

令和 5 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	1691600074
法人名	ユニバーサル株式会社
事業所名	ケアホーム立山あいの風
所在地	富山県中新川郡立山町寺田382-1
自己評価作成日	令和6年1月25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）】

一人一人の利用者が持っている良さや力をできる限り活かすことができ、役割や楽しみを持つことで、やりがいや喜びを感じながら日々過ごせるよう支援している。家庭的な雰囲気の中でお互い支え合いながら、家事や軽作業、畑作り等様々なことに取り組みめるよう支援している。コロナ禍にて地域住民との交流は少なくなったが、理念に掲げている「地域に根ざした環境の中で安心・安全を提供し、その人の人格を尊重したその人らしい生活を送れるよう支援します」とのと、地域とのつながりや関係性を深める行事等また継続できるよう今後力を入れていきたい。

※ 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	
----------	--

【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2月15日	評価結果市町村受理日	令和6年3月12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）】

事業所理念である「地域に根ざした環境の中で安心・安全を提供し、その人の人格を尊重したその人らしい生活を送れるよう支援します」が各職員に周知されており同じ目標に向かってケアを展開しているため、良好な職員関係が構築されている。管理者や法人本部とも連携が取れており、職員の要望や意向が話しやすく、悩み事も相談しやすい環境が構築されている。また、かかりつけ医との良好な連携により職員の不安が払拭されていることから働きやすさに繋がっている。
地域交流においては、感染対策を行いながら徐々に再開し始め地域の行事に参加したりボランティアの受入も行ったりして、地域に根ざした事業所を目指して尽力している。

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、生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、安心して暮らさせている。 (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	事業所内に掲示し、理念の意識を持ち取り組みケアを実践できるよう努めている。また新規職員採用時等にもオリエンテーションの一環で説明を行っている。しかし時間の経過につれ薄れていく部分もあり継続して意識できるよう取り組みが必要だと感じる。	玄関先、事務所、フロア内に掲示し、職員が理念「地域に根ざした環境の中で安心、安全を提供し、人格を尊重したその人らしい生活を送れるように支援します」に沿った介護ができるように努めている。会議で理念について話し合いをしており、現行の理念が一番合っていると結論を出し、継続している。	
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	コロナ禍の影響もあり以前より減少したが、今年度よりボランティアの受け入れや地域行事への参加等徐々に地域とのつながりの回復を図っている。	自治会に入っており、自治会長が広報誌やイベントのチラシを事業所に持ってくる。感染対策をしながら地域のイベント(こども神輿、納涼祭)に参加している。近隣の方が野菜等を持ってきてくれたり、馴染みの地元の歌手を事業所に呼んだりして地域との繋がりを図っている。	
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	昨年度よりオレンジカフェを通じて座談会や実際に施設内で行っている実践技術、体操等を説明し周知を図っている。		
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	オンラインも活用し利用者状況、施設の活動状況や事故、災害、感染予防等についても議題検討を行いサービスの向上に向け意見・助言を伺っている。	オンラインも活用し、ハイブリット方式で開催している。運営推進会議には、自治会長、行政、有識者、民生委員、家族が参加している。玄関先に会議録の掲示、不参加の家族には会議録を送付し周知している。災害時には地元消防団と連携が取れるように依頼し、災害時にかけてくれる協力体制が確立している。	
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	日頃よりケアプランの相談や助言を頂いたり連携を図っている。運営推進会議や各研修等への参加を通して(オンラインも含め)情報交換や協力体制を築いている。	運営推進会議等で定期的に意見交換等を行う機会がある。令和6年能登半島地震の被災者を受け入れており、介護保険有効期間、ケアプラン、生活全般等で意見交換を行い、社会福祉協議会からの衣服寄付に結びついている。オレンジカフェを開催し、フレイル対策として健康体操等を行っている。	
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	身体的拘束廃止委員会のミーティングを3か月に一度開催し不適切なケア等の把握や廃止に向け検討している。また外部研修への参加や年に2回内部研修を行い意識の向上に努めているが不参加の職員への周知が不十分であると感じる。	身体拘束廃止委員会を3か月に1回開催しており、不適切なケア等の把握、廃止に向けて話し合い、身体拘束となる前に代替となるケアについて検討を行っている。内部研修では、不適切なケアや身体拘束について知識、意識の向上を図っている。また、年1回アンケートを行い、意識調査を行っている。	身体拘束廃止委員会の議事録の内容、議事録やアンケートの整備方法について検討されることを期待したい。 また、年間研修計画の整備について検討されることを期待したい。
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	高齢者虐待防止委員会を設立し身体的拘束廃止と合わせてミーティング、研修等の開催を行っている。		

