

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	1690600075
法人名	株式会社 S O Y O K A Z E
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6年10月5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）】

そよ風の理念『世界で一番仲間を大切にするチームであり続ける』事業所理念『家族のように温かい、穏やかで楽しく過ごせる施設』は、入居されているお客様・働く職員が普通に生活を共にする一員として一人一人の思いを大切に疾患のために出来ないことは支え、出来ることを継続していく環境作りに努め共に支え合える関係性を築いています。

※ 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）】

事業所の玄関を入ると落ち着いた空間にフラワーアレンジメントなどが適宜に飾られ、心地良い環境が整えられている。理念(方針)の一文に『ご利用者様の自己決定を尊重し残された能力を最大限に活かしてご利用者お一人一人がより豊かに楽しく充実した時間を過ごせるようサービスを提供していきます。』があり、また、毎月1人につき3つのヒヤリハットの提出が義務づけられている(ヒヤリハットが事故報告と勘違いされることもある)。意識しなければ見過ごすような小さな気づきの習慣化で事故防止の意識向上や、利用者、家族が安心して過ごすことができるよう取り組んでいる。法人の提供する研修動画の他、年間を通して毎月、各研修に全職員が参加できるよう計画され、事業所全体で理念を把握、共有し、サービスの提供に努めている。奇数月で開催される運営推進会議で家族への通知や会議録の送付、報告を詳細に行うことで複数名の参加があり、情報や意見を聞く機会を設け、サービス向上につなげている。
--

Ⅴ. サービスの成果に関する項目（アウトカム項目） ※項目№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、活き活きと働けている。 (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	事業所の目につきやすい各所に理念を掲示し全職員で共有している。また全体会議では理念について学ぶ機会もあり実践に繋げている。	法人の理念に込められた意味について全職員対象に年間の定期研修で周知する取り組みがある。職員間で褒め合い、より良いサービスにつなげる活動は、理念『世界で一番仲間を大切にするチームであり続ける』につながっている。	
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	2ヶ月に1度の運営推進会議では町内会長・民生委員・市担当職員に参加を依頼し町内の色々な情報を教えて頂いたり、意見やアドバイスを貰っている。また町内の例祭にはお祓いなどお願いしている。	事業所の行事の案内を行い地域の方が気軽に来所してもらえるよう努めている。今年度は花火大会を行った。普段より散歩の時に挨拶を交わすなど交流ができている。運営推進会議を公民館で行い、町内の一員として良い関係ができているのがうかがえる。	事業所情報を提供し、地域行事の参加や保育園・小学校の子供たちの訪問等、交流への取り組みが実践できるよう期待したい。
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	運営推進会議で日頃の様子を写真で紹介したり、行事やエピソードなどを報告し支援方法を話す機会もある。また散歩を通して認知症の理解や支援の様子を見てもらっている。		
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	奇数月に地元公民館で会議を行い日頃の様子や状況を写真と共に紹介しご意見や質問を受けている。頂いた意見を会議などで報告し業務やケアに生かしている。また参加されていない家族へは報告書を請求書発送時に同封している。その他ホームの玄関には会議議事録が閲覧できる状態になっている。	2か月毎に、町内会長、市担当課職員、民生委員、家族、事業所管理者、介護計画作成担当者で運営推進会議を開催。写真を使い、活動報告はわかりやすい内容となっている。地域行事、地域神社の例祭など案内を得る機会となっている。	
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に取り組んでいる	運営推進会議で市担当者に参加を依頼し、ご意見アドバイスを頂く他、分からないことは直接電話をするなどして質問している。また、月に1度の介護相談員を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。	運営推進会議へ市の担当課職員が参加しており、事業所の運営、活動状況を報告している。市主催の研修会等へも参加するように努めている。	
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	玄関・ユニットの出入り口は会社の方針であることを家族様に伝え了解を得て施錠を行っている。身体拘束については年間の研修計画に組み込まれ動画の視聴を行ったり、資料を用いた勉強会を行い、職員全員が報告書の提出している。その他、毎月身体拘束適正化委員会を行い良かったケアも含めて話し合いを行っている。	毎月行われる委員会では、身体拘束を防ぐ取り組みとして、身体拘束につながるような不適切ケア、言葉がけも含め社内研修や自己評価を実施し、改善への取り組みと振り返りを行っている。また、良いケアの事例があれば報告し職員全員で共有している。	事故防止、安全面に配慮し、玄関及びユニット入口の施錠が行われているが、建物屋内であるユニット出入り口は利用者が自由に出入りできるよう鍵をかけない時間帯を作るなど工夫されることを期待したい。

