

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	1690600075
法人名	株式会社 SOYOKAZE
事業所名	滑川グループホームそよ風
所在地	富山県滑川市上小泉1491-5
自己評価作成日	令和7年9月12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『世界で一番仲間を大切にできるチームであり続ける』という理念のもと、『家族のように温かく安心して過ごせる施設づくり』を目指しています。お客様の気持ちに寄り添い信頼関係を大切にしながら毎日の体操やドライブ・リクリエーション・季節行事を通して楽しく穏やかな時間を共有しています。さらに花壇の手入れや家事手伝いなどをとりいれ、家庭的で心地よい雰囲気づくりに努めています。

※ 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）】

法人内での管理者研修が毎月行われ、職員との接し方、チームであり続けることなどの学びを活かし、管理者と職員、また、職員同士も良好な関係が築かれており、離職率も低い。職員は利用者に対してだけでなく、仲間として同僚への目配り、気づきが培われており、横の連携もしっかりとれているため、事業所全体を見て、今自分が何をすべきかを自分で考え実行するといった自立した行動をとることができる。また、同法人の事業所を見学する機会もあり、良いところを積極的に取り入れ、家族からは「入所してから自分で出来るが増えてうれしい」との声も聞かれる。

【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10月14日	評価結果市町村受理日	令和7年11月25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、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (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	理念を談話室や各ユニットの目の付きやすい場所に掲示し、職員全員がいつでも理念を確認できるようにしている。	法人の理念を基に北陸事業部の「日々笑顔」という理念が掲げられ、それを基に事業所理念がある。3つの理念を踏まえて、各ユニットでは毎年利用者の現状に即した目標を掲げ、日々のケアではもちろんのこと、困難事例を検討する際には目標を念頭に置きながら行っている。	
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	公民館での2ヶ月に1回の運営推進会議では町内会長・民生委員・市担当職員の参加をお願いし、地域の情報を伺ったり施設の仕組みについての質問に答えている。	地域のお祭りの時には、近所の人が玄関先に飾る材料を届けてくれた際に利用者と一緒に飾り付けをしたり、お祭り当日には神輿も立ち寄ってくれるといった交流がある。今年は介護職を希望している高校生の実習も受け入れた。また、コロナ禍で受け入れが難しかったボランティアの受け入れを今後は積極的に行う予定である。	
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	運営推進会議では年間行事の様子や日常の様子を写真で紹介し、どのように支援しているのかを報告している。日常の生活を話す事で認知症への理解を深めてもらっている。		
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	運営推進会議は奇数月に地域の公民館で行い、日々の活動報告や事故・ヒアリハットの報告をしている。家族や町内会長・民生委員・市の職員の方から意見や要望をいただき今後の対応に役立てている。欠席された家族へ議事録を送付している。	家族や行政職員が参加しやすいように、曜日を固定せずに日程を調整している。全家族に紙面と電話で案内を出し、出欠の有無を確認している。参加者からは質問などもあり丁寧に説明をしている。議事録にはわかりやすく記載されており、職員が状況を把握しやすいようになっている。	運営推進会議を公民館で開催することで地域との繋がりも生まれるが、年に数回、行事と組み合わせずして事業所でも開催することで、委員に事業所の取り組みや様子を知ってもらうことに期待したい。
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	滑川市介護相談員を毎月積極的に受け入れ、お客様の様子やケアについて意見交換を行っている。運営推進会議では市の担当課職員に参加を依頼し分からないことはその場で質問し、またアドバイスを頂いている。	マイナンバーカードと健康保険証の問い合わせが家族からあり、行政に確認したり、困難事例の相談など、直接行政へ連絡することもあるが、運営推進会議でお互いに質問したりすることもあり連携が図られている。行政主催の研修の案内もあり、参加できるときは参加している。	
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	施設では「身体拘束」をなくすために、毎月身体的拘束適正化・虐待防止検討委員会による身体拘束につながる不適切ケアについて話し合いを行い、取り組みについて意見交換を行っている。また、年2回は職員研修として担当を決め、職員全員で意識を高められるようにしている。玄関・ユニットの出入り口の施錠は会社の方針であることを家族様に説明し理解して頂いている。	身体拘束に対するマニュアルや指針が整備されており、身体拘束を検討する際には訪問看護、主治医、家族、法人のコンプライアンス担当者、管理者で話し合い検討している。検討議事録も法人のフォーマットに沿って経緯も含め検討した内容が分かりやすく記載され、現状周知できるようになっている。また、職員は自己チェックを行い、結果をもとに話し合いをするなど、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	年に2回、身体拘束や虐待を防ぐため、担当職員が中心となって勉強会を実施している。当社独自の研修動画の視聴・虐待の芽チェックリストを定期的に行う取り組みで注意喚起や防止に努めている。		
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	年間研修計画に基づき、年1回の高齢者の権利擁護に関する研修を実施している。制度上触れる事が少ないため理解が不十分な職員もいる。そのため毎回担当を変えて意識を高められるように工夫している。		
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	入居の申し込み段階から実際の入居さらに退居に至るまで、本人・家族が安心して判断出来るよう丁寧に説明を行っている。また改正などの変更があるときは運営推進会議での説明や家族に訪問または電話連絡をし、直接説明して理解してもらっている。契約後も質問があればその都度対応している。		
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	運営推進会議や家族面談などで家族からの意見や要望を連絡ノートやユニット会議・全体会議で伝え情報共有している。月に一度の介護相談員の来所ではお客様の思いや気になることのフィードバックがあり、ユニット会議や全体会議などで話し合っている。	運営推進会議に参加する家族が多いため、そこで意見や要望をもらう機会がある。また、法人から家族へアンケートを配布しているため、その回答からも意見や要望を汲み取り、事業所で話し合い改善に繋げている。改善されたことは、今後伝えていく予定となっている。	
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	毎月の全体会議でお客様情報、施設運営についての職員の意見や提案など意見交換をしている。改善点があれば皆で話し合い、必要に応じて臨時の全体会議も開いている。	職員から上がった要望などは、管理者が判断、もしくは話し合いで改善している。現在、職員が働きやすい環境作りを目指して、生産性向上委員会を立ち上げ、2つのユニットの業務の流れ等の統一について話し合い改善に努めている。	
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	職員のキャリアビジョンを定期的に面談し確認している。また職員ひとりひとりの努力や実績、勤務状況を現場に入るなどを把握している。人員不足から、一人にかかる業務の負担などで問題が生じた時はその都度話し合いをしている。		
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	毎月施設では職員一人ひとりがケアについてしっかり考えられるよう施設内研修の担当を決め、自らが考える機会を与えている。法人以外の研修では地域包括支援センターが行う研修にも参加していく機会を与えている。		

