

令和 6 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	1670102225
法人名	株式会社SOYOKAZE
事業所名	とやまケアセンターそよ風
所在地	939-8071 富山県富山市上袋518-1
自己評価作成日	令和6年 11月1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）】

・ 日常会話から聞き出したお客様の希望に合わせた「リクエストランチ」、「リクエストおやつ」を職員で話し合い、月に1回提供を行っている。

・ 会議やカンファレンス、勉強会で話し合い、個々にあったケアにつながるよう職員一同情報共有をし実行している。

※ 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	https://www.syzk.co.jp/
----------	---

【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6年11月27日	評価結果市町村受理日	令和7年1月21日

【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、事業部理念である「日々笑顔」を育成方針・行動基準に深化させ、実践している。それらを事務室内、ホーム出入口フロアに掲示し理解を深めている。また、自立支援を念頭に利用者一人ひとりを理解し、洗濯物干し、食器洗い、調理の下ごしらえなどの利用者の持っている力を引き出し、生活の中での個別支援に力を入れている。

・ 職員は、重度化や終末期になっても穏やかな時間が過ぎるようにと居室壁面にいろいろな装飾を施すなど工夫され、「住み慣れた場所で最期を」と家族の思いに寄り添い対応している。看取りの研修を行うなど職員の不安にも配慮した体制がある。職員からは「一人ひとり対応が違い、考えながら声掛けを行っている。利用者からの”ありがとう”が励みになりやりがいを感じる」と話を聞く。

・ ユニット会議、グループホーム会議、リーダー会議、勉強会などが定期的に行われており、報告・連絡・相談・話し合いの体制が確立され「信頼と笑顔でつなぐチームワーク」を大切にされている。

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ます。 (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、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. 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、戸外に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				

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	事業部理念と職員全員で考えたセンター独自の理念を事業部理念を共有スペースに掲げ月一回のGH会議の際に皆で唱和している。皆で理念を共有し実践に繋げるよう努力をしている。	事業部理念「日々笑顔」・育成方針・行動基準(サービスの向上・稼働率の向上)を事務室内とホーム出入口フロアに掲示し理解を深めている。また、職員には、理念に沿った年間目標をたて実践に取り組んでいる。パンフレットにも掲載し外部へ発信し広く理念を伝えている。	
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	町内の回覧板で地域行事を確認し参加出来るようなものには参加している。運営推進会議を開催し、活動内容を報告し、地域の人たちと交流している。	日頃から利用者と散歩に出かけた際に近所の方とあいさつを交わしたり、地区の防災訓練に利用者と参加するなど、近所付き合いや地域住民との交流に積極的に取り組んでいる。	
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	施設周辺の散歩をした時は、地域の方に挨拶をして、交流を深めるようにしている。		
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	会議を通して活動報告を行い、又、参加者から色々な意見を頂いて、サービスや支援に結び付けている。	事業活動報告や事故報告、身体拘束適正化の取り組みの報告などを行い、意見を事業所運営に反映している。 会議の議事録を、家族などへ送り事業所内にも掲示している。	
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	地域包括の担当者から情報や意見を頂いたり、市町村の担当者へ分からない事があれば、相談や質問を行い、更なる良質のサービスに繋げている。	地域包括支援センター職員が運営推進会議の委員として出席。看取りに関する事例の紹介を得たり、職員は、市主催の研修に参加するなど市との協働関係の構築に努めている。	
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	身体拘束適正化委員会を毎月開催し、身体拘束や拘束と疑わしき行為について皆で報告し合い、適正であるかを判断し、正しく支援を行っている。	代表者は、全職員に身体拘束適正化と虐待防止に対して誓約書を取り、「人として尊厳ある介護」と向き合っている。また、掲示板には「絶対発生させない虐待0カレンダー」をかけ、虐待・不適切介護連続未発生日数「本日で継続0日」を記録し日々意識をもって介護に取り組んでいる。	