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
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	外部の研修への一定の参加はあるものの周知や活用といった部分で不十分な点がみられるので施設内での必要性の検討や関係機関との連携を図れるよう努めていきたい。		
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	十分に時間を費やし説明を行い理解・納得を得て進行し契約を行っている。またその他疑問等についても気軽にご連絡頂けるよう説明を行い不安・疑問の解消できるよう随時対応を行っている。改定等に関しては書面等による連絡も合わせてお伝えしている。		
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	家族会は実践できておらずオンライン等を活用した開催も難しい為、個々に面会時や電話連絡、毎月のホームだよりを活用し近況の報告や意向等の確認を行っている。要望あれば反映に向け努めている。	面会時や電話連絡にて近況報告、意向・要望を確認してフロア日誌に記入し職員間で情報共有を行っている。家族から外出・外泊の要望があれば、一定のルールはあるものの自由に出ることができ、家族の要望を反映している。	
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	適宜各フロアのミーティングに参加し意見や提案等について一緒に検討を行い毎月のホーム長会議等で検討を行っている。結果は各フロアリーダーと話し随時ミーティング、議事録等で周知を図っている。	ミーティングにて管理者が職員より意見や提案を聞く機会を設け、ホーム会議にて検討されている。法人本部のヒヤリング担当者が職員と面談する機会も設けている。リフト浴の改善、害虫駆除、記録の電子化導入等、職員の意見が反映されている。	
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	年2回の人事考課や希望者には随時ヒアリングを行い様々な意見を取り入れながら職員個々の実績に応じて処遇等の反映や、目標の把握、職場環境の整備に努めている。		
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	あいの風グループにおける年間研修計画に基づき社内研修を行っており、来年度より社内資格として介護マイスター制度を取り入れ研修の充実を図る予定。また勤務表作成の際に社外での研修に参加できるよう配慮している。		
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	中新川地域密着型サービス事業所連絡協議会等主催の研修や総会に参加し連携に努めている。また今年からは介護相談員の受け入れも2、3か月に一度程度でオンラインではなく訪問にて随時受け入れを行っている。		

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	ケアマネジャー・看護師による面談を行い生活歴をはじめ困っている事、不安や要望などを十分に聴き情報収集を行っている。またフロアミーティングで情報共有を図り、入所後の本人の安心を確保するための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	ケアマネジャー、看護師と各種職の連携に努め介護面、看護面における不安や要望等に耳を傾け解消に努めている。その他運営に関する事についても家族と安心してサービスを利用できる関係づくりに努めている。		
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	サービス導入前や申し込みの段階において、管理者または担当者が話を伺い、ケアマネジャーや看護師、各フロアの介護職員と入所後の支援について暫定ケアプランをもとに話し合いを行い必要なサービス内容の検討・見極めを行っている。		
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	一方的や業務的な援助にならないよう職員も含め一つの共同生活の場である意識を持つよう努め本人の持つ力や強みを活かしながら共に様々なことに取り組めるよう日々努めている。		
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	ご本人と家族の関係性が希薄せず関係性をできる限り継続できるよう日々の状態や生活の変化の様子を面会時や毎月の介護便りでお伝えし、協力体制の相談や理解をいただくよう努めている。		
20	(8)	○馴染みの人や場所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	馴染みの人や場所との関係ができる限り希薄にならないよう感染予防等に十分留意した上で面会、ドライブ、散歩等支援を行っている。また日常の会話の中でもご本人様が口にする馴染みの物や遊び等もレクリエーションに取り入れ一緒にやっている。	事業所近くにある馴染みの神社までの散歩や家族とのドライブ、近所にあるスーパーへの買い物等の機会を設けている。毎月のホームだよりでフロア介護職員から生活面、看護師から健康面について報告を行っており、家族との関係が途切れないように支援している。	
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	本人の性格や生活リズム、得意・不得意等の把握に努め、配慮した座席の工夫や作業やレクリエーションを利用者同士が関わりを持ち取り組めるよう支援を行っている。		

