、近隣住民から野菜や花が届くこともある。認知症への理解を深めるため認知症サポーター養成講座の会場として事業所を提供している。庭では認知症のシンボルカラーのオレンジ色のマリーゴールドを育てており、地域の「オレンジガーデニングプロジェクト」の拠点になっている。また、管理者や認知症介護指導者の資格を持つケアマネジャーは地域の小学校で出前講座を行うなど、子どもたちへの認知症の啓蒙活動に力を入れている。	
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	行政へ独居高齢者への安否確認が行えることを伝えている。認知症サポーターフォローアップ研修ではファシリテーターとして施設紹介及び具体的なケアの方法を伝えている。		
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	2ヶ月に1回、対面開催にて意見交換を行いサービス向上に活かしている。	運営推進会議は、併設のデイサービスと合同で2カ月に1回開催し、管理者とケアマネ、利用者と家族代表、地域包括または市介護課の職員、知見者が参加している。家族は持ち回りで参加し、家族の都合を優先して開催日を決めている。自治会にも案内しているが最近では欠席が多い。会議では事業所の利用状況や行事報告、事故報告を行い、意見交換している。話し合った内容を家族会で報告している。	自治会関係者に限定せず、広く地域の方に案内してはいかがでしょうか。また、議事録をエントランスにある閲覧資料と合わせて閲覧できるようにするか、全家族に送付してはいかがでしょうか。

自己 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に取り組んでいる	施設長とケアマネジャーが定期的に役所や地域包括支援センターを訪問し通信などで報告を行っている。	行政や地域包括の職員が運営推進会議に欠席した際は、管理者が訪問し事業所の取り組み等を報告している。認知症の啓蒙活動に関しては市教育委員会と連携することが多い。	
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	玄関の施錠及び身体拘束はしていない。また、新入職員には身体拘束についての研修も行っている。身体的拘束防止委員会を立ち上げ3ヶ月に1回の頻度で会議を開催している。	指針に基づき、身体的拘束防止委員会の定期開催や研修を通じて、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。玄関も日中は開錠し、行動を妨げないケアに徹している。研修は定期的に行われ、職員が企画しグループワーク形式で理解を深めている。また、法人の方針として居室に24時間見守りカメラを設置している。使用目的を事故発生時の原因検証等に限定し、契約時に利用者と家族の同意を得ている。	
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	会社全体で施設内で虐待が起こっていないかのWEBアンケートを定期的に行い、結果を職員にフィードバックしている。	指針に基づき、虐待防止委員会を設置し、研修を実施している。この他、職員個々にウェブアンケートを実施し、事業所内で虐待事例がないかをチェックし、結果を職員に伝えている。管理者は日頃から、職員の自己肯定感を持って自由に意見が言える職場環境づくりに努めている。	
8	(7) 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	定期的に勉強会を開催しており、職員間でも理解を深めている。2025年度は6月を予定している。	現在、成年後見人が付く利用者が2人いる。成年後見制度や日常生活自立支援事業に関するパンフレットをエントランスに用意し、職員にはケアマネを講師として勉強会を開催して理解を深めている。	
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	契約の際には重要事項の説明を行い、本人や家族の不安を聞き取り、説明を行っている。契約前には、必要であれば自宅へ足を運び、再度話を聞く等して家族の負担が軽減できるように配慮している。	利用者家族等の紹介やデイサービス利用から入居する利用者が多い。管理者は利用者や家族の見学時、事業所の理念や方針と合わせて重要事項説明書のポイントを押さえて説明し、入居時には簡潔に説明して契約を締結することが多い。終末期の対応や居室の24時間見守りカメラについても説明を行っている。	

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
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	苦情担当窓口を設けている。また、情報を共有する為に、報告書を提出。改善に向け直ぐに話し合っている。	家族等の意見や要望は面会時だけでなく年1回、事業所で開催する家族会で聴取し、運営やサービスに活かしている。また、運営推進会議には利用者・家族が参加し、日程も家族の都合に合わせるなど家族の意見を重視している。利用者担当制を導入し、担当者が毎月、利用者の状況をまとめ家族宛に報告している。	
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	全体会議や日々の話し合い等で連携をとり、働きやすい環境作りを行っている。施設長は法人の役員へ毎日報告や相談を行い、密な連携を図り情報の共有化に努めている3ヶ月に1度、1対1の面談の実施を行っている。	トップダウンではなくボトムアップの職場風土がある。職員は意見や提案があれば雑談ではなく、毎月1回開催するフロア会議でしっかり発言している。会議は時間をかけて実施し、発言力が強い人の意見ばかりが通らないようにケアマネがファシリテート(調整)している。上がった意見や要望は管理者に報告し、運営やサービスに反映している。管理者は職員個々の特技や長所が活かせる環境づくりに努めている。	
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	責任とやりがいを持てるよう、一人一人に担当の仕事を決めている。また、目標を持って仕事をするようにしている。その他、残業が無いように勤務調整等で配慮している。		
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	勉強会の開催や外部研修への参加を呼びかけている。法人内で「ソラスクール」というEラーニング形式の自主学習制度がある。		
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	毎月、ケアマネジャーと管理者は地域の介護事業所へ赴き情報交換を行なっている。又、居宅介護支援専門員を対象とした連絡会にも定期的に参加している。		

