

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	1690200264
法人名	ユニバーサル株式会社
事業所名	ケアホーム二上あいの風
所在地	富山県高岡市二上町1144-1
自己評価作成日	令和5年11月20日

※ 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5年12月13日	評価結果市町村受理日	令和6年1月30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）】

法人理念『ご利用者様、ご家族様の最高のパートナーとして存在したい』事業所理念『笑顔あふれる憩いの場 二上あいの風 ～安心とまごころのある生活～』の基、家庭的で安心して集える事業所運営に努めている。事業所周辺は住宅地であり事業所周辺在住の職員も多く普段から地域の方と深く良い関係作りに努めている。有料老人ホーム、看護小規模多機能、デイサービスを併設しており、また系列事業所では特別養護老人ホームをもつなど状態や状況に合わせたサービス選定が可能となっている。グループホームで生活する中で医療面の不安がある方には訪問看護ステーションと連携し安心できる生活構築に努めている。感染症対策のため地域や家族との交流が不足しているため今後は再開していきたい。

【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）】

グループホームの他に、認知症対応型通所介護・看護小規模多機能型居宅介護・有料老人ホームが併設されており、災害対策・運営推進会議や研修等を合同で開催することで各サービスとの情報共有を図るとともにサービスの質の向上に努めている。また、法人として実務者研修等を受講できる充実した研修体制が整っている。看取りケアに関しては、主治医・訪問看護事業所と連携して行える体制にあり、現在も看取り対応を行っているところである。日々の生活支援の中で自立支援を目的とした身体機能低下を防ぐための取り組みに重点を置いている。

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、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、安心して暮らしている。 (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	法人理念『ご利用者様、ご家族様の最高のパートナーとして存在したい』事業所理念に『笑顔あふれる憩いの場 二上あいの風～安心とまごころのある生活～』と設定し支援に取り組んでいる。フロア、玄関、事務所に掲示し意識しながら業務できるよう努めている。	法人理念や事業所の理念は玄関・フロアに掲示、ホームページにも掲載している。月1回開催されるミーティングや申し送り時に理念や目標に沿ったケアが出来ているか確認している。	
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	事業所は住宅地の中に位置している。地域の方と顔を合わず際には挨拶、コミュニケーションを図り関係構築に努めている。また周辺地域の職員もおり交流や情報共有を心掛けている。地域の駐在さんや消防署に犯罪や火災対策などについて随時相談を行っている。	地域との交流については、散歩時に挨拶を交わすことや冬季には地域の工務店の協力のもと除雪を行う等、交流を図っている。また、駐在所には地域の交通指導や不審者対応をしていただいている。コロナ禍により地域行事等の参加は中止していたが今後再開する予定である。	
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	事業所は認知症相談窓口を設定されており、地域の方や他法人の方でも相談に来てもらえるよう努めている。電話でも応対もしている。また地域包括支援センターや医療機関とも連携し地域包括ケアシステム構築に努めている。		
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ヶ月に1回、自治会長、民生委員、医療機関、地域包括支援センター、家族代表に参加を求め会議を開催している。会議ではイベント状況、利用者詳細、感染対策、災害対策など意見交換を行っている。記録はファイルに綴り閲覧可能としている。	2か月に1回、自治会長・民生委員・病院の連携室の看護師・地域包括支援センター・年度毎に選任された家族代表約3名の参加のもと、看護小規模多機能型居宅介護とデイサービス合同で開催しており、利用状況・感染対策等の意見交換をしている。議事録は事業所の入口に置いてあり自由に閲覧できるようになっている。	運営推進会議での議事録を参加されていない家族に配布する等、事業所の情報を共有できるような取り組みに期待したい。
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	給付管理や感染対策やサービス内容について市高齢介護課に連絡し報告を図っている。また空き部屋状況も開示し相談している。認定調査や介護度更新でも申請を行っている。地域包括支援センターには運営推進会議員になっていただき会議の参加や連携を図っている。	新型コロナウイルスのクラスター発生時に厚生センターに指示を仰いだり、高齢介護課には物品関係の相談を行う等、市町村との関係構築に努めている。	
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	身体拘束防止についての指針を基に拘束を行わないケアを実践している。フロアミーティングでは日々の業務について振り返りを行い適切なケアを提供できるよう努めている。また委員会を設置し実例はないか常時確認を行っている。玄関は安全対策のため施錠している。	『身体拘束適正化のための指針』のもと、毎月各サービスの管理者4名が中心となって委員会を開催し、内容については運営推進会議で報告している。フロアミーティングでフロアの扉の施錠についての話し合いを行い適切なケアに繋がるよう努力している。防犯上、玄関の扉は施錠している。	
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	法人内での委員会を設定し虐待防止の資料を配布するなど理解を深めるよう努めている。また虐待と思われる行為がないか日々の業務中も確認を行っている。フロアミーティングでは日々の業務を振り返り虐待行為がないか見直しを実施している。		

