

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	1691100117
法人名	アイムケア株式会社
事業所名	ケアホーム春らんまん射水
所在地	射水市小島21-1
自己評価作成日	令和6年1月15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）】

『心のケアをたいせつに「その人らしい生活」の実現をめざします』の理念のもと、家庭的な環境で利用者一人ひとりの個性を尊重し、穏やかに生活できるように努めています。感染症により制限していた家族との面会や地域との交流も再開しています。季節の行事の企画や、特別食やおやつなども工夫を凝らした物になるようにしています。

※ 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）】

職員は理念を理解しており、利用者が不安を感じているときには、寄り添ったり、距離を取ったりその時の様子に応じた対応を行い理念の実践に繋げている。また、季節の行事や食事作り、外出する等の機会をつくり、利用者を楽しみを持ってもらえる活動支援に力を入れている。
同社の他事業所とは相談や交流を図ることができる体制となっている。また、協力医や地域の介護老人福祉施設とは、有事の際には対応してもらえる等の連携関係が構築されており、利用者の家族や職員の安心感にも繋がっている。

【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6年2月2日	評価結果市町村受理日	令和6年3月18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	事業所の理念は玄関口、各ユニットにも掲示して常に目に入るようにしている。パンフレットにも掲載している。	『心のケアをたいせつに「その人らしい生活」の実現をめざします』という理念を玄関、ユニット内に掲示している。職員は理念を理解しており、利用者が不安を感じているときには、寄り添ったり、距離を取ったりその時の様子に応じた対応を行い理念の実践に繋がっている。	より良い理念の実践に向けて、事業所の共通目標を設定し、実践状況の振り返りを行う機会をつくる等の取り組みを検討されることに期待したい。
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	感染症により地域行事自体の中止や施設からの外出制限等により途絶えがちになっているが、感染対策したうえで、以前の交流が可能になるように運営推進会議等で話し合っている。	コロナ禍以降、地域行事が中止となっており、再開の予定が立っていない状況だが、隣接の事業所が除雪をしてくれたり、散歩をする時には挨拶をしたり、運営推進会議を通して意見交換を行う等の交流機会がある。事業者内の空きスペースを地域に開放するなど、交流を増やす機会を模索している。	地域との交流頻度が増えるよう、事業所での取り組みや地域への働きかけの工夫を検討されることに期待したい。
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	高齢化している地域の中で事業所としての存在意義を地域の方々と話しあっている。認知症介護で困っている地域の方の相談窓口であったり、地域包括や居宅支援事業所への繋ぐ入口であったり、気軽に立ち寄れる施設となるように努めている。		
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	2か月に1度、地域の方々と家族を招き、行事や事故などについてや、職員の研修内容等も報告し、議題を設定しその議題について率直なご意見を頂き、運営に役立つようにしている。	2か月に1回開催し、自治会長、民生委員、老人会会長、地域包括支援センター、利用者家族が参加している。会議では、事業所の行事活動や利用者の状況、災害時の対応状況等について報告している。家族から音楽療法の先生を紹介してもらい、事業所の活動に繋がった。家族全員に参加を呼びかけ、不参加の方には会議録を送付している。	
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	市町村からはメールにて情報や通達、連絡事項をいただき、わからない事や、判断に迷うような事項については、直接電話にて担当者ややり取りをし確認している。	市とは災害時の状況報告や介護保険の取扱について確認を行う等の連携を図っている。また、運営指導の機会に、加算内容の確認や、介護計画の表記法等について助言をもらい改善に繋げている。	
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	身体拘束防止委員会において3か月に1度委員会を開催し、拘束について話合っている。また、拘束防止の研修を行い、全職員に対して日々拘束防止を意識するようにしている。各ユニットに「身体拘束マニュアル」を置きすぐに確認できるようにしている。	3か月に1回身体拘束防止委員会を開催しており、指針の確認やマニュアルの見直し、研修の内容等を検討している。研修は年2回、実施しており、スピーチロックや事例を活用して、職員全員から意見やアンケートを取り、その内容を共有している。	