自己 者三	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	
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	利用前より可能な限り訪問させて頂き、少しでも顔なじみの関係を築く努力をしている。待機待ちの利用者及び家族に対し定期的に連絡を行なっている。又、担当ケアマネジャーより情報を得ている。		
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	訪問時に家族の思いを伺い、どの部分を不安に思っているかを把握し、その不安を取り除けるように努力する。また初期だけでなく入居後も、担当者が責任もって近況報告を行なっている。		
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	他のサービスについての勉強をして、本人に本当にあったサービスを案内出来るようにしている。		
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	運営理念にもあるように、常に教えていただくという姿勢を忘れずに、高齢者の尊厳について理解しながら業務にあたっている。ケアにあたるというよりは、日常生活を共に送ることにより信頼関係を深めている。		
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	月に1度、各担当者からご家族あてにお手紙を書いて郵送している。また、来所時には、今まで暮らしておられた様子等を伺い、共に過ごしていただき易い環境を作るなど工夫している。行事などは一緒に何か行えるような内容を提案している。		
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	行きつけの店等へ行けるようにしている。本人より『〇〇へ行きたい』など要望があれば行けるようにすぐに段取りを行う。職員も気持ちよく『行ってらっしゃい』と言える職場環境作りの構築。	家族を含めて日々の会話の中から思い出の場所や人につなげるよう支援している。「死ぬ前に一度行きたかった」という高知の阿波踊りに、職員が同行した事例がある。利用者の誕生会は、月毎にまとめず当日に実施し、職員が事前に利用者から聞き取ったプレゼントを添えて皆で祝っている。	
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	利用者同士の関係については把握出来ている。利用者の認知症などの状態に合わせ、リビングにある机や椅子の配置を変えたりしてお互いが気持ち良く生活できるように配慮している。専門医と協力して本人の不安を取り除けるように努力している。		

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
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	他施設に入居された方に対しても、定期的に訪問している。また、他事業所のケアマネジャーから情報を得て施設内で共有している。		
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	(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	本人から希望や意向を伺いニーズを把握している。隠された思いにも気付ける様、意識している。 意思疎通が困難な方に関しては、過去のその方の生活や家族から情報を得て把握に努めている。	意思疎通が困難な利用者として捉えるのではなく、利用者の表情や反応から思いを汲み取るよう努めている。利用者のその人らしさを尊重するパーソン・センタード・ケアの取り組みで、利用者の生活歴を聞き取り、入居後も今までの生き方が継続できるよう、フロア会議で他職員とも情報を共有している。	
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	本人や家族、関係者からアセスメントし把握に努めている。日々の会話の中から搾取できる様に努力している。知り得た情報は共有できるように記録している。		
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	利用者の状態に合わせたケース記録や介護計画を作成している。都度、見直しADLに合わせた記録作成に取り組んでいる。		
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	利用者や家族の意見を取り入れながら、可能な限り利用者にあった介護計画を作成している。 また、毎月モニタリングを行い、変化や不具合があった際には介護計画を作成し直す。	ケアマネは、利用者自身が存在意義を感じ穏やかに過ごせるための介護計画を作成し、現場職員は毎月モニタリングで検討し、再びケアマネはそれをチェックし、利用者に寄り添った適切な介護計画を作成している。フロア会議では、担当職員も利用者の変化について積極的に発言するなど、チームワークでつくる介護計画になっている。	
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	日々のご様子等はタブレットで記録を行っている。トピックスがあった際は、タブレットの他申し送りノートを活用し情報共有している。		
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、その時々にも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	本人や家族の希望に基づいて可能な限り柔軟な支援を行っている。		