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
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	法人内の他の施設の職員ともオンラインで意見交換を行っている。良い取り組みを自施設の全体会議などで報告し取り入れることでサービスの質を高めるように努めている。		
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	入居相談の際に家族の希望や気になることを入居前に聞き取り、本人については利用されているサービス事業所に訪問するなどして状態の確認を行ったり、直接本人とお話するなどしている。また、担当ケアマネからも情報を頂き安心して生活が出来るように努めている。		
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	見学、申し込みの段階で困っていることや不安なことや要望をお聞きしながら自施設でのサービス内容を説明している。入居後暫くは安心していただけよう本人の様子をお話している。		
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	本人や家族の気持ちや状況を踏まえ、今必要としている支援を見極め提案している。必要に応じて他のサービスの提案も行っている。		
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	本人の状態をよく理解し職員やお客様同士がお互いに助け合える関係づくりを心がけている。暮らしを共にする同士でベランダで洗濯物を干したり草むしりを共にしたりと助け合う関係作りを心掛けている。		
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	毎月本人の様子など写真付きの手紙を送付している。家族との面会や外出、外食など今までの家族の絆を大切に継続出来るように支援している。		
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	現在コロナ前の状態に戻り、面会等の制限はなく馴染みの人とのゆっくりとした時間を過ごしていただいている。家族とのドライブなどでは馴染みの場所に外出されたりしている。	家族以外にも、教え子や趣味の仲間、友達等の面会があり馴染みの関係が継続されている。また、好きだった食事処へ毎年家族と一緒に出かけたり、墓参りに行く利用者もいる。職員の声掛けや支援で、年賀状や海外に住む家族との手紙のやり取りなどを行っている。	