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
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のないよう注意を払い、防止に努めている	年2回虐待についての研修を行い、虐待防止に対する意識を高めている。又、毎月虐待防止委員会も開催し、虐待が見過ごされることのないように皆で支援について報告をしている。		
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支援している	成年後見制度や日常生活自立支援事業について、社内研修があり、その研修を受講して学びを深めている。		
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	管理者や計画作成担当者が主となり、入退居時には、直接説明しご理解を頂いている。又、いつでも質問に応じ対応している。		
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	面会時にお客様の様子をお話ししながら意見を聞いている。苦情・要望があった場合、書式に記入し職員全員に回覧し解決へと繋げている。	利用者の意見や気づきなどはタブレットに書き留めユニット会議、グループホーム会議、リーダー会議を通し職員間で共有している。家族等意見については聞いた職員がタブレットに書き留めチームで把握できるよう工夫している。	
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	会議の中で意見提案し協議している。また、日常の中でも意見があった場合にも協議し改善へと繋げている。判断のつかない要望については上司に相談し解決している。	管理者は、普段から職員と関わり、コミュニケーションを図っている。職員の表情の変化に気づき、個別で対談を行うなど信頼関係構築に努めている。職員のヒアリングからもチームワークをもって運営が図られていることがわかる。	
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	代表者は現場に入り、職員個々の仕事に対する動きや思いを見聞きし指導・助言している。		
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	個々の職員に応じ、現場を通じてのOJTトレーニングを行っている。又、スキルアップの為、毎月職員が講師となり、社内研修を実施している。		

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
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	認知症カフェ等の交流の場では、積極的に交流し意見交換を行う。		
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	入居前に自宅や施設等に伺い、本人やご家族・職員から状態をお聞きしながら、思いを聞いている。安心して新しい生活環境に馴染めるよう努めている。		
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	入居前の実態調査を行い、家族の不安や要望をお聞きし支援に結び付けている。又、誠意を持って対応し、信頼関係を築けるように努めている。		
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	いくつかのニーズの中、何を優先すべきかを判断し初期の支援を行っている。又、お客様の想いを一番に考え対応に努めている。		
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	尊厳の気持ちを忘れず、共に生活する楽しさ、悩み、不安を共有し、家庭的な雰囲気支え合っている。		
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	ご家族より事前にご予約を頂き、いつでも面会や外出・外泊を出来る関係を築いている。		
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	本人様やキーパーソンのご了解のもと、馴染みの人や場所との関係が途切れないように支援をしている。	利用者と関わりの深い民生委員が、利用者が入居前に住んでいた町内の旅行に利用者と一緒に参加したり、家族の付き添いで週1回自宅へ帰るなど、本人が培ってきた人との関係や地域との関係継続を積極的に支援している。	

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
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	お客様同士の関係性を確認し、自席や共有スペースの環境を随時調整している。又、お客様が孤立しないように職員が間に入り、話題提供に努めている。		
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	契約終了後、次の施設や病院へスムーズに移行できるよう情報提供に努めている。又、相談があれば要望に努めている。		
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	コミュニケーションを深めていく中で、本人の希望・要望を把握し、サービス提供に努めている。意思疎通が困難な方に対してはノンバーバルコミュニケーションよりニーズを把握し支援へ結び付けている。	センター方式シート(暮らしの情報)を活用し、生活の思いをくみ取って支援に繋げている。また、管理者は、より一層の意向の把握に身近なところにノートを置いて気づきを何時でも記入できるように努めている。	
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、各関係者からの情報を活かしサービス支援を行っている。特に実態調査から本人の暮らしの環境や馴染みの物を知り入居後の暮らしに役立っている。		
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	日常生活のご様子で気付いたことは常に職員や関係者(多職種)の中で情報交換を随時行っている。又、定期的にカンファレンスを開催し、穏やかに生活して頂けるように支援展開をしている。		
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とアセスメントを居室担当が行い、本人様や家族様からの情報を参考に課題抽出している。その課題について職員間で意見を出し合い支援を見直しプラン作成を行っている。	3か月に1回のモニタリング、6か月に1回のアセスメントをケース担当者が行っている。ケアマネジャー、計画作成担当者がユニット会議で課題を全職員から聞き取り、話し合った結果をもとに介護計画の作成を行っている。	
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	PCのケアカルテというソフトを利用し、日々のケア実践や生活のご様子を入力・記録している。気づきや細かな支援内容も入力するように努め、プラン作成時、その情報を役立っている。		