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
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	虐待についても、本年度は2回研修を重ね、些細な言動が虐待に繋がらないか意識するよう注意している。身体拘束防止と同様に各ユニットに「マニュアル」を置いて常時確認できるようにしている。		
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	今まで成年後見人制度を利用されている利用者がいなかったため、研修等の機会を見逃してきていたが、今後は入所申し込み時など相談を受ける際にも必要となる可能性が高いと思われる為、積極的に機会を設けるよう努めたい。		
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	契約時には、契約書、重要事項説明書、様々な同意書をすべて読み上げ説明し、その都度わからない部分や疑問点がないか確認するようにしている。利用者や家族には、納得していただいた上で署名押印していただいている。契約後の改訂等に関してもその都度説明し、同意書に署名押印をお願いしている。		
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	玄関にご意見箱を設置して意見しやすいように配慮しているが、投稿はないので来訪時の際に、ご意見や要望等がないか聞くようにしている。意見や要望は上司への報告、職員へは連絡ノートや各種記録にて情報共有するようにしている。	運営推進会議の際に、家族には意見を確認するようにしている。事業所での食事内容の質問に対して、献立表を提示したり、利用者の在宅復帰を希望する家族には、家族と自宅で泊まる機会をつくったりする等で意見が反映されている。	
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	職員からの意見や要望を言いやすい職場環境になるように心がけている。会議等の際には、意見や要望を聞く機会を設けている。意見や要望があった場合はすぐに代表者と話し合うようにしている。	月2回のミーティングや普段の業務中等に職員の意見を確認している。代表者と面談を行うこともある。日用品が故障した際には買い替えたり、食事に使える予算を拡大したりする等で、職員の意見が利用者の生活支援に反映されている。	
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	職員それぞれの家庭事情や要望になるべく添えるよう勤務表の作成に留意し、有給休暇の取得も本人の希望に沿うようにしている。資格取得の奨励や研修への参加も推進している。		
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	研修の年間計画を作成し計画に基づき研修を事業所内で開催している。参加が困難な場合も資料を全員に配布して議事録なども回覧している。社外研修の案内があった場合は周知し参加を促すようにしている。		

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	弊社で別地区にグループホームを運営しているため、管理者以外の職員も相互訪問しケアプラン作成の意見交換や各事業所の問題解決に取り組むようにしている。またグループホーム連絡協議会などの研修参加でネットワークを作るようにしている。		
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	環境の変化による不安感やストレスに配慮し、本人の言動を傾聴し理解するよう努めている。心のケアになるよう寄り添い、すこしでも早く信頼関係が構築でき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	申し込み時には、家族の困りごとや不安な気持ちを聞き取り、相談を受け入れている。また、要望等にもできることやできない事を説明し理解して頂き、場合によっては他サービスの説明もして選択できるようにしている。		
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	入居前の面接時に、現状を把握するように心がけている。様々な情報を関係者から聴き取り、ケアプラン作成に役立てている。また本人の意向や家族の要望も事前に聴き取り、ケアプランに反映できるように努めている。		
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	本人の残存能力を見極め、出来ることややりたいことを職員や他の利用者と共に行うことで、孤立することなく共同生活の一員として過ごせるように努めている。		
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	コロナ禍により面会中止していたが、最近では、感染対策しながら、別室にて面会を再開している。また、毎月職員手書きのお手紙を送付している。行事の写真や、日頃の様子などもらんまん通信を定期的に家族に送付している。らんまん通信は玄関先にも置いており、訪問時に見ていただき、持ち帰れるようにしている。		

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
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	感染対策しながらでの面会再開によって、県外在住の家族の方の面会が徐々に多くなってきている。お孫さんや友人の方なども事前に施設に問い合わせいただき、面会して頂いている。	対面面会を再開したことにより、家族や友人等面会に来る方が増えている。希望があれば家族と外出や外食も可能としている。また、行事や普段の生活の写真を掲載した「春らんまん通信」を3か月に1度送付して、利用者の様子を伝えている。	
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	利用者同士の個性や状態に配慮し、共同スペースでの席を考えている。利用者間での会話や一緒にレクレーションを行うことで関わり合うように努めている。		
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	サービス利用が終了しても、ご家族からの相談があれば、対応している。		
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	普段の会話や表情、言動など日々の様子を記録に残しながら気持ちや意向を汲み取り把握できるように努めている。	利用者の思いや意向は、生活の関わりからくみ取り、記録して。記録した情報を元に、意向に合った支援ができていないか、月2回ミーティングで話し合っている。より記録の充実を図るため、システムを導入する予定である。	
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	入居前後に、本人や家族、関わっていたケアマネージャーや関係者から今までの生活ペースを伺い、これからは馴染みの暮らしが継続できるように支援している。		
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	毎日の様子や心身の有する能力を個々に記録し、申し送りやユニット会議で情報共有している。心身の機能をできる限り維持していけるよう支援している。		
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	チームで定期的にモニタリングやアセスメントを行っており、本人、家族や職員で話し合い、それぞれの意見を反映し現状に即した介護計画を作成している。	基本的には6か月に一度介護計画を更新している。各利用者の担当職員がモニタリングやアセスメントを行い、ミーティングで共有している。また、計画作成担当者が、家族の意向を確認、反映させて、役割支援にも視点を置いた介護計画を作成している。	