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
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	日々のお客様同士の関係を把握し、上手に関わりが出来るよう座席やソファの座る場所に配慮している。また本人の状態に応じた家事作業や共に楽しめるゲームなど支え合える関係作りに努めている。		
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	病院のカンファレンスなど家族の要望があれば、一緒に同行するなど相談に応じている。契約が終了していても、いつでも不安や心配事・分からない事などの相談があればアドバイスしている。		
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	日常の会話や仕草・表情からその人の思いや気持ちを掴むようしている。認知症の進行や疾病などで思いを伝える事が困難な方には、これまでの生活歴などを家族や前サービスの担当者に伺うなどして把握するように努めている。	入居前に家族に利用者の生活歴や経緯などの情報を細かく書いてもらっている。日常会話の中で本人の希望などが聞き取れたり、表情から読み取れたりしたときは、タブレットの「気分・様子・生活特記」などに会話の内容も含めて打ち込み、職員で共有している。	
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	利用サービス事業所や担当のケアマネに情報提供を依頼している。また家族や本人から聞いた情報をしっかり記録して暮らしの把握に努めている。		
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	日常の会話や行動の変化を見逃すことのないようにタブレットに記録し、職員全員に連絡ノートを活用して共有している。生活リズムや健康状態を確認し、必要に応じて助言やサポートを行っている。また毎月の会議で本人や家族の意見を聞き、支援計画を見直している。		
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	毎月のユニット会議では介護計画の更新や変化があるお客様についてカンファレンスを実施し、職員同士で意見交換やアイデアを計画に反映させ、生活の質の向上を図っている。また家族の要望や生活に対する思いを計画作成に反映している。	利用者担当職員は、ユニット会議の時に他職員からも状況を聞き取りモニタリングを行っている。目標やケア方法の継続や中止に関しても話し合いで決めている。モニタリングを参考に、サービス担当者会議で家族からも意向を聞いたうえで計画作成担当者が介護計画書を作成している。	
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	毎日の体調や生活の様子はタブレットに記録し職員同士で情報を共有し、必要に応じてユニット会議などで話し合い計画を見直している。		

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
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	本人や家族の意見や要望などは出来る範囲で柔軟に対応している。緊急時には医師や看護師と連携して安心して生活できるように体制を整えている。急変時には訪問看護に連絡・報告を行い、訪問看護から協力医に報告、指示をもらっている。医療を受けながら生活が出来るように整えている。		
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	町内会や市役所、消防署などと協力して情報交換やアドバイスを受け、施設の安全や安心した暮らしを高めるようにしている。		
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、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	入居時に今後のかかりつけ医について意向を確認している。希望があれば、当ホームの協力医に紹介状をお願いしている。協力医は4週間に一度の往診であるが緊急時などは訪問看護に連絡をし主治医の指示をもらって対応している。	入居時に今後のかかりつけ医について確認をしているが、専門医以外は、協力医の往診を希望されることが多い。往診前に医師は「多職種連携情報共有システム」を活用し、利用者の情報を確認している。往診後には主治医報告書で、現在の状況、医師からの指示を職員が共有することができる。	
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	滑川市医師会訪問看護ステーションと医療連携をとっている。協力医・訪問看護・薬剤師・介護職員がバイタルリンク(情報共有ツール)で状態報告をし適切な指示を受けて急変時にも対応している。		
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。	入院時は介護サマリーを提供し入院に至るまでの様子を伝えている。また入院後には地域連携や家族と常に連絡を取り合い、早期に退院出来るよう情報交換や相談に努めている。必要時退院前カンファレンスをお願いしている。		
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	入居契約時に重度化した場合の指針や事業所の取り組みを説明し同意を得ている。お客様が重度の状態になった場合や終末期には本人や家族の思いや意向を再確認し主治医・訪問看護・職員が連携をとり希望に沿った最期を迎えられるよう支援している。	契約時に重度化指針、看取り介護に関する指針、緊急時や終末期における医療等に関する意思確認書等を家族に説明し、同意を得て署名捺印をもらっている。医師と相談し看取り時期になったときには、改めて家族に説明し意思確認書や看取り同意書に署名捺印をもらっている。また、年に一度ターミナル研修も行っている。	
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	年間を通して急変時や事故発生時に、どう対応するかを学ぶ勉強会を行っている。学んだ事は職員全員で共有している。各ユニットの事務所に社内統一の急変時・事故発生時のフローチャートを掲示して職員間で共有している。		