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
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	現在日常生活自立支援事業、成年後見制度に携わる機会がなく知識や理解は向上せず停滞している。今後ミーティングや勉強会を通し理解を深められるよう心掛けていく。		
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	利用開始前には利用者や家族(主に家族)に運営規程、契約書、重要事項説明書を書面のもと説明を行い理解を求めている。利用開始後も管理者や計画作成担当者が主に関わり疑問点や不安感が軽減するよう努めている。		
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	利用者には日々の支援の中で声掛けや傾聴を行い意見要望の抽出に努めている。家族には面会や受診時、電話対応時に情報交換し意見要望の抽出に努めている。毎月上旬に事業所での様子をまとめた広報誌を家族にお送りしている。	広報誌『二上あいの風景』や、利用者一人ひとりの日々の生活についての報告書を請求書と一緒に送付している。家族には面会や受診時等に意見や要望を聞き取り、重度の利用者の受診時等の送迎に柔軟に対応することに繋がった。	
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	普段よりコミュニケーションを図り意見提案をしやすい環境作りに努めている。管理者やエリアマネージャーがヒアリングを年1~2回実施し意見交換を行う機会を設けている。また不定期でも必要な場合には個人面談を実施し意見把握を心掛けている。	管理者やエリアマネージャーが個人面談を年1~2回実施している。日頃から管理者が職員から意見や提案を聞きやすい雰囲気作りに努めており、シフトの調整や物品に関する要望を受け環境整備に反映させるよう努力している。	
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	月1回法人会議が開催され代表者と事業所責任者が意見交換する機会を設けている。また代表者やエリアマネージャーが定期的に事業所を訪れ職場環境や人間関係の把握に努めている。必要に応じ給与水準や労働条件の見直しを行っている。		
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	法人全体の人材育成委員会があり職員育成について研修の機会を設けている。今年度も新任職員の勉強会とエルダー制度の実施。既存管理者には介護過程についての勉強会を実施予定。また介護福祉士実務者研修、喀痰吸引研修の講座を設置し職員が順に受講している。		
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	地域の研修会やイベントに参加し交流を図っている。また月1回は地域包括支援センター、他居宅介護支援事業所、医療機関を伺い情報交換を図っている。また系列の他事業所(地域密着型サービス、特別養護老人ホームなど)と意見交換の場を設け、日々の業務の改善について協議している。		

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
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	利用開始前に本人に事業所に来てもらい立地やフロア空間、雰囲気や職員の対応などを見てもらっている。また自宅や医療機関など本人の生活されている場に伺い面接を実施し初期より関わり意向要望や不安感等を把握するよう努めている。		
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	利用開始前に家族に事業所に来てもらい立地やフロア空間、雰囲気や職員の仕事などを見てもらっている。また事業所や自宅等で対面し交流を通し料金やサービスの説明を行っている。電話連絡を柔軟に図り疑問点や意見要望をお聞きしている。		
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	初期の利用よりアセスメントを行い、利用者のニーズや意向要望の確認を実施している。必要な支援内容の選出に努め、利用開始してからも常時ニーズの抽出と把握を行い状況に応じた柔軟なサービス提供が行えるよう心掛けている。		
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	余暇時間にはTVや動画、雑誌や新聞などを共に見て過ごしたり、体操やレク、会話を楽しんだりしている。共に暮らす点に着目し支援することで良好な関係の構築に努めている。また可能な利用者にはモップがけや洗濯物など家事の役割りをもてるよう意識している。		
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	受診時や面会時に情報交換を行い、利用者への支援の向上に努めている。また月上旬に郵送する広報誌で利用者の状態や日々の様子を開示し連携を図っている。面会時や受診の際には直接家族に携わってもらい関係構築に努めている。		
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	面会は感染対策に留意しながら居室にて対面で行っている。また受診時には家族に付き添ってもらい関係継続に配慮している。冠婚葬祭の際には積極的に外出していただき馴染みの関係が途切れないよう配慮している。	6月より面会制限を緩和し感染対策に留意して居室での面会を行っている。年末年始に関しては、外泊・外出・外食に出掛けられるよう配慮し家族や馴染みの人や場との関係を継続できるよう努めている。	
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	経過記録の記入することで利用者間の関係性を把握し職員間で共有している。関わり合いの中で職員がさりげなく間に入り会話を取り持つなどの支援を行い利用者同士が関わり合えるような支援に努めている。		