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
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	月2回のユニット会議やサービス担当者会議の場で個別にモニタリング内容や評価の結果を職員間で共有し検討して、ケアプランの継続や見直しを行っている。		
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	その時々、本人、家族の状況に応じて、安心して生活できるように臨機応変に対応するよう努めている。		
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	地域の行事や催し物などに参加し、住み慣れた地域の中で楽しむことができるよう支援している。		
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	主治医は本人及び家族がいままでの主治医の継続か、施設に往診に来て下さる医師か選択決定している。専門医への受診には家族や状態に応じて職員が付き添い、その都度医師に口頭や紙面で情報提供している。	入居時にこれまでのかかりつけ医を継続するか、事業所の協力医に変更するか確認している。協力医とは、週1回、電話での状況確認や、月2回の往診で医療情報を共有している。協力医とはいつでも相談が可能である。専門病院への受診は協力医に紹介状を書いてもらい家族と受診してもらっている。	
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	毎日利用者の状態を朝の申し送り時に報告し、変化や些細なことでも看護師に相談して情報共有と連携維持に努めている。		
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。	入院時や入院中は病院関係者と情報交換しながら状態の把握に努めている。退院時には家族、医療関係者、職員と話し合い退院後の生活がスムーズに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
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	事業所の「重度化対応・終末期ケア対応指針」に基づき対応している。本人、家族の思いを尊重し、医療関係者、職員とも話し合いながら支援している。	入居時に指針を示し対応できる支援について説明している。看取りは行っていないが、重度化した場合でも、医師、家族、職員と相談しながら、望む生活に向けての支援を継続している。経口摂取が出来なくなった場合等には受け入れが可能な事業所や病院等に繋ぐ支援を行っている。	
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	対応マニュアルを作成しており、各ユニットに置いてすぐに確認できるようにしている。医師や看護師とも連携体制を構築し情報提供して対応できるようにしている。		
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	火災訓練は年2回行っており、消防立ち合いの訓練も実施している。BCP計画も作成し実践できるように委員会の設置に取り組んでいる。	火災訓練を年2回、消防、地域住民の協力を得て実施している。令和6年能登半島地震の際、連携している介護老人福祉施設に実際に避難した経験を活かし、運営推進会議やミーティング等で話し合い、事業継続計画やマニュアルを見直している。また、見直した内容を反映させた訓練を行う予定としている。	
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	利用者一人ひとりの尊厳を尊重し、権利擁護へも配慮した声掛けを行うようにしている。自室や排泄、入浴時などプライバシーを損ねないように対応している。	利用者にはどの服を着るか意思を確認する等して対応している。また、スピーチロックの研修や、プライバシーに関する勉強会を行い、声の掛け方や関わり方に配慮し支援している。普段の支援の中で、職員同士がお互いに声を掛け合い、注意しあえるような環境作りをすすめている。	
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	生活全般で介護者主導にならないように、本人の思いや希望を汲み取るように努めている。衣類なども選択していただくようにしている。		
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	利用者一人ひとりのペースを大切にして、休みたい時には自室で自由にやすめるようにしており、座席で傾眠されていても本人に確認しそのまま希望されれば、転倒などがないように見守っている。		