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	年間の研修計画に組み込み担当職員が中心となって勉強会を行っている。身体拘束同様に動画の視聴も行い毎月の委員会で虐待についても話し合いを行っている。		
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	年間の研修計画に組み込まれ年に1度勉強会を行っているが、直接、制度に触れる機会が少ないため、理解度は低い。そのため毎年研修担当者を変え意識を高めるようにしている。家族や見学者などから相談が合った時は制度の説明も行っている。		
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	見学・申し込みの段階から不安や疑問などをお聞きし入居中・退居に至るまで、その都度思いや悩みを傾聴し納得が出来るまで十分な説明を行う努力をしている。また改正時は来訪して頂いたり遠方の家族様には電話で説明を行い質問を受け丁寧な対応を心掛けている。		
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	常時、意見要望を言い易い関係性を作る努力を行っている。運営推進会議では参加ご家族から忌憚ないご意見を頂いている。それらは事柄によって業務申送り時やユニット会議・全体会議で伝えたり、連絡ノートを活用したり職員で共有している。	家族の意見は、日々のケアやサービスの改善につなげるため、職員は連絡ノートで情報共有している。月に1度来所する介護相談員は、利用者一人ひとりとゆっくり対話した後、利用者の思いや願い、気になったことなどフィードバックがあり、ケアの充実に活かしている。	
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	毎月開催しているユニット会議、施設全体会議にて利用者情報共有や施設運営(物品購入等)に関して意見交換する場を設けている。 職員の意見に対して代表者だけで判断せず、他職員を交えて検討している。	職員は、現場で利用者との関わりを通じて気が付いた必要な物品や小さな気づきなどいつでも管理者に話せる環境にあり、より良いケアにつながる提案は全体会議で検討し、ケアや業務効率の改善につなげている。	
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(法人)は職員の雇用形態に関わらず、毎年、人事考課(前年度の取組に対する業績評価)を行い、各職員のキャリアビジョンの確認や今年度の目標設定など向上心を持てるように職員面談をしている。代表者は勤務表(出勤簿)をチェックすることで勤務状況を把握している。		
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	代表者・管理者は職員一人ひとり、ケアの力量把握のため、法人独自の帳票にて管理している。施設内研修は毎月開催し、管理者以外の職員も研修を担当することで自ら考える機会を与えている。法人外は地域包括支援センター等が行う研修に参加する計画にしている。		

