

令和 7 年度

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	1690800139
法人名	(株)ハートフル
事業所名	ケアタウンとなみ
所在地	富山県砺波市青島208-1
自己評価作成日	令和7年11月20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）】

当事業所は小規模多機能型居宅介護を併設しており、昔なじみの在宅でお過ごしの方が通い利用されており、地域の情報や季節に合わせた話題など、ご利用者間での交流が活発に行われています。また、同年代の方が元気に自宅で生活し、通ってこられている様子を見てそれぞれのご利用者の方が、文化活動やレクリエーション活動などを一緒になって一生懸命取り組まれています。

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページ等で閲覧してください。

基本情報リンク先	
----------	--

【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）】

事業所は小規模多機能型居宅介護事業所と併設していることから、日頃から利用者同士交流出来る体制が構築されている。
また、意見が伝えやすいと感じている職員が多く、法人内でも相談し合える体制があり、職員の業務効率を上げるためにインカム等の機器が導入されている。利用者の日常の様子に変化があれば、その都度家族に伝えるようにしており、状況に合わせた柔軟な対応は、家族の満足度につながっている。

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	一般社団法人 富山県介護福祉士会		
所在地	939-8084 富山県富山市西中野町1丁目1-18 オフィス西中野ビル1階		
訪問調査日	令和7年12月10日	評価結果市町村受理日	令和8年2月2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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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	利用者と職員と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回程度ある 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、生き生きと働いている。 (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				

1 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	法人理念や行動基準をもとに、ケアタウンとなり独自の理念を作り、常にご利用者の皆様に目を配り、転倒などの事故防止や認知症による不安が少しでも軽減した状態で過ごせるよう、さり気ない気配り、心配りの声かけや援助を実践している。	職員には、入職時に法人理念や基本方針、行動指針等をまとめたリーフレットが配布されている。リーフレットの内容は玄関内の掲示板にも掲示して、いつでも確認できるようにしている。利用者の個別カンファレンスの際には、理念の実現に通じる利用者に応じた「目配り・気配り・心配り」を行うよう周知している。	
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	運営推進会議を通じた行事等の紹介をはじめ、施設行事にボランティアの方をお招きするなどの交流を行っている	町内会に加入し、祭りの時期には、事業所にあんどん山車や獅子舞が来ている。また、事業所で開催している納涼祭や敬老会等の行事の際には、民謡や楽器演奏のボランティアを受け入れている。隣接する企業とは、水害時の避難場所として活用させてもらう提携を結んでいる。	
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	行政主催の地域ケア会議などの場で、主に庄川地区の民生委員や福祉コーディネーターの方々の意見交換や、当施設において実践している認知症ケアの方法などの紹介をしている。		
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	運営推進会議では、施設運営の報告の他にも、参加者の方の困りごとや地域の課題(働く年代の人がいない)についても自由に談義を行い、困ったときにはなんでも相談できる雰囲気づくりに努めている。	運営推進会議は2か月毎に開催し、自治会長、民生委員、地域包括支援センター、地域の居宅介護支援事業所、家族代表が参加している。会議では利用者の状況や行事活動、研修状況等の報告や、地域行事の情報を確認している。参加者の意見を踏まえ、コロナ禍以降、控えていたボランティアの受入れを再開した。	
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	市主催のサービス事業所連絡会や研修に参加し、顔の見える関係性を心掛けている。また、小規模多機能もあることから、包括支援センターから紹介のあったご利用者の方に、在宅のうちから一緒に関わることができている。	市には月1回、事業所の空き状況を報告し、市内の事業所の空き状況も合わせて確認している。市が主催する研修や地域ケア会議に参加し、参加者との情報交換や認知症ケアの手法等の紹介を行っている。また、介護相談員を受け入れ、利用者との交流を図ってもらっており、利用者からの要望を確認している。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	直接的な身体拘束についてどのようなものがあるかの周知は全職員対象に行っている。布団に鈴をつけたリ、足元センサーで事前に感知するなど転倒を予防している方に関しても、センサー等での監視が必要であるかどうか定期的(3か月ごと)に検討を行い、身体的・精神的にも極力抑制のない生活を送っていただけるよう配慮している。	事業所としてだけでなく、法人でも3か月毎に委員会を開催している。法人の委員会では、研修内容を検討しており、年2回、留意事項等を書面にまとめ職員に周知している。事業所の委員会では、見守りセンサーの使用状況を確認し、使用継続の判断を検討している。	
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	入浴の際には不自然な内出血の有無の確認を行っている。また、転倒したり、歩いていて手すりやテーブルにぶつかったなど、病院で注射をしたなどの今後内出血が発生するであろう箇所については記録に残し、内出血ができた時に何が原因であるかを特定できるようにしている。		

