

## 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	2021年9月1日	評価結果市町村受理日	令和3年11月4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	<a href="https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action_kouhyou_pref_topijigvosvo_index=t">ps://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action_kouhyou_pref_topijigvosvo_index=t</a>
----------	--

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 福祉市民ネット・川西
所在地	兵庫県川西市小花1-12-10-201
訪問調査日	2021年10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)】

<p>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けます。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。</p> <p>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。</p> <p>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を行うとか、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。</p>
---

## 【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)】

<p>今年、法人組織が再編され、事業所名称も若干変わったが、従来の運営理念を堅持している。高齢者本人の意思の尊重と自己実現を目指す理念は、まさに介護保険制度全体を貫く理念であり、職員に周知徹底されている。事業所では「パーソン・セントアド・ケア」の考え方を重視し、認知症を患う利用者へのサポートのあり方と気づきの大切さを訴えている。コロナ下であっても何が出来るかを考え、「本人会議」と称し、一人ひとりのやりたいことを聴いて実現に向けて取り組むなど、「利用者本位」は徹底している。利用者が地域の一員として普通に生活できるよう、認知症の方の伴走者として支援されることを期待したい。</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、生き活きと働いている (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している (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	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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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。	今年4月に、旧法人の親会社の直轄事業所となった後も、従来からの6つの理念を堅持している。その根幹となる考え方として「今月のパーソンセンタードケア」を毎月スタッフルームに貼りだしている。理念は、入社時研修と毎年2回の研修の中で確認しながらケアに活かしている。	
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	認知症サポーター要請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。	事業所を開設するに当たっての対住民説明会では認知症への理解を得る努力をしてきた。コロナ禍前は、地域清掃やお祭り、お餅つきなど町会行事に参加していた。自治会に加入しており、コロナ下でも、「ももか便り」を地域に回覧したり、認知症キャラバンメイトとして活動している。	
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	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講師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、そこの意見をサービス向上に活かしている	2ヶ月に1回は開催している。今年度は新型コロナウイルス感染拡大防止の観点により開催を行っていない。	中止していた運営推進会議を、今年から書面で開催している。事業所の状況や利用者の生活の様子を知らせる内容になっており、事故とヒヤリハットの報告をしていない。議事録(報告書)を家族に送っていない。	家族に向けて、議事録の送付を再開していただきたい。事故とヒヤリハットの記録は整理されているので、運営推進会議で公開することによって、家族の安心と信頼につながるのではないであろうか。
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報告を行っている。	役所が近いこともあり、議事録や報告書などの書類を直接持参することが多い。町の高齢者見守りネットワーク事業に登録しており、町から要請があれば独居老人宅を訪問するなどで協力する態勢である。	

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
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月に1回の頻度で会合を行っている。	日中は玄関の施錠をしていない。身体拘束の事例もない。身体拘束適正化のための事業所の指針を掲示し、委員会を設置している。毎年開催している研修では、職員自らが議題を考えることで、現場で実際に起こっていることの振り返りができている。	
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	高齢者虐待防止の資料を回覧し、理解を深めている。全職員が注意を払い、これに努めている。家族や本人には入居前に必ず説明している。	職員は「虐待の芽チェックリスト」を使用し、自己チェックをしている。データの集積、分析を基に第三者が定期的に個人面談をすることで、職場環境の問題の把握と早めの対応ができると考えている。	
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	制度に関するパンフレットを揃えており、質問や相談があった際に説明できる準備が出来ている。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。	成年後見制度を利用している人が数名あり、入居後に制度の利用を始めた利用者もある。いつでも説明ができるようリーフレットを準備しており、職員は、リーフレットや研修などで学び、一定の知識を持っている。	
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。	最近、サ高住や事業所に併設しているデイサービスの利用者からの問い合わせが多い。契約時に、重度化や終末期ケアの事業所としての対応について、丁寧に説明している。安全確保は重視するが、行動の抑制や過度な制限をしないため、転倒のリスクがあることを伝え、納得を得ている。	
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	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。誰もが意見を言えるような意見ボードを玄関先に掲示して広く情報収集が図れるように配慮している。	家族会を開催していた頃は、アンケートを実施したり意見を出してもらっていたが、コロナ下では行えていない。家族会で出された事項に対する改善案を本社に報告書を提出することで、情報を共有している。コロナ下の面会方法としてオンライン面会が出来る事を家族に周知した。	
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	月に1回開催するケース会議で利用者のことについて話しあう中で、スタッフからの意見を聴く機会を設けており、職場環境の改善につなげたいと管理者は思っている。昼の休憩場所を確保することで、気持ちのリセットが出来るようになった事例がある。	