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
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	管理者等が法人内の他施設職員（同じ認知症対応型共同生活介護）と交流するために研修や意見交換できる協議会（オンライン）を定期的に開催している。他施設の良い活動を自施設に取り入れることでサービスの質向上に努めている。		
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	見学・申し込みの段階から困り事や心配事をあらかじめお聞きし、本人からは入居前に自宅や利用サービスへ訪問を行い直接ご状態や思いをお聞きする機会を設けている。サービス導入時には入居前に利用していたサービス・担当ケアマネより情報を頂くなど本人が安心した暮らしの継続が出来るよう努めている。		
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	見学・申し込みの段階から困り事・心配事・要望をお聞きしている。入居時にはさらに詳しく、入居後も安心して頂けるようご様子をお伝えしている。		
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	本人や家族の思い・その時の状況に応じ、総合的・ポイント的に必要と思われる支援について見極め、提案を行っている。		
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	その時々のお思いを傾聴し、認知症やその他の病状把握に努め、共に生活を支え合う者として助け合える環境作りに心配りをしている。生活の中で役割は職員が助けられたり、お客様同士が助け合ったりの場面も見られている。		
19		○本人と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	日々の様子や状態は面会時や毎月の請求書発送時に写真付きの手紙でお伝えしている。家族との散歩や買い物・ドライブなどの外出・コロナ前と同じように長時間の面会も出来ている。本人との関係性が継続でき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	家族・親類は勿論、本人がこれまでの生活で大切に交流を交わされてきた人達など面会に制限は無く、飲食も含めて長時間の面会もできている。馴染みの場所は家族様に協力を得て外出される事もある。	利用者が家族等、馴染みの人や場所との関係を継続できるよう、利用者の思いを聞き、家族へ伝達することで利用者の思いを実現できるよう支援している。面会時にホームの談話室を使用しゆっくりとした時間を過ごせるよう配慮している。また、ドライブ先の行田公園、魚津水族館など馴染みある場所へ出かけている。	

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	お客様の関係性を把握し、その時々思いや状態をみながら上手く関わりが出来るようにソファや座席に案内している。家事作業やゲームなど一緒に楽しめる関係・支えあえる関係作りに心配りをしている		
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	家族から病院のカンファレンスと一緒に参加して欲しいとの希望で同行するなど契約が終了しても相談に応じている。また分からない事など相談があった場合はアドバイスも行っている。		
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	何気ない日常の会話の中や仕草・表情から本人の思いや希望などの把握に努めている。認知症の進行や病状の進行で意思疎通が困難な方には家族に伺ったり、これまでの生活歴からとその他時々の仕草や表情から把握に努めている。	日常的な利用者とのコミュニケーションを通じて意向を丁寧に聴く、言葉にされない利用者には表情をくみ取り、職員から言葉をかけ思いを引き出すようにしている。理念『利用者本意の自己決定(思い)が尊重できる。』が実践に繋がっている。	
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	入居時に家族にお聞きしたり、利用サービス事業所や担当ケアマネへ情報提供を依頼している。また、入居後も本人と他のお客様や職員との会話の中から知り得た情報も追記している。		
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	個々の日常生活リズムや過ごし方を把握し、時々の身体・精神状況は小さな変化も見逃すことが無いよう心掛けている。それらは経過記録や送りノートを活用し職員全員が周知できるようにしている。また出来ることや分かることは出来るだけ維持・継続できるようにセッティングしたり、職員が共に行ったりしている。		
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	本人の思いは日常的な会話や仕草・動作等で確認、毎月のユニット会議では介護計画書の更新者や変化があるお客様についてカンファレンスを行い職員同士で意見やアイデアを出し反映している。また家族には日頃から意見や要望をお聞きし作成している。	利用者本位の介護計画が作成できるよう利用者の状態など情報の共有が適切に行われており、それに基づいた計画と実践、また、チーム内でモニタリングや課題を検討し、必要に応じて修正するなど計画期間中であっても状況に応じ柔軟に対応している。	
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	個別記録はタブレットを使用。身体状況や日々の生活の様子(不穏時を含む)やケアの実践を入力している。入力漏れを防ぐため毎日の夜勤者がチェックを行っている。またユニット会議や日々の送り・ノートを活用し職員間で情報共有を行っている。それらをもとにカンファレンスを行い計画書を見直している。		