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
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に支援している	各職員が権利擁護について学ぶ機会は設けていないが、必要な時には管理者が各職員やご家族などから情報を収集し、関係機関に連絡をしたり、手続きの為に必要な受診の援助も行っている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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として説明し、料金改定や、加算条件の変更があればその都度、前月の請求書の発送時に連絡・報告を行っている。また、話しやすい環境づくりに努め、ご家族の不安や疑問について気軽に聞いてもらえる関係を築ける様日頃から気を付けている。		
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	運営推進会議では、利用者、ご家族はじめ地域包括支援センター職員や地域の常会長、民生委員さんなどにご参加いただき、直接ご意見を頂戴し、それぞれの意見を聞くことができる場となっている。	家族からは、面会時や連絡を取り合う際に意見や要望を確認している。「職員の名前が分からない」との意見を受け、職員は名札を着用することにした。利用者からは食事について意見があり、毎日、利用者の体調や意向等に応じ、形態や量を調整して提供している。	
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	管理者も現場に入ること、実状の把握や、直接現場スタッフの意見を聞く機会を持っており、すぐに対応できることに關してはすぐに対応し、法人代表に報告しなければならない事であれば、管理者から法人代表へ報告し、意見を反映できるように努めている。	職員の家庭状況等に応じて、雇用形態や勤務時間の調整を行っている。管理者や計画作成担当者が日常的に職員の意見を確認しており、毎月の管理者会議でその意見を諮っている。インカムや見守りセンサーが導入され、業務の効率化が図られた。	
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	最低賃金の水準に併せて、昇給は行われている。また、人手不足の中でも業務を遂行しきれるように、管理者やケアマネージャーが現場の仕事を行うことで、現場スタッフの時間外労働を防いでいる。		
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	全ての職員がサービスの質を向上させていけるよう定期的に参考資料などの作成・配布・回覧をし、知識の習得を促している。E-ラーニングによる初任者研修も実施。また、それぞれの職員が習熟度や経験に合わせ、外部の研修に参加するための休日調整や出勤日扱いにするなどの支援をしている。		
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	毎月グループ内の施設長が集まって意見交換や交流を行ったり、外部講師を招いて研修会を行ったりしている。その他市の事業所連絡会などに参加し、包括職員や市内の他の施設や居宅のケアマネージャーとの交流を行っている。		

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
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	小規模利用をしながら入所待機をされていた方についてはすでに関係性が構築されている。全くの新規のお申し込みの方に関しても、事前訪問で、本人の思いをお聞きしたり、どのような生活環境で暮らしていたかの確認を行っている。また本人の動作確認も含めて、室内の配置は相談しながら一緒に行うようにしている。		
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	ご家族の関われる頻度、方法、能力等を確認し、家族対応困難なことについては相談しながらオムツ類などの物品の準備、受診などの手助けをしている。		
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	ご家族、ご本人の状態や希望を考慮し、一緒に過ごす機会も持ち続けたいとお考えの場合には無理に入所にこだわらず、併設の小規模多機能での対応をおすすめする場合もある。		
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	手指消毒後に食器ふきや洗濯物たたみなどの作業を実施し、自分の役割を持つことで自分はこのにいて役に立つ人間であるという自信が付き、安心して生活を送られている。そのほかにも壁面制作や季節毎の飾り作りなど、本人の持てる力を発揮できる機会を設けるようにしている。		
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	季節毎の衣類の入れ替えや、病院受診などご家族の無理のない範囲で本人を支える援助を頂いている。遠方にお住まいであったり、直接お越しになれないご家族にもお手紙を送って頂いたり、電話で直接お話しするなど、本人との絆を絶やさないようにしている。		
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	面会は前日までの事前予約があればご家族以外の友人・知人の方でも可能。もともと庄川地区にお住まいの方に関しては昔からなじみの医師の訪問診療が月1回定期的に行われている。	月1回、行事活動等をまとめた広報誌を家族に送っている。面会は、事前の予約制としており、面会室の予約が重ならない限りはいつでも面会できるようにしている。また、希望があれば、家族と外出できるようにしており、地元の祭りや外食を楽しんだり、定期的に馴染みの美容院を利用している利用者もいる。	面会に来られない家族との交流頻度や連絡内容等の工夫を検討されることに期待したい。
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	相性の悪い利用者同士を隣接しないように座席の配置を工夫したり、部屋に籠りたい人の近くにはお話し好きの方に座っていただくよう配慮を行い、居室の中への閉じこもりを防ぎ、その方の得意なことを発揮し認め合う機会を作るようにしている。		