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
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	フォーマルな社会資源だけでなく、インフォーマルな社会資源に関しても把握している。事例検討会などで他事業所のケアマネジャーにアドバイスを貰うなどして、個々が地域に根ざしたより良い生活が送れるように支援している。		
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	訪問診療による対応を行っている。	入居前に関わっていた医師が、家族、本人の希望でそのままかかりつけ医として往診しており、現在、3名の往診医がかかりつけ医として関わっている。一人の医師は、看取り時の緩和ケアと訪問看護による充実したケアができる。他、歯科の訪問診療も受けることができる。	
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	利用者に特変があった場合はすぐに看護職員に連絡し、本人や家族の意向を尊重して医療支援を行っている。		
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。	入院の際には、情報提供書を作成し入院先の病院へ渡している。又、地域連携室にも通い、退院調整にも積極的に関わっている。	入院により、利用者の心身の機能が低下することを避けるため、出来る限り早期退院ができるよう、地域連携室とは密に話しあえる関係を構築している。大腿骨の骨折で入院した利用者も2週間で退院し、事業所の集団体操やケアでリハビリに励んでいる。	
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、事業所の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	常に本人や家族等の意向を尊重し、受け入れ体制を整えている。身体状況は都度、家族に伝えており必要時にはターミナルケアの話も積極的に行っている。	入居契約時に、終末期の対応についての説明を行い、本人、家族の意向も確認している。身体状況を定期的に家族に報告している為、徐々に重度化していく過程も家族は共有することができ不安の軽減にも繋がっている。昨年度は数名の看取りも行なった。	
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	内部研修を開催しており、急変時の対応など、学びの場を通じて正しく行えるよう深めている。		
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	避難訓練については、消防訓練を年に2回、災害対策BCPシミュレーション訓練を年に2回、合計で年に4回訓練を予定している。	年2回避難訓練と災害対策BCPシミュレーション訓練も2回行っている。県のハザードマップでは、土砂災害地域になっているが、平地で周りに山もなく、事業所としては、水害対策として2階への垂直避難訓練を行い、備蓄品も2階倉庫へ移動した。地域との協力体制はないが、消防署は事業所から依頼し参加する時もある。	避難訓練を他のイベントとのコラボで行うのはいかがでしょう。事業所を地域に開放し百歳体操に参加しているメンバーや認知症と一緒に啓蒙している住民とも一緒に避難できるとより安心に繋がります。

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
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	人生の大先輩、恩師として、尊敬と敬意の念を持って対応している。不適切な発言がみられた際は、職員間で都度注意しあっている。モニタリング会議の場でも再度確認している。	利用者の尊厳を大切にし、自分らしく生きようとする力を信じ、その力を引き出すための適切な声かけを心がけている。業務の流れに利用者を動かすのではなく、利用者の気持ちに寄り添い、笑顔を引き出した職員への評価はモチベーションアップに繋がっている。	
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	可能な限り利用者は自己決定をしている。その事柄に関しては、柔軟な姿勢で職員がサポートしている。迅速に実施出来ない場合は説明し、後に実施に結び付けている。		
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	一人一人のペースに合わせて希望に沿った支援をしている。また、職員都合のケアになっていないか振り返りの場を設け、常に意識するようにしている。		
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	本人の意向を伺った上で支援している。その人らしい、身だしなみに努めている。主訴が言えない、意思疎通が困難な利用者に対してもアセスメントからより近いと思える選択を実施している。		
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	食事の準備から片付けまで利用者も参加できる環境を心掛けている。 食事に関する何気ない会話を心に留め、希望を実現している。	食事のメニューから季節を感じ、楽しめる工夫がみられる。ももカフェでは豆からひいて香りを楽しみ、スナックももかでは、日常を離れた雰囲気味わっている。普段の食事も、一人ひとり違ったカップとお箸で普通の家庭的な気遣いに、事業所の温かいおもてなしの姿勢が伺える。	
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	既往歴を把握し、水分・食事共に可能な限り適正な量を摂取している。6か月毎に血液検査を行い、健康状態を把握している。入居してから血液検査結果が大幅に改善されたケースが多い。		
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	困難な利用者は個々に支援している。定期的に歯科往診を利用し、状態を把握している。又、訪問歯科医より、より効果的な口腔ケアの方法を学んで実施している。		