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
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	様々なニーズに施設の介護職員だけ支援するのではなく、多職種連携による幅広く柔軟な支援が出来るように環境を整えている。		
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	民生委員の方の訪問を承っている。		
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	月2回の往診をし、日頃の体調管理を行って頂いている。本人様を始め家族とかかりつけ医の連携は密に行っており関係は良好である。又、投薬管理はかかりつけ薬剤師が行い、常に薬剤情報の提供が行われている。	入居時に今までのかかりつけ医の確認を行っている。原則家族の付き添いで受診。訪問診療の対応もある。受診の際は、情報提供を朝8時までにファックスで医師へ送るなど医療連携を図っている。	
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	週一回、訪問看護が入り健康管理を行っている。急な状態変化時その状態に合わせて訪看に入ってもらったり、医師へ相談・報告をし連携をしている。		
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。	入退院時にはサマリーの提供で情報交換している。入院中も状況把握できるよう相談員との連携をこまめに行うよう努めている。		
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	終末期における支援について、契約時に本人様や家族から思いを聞いている。又、その時が実際訪れた時にも再度意向を確認し、チーム全体で支援に取り組んでいる。	重度化や終末期の支援について入居時に確認をしている。また、状態の変化に応じ、段階ごとに家族の思いや意向を再確認しながら、協力医療機関との連携を図りながら対応している(今年1月から3名の方を看取った)。グリーンケアと共に看取り研修も実施している。	
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	職員の経験不足や判断能力の差がある為、施設内で研修を開催したり、マニュアルを作成したりして、然る事態に備えている。		

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
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	年2回施設での避難訓練(昼夜を想定し)を行っている。町内の防災訓練にも年1回は参加している。	防火訓練(年2回)を実施。地域の防災訓練へ利用者と一緒に参加するなどBCP(業務継続計画)を踏まえて訓練を行っている。また、備蓄は、ホームの出入り口の倉庫に保管され、いざという時の対応が計られている。	有事の際の地域住民との協力体制など、より実践的な取り組みと地域との関係構築に期待したい。
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	一人一人の人格を尊重し、声のかけ方、言葉遣い、態度に気をつけ、尊厳が守られるよう配慮している。施設内勉強会で適切な言葉かけを学び実践している。	「虐待の芽」チェックリストで自己評価を実施した後、各ユニットで人格の尊重について話し合っている。また、勉強会では職員が担当制で講師になり、主体的に学びを深めたり行政の研修会へ出席するなど全職員が高い意識をもって実践している。トイレや居室へ入る際はノックをして入ることや、入浴の有無を本人に決めてもらうなど、一人ひとりの意思決定の尊重やプライバシーの確保を実践している。	
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	本人が自己決定できるようオープン・クエスチョンやクローズド・クエスチョンを使い分け、希望に沿った生活が出来るよう本人様に選択して頂いている。		
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	一日の生活の流れは概ね決まっているが、出来る限りその人に合ったペースに合わせるよう努めている。個別化を意識し個々の希望を尊重出来るよう支援している。		
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	普段の服装について、ご自分で決められる方には自分の意思で決定し更衣をして頂いている。又、出来ない方へは職員が質問や声掛けを工夫したり、いくつかの服を準備してその中から選んで頂くようにしている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	皆さんと一緒に調理をしたり、花見やクリスマスといった季節のイベントを企画・開催したりして食事を楽しんで頂いている。又、本人様の想いや身体の状態を見ながら、負担にならない程度で家事の手伝いをして頂いている。	朝食、夕食は外部業者、昼食は厨房で調理し提供している。月1回リクエストランチを実施し、その他にテイクアウトや鍋づくりなど食事が楽しみなものとなるよう工夫をしている。季節毎にリクエストおやつを利用者と職員と一緒に作ったり、食器洗い、お盆ふきなど一人ひとりの力を活かせる支援をしている。	