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
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	入院などの中断の際には特段の身体状況の変化がない限り、ご家族からの要望があれば1ヶ月までは居室を空けて、退院後再利用を開始できるようにしている。また1か月を超える場合であっても、希望に応じて、グループホームの空きが出るまで小規模で待機し、慣れた環境で暮らし続けられるよう支援している。		
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	(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	入院などの中断の際には特段の身体状況の変化がない限り、ご家族からの要望があれば1ヶ月までは居室を空けて、退院後再利用を開始できるようにしている。また1か月を超える場合であっても、希望に応じて、グループホームの空きが出るまで小規模で待機し、慣れた環境で暮らし続けられるよう支援している。	入居時に、本人や家族からの確認した意向はフェースシートに記録している。また、入居後の意向は介護ソフトに記録し、計画作成担当者が、直接利用者に確認するようにしている。毎日、利用者の体調や意向等に応じて、形態や量を調整して食事を提供している。利用者が入院した際には、意向や事業所の状況等に応じて、併設している事業所と連携し、サービスが中断しないよう調整している。	
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	一人暮らしであった方など、把握困難な場合もあるが、ご家族や本人から職歴や結婚歴などの生活歴や、趣味として行ってきたこと、仲の良いお友達のことなどを伺ったり、入所前のサービスがあれば以前のケアマネージャーから情報を送って頂き、本人の嗜好やこれまでの経緯を把握するようにしている。		
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	それぞれの利用者の方の排泄パターンや食事内容などを考慮し、一覧化したものを全職員が情報共有できるようにしている。		
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	定期的にモニタリング・アセスメントを行い本人家族の意向もつかいながら担当者会議を実施している。その他、病院受診時の医師の意見を参考にしている。変更や身体の状態が急激に変わった時など不定期に現状に合わせたプラン作成のためのカンファレンスを行っている。	基本的には6か月毎にモニタリングし、日々の記録や家族の意向を踏まえて担当者会議を行い、介護計画を更新している。利用者の意向や能力に応じて食器洗いや洗濯物たたみ等の役割をもってもらえるよう介護計画に反映させて支援している。	
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	電子カルテ化し、家族連絡・業務連絡といった区分けや伝えたいことを申し送り項目に登録することで、職員間での共有は容易にはなっている。御家族からの意向や、連絡も家族欄に残すことができおり、介護計画の見直しの際に役立っている。		
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	買い物支援や外出・受診の援助など、本人・家族の状況に合わせて対応を行っている。また、希望者は近医の訪問診療が受けられたり、身体の状態に合わせて、福祉用具の購入をする際の販売業者との連絡など、多岐にわたっての連絡・相談に取り組んでいる。		

