

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15-1		
自己評価作成日	2024年4月5日	評価結果市町村受理日	令和6年5月28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	https://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action_kouhyou_pref_topijigvosvo_index=true
----------	---

【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	兵庫県川西市小た1-12-10-2-1		
訪問調査日	2024年5月8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)】

太子町の役場からも近い閑静な住宅街の一角に立地しており、敷地内のガーデンスペースにはオレンジ色の造花や四季折々の草花が植えられている。築20年以上建っているとは思えない程、外観も内装も整備されている。地域交流室では地域の人を招き、100歳体操やイベントを定期的に開催しており、地域に密着した事業所作りに入力している。また、「自宅で過ごすよりもかて過ごしたい」と思ってもらえるような事業所を目指しており、ノーマライゼーションの理念のもと、利用者一人ひとりが自分のペースで生活出来るように、時間やルールに縛られない本当の意味での家庭的な介護を実践している。1階リビングには、犬や猫が飼育されており、利用者がふれあいを楽しんでいる様子が見られ、何気ない日常をも大切に過ごしていることが確認できた。管理者やケアマネジャーを中心に、認知症の理解や専門職としての技能向上にも非常に力を入れており、多数の有資格者のもと、日々のケアは勿論のこと、地域住民へ啓発活動、小学校への公開講座など地域貢献も実施している。常によりよい介護を目指して取り組まれており、「利用者・家族・職員・地域」への細やかな配慮がなされており、先進的な取り組みを行っている。今後このような取り組みを是非とも続けたい。

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 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 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. 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

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

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
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。	事業所理念は、会社統合前から掲げられてきたものを推奨しており、特にノーマライゼーションに力を入れている。利用者が入居した後も、以前と同じように生活できるようにしている。「当たり前の生活・人とのつながり」理念に立ち返り実践している。	
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。	アルツハイマー月間に合わせて、地域の人とマリーゴールドを育てるオレンジガーデンプロジェクトや地域住民のボランティアによるカフェを開催しており、利用者が地域とつながりながら、生活ができるような環境や仕組みが整備されていた。また、管理者やケアマネジャーが地域の小学校に出向き、認知症講座を行うなど、積極的に地域貢献を行っていた。	
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。	2023年度は全て対面形式で運営推進会議が開催されており、利用者、利用者家族、行政、地域包括、有識者などが参加しており、併設するデイサービスと合同で開催されている。行政からは、事故・ヒヤリハット報告の内容を具体的に記載して欲しいと意見があったため、改善できるよう取り組んでいる。デイサービスと合同で実施することで客観的に見られる人が増え、振り返りや改善の機会に繋がっている。	
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	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。	事業所は毎月活動報告を作成し、行政や地域包括、町内の利用者家族の居宅に管理者自ら配布を行っている。定期的に役場で開催される協議にも積極的に参加し、情報交換・共有に努めている。	

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
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 いての研修もやっている。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。	玄関及び室内扉は全て開錠されて おり、自由に行き来できる環境が 整えられている。現在は身体拘束 に該当する利用者はおらず、離 床センサーや4点ベッド柵も使用 していない。できるだけ身体拘束 を行わないよう、定期的な見守り やデータを活用したトイレ誘導 など実施している。身体拘束防 止委員会を定期的に開催し、職 員が持ち回りで研修を行っている 。居室モニターは家族や利用者 本人に許可を取った上で、設置し ており、事故発生時の原因分析と して活用されている。管理者管 理のもと、常時ブラックアウトさ れており、プライバシーに配慮が なされた上で、有効に活用され 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 での虐待が見逃されることがな いよう注意を払い、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 定期的に実施し、結果を職員に フィードバックしている。	本社から不適切事例に関する報 告が送付されるため、事業所内 で個人ワークを行い、その後グル ープワークを実施し、振り返り を行う機会を設けている。管理 者やケアマネジャーは、職員の 不満や気になる言動を全体会 議において共有するようにして おり、職員全員が不適切な関 わりに気を付けることができる よう配慮している。	