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。心身状態について、その時々本人や家族の状況・状態も含めて把握し、医療連携体制により訪問看護ステーションの看護師による定期的訪問や緊急時の連絡・報告は看護師より協力医へ情報共有され、医療を受けながら生活が出来る体制も整っている。		
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	運営推進会議で町内会長や市職員の参加により地域の情報や消防署へ訪問しアドバイスを頂くなど積極的に情報収集を心掛けている。		
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	入居時にかかりつけ医について説明を行い、希望者は当ホームの協力医へ紹介状を貰い変更されている。協力医による往診は4週に1度あるが、緊急時や状態によっては訪問看護師へ連絡し主治医への情報伝達がなされ急変時の対応も適切に行っている。	かかりつけ医については、入居時に利用者家族の意向を確認し選択している。家族が同行し受診時には、健康状態等の情報提供書を渡している。また、医療情報ツールICT(バイタルリンク)により、医療機関・訪問看護・薬局等各関係機関とスムーズな連携ができており、日常の健康管理や適切な医療が受けられるよう支援している。	
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	滑川市医師会訪問看護ステーションと医療連携を結んでいる。定期的な訪問前にバイタルリンク(ICT)(協力医・薬剤師・看護師・介護職など多職種間による情報共有ツール)に状態報告し適切な指示を受けている。急変や状態の変化では写真などの情報が送れるようになっている。看護師からかかりつけ医へ情報伝達されている。		
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。	入院時は早急にホームでの生活や入院に至るまでの情報を提供している。入院後は地域連携室や家族と常に連絡を取り合い、必要に応じて退院前カンファレンスをお願いしている。また退院時は看護サマリー・リハビリ計画書などの提供を依頼している。退院後、時には入院時の状態の確認や相談など連絡を取れる関係作りを行っている。		
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	入居時に重度化した場合や終末期について指針を用いて説明を行い同意を得ている。終末期についてはその都度毎に本人や家族の思いや意向を再確認し、主治医・訪問看護師・職員が連携を取り、希望に沿った最期を迎えられるよう支援している。今年度より看取りの体制が整い看取り加算を申請。	利用者の思いを尊重し、家族の意向や思いを把握しながら支援を行っている。また、看取りケアに関する介護計画を作成し、チーム内での情報共有や研修の実施、穏やかに最後まで過ごせる支援、環境づくりに取り組んでいる。	
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	年間の研修計画の勉強会の中で急変時や事故発生時について学ぶ機会があり再確認している。各ユニットごとに社内フローが掲示してあり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	火災については年に2回、日中・夜間想定で避難訓練を行っている。今年度よりBCP訓練として災害時の体制についてマニュアルを用いて勉強会を行い、避難訓練(津波想定)も行った。災害時の備蓄も準備。運営推進会議では町内の避難経路などの情報を話す機会を設けた。	事業所における災害対策について、業務継続計画、マニュアルが作成され、利用者の安全確保を最優先に考え検討されている(地域の避難所、避難経路確認、災害毎の避難方法など)。非常用物資の備蓄管理など法人の提供で徹底されている。また、令和6年能登半島地震では2階への垂直移動を行っている。	
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	本人の思いを言葉や表情からくみ取り、思いに添ったケアが出来るよう心掛けている。年間の研修計画に認知症介護や高齢者介護において守るべき事柄・尊厳について定期的に学ぶ機会を設け再確認と意識付けを行っている。毎月の会議では不適切なケア・言葉掛けなどの有無を話し合う機会を設けており早期発見に繋げている。	個人情報の適切な管理を行っている。一人になりたい方の思いを尊重し一人で過ごす時間を大切にし、利用者一人ひとりのプライバシーを尊重した対応に努めている。声かけに配慮し、尊厳をそこなうような職員の言動には注意をしている。	
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	お客様のその時々々の状態に合わせた言葉掛けを行い自分の思いや希望を言い易い関係づくりに努めている。認知症の進行度により答えやすく選択できる言葉掛けを行ったり、自己決定の難しい場合は表情や仕草から思いをくみ取るように心掛けている。		
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し、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	1日の流れはあるものの日々の暮らしの中、その時々々の体調や状態に合わせて一人ひとりの思いに寄り添いながらペースに合わせた対応を行っている。しかしながら生活に支障が出る場合は本人・家族に相談を行い理解を得ている。		
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	これまでの習慣や本人のこだわり・好みを尊重し状態に合わせた言葉掛けや支援を行っている。家族に協力を得て持参頂くこともある。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	現在は調理済みを使用し温めるだけとなっているが、行事や誕生日にはお客様の希望をお聞きしメニューを決めている。食器洗い・食器拭き・お盆拭き・手作りおやつ時には心身の状態に合わせて手伝ってもらっている。	食事の準備、後片付け等利用者のできることを職員と共に行っている。誕生会など特別な日は、食べたい物の希望を聞き、献立を変更する。ちらし寿司、天ぷらなど手作りで提供、おやつは白玉団子やおはぎ、フルーツポンチを共に作るなど工夫している。	
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	既往歴や現病の状態や本人の適量を把握し、義歯の有無も含めて個別に合った形態や量の提供を行っている。水分量が少ない方もおられ、好みの飲み物の提供や言葉掛けを行っている。		