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
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	朝の起床時や入浴後などには整髪や髭剃りなど支援している。また、髪染めやカットなども弊社理容部門の専門員が行い、希望に添えるようにしている。		
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	ケータリング形式の食事を提供しているが、職員が献立を変更し、調理する日も設けている。おやつや飲み物も希望に添えるように工夫している。利用者と共に準備し、食事をとり、後片付けをしている。	食事については基本、外部業者に委託して、調理されたものを湯煎して盛り付ける対応となっている。盛り付けや食器の片付け等、入居者が職員と一緒にできることを行っている。月1、2回、ちらし寿司、唐揚げ、オムライスなど好みのものを事業所で手作りしている。また、家族には本人が好きなものを持参してもらったり、外食に行ったりする等で楽しむ機会をつくっている。	
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	食事の栄養は計算されたものを提供しており、食事量と水分量は記録している。食事形態もその人の嚥下機能を考慮したものを提供している。		
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、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	毎食後その人の状態に合わせて、歯ブラシやスポンジを使用して口腔ケアを行っている。		
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	利用者個々の排泄パターンを記録し、把握するようにしている。なるべくトイレにて排泄出来るようにしており、時間での声掛けや夜間でも誘導して排泄の自立にむけて努めている。	24時間の排泄パターンを把握、記録し支援している。オムツ、ポータブルトイレの使用者はおらず、トイレでの排泄が継続できている。一人ひとりに合わせた排泄用品、支援方法等を、月2回ミーティングで見直し検討を行っている。	
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	水分摂取量の確認や体操、施設内での軽運動を働きかけている。医療とも連携し排便コントロールするように努めている。		
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	本人の希望や体調により入浴日の変更や時間調整を行っている。入浴剤や生のゆずを使ったゆず湯など工夫している。	基本的には週2回、午前中に入浴できるよう調整している。気分が向かない方や体調が優れないときは時間を変更する等で柔軟に対応している。リフト浴、一般浴と状況に応じた入浴方法を選択できる。シャワー浴はいつでも可能である。ゆず湯や入浴剤を数種類準備するなど、入浴を楽しめ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
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	本人の意思やその時の体調や様子観察から休息を促す声掛けをしている。自室の空調温度の調整もその都度本人に確認しながら調整している。		
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	利用者の最新薬剤情報をユニット内で確認できるようにしており、変化がみられた場合はすぐに看護師に相談している。		
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	本人の出来ること(茶碗拭きや洗濯物たたみなど)をお願いしている。飲み物なども好きな物を提供できるように準備している。誕生会や季節の行事なども計画し開催している。		
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	天気の良い日は窓際で日向ぼっこをしたり近所を散歩したりしている。桜や紅葉時期にはドライブを計画し季節を感じられるように努めている。	花見や紅葉を見に、太閤山、薬勝寺、安田城跡、小島公園などへドライブに出掛け、天気が良ければ車から降りて散策している。近所への散歩や、庭にソファを並べて日光浴など、外に出て楽しむ機会をつくっている。また、職員と近隣スーパーへおやつを買いに出掛ける機会もつくっている。	
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	物盗られ妄想や紛失によるトラブルを懸念して家族の同意のもと本人管理ではなく、事務所で管理させて頂いている。必要な物があれば、職員と一緒に買い物に行くようにしている。		
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	本人が希望すれば、電話を取り次ぐことで会話して頂いている。施設に本人宛てに届いた手紙は直接ご本人に渡して頂いている。		
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	共有空間を利用者全員が安心して居れるように、空調や明るさに注意して、清潔であるように清掃している。	共有空間は明るく、清潔に保たれ、空調も整備されている。テーブルやソファなどが家庭的で、利用者が思い思いの場所で過ごすことができ、落ち着ける環境に整えられている。壁には季節に合わせた作品が掲示されており、ユニットごとに違う雰囲気を感じられた。	

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
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	共有空間においてもそれぞれが思い思いに過ごせるように配慮している。気の合う人が隣接するように座席位置を考えている。		
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	ベット位置や利用者の荷物位置などは手にしやすいうように配置し、写真や馴染みのものも持ち込んでいただいている。	居室はベッド、エアコンが完備されている。ベッドや持ち込まれた家具は利用者に合わせてコーディネートされている。写真や自宅で使っていた物を並べ、自分だけの落ち着ける環境が整っている。	
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	個人個人のペースに合わせて、出来る事はできるだけ自立していただくようにしている。できないやわからない場合は職員が寄り添い安心して生活できるように支援している。		

2 目標達成計画

事業所名 ケアホーム 春らんまん

作成日: 令和 6年 2月 29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	1	法人全体としての理念しかなく、より理解でき、実践できる事業所としての理念が構築されていない。	事業所としての理念、方針を職員全員で構築し、実践できるように意識して日常の介護に役立てることができる	事業所、ユニットごとに理念、あるいは方針を掲げ、その理念、方針に基づいて介護を行うようにする	12ヶ月
2	2	感染症による地域行事の中止などにより、地域との交流が減少している。	事業所から地域へ発信できるような催し物の企画、提案、地域からの要望に答えられるような事業所としての役割分担を今後も運営推進会議等を活用していく。	事業所の空きスペースを活用した地域向けの行事の提案、企画、実施。	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()