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
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・水分量・体重のチェックを行い、日々の健康管理をしている。又、お客様の嚥下や咀嚼能力を確認しながら、刻み食やペーストといった本人様にあった食事形態でお食事を提供している。		
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	口腔ケアは毎食後実施し、義歯については、夜間預かり消毒を行っている。又、年一回 歯科医の訪問で歯科検診を行っている。		
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	トイレでの排泄が出来るよう、その人の排泄リズムを確認してトイレ誘導を行っている。又、その人に合った排泄用品を使用出来るよう適時チームでカンファレンスを行い正しく使用出来るよう支援をしている。	排泄状況はタブレットに記入し排泄パターンに応じた誘導を行っている。 便秘解消に朝食時にヨーグルトの提供。毎日、職員が作った「梅干し体操(口腔体操)」の実施や水分摂取(1,000ml)を目指した取り組みをしている。	
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	水分強化に努めたり運動を促したりして自然排便が出来るよう取り組んでいる。それでも便秘になる方は、状況把握し医師に相談して下剤調整を行っている。		
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	気分が乗らず、入浴をしたくないお客様には翌日へ変更したり、希望があればその時の体調を確認して入浴できるよう努めている。又、個々の身体状況に合わせて清拭・足浴を行っている。	入浴拒否の利用者には、無理せず翌日に変更するなど時間、曜日、回数などの調整を行って心地よい入浴を支援している。 浴室内は、手すりが多く設置され、利用者の状態に応じて安全に移動できるように配慮した支援がある。	
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	体調や生活習慣を尊重し、その人に応じた休息・静養をして頂いている。又、昼夜逆転といった生活リズムが崩れないように休息時間の調整もしている。		
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	内容の確認把握が出来るよう処方薬一覧を個人ごとにファイルしてある。処方の変更は往診の際、医師から説明を受け変更理由や作用・用法目的を職員間で周知している。また、薬剤師にすぐ確認が取れるようになっており、相談・指導を受けられるようになっている。		

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
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	本人様の想いや身体能力に合った活動が出来るようアセスメントを行い、支援に結び付け喜びある日々を送って頂けるように努めている。		
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	施設周辺の散歩や、買い物、ドライブなど少数ずつではあるが出掛けている。また、外泊・外出はご家族協力の元、支援している。	天気の良い日は外へ散歩に出かけたり、近くのスーパーやドラッグストアに買い物へ行ったり、コンビニへおやつを買いに行ったりと日常的な外出支援がある。車椅子の方も気分転換に玄関へ出る機会を持つなど外の光や風を感じることが出来る支援をしている。	
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	金銭管理が出来るお客様には管理して頂きたいが、現状職員が管理を行っている。家族からの要望やIADLの状態から自己管理は現段階で難しい。		
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	希望があれば電話を掛け話しが出来るように支援している。又、携帯電話を所持しているお客様もおられ、毎日家族様と連絡を取り合っている。		
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	共有空間に生け花やタペストリーを飾り季節を感じられるようにしている。又、温度・光・音等からも心地良いと感じられるよう生活環境を工夫・改善している。	利用者が寛げるようにソファを配置。四季にあった生花を飾るなど清潔感のある共用空間でゆったりと過ごせる環境づくりをしている。 利用者は、ホールで新聞を読んだり、テレビを見たり思い思いの場所で過ごしている。廊下には、利用者が書いた塗り絵を掲示するなど利用者が成就感を感じられる環境作りもしている。	
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	共有スペースにソファを設置し自由に座り、又、そのソファを自由に移動し、利用者同士が気軽に話し合いが出来る空間を作っている。		
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	本人様が居心地よく過ごせるよう馴染みの物を家族より持ってきて頂いている。馴染みのものよりお客様が安心されたり、今までの生活が伺えたりする時がある。	利用者の状態変化に応じ、ベッドで過ごす時間が長い利用者にも、目線の高さに合わせて壁面にいろいろな装飾を施すなど、居心地よく過ごせる工夫がされている。 本人の動線などに配慮してベッド位置、家具の位置など検討され落ち着いた環境づくりをしている。	

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
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	動線上に障害となるものは置かず安全の確保に努めている。安全を優先しながら自立した生活が過ごせるようにアセスメントを行い支援に結び付けている。		

2 目標達成計画

事業所名 とやまケアセンターそよ風

作成日： 令和 6 年 12 月 21 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	有事の際の地域住民との協力体制が取れておらず、何かあった時に不安がある。	避難をしなければいけないような状況になった時に近隣住民へ協力要請ができるよう、今以上に地域との関わりを密にしていく。	町内会への参加・町内会での『認知症』への理解など認知症がどのような物なのかやグループホームとはどんな所か、そよ風とはどんな所かを伝えられる場を設ける	6ヶ月
2					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、行を挿入して下さい。

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()