

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	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7年10月28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）】

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～」を掲げ日々の利用者との関わり、ケアの質の向上に力を入れている。同一法人にデイサービス、特別養護老人ホーム、訪問介護ステーションを展開しており利用者それぞれのニーズに合わせ提案できる。訪問看護ステーションやかかりつけ医には定期的に事業所に来てもらい健康管理する。サービスでは家庭的に拘り利用者と共に生活できる環境作りに努めている。

※ 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7年12月4日	評価結果市町村受理日	令和8年1月14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）】

二上山の麓ののどかなエリアに立地しており、近くを散歩して駐在さんとあいさつを交わしたり、事業所周辺の草むしりをしたり地域と日ごろより交流している。人事考課面談をはじめ意見を言いやすい環境が整えられており、有給休暇も取得しやすいとスタッフは話す。希望されれば看とりの対応も行っており、在宅医とも連携し、また、看とり勉強会も行っている。好きなものを作って楽しむグループホームランチを企画したり、ひみ番屋街や新湊へドライブに行くなど、楽しみをもった生活を送れる場所である。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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ます。 (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広がったり深まり、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～』を掲げ支援に取り組んでいる。フロア、玄関、事務所に掲示し常時意識するよう心掛けている。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』はHP、パンフにのせ外部への発信に努めている。	事業所内の事務所や玄関などに理念を掲示しており、いつでも確認できる環境にしている。毎月のミーティングで理念に関連する話をし、理念に基づいたケアに取り組んでいる。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	周辺には住宅地があり地域の方と会う際、挨拶を心掛けコミュニケーションを図るなど関係構築に取り組んでいる。地域のイベント(獅子舞、マラソン)にも参加させてもらっている。防犯対策や災害対策など消防署や駐在に相談を行い柔軟な対応をしている。	自治会に加入し地元のお祭りなどの情報を自治会長から得ている。駐在さんが毎朝交通整理をしており、散歩の際にあいさつしたり、グリーンデイという地域の草むしりの時期に合わせて事業所近隣の草むしりを行うなど、地域に入り込んでいる。	
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	認知症相談窓口を開設しており、認知症以外のことでジャンルを問わず気軽に相談に来てもらえるよう努めている。また電話やメールでの対応も実施している。地域の包括支援センターや連携医療機関とも共同、情報共有し柔軟な対応を心掛けている。		
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	自治会長、民生委員、連携医療機関、地域包括支援センター、家族代表を招待し2ヶ月に1度のペースで会議を実施している。会議では事故報告、利用者状況、感染対策、災害対策など多岐にわたり報告している。記録はファイルに綴り来客者にも見ていただくよう玄関に設置している。	2か月に一度、併設の看護小規模多機能型居宅介護などと合同開催している。議事録は玄関に置いてあり、訪問者が閲覧できるようになっている。会議の中で災害時の避難方法など相談したりした。	入居されている家族に会議の内容が伝わりやすいよう議事録を郵送するなどし、家族にも共有できるように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に取り組んでいる	日々の業務の中で生じる不明点(介護報酬・感染対策など)はその都度、行政に連絡し確認を行っている。また空き部屋状況も開示し相談している。地域包括支援センターには運営推進会議に参加していただき意見交換や連携を図っている。	地域包括支援センターに空き情報を伝えたり、直接相談しに行ったりしている。市とはバイタルリンクを通じて加算などの相談を行ったりしている。また、地域ケア会議にも参加し情報交換も行っている。	
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	指針を基に身体拘束を行わないケアを実践している。月1回のフロアミーティングでは日々の業務について話し合い適切なケアを提供できるよう振り返りを実施している。委員会では項目に沿って確認し検討を行っている。法人全体での委員会活動もあり事業所より代表者が参加している。	指針が整備され、入居時に説明している。身体拘束を行なったことはなく、委員会は法人全体で行うほか、グループホーム単独でも開催している。委員会では利用者それぞれのケースを話しあっている。	
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	指針を基に虐待のないケアを実践している。委員会を充足し虐待や不適切ケアについて理解を深めるよう努めている。また日々の業務の中でも虐待と思われる行為に該当しないか随時確認をしている。動画にて虐待防止の研修を行い学ぶ機会を設けている。		