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
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	体調不良や怪我等により入院され利用契約解除となった場合も利用者・家族、医療機関からの問い合わせに随時対応し今後のサービス選定のフォローを行っている。また常時相談に対応する体制作りにも努めている。		
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	日々の関わりの中から発せられる思いや訴え、様子を記録し職員間の情報共有に努めている。意思疎通が困難な方には、家族からの情報をもとに、表情の変化・言動などから気持ちを汲み取り、本人の思いに近づけるよう努めている。	日々の生活での表情や会話等(重度の利用者に関しては特に表情)から汲み取った思いや意向を個人記録に残し、日々の申し送り時やミーティングで伝達し情報共有している。来年度より記録はデータで管理する予定になっている。	
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	入居時には本人・家族から聞き取りを行っており、生活歴や性格、こだわりなどの情報収集に努めている。また、随時本人・家族との関わりの中から新たに聞いた情報は細かく記録し把握に努めている。		
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	日々の関わりの中から、本人の言動や状態の変化などを個人記録に残し職員間で情報の共有を行っている。また特記すべきことがあればミーティング等で検討をし現状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	計画作成担当者を中心とし、各担当職員がアセスメントやモニタリングを実施している。本人の状態、ケア方法についてはミーティングで話し合いを行い検討更新をしている。	担当者が3か月に1回モニタリングを行い、ミーティング時にカンファレンスを実施しケアプラン作成に反映させている。介護計画の見直しは6か月毎を基本としているが、状態の変化等に応じ、その都度実施することとしている。	
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	個別記録に支援方法やそれに対する反応など細かく記入し職員間での情報共有を心がけている。介護計画の見直しや支援方法の変更はミーティングで検討し統一を図っている。		
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	日常生活の中で利用者それぞれの支援状況を踏まえ意向要望の変化について確認し情報共有を図っている。変化がみられた場合には他職種連携のもとモニタリングを実施し見直しを行っている。		

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	理美容は地域の理髪店に入っただきニーズに対応している。また地域の給食会社に入ってもらい材料配達や食事の提供を担ってもらっている。冬場については地域の工務店に除雪に入ってもらうなど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	利用開始時に事業所の連携医に引き継ぐか、以前からの主治医を継続されるか判断してもらっている。受診や入院の際には情報提供を行ったり、必要時には職員が送迎を行いスムーズに診察が受けられるように努めている。	かかりつけ医は入居前に主治医の継続か協力医療機関に変更するか判断していただいている。訪問診療以外の定期受診は家族の協力を得て行っている。受診時は各職員が作成した状況報告書を提出し、適切な診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	看護師、訪問看護ステーションと連携し日常の健康管理に努めている。状態変化や体調悪化があれば日中夜間問わず相談し、状況によってはかかりつけ医に相談し適切な医療を受けられるよう支援している。受診の際には看護師は状態説明を用紙にまとめかかりつけ医に提出している。		
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。	医療機関へ入院される場合には、ADLや注意事項などの情報提供を行っている。入院中には家族・主治医・病棟看護師・地域連携室と密に連携を図り情報把握に努め、退院に向けての体制を整えるよう努めている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化・終末期の対応指針を基に支援にあたっている。利用契約時に書類を用いて家族に説明を行い意向確認を行っている。また生活の中でADLの低下や重度化があれば介護方法の変更や施設申込みを行うなど支援を行っている。	『重度化対応・終末期ケア対応指針』のもと、重度化になった時の対応を説明している。看取りを希望された場合は、主治医・訪問看護事業所と連携して看取りケアを行える体制にあり、現在は1名の看取り対応を行っている。	
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	緊急時対応マニュアルを基に事故やヒヤリハットに対応している。利用者急変時はかかりつけ医に報告するか状況によっては救急車要請するなど対応している。事故発生時には報告書を記入し解決防止策を検討している。		
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	防災マニュアルを基に災害に備えている。年2回は利用者参加にて夜間想定火災避難訓練を実施している。また消防隊員の立会いにて事業所の点検も実施した。提携する給食業者と連動で水や食べ物などの備蓄を管理している。	BCP(事業継続計画)災害マニュアルを作成し、5月・12月に火災想定避難訓練を行った。水害時等の避難方法については移動が困難であることから防災対策上の壁の設置や、併設建物の2階へ避難する等の避難体制を検討している。備蓄については、食業者が管理している。	