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
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	個々の歯磨きの習慣を把握し、その時々の状態に合わせて言葉掛けのみ・見守り・介助などを行っている。		
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	排泄後はタブレットに入力を行い排泄パターンの把握を行っている。時間を決めての誘導や訴えがあればその都度対応し、トイレでの排泄に繋げることが出来るように支援している。認知症や病状の進行などから布パンツから紙パンツに移行される方もある。	自らトイレに行かれる場合は見守り、状況に応じてさりげなく介助を行っている。排泄の記録により個々の排泄リズムを把握し適宜声かけを行い、夜間はオムツを使用している方でも日中は紙パンツに変えてトイレでの排泄を支援している。	
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	排便のリズム・食事や水分量・1日の活動量を把握し必要に応じて訪問看護師・医師に相談の上、下剤や坐薬の調整を行っている。水分の少ない方には好みの飲み物の提供や活動量が少ない方には個別に体操をするなどの支援も行っている。		
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	風呂は毎日沸かし、基本的には3日に1度入浴してもらえるようになっている。「今日は入らない」と言う声が聞かれれば無理はせず、「今日入りたい」と言われればその言葉に合わせて対応している。心身の状態に合わせて楽しく入浴が出来るように言葉掛けを行っている。本人の希望やその時の状態に合わせシャワー浴や清拭などの変更もある。	利用者の思いに添って、無理な入浴介助は行わず、希望があれば毎日の入浴も可能。湯はりの温度、入る順番、入湯時間もできるだけ利用者の希望に合わせている。入浴の楽しみ作りとして複数の入浴剤を準備し気分によって選択してもらうなど工夫している。	
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	これまでの生活習慣や状態に合わせた休息を行っている。日々生活の中で状態をみながら日中の活動量を増やし夜間に良眠が出来るよう心掛けている。夜間は照明や室温・寝具なども個別にあった対応を行っている。		
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	薬剤情報は各ユニット毎にファイルに閉じてあり、職員が閲覧できる状態となっている。定期的な薬剤師の訪問時に薬剤について分からない事を質問したり相談するなどしている。服薬変更はノートの活用や口頭での伝達など職員間で情報を共有している。		
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	入居時に、職歴や性格その他に生活習慣・趣味などの情報を家族や入居前サービス担当者から情報提供してもらい、入居後の今の生活の中で活かせるように支援している。また関わりの中から好きなことや得意なことを把握し、楽しみ事を増やし生活に満足して頂けるよう心掛けている。		