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
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	退所時にはアセスメント情報や介護サマリー等を提供したり、退所に向けた相談に応じるなどサービスが途切れることなく円滑に移行できるよう支援に努めている。		
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	利用者に担当職員がおりアセスメント時だけでなく意向や希望、不満や不安等の思いを日常会話の中や普段の行動からも読み取り把握に努めている。意思確認等が困難な場合であっても本人の思いを尊重しケアの検討を心がけている。	職員は2名の利用者を担当制として受け持ち日常的に要望や意向が聞き取りやすい体制となっている。独自の24時間シートを活用して介護記録や介護実績、要望等を記録し、情報共有に努めている。	利用者の要望や意向を取り込みやすくするためにアセスメントシート等の内容に工夫を期待したい。
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・家族・各サービス事業所のアセスメント情報を職員でも話し合い援助方針の理解や把握に努めている。		
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	バイタルチェック表や排泄表、24時間の介護記録を利用し看護師とも随時連携を図り暮らしの把握に努めている。		
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	介護支援専門員や計画作成担当者が主となり担当職員や看護師、多種職の連携を図り課題の見直し、ケアを検討し介護計画の作成を行っている。	担当職員がモニタリングを3か月毎に行っており、介護計画の見直し時にはミーティングにて課題やケアについて多職種で検討し作成している。必要に応じて、医師も参加している。参加できない家族には後日、時間を設けて説明している。	
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	ケアの様子や経過、レクリエーション等に取り組まれている様子など個別記録に記録し職員間での情報共有を図り介護計画の見直し、ケアの反映に活かせるよう取り組んでいる。		
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い、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	利用者の要介護度や状態に応じて訪問診療の提案や薬局と連携して処方箋のやり取り等を行い本人・家族の負担軽減を図っている。また事業所内では入浴や排泄等の援助にも配慮し男性、女性職員でのローテーションを組み柔軟に対応を行っている。		