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
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	日常生活の中で普段より尊厳をもった対応を心がけ支援を行っている。接遇をテーマとした委員会を設定し月間目標を掲げ取り組んでいる。毎月のミーティングでも利用者の関わり方について話し合いを行い尊重とプライバシーの確保に努めている。	接遇委員会が月間目標を3か月に1回見直し、話し合われた内容については各サービスの代表が書面やミーティング時に情報共有し接遇の改善に取り組んでいる。職員は利用者に対して『さん』で呼ぶことやスピーチロックをしない声掛けに配慮している。	
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	日課活動やドライブ、過ごし方について利用者に確認し極力思いに沿った対応を行えるよう支援している。利用者の意向や希望が確認できた時にはチームで情報共有し支援に活かしている。		
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	利用者の意向や要望に沿った支援を心掛けている。朝弱い利用者にはゆっくり寝てもらい朝食時間をずらす、散歩が日課の利用者には毎日散歩に出かけるなど柔軟な支援を心掛けている。		
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	衣類交換の際には利用者それぞれの好みや天候や体調に留意しながら服を選定している。起床時には洗面所に案内し、身だしなみを整えてもらっており出来ない部分は支援している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事はそれぞれの状態に応じキザミ食やミキサー食も提供している。食事前には口腔体操を行い環境作りに配慮している。また弁当、寿司等イベント食を考案し提供している。食事提供時間はオルゴール音楽を流し癒しの空間を演出している。	食事中は癒しの音楽が流れている。食事は事業所内で業者が調理し、利用者一人ひとりに応じた形態(キザミ食・ミキサー食・アレルギー対応等)で提供している。イベント委員会が計画を立てて月に1回グループホームランチ会を開催し、誕生会・敬老会・七夕・クリスマス等に合わせた食事を提供したり、お寿司やハンバーガーをテイクアウトすることで食事を楽しむ工夫がされている。	
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	それぞれの希望や身体状況に応じた食事量、食事形態、水分の提供を行っている。摂取量を記録し、少ない利用者には嗜好に合わせた食事提供を行っている。食事がすすまない利用者には医療機関の嚥下テストを実施し支援方法を選定した。		
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	毎食後洗面所まで誘導し口腔ケアを実施し、利用者の残存能力に応じて声掛けや見守り、介助を行っている。状態に合わせマウススポンジやガーゼを使用し清潔を保っている。夕食後には義歯の洗浄剤を使用し消毒を行っている。		