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	近所への散歩や気分転換のドライブも行っている。季節や行事に応じて初詣・お花見など季節を感じる事が出来る場所に出かけている。その他、個別では本人の希望を叶えるため家族に依頼し外出の機会を設けている。	法人は他に通所介護事業を運営しているため、他事業所の休業日には、大型の車を借りて、全員でドライブに出かけることができる。年間の計画以外でも天候と利用者の意向・体調に応じてドライブに出かけている。季節毎の花見、市内の菖蒲公園の他、隣市の水族館のペンギンやアザラシなどを見に出かけている。	
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、必要な物や嗜好品は家族に連絡し持参頂いている。また家族から希望があれば代行購入も行っており満足して頂けるよう出来る限りの支援を行っている。		
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	本人の希望に添うことが出来るよう家族に連絡を取ったり、家族から電話があった時は本人と会話ができるように環境に配慮を行っている。ホームに届いた手紙やはがきは本人に渡して確認してもらっている。		
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	温度や湿度・テレビの音量・職員同士の会話などお客様が不快とならないように心配りをしている。ベランダやテラスに季節の花や野菜を植え、草むしりや水やりなどを一緒に行き季節を感じてもらっている。	共有空間の窓からは、立山連峰が眺望でき自然環境がよく、テレビなどの音、照明の明るさ、室温など適宜調整されている。過剰な装飾品もなく落ち着いた印象の空間となっている。	
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	居室・フロア内で基本的に自由に過ごして頂いている。気の合う仲間とレクリエーションや家事作業などを楽しみながら行える空間づくりに配慮している。しかし、いつの間にかフロア内の座席やソファなどを自分の場所と思い込んでしまい、他者が座ると怒り出してしまう方もおられる。		
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	入居時には馴染の家具や座椅子・小物・写真などを持参願ひ、落ち着いて安心できる環境づくりに努めている。また不快な臭いがないように清潔に心掛けている。	ベッドとロッカーが設置され、寝具は持ち込みで、使い慣れた家具は一人ひとりの身体機能や生活習慣に応じ、配置を工夫している。家族の写真等は写真立てやアルバムで飾り、整理整頓され、安心してくつろげる居室空間となっている。	
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	トイレのドアは一目で分かるような色・イラスト・文字が掛けられており、浴室ドアにも同じようにイラストや文字で分かり易くなっている。またお客様が安全に移動できるように動線には障害物がないよう心配りをしている。		

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 6年 12月 12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	5	フロアからベランダやウッドデッキへの窓・ユニット 出入り口・玄関ドアが施錠されているため、お客様の 自由な動きに制限がある。また室内にいと圧 迫感があるお客様もおられるのではないかな。	玄関ドア・ユニット出入り口は法人の方針であるた め、家族様の方針は得ているが、職員の見守りの中、 開錠に向けての取り組みを現実化していく。	ユニット出入り口から自由に出入りできるよう施錠し ない時間帯を作る。	6ヶ月
2	2	開設後、間もなく新型コロナウイルスが発生し、外 部からの面会が規制された。現在は面会は緩和され、 居室での面会も出来ている。しかしながら、地 域の行事に積極的に参加したり、地域の学校や保 育所などとの交流の実現はできていない。	町内の行事参加や地域の学校と交流が持てるよう にしていきたい。	町内会に事業所として出来ることを積極的にアピ ールし、行事を教えて頂き、参加できる行事から参 加していく。また、学校や保育園などに出向き、交 流が持てるように行っていく。	12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】		
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	○ ①運営者、管理者、職員でサービス評価の意義について話合った
		②利用者へサービス評価について説明した
		○ 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
		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
		⑤その他()
2	自己評価の実施	○ ①自己評価を職員全員が実施した
		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、職員全員で話合った
		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合った
		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
		⑤その他()
3	外部評価(訪問調査当日)	○ 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
		○ 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
		○ 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
		④その他()
4	評価結果(自己評価、外部評価)の公開	①運営者、職員全員で外部評価の結果について話合った(12/23予定)
		②利用者家族に評価結果を報告し、その内容について話合った(R7年1/25予定)
		③市区町村へ評価結果を提出し、現場の状況を話合った(12/16予定)
		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合った(R7年1/25予定)
		⑤その他()
5	サービス評価の活用	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
		○ 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)
		○ ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)
		○ 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)
		⑤その他()