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
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	定期的に勉強会を開催しており、職員間でも理解を深めている。2024年度は6月を予定している。	成年後見人制度を利用している利用者は2名おり、弁護士等の専門職が成年後見人となっている。定期的に勉強会を開催しており、職員全員が制度を知る・学びなおす機会を事業所独自で設けている。	成年後見人制度に関するパンフレットを事業所内にも設置してみようか。
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。	見学は随時実施しており、実際に施設に足を運んでもらい、雰囲気を見てもらった上で、契約を行っている。また、状況に応じて利用者や家族と直接会った事例もあった。家族や利用者本人から生活環境や身体状況を聞き取り、利用者にとってより良い生活環境を整えることができるようにしている。また、契約時は丁寧に説明を行うようにし理解・納得してもらった上で、契約を締結している。	
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	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。改善に向けて直ぐに話し合っている。	苦情担当窓口は管理者が担っており、苦情になる前の早期対応を実践している。レスポンス早く改善を行うようにしており、前向きに取り組んでいる姿勢が職員ヒアリングなどから確認できた。ご意見箱も設置しており、意見が出た「居室での面会希望」も新型コロナウイルスが落ち着いてからは再開しており、家族の意見が運営に反映できるよう配慮している。	
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。	運営に関する職員の意見は全体会議で議論しており、時間的効率や生産性に配慮している。業務の振り返りや事業所のルールについても、全体会議で決定しており、職員意見が反映しやすい環境である。人事考課制度が導入されており、3か月に1度面談を行っており、密な関わりが持てる時間を設定している。	
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	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。		

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
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	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
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	週に1度は家族連絡を行っている。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やす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。	利用者が生まれ育った地元やカフェ巡りなど、個別での外出支援を行っており、「津山市へ桜を見に行く」、「徳島へ阿波踊りを踊りに行く」など利用者が望んだ外出を可能な限り叶えるよう努めている。面会も電話連絡があれば、随時可能であり、外出・外泊も可能である。家族の来所も多いため、近況報告も出来ている。	
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	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。	利用者との対話・支援には時間をかけ「待つ」プロセスを重視している。介護者が待つことで見えてくるものがあると信じて支援している。失語していると思っていた利用者の言葉を引き出した事例がある。	
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。	モニタリングは職員が行っているが全てにケアマネジャーがコメントを記入している。集約した情報は月1回のカンファレンスで話し合うために7割程度を議事録として作成したうえで個人課題やその他の情報を共有している。開催時間は長くなるが有意義な会議となっている。	
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、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。	入居以前のかかりつけ医を継続している利用者もいる。契約時には複数の協力医の中から選べる仕組みがある。家族には丁寧な説明を行い納得を得たうえでの選択となっている。ターミナルの際には訪問看護の導入も行っている。	
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	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	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。	現在該当者は複数いる。面会には制限があるので家族から状態変化の都度情報の提供がある。退院調整時には直前の変更もあるが柔軟に対応できる体制を整えている。	
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	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。	契約時には指針をもとに丁寧に説明を行っている。状態変化の報告はこまめに行うよう心がけている。ターミナルの際には主治医からの説明がいつでも聞ける体制がある。希望があれば訪問看護の導入も行っている。	
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	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シュミ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。	災害対策シュミレーション訓練では太子町役場までの徒歩避難を行った。車いすの利用者も多く実際の避難は垂直非難を考えている。災害備蓄品は法人管理で3日分の水・食料が確保ができています。	自治会との関係性が確立しにくい現状が続いているようですが、運営推進会議を通じて近隣住民の避難訓練への参加呼びかけをしては如何でしょうか

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
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。	利用者へのかかわりのなかで、慣れからくる適切ではないと思われる呼びかけなどは敏感に拾い上げている。職員間でも相互注意ができる関係性がある。常に会議の際に取り上げている。	
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、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。	利用者個々のできることの見極めによりそれぞれの作業への参加を促し実行している。月に2～3回は好みのメニューでの食事作りを行っている。近隣のコンビニへの買い物なども積極的に実施している。	
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	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	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。	職員の丁寧な排泄支援への取り組みにより、リハビリパンツから布パンツへの移行などの成功事例がある。	
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	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。	個人の希望に沿った入浴を心がけ柔軟に対応できるように調整している。利用者は好みの入浴剤を選んでいる。決められない利用者へも最終的には自身で選べるかかわり方を実践している。	
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	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。		
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。	本人希望での遠出も実施している。思い出の地へのドライブなど企画を上げ、日を置かず実現・実践できるようアクティブに取り組んでいる。お気に入りの銘菓を購入することもある。家族の協力もあり実践できている。	

