

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	1670102225
法人名	㈱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7年 12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）】

<ul style="list-style-type: none"> ・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、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/
----------	---

【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）】

<ul style="list-style-type: none"> ・本社は全国規模で介護事業等を展開しており、事業所の管理、会議や研修が定期的に行われている。事業所には施設センター長が常駐しており、職員の急な勤務変更の要望にも適切に対応している。週1回の事業部長の訪問があり、相談事例等の対応がされている。また、人材育成にも努めている。 ・家族との面会や外出は自由に行えるよう対応し、多くの家族が訪問できるよう行事（食事会、敬老会等）を計画し工夫している。地域のボランティアの協力で生け花や植物が配置され、季節の移り変わりが感じられるよう工夫するとともに、穏やかな環境作りを行っている。

【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8年1月19日	評価結果市町村受理日	令和8年3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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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。	○	<ol style="list-style-type: none"> 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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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。	○	<ol style="list-style-type: none"> 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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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	事業部の理念と職員全員で考えたセンター独自の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。皆で理念を唱和することで共有し実践に繋がられるよう努力をしている。	事業部理念「日々笑顔」を基に職員で話し合った2つのスローガン「サービス向上、稼働率の向上」と「オ・ア・シ・ス」の挨拶を共に掲示し、毎月のリーダー会議とユニット会議で唱和している。また、職員は理念を理解し、実践できるよう努めている。	
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	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。地域の学童保育より子供達が施設と行き来し、交流している。	地域の公園で行われた防災避難訓練に参加している。学童保育の行事(ハロウィン、クリスマス)を通して事業所で交流会を行っている。定期的にボランティアが来所し、生け花を届けに来られている。	
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	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	運営推進会議を通して活動報告を行い、ご家族や地域包括の方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。	運営推進会議には町内会長、地域包括支援センター担当者、家族の参加がある。家族が参加しやすいよう事業所の行事等(敬老会、食事会)に合わせて開催し、出席を促している。2か月毎に開催される会議では、家族からの質問等について地域包括支援センター職員からも助言、アドバイスをいただいている。	運営推進会議では家族の他、地域住民の方々(地区会長、民生委員、敬老会代表等)にも参加してもらえるよう開催日時等の工夫に期待したい。また、参加できない家族や地域の方に議事録を配布する等、事業所の様子の周知にも期待したい。
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がっている。	地域包括支援センターからの情報で地域内の同業者とともに認知症カフェを開催した。運動会の参加や運営推進会議で相談や情報の提供がある。2か月毎の介護サービス相談員の意見はサービス向上に活かしている。	
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	年2回身体拘束防止研修を行い、職員の意識を高めている。また身体拘束適正化委員会を毎月開催し、身体拘束と疑わしき行為について皆で報告し合い、正しいケアについて話し合っている。	年2回開催している身体拘束・虐待防止の研修では、職員が主体的に研修資料作りや講師をつとめている。毎月開催している身体拘束適正化委員会では不適切ケアや課題、予防について意見や提案等を検討している。また、3か月毎に実施している「虐待の芽チェックリスト」を活用して職員一人ひとり振り返りを行い、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	

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がないように注意を払い、防止に努めている	年2回虐待防止研修を行い、虐待防止に対する意識を高めている。また毎月虐待防止委員会も開催し、虐待が見過ごされることがないように皆で正しい支援について話し合っている。虐待の芽チェックリストを作成し、3か月に一度職員全員で取り組んでいる。		
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またはリーダー職員が主となり、入退居時に直接説明しご理解を頂いている。又、不安や疑問点にはいつでも応じ対応している。		
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	面会時にご家族様にお客様の様子をお話しし、意見を聞いている。苦情・要望があった場合は書式に記入し職員全員に回覧し解決へと繋げている。	利用者や家族から聞き取った意見や要望は各ユニットのタブレットや申し送りノートに記載し、職員で共有している。家族から寄せられた利用者持参の携帯電話の管理について、各々の要望に対し、個別の対応を行っている。	
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	会議の中で職員は意見を提案し都度話し合っている。また、日常の中でも意見があった場合には協議し改善へと繋げている。判断のつかない意見については上司に相談し解決している。	職員は事業会社の施設センター長と定期的に面談する機会がある。管理者は日常や会議等で意見を聞き検討している。毎週、事業部長の来訪があり、事業所の様子の確認や相談する機会があり、職員が働きやすい環境作りに努めている。	
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	代表者は現場に入ることで、職員個々の仕事に対する動きや思いを見たり聞いたりして指導・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、月2回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っている。同じ地域のグループホーム合同で運動会を開催し、職員同士の交流も行えた。		
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・職員から状態や思いを聞くことで、安心して新しい生活環境に馴染めるような関係づくりに努めている。		
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	入居前に実態調査を行い、家族の不安や要望をお聞きし今後の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	本人とご家族が求める支援について、何を優先すべきかを判断し初期の対応を行っている。お客様の想いを一番に考え対応するよう努めている。		
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	職員はいつも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、職員全員でお客様を支え合っている。		
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	ご家族に事前にご予約をして頂き、いつでも面会や外出・外泊が出来るようにしている。ご家族との絆が途切れないような関係を築いている。		
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方のご了解のもと、馴染みの人や場所との関係が途切れないよう支援をしている。	利用者の中には以前から事業所の近くに住んでいる方もいるため、友人や知り合いの訪問があり、面会時には家族に確認を取っている。また、家族との外出や外泊の要望に応えられるよう支援している。利用者の様子をまとめた「そよかぜ」だよりを作成し、2か月毎に郵送している。	