自己	外部	項目	外部評価	
			自己評価 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	もともとかかっていたかかりつけ医や、施設の近医からの訪問診療のほか、薬局による薬剤管理指導を受けており、重複していたり、効果が増進するお薬のチェックなどをお任せし、薬による不調を防いでいる。	
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	受診は、なるべくこれまで通っていた病院の主治医にご家族と通い、文書等で状態報告をし、適切な処置を受けられるよう支援している。ご家族・本人の希望があれば、身体の状態など主治医の判断で紹介状をご用意いただき、訪問診療可能な医師へと引き継ぎもやっている。	入居時にこれまでのかかりつけ医を継続するか、事業所の協力医に変更するか確認している。協力医は月1回の訪問診療があり、それ以外でも随時相談ができる体制となっている。医療機関にはFAXで、利用者の体調等を事前に伝えている。訪問診療以外の受診に関しては、家族に付き添いをお願いしており、難しい場合には事業所が付き添いを行っている。
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	入浴や排泄介助の際に介護職員が何かを発見したらインカムで看護師を呼び確認してもらったり、入浴後の処置が必要な時なども必要な時に看護師に見てもらえるようになっている。また、看護師不在時などは記録に写真を添付し、報告することで看護師が写真を確認して指示を出せる体制がある。	
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。	月1度の協力医療機関連携会議にて、体調面で不安のある方や、救急搬送が予想される方などの情報共有を定期的に行っている。入院された時には電話や書面で、こちらでの生活の様子をお伝えし、退院前には事前に連絡をもらい退院調整をしている。	
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	重度化の指針については入所契約時にご家族にお伝えし、同意をいただいている。また、加齢による病態の悪化や嚥下機能の低下など、今後こちらでの生活が難しくなることが予想されるときには前もってご家族にその旨をお伝えし、特別養護老人ホームや療養病床などの申し込みの声掛けをしている。	基本的に看取りは行わない方針であることを利用契約時に説明し、同意を得ている。医療行為が必要になったり、食事が摂れなくなったり、座位保持ができなくなったり等、重度化や看取り期に該当する場合は、家族等と話し合いながら近隣事業所につなぐ支援を行っている。
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	こちらの事業所では数年前に全職員対象の救急対応の研修を行い、AED、心肺蘇生などの手法を学んでいる。同グループ内で毎年どこかの事業所で開催をしており、受講していない職員に順次参加してもらっている。	
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、防災避難訓練を年3回定期的に行っており、避難誘導の仕方や、誘導場所などもこれまで参加していない職員を中心に確認している。消防避難訓練では日中・夜間それぞれの想定での訓練を実施し、それぞれの場合の避難誘導方法を確認している。水害時の避難先としては隣の会社の会議室を使用させてもらえるよう協定を結んでいる。	年2回日中の火災を想定した避難訓練、年1回水害を想定した机上訓練を実施。隣接する企業とは、水害時の避難場所としての提携を結んでいる。また、外部のBCP(業務継続計画)研修を受講した職員が伝達研修を行い、災害時の確認ツールの見直しを行った。3か月毎を目安に飲料や非常食、衛生用品の数の確認を行っている。

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	排泄の声掛けなど、他者から聞こえないようにこっそりと誘ったり、歯磨きなど他の用事と合わせて他者に気付かれないようにお誘いするようにしている。また、入浴拒否の強い方などは本人の気分の良いタイミングを見て納得した上で入って頂くようにしている。	起床や食事の時間は、利用者の生活ペースや意向等を尊重して個別に対応し、食堂ではなく居室で食事を提供することもある。入浴を嫌がる方には無理強いをせず、日や時間帯を変える等の配慮を行っている。また、計画作成担当者が日常的に、トイレを促す際の声量や声の掛け方の注意喚起を行っている。	
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	週1回選択ドリンクの日があり、その日の気分や本人の嗜好に合わせて飲み物を選んでもらっているほか、個人の趣向で飲まれないものは提供せずに、飲まれるものを提供している。午前中のレクリエーションも塗り絵や、パズル、脳トレなど自分で選択し、取り組めるよう準備を整えている。		
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	その日の体調や気分によって食事の時間は強制せずに食べれるときに食事をとっていただいている。また、他者に迷惑をかけない範囲で、就寝時間の制限も行っておらず、自身の部屋に戻られた後に、個々の判断で読書や工作・塗り絵などの趣味を楽しまれている。		
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	基本的にはご家族に、これまで着ていた服を持参いただき、本人の好みに合わせて着用頂いている。2か月に一度の訪問理美容の際には毛染めやパーマなどの選択もでき、それぞれ思い思いのヘアスタイルを楽しまれている。誤飲などない方は化粧品も持ち込み可能。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	準備については衛生上の観点から職員が行い、食食用エプロンの乾いたものをたたんでもらう作業についてはご利用者の方が自発的に行っている。食後の食器拭きなどの作業は自ら席を移動して参加される方もある。	食事は基本、外部業者に委託し調理してもらったものを温めて提供している。事業所ではご飯とみそ汁をつくっている。利用者には食器やテーブル拭き、お茶を入れる準備を行ってもらっている。季節の行事や誕生会ではおやつを手作りしており、利用者にも作る工程を手伝ってもらっている。家族の協力を得て嗜好品や、外食を楽しんでいる利用者もいる。	
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	食事量や水分量の確認を行い、適正な食事量を判断し提供している。嚥下機能が低下している方には刻み食やミキサー食、トロあんかけといった個別対応を行っている。また、水分量が著しく進まない方に関して、好みの飲み物をご家族様に購入依頼し、個別に提供している。		
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に、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	本人の能力に応じて声かけ、見守り、介助、を行っており、磨き残し等があれば職員が介助で磨き直しを行っている。義歯を使用している方に関しては最低週2回は義歯消毒を行い、口腔内の清潔保持に努めている。		