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
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	地元農家からお米を購入、訪問理容、移動スーパー等の地域資源の活用に努めている。		
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	馴染がある等本人・家族の希望するかかりつけ医を受診して頂き、主治医との連携を図る為に看護師が中心となり受診ノートを作成し日々の状態、服薬の検討等の情報共有、関係性の構築を図っている。	半数以上の利用者が馴染みのあるかかりつけ医を継続し、受診や往診を行っている。受診時、かかりつけ医と連携を図るために看護職員が個別に受診ノートを作成し健康状態等を記載している。受診結果や処方状況等を医師、利用者、家族、職員で情報共有している。	
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	毎日のバイタルチェックや表情、様子、行動等から異常の早期発見に努め、随時看護師に報告、又は指示を仰ぎ適切な処置や受診が受けられるよう連携を図っている。		
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。	ファストパスを利用し急変・特変時のスムーズな入院調整であったり、看護師・ケアマネージャーからのサマリーによる情報提供を行っている。入院後も地域連携室に随時連絡し早期退院に向け退院前カンファレンスへの参加、ケアプランの見直し、受け入れ体制の整備等調整を図っている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	契約時に重度化及び終末期に向けた対応指針をご家族に説明し同意を得ている。主治医によりご利用者が看取り対応、終末期を迎えられる可能性がある判断があった際は、改めて看取り対応についてご家族と話し合う機会を設け、意向を随時確認している。またコロナ禍であっても感染予防策を行ったうえで自由に面会・宿泊を行えるよう配慮している。	重度化、終末期の指針を契約時に説明し、利用者、家族の同意を得ている。終末期ケアを行っており、かかりつけ医が看取り対応と判断した時は、家族に再度意向の確認を行っている。多職種でケア方針を共有し看取りケアの流れや重要事項において勉強会を行っている。看取りケア時は、医師による24時間の対応が可能であり医療との連携が取れている。	
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	急変時や事故発生時にも落ち着いて対応を行えるよう緊急時対応マニュアルを整備している。見直し、定期的な実践を想定した研修等を開催できるよう今後体制を整えて行きたいと考える。		
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	定期的に年2回消防避難訓練を行っている。消防隊員にも来訪してもらい反省点や設備機器の操作等助言を頂き訓練に取り組んでいる。水害等の避難計画の作成はあるが実施できていないので取り組み体制を整えていきたいと考えている。運営推進会議を活かし水害発生時の対応を検討を行った。	年2回、消防避難訓練を行っている。地元の消防団と連携関係があり、災害時にはかけつける体制が取れ、令和6年能登半島地震の時は消防団より事業所内待機の指示を受け実践した。事業継続計画は策定しており、玄関先にハザードマップと一緒に掲示し周知している。	運営推進会議等を活用し、災害時の訓練の実施について検討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
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	本人の人格の理解やプライバシーの確保に努め相手を尊重した声掛け、対応を意識し取り組んでいる。ミーティングでも個々に職員が感じることを話、不適切なケアの把握、統一した対応をできるよう努めている。	不適切な声かけや行動についてはその都度、職員同士で注意し合っている。ミーティングで話し合い、人権尊重、プライバシーについて周知している。トイレは戸を閉める、部屋にはノックして入る、大きな声を出さない等心掛けてプライバシー保護に努めている。法人で行っている実務者研修の権利擁護の科目を受講し周知している。	
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	援助の際には必ず声をかけ本人の意思を確認し行うよう取り組んでいる。対象者に合わせて声掛け等の工夫、本人の力の把握に努め簡単な選択肢を出して答えられるよう配慮したり、本人の表情や仕草から思いをくみ取るように努めている。		
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	共同生活の中で自身のペース、生活リズムで安定して過ごせるよう食事や就寝時間、取り組みの提案等意識し取り組んでいるが業務優先になってしまう場面や希望に添えない事例もあり解決に向け修正を図っている。		
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	衣類の選択は基本的にはご自身と一緒に選べるよう配慮し支援を行っている。訪問理容時にも本人の意向を確認し長さ等好みに合うよう散髪を行って頂いている。		
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	得意・不得意に合わせて調理や盛り付け、片付け等と一緒にすることや季節を感じることでのおやつ等の提供等食事に楽しみを持てるよう配慮している。移動スーパー来店時には好みのおやつや納豆、ふりかけ等を一緒に買いに行き提供している。	昼食時は利用者と野菜を切る、皮をむく、盛り付ける等の調理の準備から後片付けまで一緒に行っている。誕生会は手作りケーキでお祝いしている。3か月に1回給食会議を行い、利用者の嗜好やイベント食の検討を行っている。移動スーパーで利用者の好きな物を購入している。	
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	日々食事の様子を観察し食事量や嚥下状態に合わせた食形態を検討し提供している。食事・水分摂取量を24時間シートで記録し好みや習慣に合わせて摂取しやすいよう努めている。明らかな不足がみられる場合は栄養剤、栄養補助食品等の利用も検討し主治医に相談、連携に努めている。		
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、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	基本的には毎食後、または本人の習慣に合わせて口腔ケアを促し清潔保持に努めている。自身での洗浄に不十分さあれば援助を行っている。義歯ケース、コップ、歯ブラシは週に1回消毒し清潔な状態で使用できるよう努めている。		

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	排泄パターンの把握に努め、表情や仕草の観察、声掛けや誘導、排泄量に合ったパットの使用や日中と夜間で使い分ける等工夫し失敗の軽減に努めている。できる限りトイレでの排泄を継続できるように支援に努めている。	トイレでの排泄を目指して、排泄パターンを把握し、パットの使い分けやポータブルトイレを使用している。立位保持が困難となっても日中はトイレ誘導を心掛けている。排便困難な利用者は、乳製品や水分を多めに飲んでもらい自然排便できるように支援している。	
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	下剤の調整や乳製品の提供、日々の体操や散歩など運動、生活動作を促すことで便秘予防に努めている。便の形状や色、量等の把握にも努め看護師、主治医と連携を図っている。		
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	基本的には午前中に入浴を行っているが日にちや時間等はその時の利用者様の状態に合わせて支援を行っている。散髪時は優先して入浴を行えるよう調整している。足浴の施行やゆず湯等を行い違いを楽しめる機会作りを行っている。	平日の午前中に入浴が基本となっているが、利用者の体調に合わせて曜日や時間を変更して柔軟に対応している。水虫予防のため、足浴を毎日行っている。地域の方からもらった柚子を入れたり、入浴剤を入れたりして入浴を楽しめるように支援している。	
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	それぞれの生活ペースを大事にしながら休息して頂いている。夜間も安眠できるよう日中の活動を促したり居室やベッドの配置に配慮している。		
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	個人カルテに服薬情報を閉じ閲覧・確認できるようにしている。内服変更の際は申し送りにて周知を行っている。また主治医・看護師と連携し必要な服薬調整、経過観察を行っている。服薬支援時に呼称確認、飲み込み確認を行い飲み忘れ等の再発防止に取り組んでいる。		
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	生活歴をもとに個人の得意・不得意の把握に努め畑づくりや草刈り、家事手伝い、編み物等様々なことに役割や楽しみを持ち積極的に取り組める環境の提供や職員と一緒に気分転換、達成感を感じられるよう支援に努めている。		
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	近所への散歩や日光浴は日常的に行っている。感染予防を徹底した上で職員と一緒に買い物、ドライブ等の外出支援も行っているが頻度が少ないので、計画をしっかりと立て希望や馴染の場所等への外出する機会を設けられるよう取り組んでいきたい。	近所の神社へ散歩に行ったり、スーパーやホームセンター等へ買い物に行っている。夏場は畑の草むしりや水やりを職員と一緒にしている。季節感を感じることができるようドライブに出かける機会を設けている。天候等を考慮して柔軟に外出できるように支援している。	