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
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って、一人一人に担当の仕事を決めている。また、ひとりひとり目標を持って仕事をするようにしている。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」という自主学習ができる体制がある。		
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2ヶ月に1度定期的に参加している。(コロナ禍においては自粛している)		
<b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>						
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。待ち時間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。福祉用具の提案を都度行なっている。		
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	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。		

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
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	来所時には、今まで暮らしておられた様子等を伺う、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をしている。	コロナ下、家族や身近な人との距離ができ、双方のストレスと不安が増えた。その中で工夫ということで、テレビ電話による面会を検討したり、利用者の希望を聴く「本人会議」の後で、実際に実現させたものをDVDにまとめ家族に郵送した。	
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。		
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。		
<b>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</b>						
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く様、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。	意思の伝達が困難になった場合でも、可能な限りニーズの実現を支援する態勢を整えていきたいと、管理者は考えている。発語出来ない利用者への声かけは疑問符で問い掛け、些細な仕草や表情を見逃さないように読み取って、意向を推し量っている。常に利用者自身に選択をして貰い、「自分で選んだ人生」を生きているという意識をもって貰うよう心掛けている。	
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。		

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	
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。	ケアパートナーと呼ぶケアスタッフが1~2人の利用者を担当し、物品購入やお誕生日の準備等をしている。毎月末にモニタリングチェック表を作成し、介護計画作成の前に、家族に要望や意見を聴く書類を送付した上で、介護計画を作成している。		
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	利用者一人一人、異なるケース記録の書式を使用し、個別ケアに努めている。			
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。			
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ついても把握している。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	本人、家族の希望に沿って受診を行っている。ケアマネジャーが主に外部との折衝に努めている。	入居前からのかかりつけ医へ通院している利用者があるが、ほぼ全員が協力医療機関をかかりつけ医にしている。訪問診療はなく、定期的な受診の場合は職員が付き添い、必要に応じて家族と情報共有している。2カ所の歯科医院の往診と通院を組み合わせ、利用者の口腔ケアを行っている。		
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。お見舞いに行き、その日の様子を医療関係者に尋ねてケースに記録している。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。	直近の1年間に数名の利用者が入院しており、入院期間は2日から3週間と幅があった。コロナ下で面会は出来なかったが、退院前カンファレンスに同席して情報を共有し、退院後の介護計画では生活リハビリなどを組み込んだ。		

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	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の話も積極的に行っている。	契約時に事業所としての重度化対応指針を説明し、家族の同意を得ている。直近の1年間に数名の看取りを経験した。看取りが近づいてきた時点で、医師、家族と相談の上、看取り介護計画を策定している。必要に応じて家族が契約した訪問看護師が、医師の指示の下に適宜来訪して医療的ケアを施している。		
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	内部研修を毎月開催している。折に触れ内容を反復する事により、ほぼ全員が統一した対応が出来る様になりつつある。			
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	施設内での避難訓練については法令に基づき年に2回実施している。今回は12月の予定。地域との連携はまだ難しい。	ハザードマップでは、50cm程度の水害発生の可能性が有り、発生時には2階へ垂直避難する。地震発生時のエレベーターの休止を想定し、簡易担架も用意している。火災の夜間想定訓練では、利用者を玄関先へと避難させているが、近隣の職員が駆け付けるまでの間の見守りが懸案事項である。9月からケア記録などの入力を始めたパソコンを、非常時持ち出し備品に加える予定である。	自治会の会長を通じて、避難訓練時の見学依頼を近隣の住民に依頼し、避難時の見守り協力につなげたらどうだろうか。	
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>						
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。	原則、利用者の名字にさんを付けて、呼び掛けている。脱衣所のドアの内側にカーテンを吊して目隠しをするなどプライバシーに配慮しているが、歯科医が器具を使って口腔ケアをする場合でも、リビングで行っている。	器具を使って口腔ケアをする場合、利用者のプライバシーを確保する工夫をお願いします。	
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	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て支援している。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。			