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
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	昨年度から『BCP(事業継続計画)』を取り入れた勉強会・机上訓練・災害避難訓練を行っている。災害時の備蓄準備では能登半島地震の際の体験から備蓄品や必要な物を職員で話し合いを行った。また火災を想定した避難訓練は年2回、日中・夜間想定で実地している。	火災を想定した避難訓練の他に、水害のリスクもあるため、事業所の2階へ避難する垂直訓練も行った。運営推進会議では、災害時には協力をお願いするとともに、事業所も協力できることがあれば相談してほしいということを伝えている。また、地域の防災訓練の案内もあり、今後も地域との協力体制が築けるように努めている。	
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	お客様一人ひとりの人格や尊厳を大切に、言葉遣いや接し方に気を付けている。職員は接遇や認知症の対応についての定期的な研修を受けてケアの質を高めている。また、毎月の全体会議では不適切ケアや良かったケアなどを職員全員で話し合いケアの意識を高めている。	年間計画で行われている各研修を通して、機会が有るごとに尊厳やプライバシーの確保について伝えている。「虐待の芽チェックリスト」での自己評価項目にも尊厳やプライバシーに関する設問があり、職員は意識しながらケアを行っている。	
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	お客様がその時々自分の思いや希望が言い易いよう、その場の雰囲気や声掛けに努めている。認知症の進行などから上手く言葉が出ない人などには、こちらから言いたいことを推測して話しかけている。また、自己決定が難しい場合は表情や仕草から気持ちをくみ取るようにしている。		
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	体調や状態に合わせて、一人ひとりの思いに寄り添い本人のペースを大切にしている。生活中で困りごとがあった時には声掛けし、本人の思いを傾聴している。また必要であれば家族に相談を行い理解・協力を得ている。		
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	日々 本人のこだわりや好みを尊重し、入浴時などの衣類選びを一緒に行っている。自分で出来ない人には職員が手伝い、その人らしい装いが出来るよう支援している。		
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	出来る範囲で食材の盛り付け、食器拭き・食器洗い・お盆拭きなどをお願いしている。季節に合わせたおやつ作りや誕生会には本人に好みを伺いケーキや手作りデザートと一緒に作るなど、楽しく会話しながら行っている。	業者から調理済みの物が届き湯煎して提供している。誕生者がいる日には白米を赤飯に変更したり、また、みそ汁を作ったりフルーツを追加したりと、食事を楽しくするよう工夫している。	業者から届けられる食事以外にも利用者が食事を楽しむ工夫は見られるが、利用者が食べたいものを一緒に手作りしたりと、イベント等を通した食事の楽しみ方の工夫にも期待したい。
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	毎日の食事や水分量をタブレットに入力し必要な栄養や水分が、きちんと摂れるように支援している。個別に合った形態や量の提供を行っている。また食事量の少ない方などは医師と相談し栄養補助飲料を処方してもらい、必要時に提供している。		

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	食後に歯磨きの声掛けを行い、歯磨きの状態を見て介助が必要であれば職員が手伝っている。必要に応じて本人、家族に相談し訪問歯科などに来てもらっている。		
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	一人ひとりの排泄のリズムを把握し、時間を決めてトイレに行くように声掛けしたり、自然に排泄出来るように支援している。認知症の進行によりトイレの場所がわからない方は行動などからトイレサインを見逃さないようにしている。	利用者の行動への目配りや気づきから排泄の声掛けや見守りが適切に行われており、失禁が減った利用者もいる。出来るだけトイレでの排泄を促し、時には2人介助で行うこともある。	
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	一日の食事量や水分量はタブレット入力にて把握し、水分が不足しがちな人には本人が好きな飲み物を提供するなど意識して飲んでもらうようにしている。また時間を決めて身体を動かしてもらうように促している。		
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	基本的に週2回入浴しているが、拒否がある場合は無理をせずに、翌日以降に再度すすめている。希望があれば増やす事もある。ゆっくりと長めの入浴を希望される方には、こまめに入浴状態を確認し本人の思う入浴をしてもらっている。	個々の利用者に合わせた湯加減や、入浴している時間の調整を行っている。また、自分の好みのシャンプーを家族に持ってきてもらい使用している方もいる。職員と一対一でコミュニケーションを取ることで、リラックスした楽しい時間となっている。	
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	その人の生活リズムや体調に合わせて休む時間と活動のバランスを取れるように支援している。昼寝の希望をされる人は夜間の睡眠に問題ない程度で休んでもらっている。		
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	薬剤情報ファイルを事務所の書棚で保管し、職員が閲覧できるようにしている。薬の効能や副作用は薬剤師に確認している。またきちんと服用されているか職員がダブルチェックを行っている。その他、バイタルリンク(情報共有ツール)に状態報告をし、適切な指示を受けている。		
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	入居時に生活歴、趣味など入居前のサービス担当者やケアマネより情報提供してもらい、今後の生活に活かせるように支援している。また家族には『これまでの生活の経過』の記入をお願いし支援に活かしている。好きな事や得意な事を大切に出来るだけ本人が生き生きと生活できるよう支援している。		