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
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	日常生活自立支援事業、成年後見制度の対象となる事例がなく携わる機会が少ない。事例がみられる場合は、行政や地域包括支援センターと連動し活用に向け取り組む必要がある。研修会等の参加も含め検討が必要。		
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	申込み時よりGHの仕組み・料金等を利用者や家族に説明し確認を行っている。契約時には運営規程、契約書、重要事項説明書を書面にて説明し理解を求めている。利用開始後も管理者や計画作成担当者が主にに関わり疑問点や不安感が軽減するよう柔軟に対応している。		
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	家族に月1度、利用者の現状を書面にまとめ自宅へ送付し意見を求めている。それ以外にも電話やメールで情報交換を行っている。利用者には関わりの中で意見要望の抽出に努めている。得られた情報は連絡帳に記載しチームでの情報共有を実施している。	家族とのコミュニケーションは面会時や、電話、メールなどがあり、案内があるときなどは電話やメールでお伝えしている。利用者からは直接意見があり、テレビ位置の変更を希望され、テレビを見やすい位置に移動したこともある。	
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	年2回程度は管理者やエリアマネージャーが職員のヒアリングを実施している。運営面や業務面や環境面など意見を確認し本部にあげ改善に努めている。また代表者や本部職員が直接事業所に来て意見を聞く機会を設けている。	個別に相談しやすい人事考課の面談が年2回あり、また、度々社長やエリアマネージャーが事業所を訪問し直接ヒアリングすることもある。上長だけでなく人事部に直接メールで相談できる制度があり、意見を言える場をいくつも整えている。	
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	代表者や本部職員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。また月1回は法人会議を開催し代表者と事業所責任者が意見交換を行っている。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	法人は介護福祉士実務者研修、喀痰吸引研修の講座を持っており働く職員の資格取得、知識向上を進めている。また今年度は事業所管理者向けの研修として介護保険法改正や、管理者の心構えなど実施を予定している。		
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	普段より系列法人の地域密着型サービス、特別養護老人ホーム、訪問系サービスなどと意見交換の機会を設け日々の業務の改善について協議している。また周辺の他法人事業者と交流を図り、サービスの向上に活かしている。管理者は職能団体にも入会しており交流の機会を持つよう心掛けている。		

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
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	申込みの時点で事業所に極力利用者に来てもらい職員の対応、事業所の雰囲気などを見てもらっている。また入院されていれば医療機関、在宅など本人の生活されている場に行き関わりを持ち意向・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	申込みの時点で事業所に家族に来てもらい職員の対応、事業所の雰囲気、支援のやり方、料金体制など確認してもらっている。またこちらから在宅や入院先など本人の生活されている場に行き関わりを持ち意向・要望や疑問点・問題点を把握するよう努めている。		
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	利用開始前よりアセスメントを実施し、利用者それぞれのニーズ、意向や要望の確認を行っている。必要な支援の把握に努め、利用開始後においても常時ニーズの抽出と把握を行い状況に応じたサービス提供が行えるよう努めている。		
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	日々の生活の中で洗濯物たたみなどの家事援助を共に実施したり、雑誌やTV鑑賞などを共有したり共に暮らす支援に努めている。暮らしを共にすることを大切にし関係構築に努めている。		
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	日々の受診時や面会時、電話対応時、また毎月の広報誌で利用者の状態や日々の様子を伝え共有を図っている。受診や面会には一部家族に対応していただき共に支える関係構築の支援を行っている。		
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	感染症対策に配慮しながら居室まで入り対面で行っている。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。またなるべく人が密にならないよう留意しながら外出支援も行っている。	面会の制限は設けておらず、親戚や友人も自由に面会できる。手紙が届いたり、家族と食事や自宅に帰宅されることもたびたびあり、これまでの関係を継続している。	
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	日々の生活の中で、利用者間の関係性を職員が把握しミーティングや申し送り時に職員間で共有している。関わりの中で職員がさりげなく間に入り話題を提供するなど支援を行い、利用者間が関わり合えるよう配慮している。		

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	
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	状態悪化や体調不良による入院があり利用契約解除といった場合も利用者や家族・医療機関からの問い合わせに随時対応し、次のサービス選定に繋ぐ支援を行っている。また相談に常時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	日々の生活から本人の様子、言動を本人の情報として記録している。意思疎通がうまく図れない利用者に対しては表情の変化、状態などから気持ちを汲み取り本人の思いに寄りそえるよう努めている。	日頃の関わりの中から言葉や表情から意向、希望を読み取っている。読み取った意向はケース記録や申し送りノートで職員間で共有している。	利用者本人も担当者会議に参加いただくなど、本人からの意向を確認できる機会を作ることに期待したい。	
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	入居時や日々の関わりの中で本人や家族とのコミュニケーションを積極的に図ることで生活歴や性格、こだわり等の情報収集を行っている。又、得た情報も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	日々の生活の関わりの中から本人の言動や状態の変化などを日々の記録として残すことで職員間での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、担当職員が利用者の状況や様子を把握しアセスメントやモニタリングを実施している。本人の状態やケア方法についてミーティングの場で話し合いを行い状態変化があれば現状に適した介護計画を作成している。	介護計画は6か月の期間で作成し、状態に変化がみられた際は随時変更している。本人、家族からの意向をもとに毎月のミーティングで職員で話し合って計画が作成されている。		
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	利用者の言動や状況、意向の変化は細かく記録し職員間の情報共有を心掛けている。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	利用者ひとりひとりの支援状況や意向の変化について記録し情報共有を行っている。支援状況や意向に変化がみられた場合には多角的にモニタリングを実施し提案を行っている。			