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見直している。また、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	契約終了後も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。また、相談があればいつでも支援している。		
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	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。	入居時に、家族にセンター方式(暮らしの情報)を記入してもらっている。また、利用者の「こだわり等」について聞き取り、職員は把握し、思いや意向の継続ができるよう努めている。	
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てている。		
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か月毎に利用者担当者がモニタリングを行い、6か月毎に介護計画の課題検討等の見直しを行っている。計画作成者は職員、管理者の意見や支援記録を参考にしている他、利用者、家族の意向は介護支援専門員が確認し、介護計画の更新を行っている。	
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、その情報を役立てている。		

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	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。	かかりつけ医について契約時に説明を行い選択してもらい、継続される方については家族の協力にて受診をお願いしている。受診時にはケアカルテを記入し渡している。報告内容に変更がなければ口答にて確認している。日頃から健康管理が行われており、訪問時、利用者が感染症(風邪症状)のため、医師、訪問看護師の指示で各々居室にて個別支援を実施していた。	
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に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、その時が実際に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。	契約時に「緊急時、終末期における医療等に関する指針意思確認書」にて思いの確認を行っている。重度化になった場合にも再度家族に確認を取っており、看取りの経験もある。職員は看取りについての研修や、かかりつけ医や訪問看護師と連携を図り、支援に努めている。	
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。	事業所は2階にあるため、年2回、消防署の立ち合いで火災避難訓練を実施している。訓練では非常階段を使用し、利用者とともに避難経路の確認をしている。BCP(業務継続計画)の基、備蓄品の確保、地震災害の対応等、実践している。	災害時の避難について、地域の方の協力体制や避難場所として共用できることなど運営推進会議等で働きかけ、地域の方との関係が構築できるよう期待したい。
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。	3か月毎に「虐待の芽チェック表」を使用し、スピーチロックをしていないか等、自身の振り返りを行っている。また、尊厳についての社内研修を年2回行い、各自評価し、利用者、家族の尊重やプライバシーを損ねない支援に努めている。	
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くして頂いている。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。	日常の3食のおかずは業者の湯煎式を利用し、ご飯とみそ汁は事業所で作り、利用者の形態(きざみ、ペースト)に合わせ提供している。月1回は利用者の希望を聞き、テイクアウトをする等、喜んでもらっている。イベント食(誕生会、行事等)は事業所内の厨房で調理し、手作りを楽しんでいる。利用者は盛り付けや下膳、片づけ等出来ることを手伝っている。	
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	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。		

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
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	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。		
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。	自立している方もいるが、介助が必要な方についても、排泄記録にて声掛けや適切な排泄用品の使用を検討し、昼夜を通してトイレでの排泄を支援している。毎日の飲むヨーグルトや水分摂取、食前の口腔体操（梅干し体操）を行い、便秘予防に努めている。	
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。	浴室は2か所の個浴と、洗い場付きの広いスペースがあるが、安全のため1対1で支援している。希望でディサービスの広い浴槽で銭湯気分を味わったり、個浴で好みの入浴剤を選択したりと、入浴の楽しみが持てるようにしている。利用者の状態や気分に合わせ、週2回程度入浴し、また、清拭や足浴で清潔の保持に努めている。	
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	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行っている。		
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	薬の内容を確認出来るよう処方薬一覧をファイルしている。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く。		
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ている。又、支援を行うことによって喜びある生活を送って頂けるように努めている。		

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
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、ドライブなど少数ではあるがお出掛けをしている。また、外泊・外出はご家族協力の元、支援している。	天候により、近隣の散歩や地域の神社や公園、買い物と一緒に出掛けている。また、季節ごとの花見(松川、神通峡、運動公園等)ドライブを計画している。	
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でき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。	玄関やエレベーターの出入り口フロアに生花や観葉植物、タペストリーや作品が飾られ、季節を感じられるよう努めている。ユニットフロアはテーブルの配置を工夫し、食事や作業時にTVが見えるようにしている。	
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	共有スペースを設置し、ソファを自由に移動し、利用者同士が気軽に話し合いができ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。	居室にはベッドとクローゼットが設置されている。備え付けのクローゼットから壁に沿って約30cm幅の棚があり、自宅から持参したTVや鏡、化粧品、家族の写真、作った作品を飾る等、多目的に使用することができる。訪問時は個別介護のため、居室で食事を取るためのテーブルとして使用していた。また、使い慣れた椅子や家具も配置し、自宅同様に過ごすことができるよう工夫している。	

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 8年 3月 1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	運営推進会議において、家族や地域住民の方々（地区会長、民生委員、敬老会代表等）に会議の案内をしているが、参加者が少ない。その為、活動報告や意見交換が出来ておらず、皆様のお声がサービスや支援に結びついていない。	家族様や地域住民の方に運営推進会議に参加して頂けるように工夫をして、情報交換が出来るよう環境を整え親睦を深める。	運営推進会議の開催日時の工夫やイベント・行事を同時開催し、興味を持って参加して頂ける様にする。又、参加できない家族や地域の方に議事録を配布し、事業所の様子を報告する。	6ヶ月
2	35	近年、各地で地震の報告が多く受けている。いつ起きてもおかしくない有事に対して、昼夜問わず近隣住民と協力として避難をスムーズに行えるか、不安である。近隣住民の方と人間関係の構築されておらず、有事の際対応を出来るようにしたい。	有事の際 避難が出来るように町内の避難訓練の参加は元より、近隣住民と避難の連携が出来るように地域との関わりを密にしていく。	避難訓練の参加は元より、町内行事に参加をして親睦を深めていく。又、運営推進会議にも積極的に近隣住民の方へ参加を呼び掛け、参加して頂いた時は、有事の際の対応や避難方法等の情報を共有していく。	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】	
実施段階	取 り 組 ん だ 内 容 (↓ 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()