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
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	季節に応じて市内の紫陽花や桜を見に行っている。また紅葉時期にはドライブを兼ねながら季節を感じてもらっている。その他個別に本人の希望で家族とドライブを定期的に行き、気分転換されている。	近くの神社へ散歩に出かけたり、栗拾いを楽しんだりしている。また、敷地内にある畑の手入れや収穫も行っている。自宅周辺へドライブに出かけたり、おやつの買い出しに行くこともあり、利用者は楽しみにしている。	
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	当社の方針で預り金や現金の所持は無く、必要な物は家族に連絡し持参頂いたり、代行購入も行っている。職員と一緒に買い物に行った際に、本人が欲しいと思われた物は立替払いをしている。		
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	家族から電話があれば本人に伝えている。また家族に電話したいと要望があれば電話の手伝いをしている。携帯電話を持参されているお客様もおられる。その他、ホームに届いた手紙や葉書などは本人に渡している。		
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	室温、湿度、テレビ音量など不快にならないよう調整している。また、エアコンの風が直接当たらないよう配慮している。ベランダでは花や野菜を植え、水やり・草むしりなどの手入れを職員と一緒にし季節を感じてもらっている。	室内は白い壁で統一され、柱や居室の扉には木が使われ温もりが感じられる。共用スペースにはソファが置いてあり、ゆっくりとくつろぐことができる。また、トイレは居室の扉と異なり明るい色が使われ、トイレの場所がわかりやすく、排泄の自立支援にも繋がっている。	
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	ソファで過ごす人やテーブルで過ごす人、居室でひとりでテレビを楽しめる人など、それぞれ落ち着ける場所に配慮している。本人が思い思いに過ごせるよう環境作りに配慮している。		
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	入居前に家族に昔から大切にしていた物やタンス・写真など持参して頂けるよう伝えている。本人が安心して居心地よく生活できるよう努めている。またレクリエーションで作った作品なども飾れるようにしている。	ベッドとエアコン、クローゼットが備え付けとなっている。扉近くには手すりが設置してあり、安全に配慮した造りとなっている。自宅から馴染みの物を持ってきている方もおられ、安心してくつろげる空間となっている。	
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	トイレのドアはオレンジ色でお客様が認識しやすいようになっている。居室のドアには本人の名前を明記して確認出来るようにしている。またお客様が安全に歩けるように動線上に物を置かないようにし、自立した生活が出来るよう配慮している。		

2 目標達成計画

事業所名 滑川グループホームそよ風

作成日: 令和 7年 11月 19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	15	食事は業者より調理済みのものである。お客様の誕生日などは主食の変更やデザートを手作りしているが、毎月はなく年間の回数も少ない	事業所での生活の中で食べることや作る楽しみを持って頂く。	毎日のおやつを楽しみにされている方も多く、手作りや自分で選ぶ楽しみの機会を作る。また食事は行事以外でも食べたい献立をお聞きし、特別メニューの日を作っていく	3ヶ月
2	3	現在、運営推進会議は毎回町内の公民館をお借りして行っており、生活の様子や行事などを見て頂く機会がない。	閉鎖的な環境とならないよう、会議を事業所で行い、ご意見やアドバイスを頂くことで、より良い生活を目指す。	実際の生活の様子を見て頂いたり、事業所で行う季節の行事にも参加して頂けるようプラン作りを行う。	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="checkbox"/> 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="checkbox"/> ②利用者へサービス評価について説明した
	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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 次回説明予定
	<input type="checkbox"/> ⑤その他()
2 自己評価の実施	<input type="checkbox"/> ①自己評価を職員全員が実施した
	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> ⑤その他(リーダー職3人の職員で作成を行った)
3 外部評価(訪問調査当日)	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> ④その他()
4 評価結果(自己評価、外部評価)の公開	<input type="checkbox"/> 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 11月会議で話し合いの予定
	<input type="checkbox"/> 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 12月結果を郵送予定
	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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 次回運営推進会議で報告予定
	<input type="checkbox"/> ⑤その他()
5 サービス評価の活用	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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) 実施予定
	<input type="checkbox"/> ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)
	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> ⑤その他()