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
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	日々の記録とデータをもとに個々の排泄パターンや排泄サインを知り、日中は職員がトイレの間隔を確認しながら、その人に合わせたペースでのトイレ誘導をしている。自分でトイレへ行ける方にはパット折れなどが無いパットを使用して頂くなど、排泄の自立を助ける物品を導入し、自分で出来ることを増やして貰っている。	利用者個々の1日の排泄状況を記録し、必要な方には間隔等に応じてその人に合わせたペースでさりげなくトイレを促している。また、自身の力で出来るよう、利用者に合わせてパット類の仕様の見直しやポータブルトイレを活用して、見守りの頻度を減らす支援を行っている。	
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	飲水量の確認を行ったり、水分量の著しく入らない人についてはご家族に依頼し、本人が好んで飲んでいたものなどを持参いただくとともに、医師や看護師に相談し緩下剤の処方を受け、便秘の予防をしている。また、午前・午後それぞれ体操を行い、体幹の筋力維持や腸の活動を促すようにしている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	基本的には月～土の午前中で予定を組んで入浴しているが、受診予定やその日の体調、入浴拒否などがあれば、時間や曜日をずらして最低週2回は入浴いただけるよう随時調整を行っている。	日曜以外の午前中に週2回、入浴することを基本としているが、気分が向かない方には、意向を尊重して、週1回にする等、柔軟に対応している。浴室は、利用者の身体機能によって入浴できるよう、椅子浴と、ベンチシートが備えられた一般的な浴室がある。また、毎日3種類の入浴剤の中から好きなものを選んでもらったり、季節によってはゆずを浮かべたりと楽しい時間となるよう支援している。	
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	それぞれのお身体の状態に合わせて、午睡をとったり、離床時間の調整を行っている。室温は布団をかぶって快適に過ごせる温度に保ち、夜間の排泄介助についてもなるべく睡眠を妨げないように声のトーンを落としたり、いきなり電気をつけたりしないようにしている。		
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	月一度薬剤師による薬剤管理指導を受けている方もおられ、薬効や副作用、飲んでいるお薬の種類などもタブレット端末で、閲覧できるようになっている。下剤などの調整の必要なお薬については別包で薬剤名を入れてもらい、間違えて大事な薬を抜いてしまうことがないように薬剤師と連携している。		
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	縫物の得意な方には足マットを縫っていただいたり、細かいことは苦手だけど、何かがしたい方には食器拭きなどの家事のお手伝いをさせていただいている。また、気候のいい時には園芸や施設周りの草むしりをしていただくこともある。		
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	その日ごとの個別対応は行ってはいないが、お花見や花火鑑賞などは行事として屋外で行っている。気分転換のための外気浴や日光浴は真夏・真冬以外は行っており、周囲の山々の風景を眺めたり、季節の移り変わりを体感していただいている。また、自宅近くの祭りなどへご家族と外出されることも奨励している。	天候が良い日には近隣を散歩する機会をつくっている。また、花見や地域の花火大会、近隣の公園にある足湯を楽しむ機会もつくっている。要望があれば、家族と自宅や外食に出かけることもできるようにしている。	