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	地域の理髪店に訪問してもらい事業所で散髪・整容を行っている。また給食会社にも材料や、調味料を届けてもらい日々の食事を提供している。設備の故障時には業者に来てもらったり、冬場には駐車場の除雪に来てもらうなど協働を実施している。		
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	利用者や家族に利用前からのかかりつけ医を継続するか、事業所連携医に交代かを選択してもらっている。訪問診療や外来受診時は、最近の様子を紙にまとめお渡しするか職員が付き添いし説明するなど柔軟に対応している。	本人と家族が希望するかかりつけ医を受診しており、外来受診の際、事業所で送迎することもある。必要であれば訪問医に変更することもできるなど希望に沿った対応をされている。	
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	訪問看護事業所と提携し利用者の健康管理に努めている。体調の悪化があれば終日相談体制を持ち、状況によってはかかりつけ医につなぎ適切な医療を受けられるよう対応している。受診の際には看護師やケアマネは状態を紙にまとめかかりつけ医にお渡ししている。		
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。	体調不良や怪我により医療機関へ入院の場合にアセスメント情報や注意事項などをお伝えしている。入院中の経過を基に家族・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備している。		
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、事業所の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	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。	指針を整備し、希望される方は看とり対応を行っている。利用者が看とり期に入った際には事前に勉強会を開催し、また、見送ったあとで振り返りのカンファレンスを行っている。	
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	ミーティングでは急変や事故を未然に防げるよう対策をたてている。マニュアルを基に事故やヒヤリハットに対応している。急変時はかかりつけ医に報告するか、状態が悪ければ救急車を要請している。事故発生時には報告書を記入しチームで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	年2回は利用者参加にて日中or夜間を想定した火災避難訓練を実施している。また年1回以上は地震想定訓練を実施予定。訓練には消防隊員の立会いにて行い指導を受けている。備蓄は水・食料・ヘルメット・照明など置いている。	BCP(事業継続計画)を作成され、年2回の火災訓練に加え地震想定訓練も行っている。年1回は消防署の立ち会いがあり、前回は火災報知器の使い方のレクチャーを受けた。	

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	
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	事業所全体で研修・接遇委員会があり年間目標を掲げ取り組んでいる。また動画でも研修する機会を設けている。ミーティングで利用者それぞれの関わり方について検討を行い尊重とプライバシーの確保を心掛けている。	法人で動画学習できるシステムを導入しており、尊厳やプライバシーの学習も行っている。ミーティングで利用者との関わり方を話し合い、それぞれに合わせた話し方、言葉遣いなどの指導を行っている。		
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	日々の生活リズムや過ごし方のこだわりについて利用者の意向や性格などを考慮したうえで、できかぎり状況に応じた対応を行えるよう支援している。意向や希望が確認できた時には記録に書き留めチームで情報共有し日々の支援に取り組んでいる。			
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	利用者の性格や言動を考慮したうえで意向や希望に沿った支援を心掛けている。朝早く起きるのが弱い利用者には時間をずらし休んでもらい朝食時間を遅らせる、散歩が日課の利用者にはなるべく散歩に出かけるなど個別対応の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	利用者の衣類を選ぶ際には、それぞれの意向や性格、季節や天候に留意しながら極力選んでもらうよう配慮している。意思の表出が難しい利用者には家族や親族から情報を得るなど柔軟な対応を心掛けている。			
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	利用者それぞれの体調や嚥下咀嚼機能に合わせ食事はキザミ食・ミキサー食・トロミを提供している。食前には口腔体操を行い口腔機能の改善に配慮している。またイベント時には寿司・弁当を提供している。食事中はオルゴール(音楽)を流し癒しの空間を演出している。	グループホームランチという企画があり、手作りで好きなものを食べる機会を設けている。また、誕生日には手作りケーキ、敬老会では紅白まんじゅうと時期にあった楽しみもある。テイクアウトでうなぎやうどんなどを買ってくることもあり、食を楽しむ機会が充実している。		
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	利用者それぞれの体調や嚥下咀嚼機能に合わせ食事量、食事形態、水分の提供を行っている。摂取量を毎食記録し少ない場合は嗜好に合わせた物を提供している。水分摂取が少ない利用者にはコーヒーや紅茶を提供するなど工夫している。			
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	毎食後の口腔ケアの際は洗面所まで誘導し口腔ケアを実施し、利用者の自立支援に考慮しながら声掛けや見守り、介助を柔軟に対応している。利用者の身体状況に応じスポンジやガーゼを使用し清潔を保っている。夕食後は義歯洗浄錠剤で消毒を行っている。			