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
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	自身で所持・管理しておられる方はおられないが、ご家族より預り金として一定額のお小遣いをお預かりし、主に移動スーパー来店時に一緒に購入、支払い支援を行っている。個々の出納帳管理を行い毎月の支出や買い物の様子を家族に報告している。		
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	年賀状や手紙、電話の取次ぎ等希望に応じて支援を行い関係性の継続に努めている。		
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	共同生活の中で個人個人の思い、安全に配慮し共同空間や居室の温度・湿度管理等心地よい空間づくりに努めている。四季の移り変わりを感じられるよう季節ごとに飾りつけや立山連峰、田園風景を眺める等支援を行っている。一緒に掃除を行い関りの中で清潔保持に努めている。	共有空間は、利用者と一緒に作成した季節の飾りつけがされている。ソファを挟んで食事席が設けられており感染対策をしながらもゆっくり利用者のペースで食事できるように支援している。照明や太陽光等を取り入れ明るく心地の良い空間となっている。	
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	本人の希望に沿い日々過ごして頂いており、ソファやテーブルで気の合う利用者同士で談笑や家事、軽作業等に取り組まれている。日々の様子を観察し配置等の工夫を行っている。		
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	希望に応じて馴染の物や使い慣れたもの、家族写真や贈り物等を安全性を確認したうえで自由に持ち込んで頂いており本人にとって安全で馴染みやすい空間になるよう環境づくりに努めている。家族の協力のもと衣替え等も行っている。	備え付けのベッドとエアコン以外は、本人に馴染みがあり使い慣れている家電製品や家具の配置にも気を配っている。在宅での生活がグループホームでも継続できるように環境づくりの支援を行っている。	
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	できる限り自力動作を活かし安全に過ごせるよう本人のアセスメント、日々の様子を観察し「できること、わかること」の把握に努め共用空間の配置や危険個所の発見、自立支援に努めている。		

2 目標達成計画

事業所名 ケアホーム立山あいの風

作成日: 令和 6 年 3 月 8 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	身体拘束廃止委員会の議事録やアンケート、研修資料の整備が整っておらず周知の体勢も分かりづらさがある。 また、年間研修計画がなく計画性がわからない状態である。	・会議録や研修資料、周知体制の整備 ・年間研修計画の作成	議事録、アンケート、研修資料の整備方法や周知方法について検討する。 また、年間研修計画を作成し内部の研修とも合わせて調整・実施を行う。	3 ヶ月
2	13	火災訓練や全体的なBCP計画はあるものの地震や水害時といった実状に合わせた災害における訓練計画の整備、訓練の実施ができていない。	・水害・地震の避難訓練計画の作成 ・地域との協力を図った避難訓練の提案・実施	災害別の訓練計画を整備し、運営推進会議等を活用し災害時の訓練の実施について地域自治体と協力体制についての話し合いや訓練の実施に向け年間計画の作成を行う。	12 ヶ月
3	9	日々の記録の中でも利用者の発言等に関する記録が少なく要望や意向の把握が不十分な点がみられる。またアセスメントシートに関しても趣向や思いを反映させたものがなく全体での理解の統一ができていない。	・記録内容の見直し、記録研修 ・アセスメント内容の検討、興味・関心チェックシートの作成	介護記録内容の見直し、アセスメントシート等の内容を検討し日々の生活から個人的な思いや趣向、意向をくみ取りシートの作成を行う。またシートを活用し理解の統一を図る。	6 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()