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	利用者間での現金の貸し借りやそれを忘れてしまうなどのトラブルもあったことから、現金の持ち込みは原則禁止としている。希望されるものや、必要なものは施設の買い物をする際に個別に購入することはでき、予算などはご本人・ご家族に確認しながらおこなっている。		
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	電話番号が分かる場合には先方からのNGがない限り電話をおこなっており、耳が遠く、聞き取りにくいようであれば仲介もしている。手紙やはがきもご自身で書け、宛先もはっきりしている場合には切手を個別購入し貼って投函するなどの支援をしている。		
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	季節毎の手作りの壁面飾りや塗り絵作品などを掲示し、今の季節がいつであるのかを理解を助ける工夫をしている。	共用空間は、併設している小規模多機能型居宅介護との仕切りをつくっておらず、体操やレクリエーション活動、行事等を合同で行っており、利用者が一同に集まっても窮屈感を感じない十分な広さがある。利用者は、活動を行いやすいテーブルに自由に移動して畳もの等の家事活動を行っている。	共用空間や廊下の清掃について、より効率よく対応できる手法等の検討をされることに期待したい。
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	ホールの中では自由に行き来ができ、決められた食事席にこだわらず、食器拭きをしている様子を見て、自分もしたいと移動してこられたり、壁面などの制作物を作っているところに自然と興味のある方が集まってきている。また、静かな環境を好む方に関しては食事も静かに召し上がれるように席の配置を行っている。		
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	入所時に本人が使い慣れたなじみのある衣裳棚をお持ちいただいたり、テレビをお持ちいただいたり、その人がこれまで送ってきた生活に近い生活を送っていただけるように心がけている。	居室にはエアコン、空気清浄機、ベッド、床頭台が備えられており、利用者の希望に応じてテレビや日用品、家族写真が自由に持ち込まれている。季節毎の衣類の衣替えは家族に依頼している。また、利用者の歩行状態等に応じて見守りセンサーを設置している。居室で読書や編み物などの趣味活動を行っている利用者もいる。	
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	居室の前にはそれぞれの利用者の覚えていられる能力や見る力に併せて看板を設置し、手助けがなくても自分の部屋を認識して好きな時にお部屋に戻れる工夫をしている。また、トイレについても場所の認識ができるよう看板を設置して、ひとりで行けるよう工夫を行っている。		

2 目標達成計画

事業所名 ケアタウンとなみ

作成日: 令和 8年 1月 20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	20	遠方などにお住まいで来所できないご家族や、2親等内のご家族がいらっしゃる、身の回りのことは施設に一任をいただいているご家族に対して、施設内のご様子やお身体の状態が変わってきていることを口頭のみでお伝えしても伝わりきらないことがある。	遠くにいるご家族にも本人の様子がわかるように居室の中の様子や普段の表情などの写真でお知らせできる	請求書送付時に本人の写真付きで状態を報告したり、必要物品がある時にはメールで購入許可を事前にもらうなど、施設からご家族様へのアプローチを増やしていく。	3ヶ月
2	35	避難訓練は年2回実施をしているが、夜間想定のもので避難時間がどの程度かかるかの確認は今現在いらっしゃる利用者さんでは行っておらず、避難誘導する職員が少ない状況での職員の動きがシミュレーションできていない。	夜勤をする全職員が夜間の避難誘導の手順を把握し、もしもの時には適切に行動できるようになる。	3月の消防避難訓練では夜勤帯想定での訓練を実施し、職員の人数が少ない状態での避難の手順の確認を行う予定。今後毎年2回の訓練のうち1回はなるべく夜間想定での訓練を実施することとし、計画を立てていく。	3ヶ月
3	52	職員数の関係などで、日中のご利用者さんが居らっしゃる環境下ですきまだけを床掃除しており、十分に掃除が行き届かず、職員が掃除をしている間はご利用者さんの見守りも不十分となってしまうことがある。	職員が掃除にかける時間を削減し、利用者とのかわりを持てる時間を増やすことができる。	介護職員の掃除業務を見直し、介護業務に集中できるようにしていく。クリーンスタッフの業務を見直し、クリーンスタッフにはより掃除に集中できるような態勢を整え、現在掃除しきれないところも掃除できるように調整する。	2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。

3 サービス評価の実施と活用状況

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()