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
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。 食事に關する何気ない会話を心に留め、希望を実現している。	毎日、業者から届けられる食材を、事業所のキッチンで湯煎し、炊飯と吸い物は事業所が作っている。利用者は、湯煎後の料理の取り分けや盛り付け、食後の下膳や食器洗いを手伝っている。毎月2～3回、自炊の日を設けており、事前に利用者の希望を聴いてメニューを決めている。職員は利用者と同じ食事を別室で摂っている。夕食時に、晩酌を楽しむ利用者もある。	
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。		
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が、本人の自尊心を一番に考え、ADLに沿った選択をしている。 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。	布パンツやリハビリパンツの利用者が全体の7割以上であり、その内の約7割がトイレで排泄している。他の利用者也トイレで排泄ができるようになる様、支援している。夜間のみ居室内のポータブルトイレを使用している利用者があるが、自立での使用となっている。	
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	便秘のメカニズムについて勉強会を開催し、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。月2回はいきいき100歳体操を実施している。		
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誘っている。	1週間に平均2～3回の入浴となっているが、利用者の希望や状態に合わせて、朝、昼、夕刻と柔軟に入浴時間を決めている。シャンプーや石鹸で利用者が好む物があれば、準備している。	



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	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、常に全身を観察をして対応している。		
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や、趣味の絵画や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。	以前は、喫茶店でケーキセットなどを注文して楽しむことがあったが、コロナ禍でそれらの全てが出来なくなった。利用者が気分転換できるようにと室内レクを充実させ、屋上のテラスでお茶をしたり花火を上げたりして楽しんで貰った。	
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し使用している。また、過度に購入しやすい利用者に関しては、都度説明し上限を決め計画的に使用している。		
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つ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。	広いリビングにテレビを2台、食卓の他に2人掛けのソファを4台置いており、利用者は思い思いの場所で自分の時間を過ごすことが出来る。リビングには空気清浄機とサーキュレーターを置くとともに、大きな窓を常時開けることで換気を心掛けています。	

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
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。	職員が刺繍や木工で手作りした表札が居室のドアに掲げられており、利用者ごとにユニークな居室の目印となっている。室内はフローリングで、事業所からはベッド、洗面台、エアコン、照明器具、防災カーテンが準備されている。利用者は、家族からの誕生日祝いの寄せ書き、カラフルな縫いぐるみ、仏具などを置き、利用者の個性に満ちた過ごし易い部屋となっている。	
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: 2021年 11月 4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	運営推進会議の内容が事業所の状況や利用者の生活の様子を知らせる内容になっており、事故とヒヤリハットの報告をしていない。	ご家族に向けて、事故とヒヤリハットの報告も内容に盛り込み、今後の運営につなげていく。	資料作成時に記載する。 資料を配布した関係者の方から意見を伺う。	2か月
2	35	非常災害時における近隣との連携が脆弱である。	自治会の会長を通じて、避難訓練時の見学依頼を近隣の住民に依頼し、避難時の見守り強化につなげる。	西本町自治会長に説明し、協力を仰ぐ。 協力が得られるのであれば、避難訓練の案内文を近隣に配布し、見守りの協力をしていただく。近隣住民向けに認知症サポーター養成講座を開催し認知症の理解を深めていただく。	6か月
3					月
4					月
5					月

(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
		<input type="radio"/>	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
		<input type="radio"/>	⑤その他( )
2	自己評価の実施	<input type="radio"/>	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
		<input type="radio"/>	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
		<input type="radio"/>	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
		<input type="radio"/>	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
		<input type="radio"/>	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
		<input type="radio"/>	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)
		<input type="radio"/>	⑤その他(市町村への受理日 11/4)