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
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	利用者の排泄毎にチェック表に記載しパターンや量を把握している。極力トイレでの排泄を促しており自力歩行が困難な方も職員が抱え誘導している。夜間帯も利用者に応じたパッド類を使用し睡眠を妨げないよう配慮している。	排泄チェック表で排泄パターンを把握している。歩行状態が不安定な利用者も、身体機能の低下を防ぐために、状態に合わせて2人介助でトイレを使用している。夜間は睡眠を妨げないように排泄量に応じたパッド等を使用する等、個々の状態に合わせた対応をしている。	
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	利用者の体調や好みに応じて水分を薦めたり、体操に参加してもらったり便秘解消の支援を心掛けている。排泄チェック表にて排便の有無を確認しながら下剤投与や乳製品の提供を実施している。またかかりつけ医にも排便状況を伝えお薬をもらっている。		
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	利用者の意向や好みに合わせて入浴を楽しんでもらうよう配慮している。見守りや一部介助を行うことで、安全かつ安心して入浴ができるように支援している。跨ぎが困難な利用者にはリフト浴を使用しスムーズに入水してもらっている。	入浴は月～土曜日のうち週2回程度を目処に入浴していただいている。浴室にはリフト浴が設置しており、約半数の利用者がリフト浴を使用し安心して入浴できるよう配慮されている。	
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	毎週定期的にシーツ交換や居室清掃を実施し、気持ち良く使用してもらえよう配慮している。利用者の希望や状態に合わせて室温や照明の調整を行っている。またエアコンにて室温調整し安心して眠れるよう支援している。		
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	それぞれの薬剤情報を確認し目的や副作用を確認している。また薬局に管理指導に入ってもらう薬剤管理や助言をもらっている。処方内容に変更があった場合には申し送りし情報共有に努めている。		
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	利用者の生活歴や趣味、好みなどをアセスメント時に収集し用紙にまとめ情報共有している。また利用者や家族との関わりの中から情報収集を行い支援に活かしている。散歩が好きな利用者には散歩に同行したり、新聞が好きな利用者には存分に読んでもらうよう配慮している。		
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	利用者の体調や希望、天候に合わせ散歩やドライブ等の機会を設けている。暖かい季節には公園や街並みに出かけ季節を感じてもらっている。また天気の良い日は事業所周辺を散歩してもらい気分転換を図っている。ドライブでは公園や祭りなどに出かけている。	天気の良い日に地域周辺へ散歩や事業所の敷地内で日向ぼっこを行っている。また、感染対策を図ったうえで山や海、古城公園や道の駅等へドライブに出掛けることで、楽しく外出できるよう努力している。	

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	それぞれ金銭を預かり日用品や理美容に使っている。買い物同行や事業所での支払いについて横にはおられるが職員が間に入り支払いを行っている。現在は利用者自身が支払いを行う機会ほとんどない。		
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	希望時があれば事業所の電話を使用してもらい家族や友人と会話を楽しまれる。現在は利用者自身が電話したり手紙を送ったりする機会ほとんどない。		
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	壁には利用者と共に作成した季節を感じる装飾や作品をフロアに展示している。状況に合わせてテーブルやソファ、テレビの位置も変更しスムーズに移動しやすく居心地のいい空間作りに努めている。適宜換気や除湿、加湿を行っている。	共有空間は、利用者の生活感を大事にすることを重点にソファ等の位置を工夫したり、職員と一緒に作成した季節に応じた壁画や装飾、日々の生活の写真が掲示してあり、居心地の良い空間となっていた。	
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	食事テーブル以外にもフロアにソファを設置しゆったりと過ごせる空間作りに努めている。仲の良い利用者同士と一緒に過ごしたり、ソファで寛いだりと自由な時間を過ごせるように配慮している。		
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	居室には家具や椅子など使い慣れたものを持参してもらおう依頼している。家族の写真を飾ったり、好まれている本を持参されたりと居心地のよい環境作りに努めている。また定期的にタンス内の整理や居室内の整頓をし環境維持に努めている。	居室にはエアコン・ベッドが配置されている。家族との思い出の写真や習字等が掲示され、使い慣れたテレビや衣類ケース等は利用者の要望や使いやすさに基づいて配置され、居心地の良い居室になっている。	
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	フロアではテーブル間隔を十分にとり歩行器や車椅子の方でもスムーズに移動できるよう配慮している。また各所に手摺を設置しており安全かつ自立した生活が送れるよう努めている。大きな文字のカレンダーを掲示し季節を理解してもらうよう努めている。		

2 目標達成計画

事業所名: ケアホーム二上あいの風

作成日: 令和 6 年 1 月 10 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	運営推進会議の開催について、情報開示や共有が不足している。	運営推進会議の詳細について全利用者(家族)に開示し、理解と情報共有に努める。	隔月の運営推進会議開催後に、郵送or手渡しにて会議録の開示を実施する。	12ヶ月
2					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】		取り組んだ内容	
実施段階		(↓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()