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	排泄がある毎にチェック表に有り無しなど記載しパターンや量を把握している。トイレでの排泄に拘り歩行困難な利用者や、尿意便意が曖昧な利用者も極力トイレ誘導している。夜間も利用者それぞれにパッド類を選定し睡眠を妨げないよう配慮している。	排泄チェック表でそれぞれのパターンを把握し、声かけや誘導を行っている。できるだけ日中はトイレに行っていただくよう心がけ、わかりやすいようトイレの表示も大きくしている。また、ポータブルトイレを使用されている方もいる。	
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	水分摂取をすすめたり、体操に参加してもらったりと多方面から便秘解消の支援に努めている。排泄の頻度や量、排便の有無などをチェック表にて確認しながら下剤投与や乳製品の提供を実施している。かかりつけ医にも排便状況を伝えお薬処方もある。		
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	入浴を楽しんでもらうよう入浴剤やタイミングを図るなど配慮している。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。立位が困難な利用者にはリフト浴を使用し負担なく入浴を実施している。入浴後は水分維持に努めている。	家庭浴槽であり、ひとりひとりゆっくり入っていたい。自分に合った弱酸性シャンプーを使っている方もいる。また、随時入浴剤で楽しんでもらえるように工夫している。	
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	室温や湿度など空調で管理し過ごしやすい空間作りに努めている。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。毎時見回りを行いアクシデントがないか確認している。		
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い薬剤管理や助言を実施している。処方内容に変更がある場合には申し送りをし、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	アセスメントの際に、利用者の生活歴や職歴、趣味や特技などを把握したうえで支援を行っている。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。		
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	天候や利用者の希望に合わせ散歩や日光浴・ドライブに出かけている。暖かい時期には公園や海岸にドライブを行い気分の安定を図る。事業所周辺の散歩も実施しているが熊出没のため範囲を制限している。	ドライブに出かける機会を作っており、ひみ番屋街や新湊へお花見などいろいろな場所に出かけている。近くでクマが出たため現在は中止しているが、玄関先での日光浴や近隣の散歩にも出かけていた。	

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
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	利用者・家族から金銭を預かり日用品や嗜好品の買い物支援も実施している。利用者自身が買い物をしてくる機会は減ってきている。		
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	利用者の希望時には事業所の電話を使用し家族や友人と会話を行われる。またスマホを所持しておられる方もおられ自身のタイミングで連絡される。		
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	壁には季節感ある装飾品を掲示し、四季を感じてもらっている。状況に合わせてテーブルやTVの位置を配置変えるなど住みやすい環境作りに努めている。温度や湿度は空調管理している。	大型の手の込んだ壁飾りを季節ごとに制作されており、歴代の壁飾りが廊下に掲示されている。居室が集まるエリアと共用空間は離れており、がやがやスペースとして過ごせるレイアウトになっている。	
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	フロアには食事テーブル以外にもソファを設置し気軽に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	利用者自身の使い慣れたものを持参してもらい活用してもらう。家族の写真や、作品を掲示しそれぞれの個性がわかるように配慮している。定期的にタンス内の整理を実施している。	自宅から自由に持ち込みすることができ、家族の写真や自分で作った作品を居室に飾っている方もいる。テレビなど自宅で使っていたものを持ち込まれている。	
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	テーブルの間隔を十分に取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。		

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: R7年 12月 25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	運営推進会議の詳細が家族にお伝えできていない。	会議事録を配布し事業所の取り組みを詳しく外部へ理解していただく。	毎月の請求明細書の郵送時に、会議事録を同封する。また口頭でも説明を実施する。	12ヶ月
2	49	担当者会議に利用者本人の参加がみられない。	利用者自身の率直な意見を聴取し、支援向上へ努める。	利用者自身、家族に対し会議参加メリットをお伝えし参加を促す。	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】		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()