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
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。	ゆったりとした各フロアはレイアウトが変更しやすい環境である。机の配置やソファの位置など利用者の関係性の変化等に応じてすぐに変更できる。壁面は手作りの季節感あふれる作品等で満たされている。浴室・トイレは心地よく清潔に整えられていた。	
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、タンスやパーテーションなどを配置している。		
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。	各居室には洗面台があるが、雑然とせず清潔な印象を受けた。布団カバーには個性が見られる。本人の趣味であった小物作品なども飾られている。小机には読みかけの雑誌などもあり自宅の自室を彷彿とさせられた。	
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 6年 5月 28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	35	○災害対策 火災や地震、水害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身に付けるとともに、地域との協力体制を築くことがまだできていない。	地域住民と連携して災害に備えた対策訓練を実施する。	運営推進会議を通じて、近隣常民と協働で災害対策訓練を実施する。	6ヶ月
2	2	○事業所と地域とのつながり 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、家族の意見も聞く機会を設ける。	○事業所と地域とのつながり 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう支援する。	年に1度、家族会を対面で開催しご家族同士の意見交換の場を設けると共に事業所のサービス向上のための意見交換を行う。	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。

(様式3)

サービス評価の実施と活用状況(振り返り)

サービス評価の振り返りでは、今回の事業所の取り組み状況について振り返ります。「目標達成計画」を作成した時点で記入します。

【サービス評価の実施と活かし方についての振り返り】		取り組んだ内容	
実施段階		(↓該当するものすべてに○印)	
1	サービス評価の事前準備	<input type="radio"/>	①運営者、管理者、職員でサービス評価の意義について話し合った
		<input type="radio"/>	②利用者へサービス評価について説明した
		<input type="radio"/>	③利用者家族へサービス評価や家族アンケートのねらいを説明し、協力をお願いした
			④運営推進会議でサービス評価の説明とともに、どのように評価機関を選択したか、について報告した
			⑤その他()
2	自己評価の実施		①自己評価を職員全員が実施した
		<input type="radio"/>	②前回のサービス評価で掲げた目標の達成状況について、職員全員で話し合った
		<input type="radio"/>	③自己評価結果をもとに職員全員で事業所の現状と次のステップに向けた具体的な目標について話し合った
		<input type="radio"/>	④評価項目を通じて自分たちのめざす良質なケアサービスについて話し合い、意識統一を図った
			⑤その他()
3	外部評価(訪問調査当日)	<input type="radio"/>	①普段の現場の具体を見てもらったり、ヒアリングで日頃の実践内容を聞いてもらった
		<input type="radio"/>	②評価項目のねらいをふまえて、評価調査員と率直に意見交換ができた
		<input type="radio"/>	③対話から、事業所の努力・工夫しているところを確認したり、次のステップに向けた努力目標等の気づきを得た
			④その他()
4	評価結果(自己評価、外部評価)の公開	<input type="radio"/>	①運営者、職員全員で外部評価の結果について話し合った
		<input type="radio"/>	②利用者家族に評価結果を報告し、その内容について話し合った
		<input type="radio"/>	③市区町村へ評価結果を提出し、現場の状況を話し合った
			④運営推進会議で評価結果を報告し、その内容について話し合った
			⑤その他()
5	サービス評価の活用	<input type="radio"/>	①職員全員で次のステップに向けた目標を話し合い、「目標達成計画」を作成した
			②「目標達成計画」を利用者、利用者家族や運営推進会議で説明し、協力やモニター依頼した(する)
		<input type="radio"/>	③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)
		<input type="radio"/>	④「目標達成計画」に則り、目標をめざして取り組んだ(取り組む)
			⑤その他()