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
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	可能な限りオムツ類を使用せずに過ごしている。 入居当初リハビリパンツだった利用者が布パンツに変更になった例もある。	入院によりオムツ対応になり、そのまま退院した利用者に対して、現場職員からトイレでの排泄が可能ではという提案があり、ケアマネジャーや他職員とも情報を共有し、試みることになった。その後、徐々に立位が可能になり、本人の意欲も引き出せ、リハビリパンツへの自立に繋がった。	
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	運動及び食生活からの改善に努めている。また、必要時は適切な量の下剤を使用し排便を促している。2日に1回は看護師による機能訓練を行っている。		
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	一人一人の希望を聞いた上で入浴している。自分から希望が言えない利用者に関しては職員が声をかけ入浴を促すが、拒否がある場合は無理強いせず日や時間を改めてお誘いしている。	入浴は、本人の希望する時間に入ることできる。楽しむ支援の一つに、利用者にその日の気分に合わせて入浴剤を選んで貰っている。利用者の視覚に訴えられるよう名前が書かれた4つの入浴剤から選ぶ楽しみも味わっている。入浴後の利用者の溢れる笑顔から、職員とマンツーマンで快適な時間を過ごせたことが伺えた。	
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	利用者の生活パターンを崩さないよう支援している。意思の疎通が困難な利用者には、表情や態度から思いが汲み取れる様、常に全身を観察して対応している。		
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	変薬があった場合に限らず、受診内容は一定期間掲示しており、全職員に周知徹底を義務付けてしている。又、過度な服薬に至らない様、状態を見ながら減薬も実施している。		
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	習慣としていた作業、趣味の絵画、裁縫などそれぞれの得意分野が継続できるよう支援している。また、新たな趣味の分野になればと様々なレクリエーションの開発にも力を注いでいる。		

自己	者 第	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
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	希望に応じて買い物やドライブ等の外出の機会を設けている。主訴が言えない利用者に対しても、アセスメントを元を実施している。直ぐに実施に結び付けられない場合も、企画をあげ、実現に向けて家族や関係者に協力を要請し実現させている。	利用者の希望にそって近隣の散歩に出かけている。仲の良い利用者と一緒に行きたい時は、職員は2名付き添い安全に配慮している。普段行けない遠方の故郷や思い出の場所への希望があれば、家族への説明と同意を得て、希望を叶える外出支援は利用者にとって大きな喜びとなっている。	
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	利用者は希望に応じてお金を所持できることを入居時にお伝えしている。		
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	希望があれば、本人が直接電話をかけている。届いた手紙に関しては、返信を職員と一緒に作成している。		
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	リビングは利用者に不快感を与えないよう、配置などに気をつけている。四季折々の雰囲気にあった飾りつけをするようにしている。トイレ、浴室に関してはスッキリと清潔感のある空間を心がけている。	広々としたリビングに、テーブルやソファ、椅子が上手く配置され、それぞれが違う空間になっている。窓に向かって置かれたソファでは、ゆったり身体をあずけ、広々としたベランダを眺めながら寛ろぐことができる。テレビの前のテーブルは食事をしたり新聞を読むなど趣味の作業ができ、入口にテーブルと椅子が置かれた空間では、ももカフェでおしゃべりを楽しむことができる。季節を感じさせるセンスの良い壁飾りと職員手作りのカレンダーは居心地の良い共にな共用空間のアクセントになっている。	
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	それぞれが過ごしやすいようにソファやテーブル、ダンスやパーティーなどを配置している。		

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
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	利用者は、家族と相談の上、自宅で使っていた馴染みのある家具等を持ち込み居室内の空間を自由に使用している。	入居時に、手作りの表札が最初のプレゼントになっている。馴染みの家具と装飾品、職員からのメッセージや笑顔の写真などが飾られ温かい空間になっている。家族に依頼し、利用者の若い頃の写真も飾っており、職員は、写真から利用者の輝いていた時を感じ尊敬の念を抱いてケアにあたっている。	
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	共用スペースについては、出来るだけ掲示してそれらがどんな場所かが分かるようにしている。		

(様式2)

事業所名 グループホームソラストももか太子

目標達成計画

作成日: 令和 7年 5月 7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	4 (3)	○運営推進会議で地域の代表者の出席率が低い。 運 営推進会議の議事録をご家族も含めて様々な 方に閲覧していただけるような工夫が必要。	地域の代表者について、ご案内を「自治会 長」に固執せず近隣の方や、近隣にお住ま いの、ももかを退職したスタッフなどにも声を かけていき地域との交流を深めていく。	運営推進会議の出席者について、近隣の方 や、近隣にお住まいのももかを退職したスタッフ などにも声をかける。	6ヶ月
2	35 (17)	○災害対策について、地域住民との協力体制 が整っていない。	地域住民を巻き込んだ避難訓練を実施でき るようにする。	避難訓練を他のイベントとのコラボで行ってみ る。	6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。