

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	1691100240
法人名	ユニバーサル株式会社
事業所名	ケアホーム新湊あいの風（認知症対応型共同生活介護）
所在地	富山県射水市海王町21-5
自己評価作成日	R7.1.29

【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）】

家庭的な雰囲気の中、馴染みのスタッフと一緒に家事やレクリエーション等を行いながら共同生活を送る事によって、認知症の症状を緩和させ、穏やかに日常生活を送る事が出来る様支援しています。又、法人理念でもある、利用者様、御家族様の最高のパートナーとなる事を目標に取り組んでおります。看護師、Drなど医療との連携を密にし、本人様やご家族様に安心して過ごしていただける様な、そしてご家族様や地域の方々にも気軽にきていただける様な温かい雰囲気作りに努めています。海王丸パーク、新湊大橋、きとと市場がすぐ近くにあり、緑が多くホーム前の桜並木が美しい環境の中で、散歩やドライブに出掛けたりする事が楽しみになっています。

※ 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。

【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）】

基本情報リンク先	
----------	--

潮風を感じるほど海からほど近く、ドライブに出かけるとすぐ新湊大橋を目にすることが出来る好立地にある「新湊あいの風」。好天時には新湊大橋を渡り道の駅やコンビニでおやつを食べたりと外出ができ、近隣のお祭りでは獅子舞がやったり楽しみを感じることが出来る。希望される際には主治医や連携している訪問看護と多職種で看取りの対応も行う。働くスタッフは意見を言いやすい環境であると話し、相談もしやすいとのこと。事業所として接遇や言葉遣いなど利用者に寄り添うところに力を入れており、意欲的な職員が在籍しているため相互作用で良い雰囲気が漂っている。

【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7年2月26日	評価結果市町村受理日	令和7年3月19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	利用者と職員と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	理念を目的のつく所に掲示し、常に意識する事で共有を図り、ミーティングなどで再確認を行っている。	理念はユニットごとのフロアの目にするところに掲示しており、いつでも確認できるようになっている。ミーティング時など利用者のケアをどうしているか考えるときに原点に立ち戻り、理念を意識している。	
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	自治会がないので地域交流に苦慮している。職員が地域の防災訓練に参加したり、月1回の訪問理由は地域の床屋にお願いしたり、地域祭礼の見学を行ったりしている。今年はいいの風祭りを開催し、地域の方々にも来ていただいた。	自治会が存在しないエリアであるが、地域の防災訓練に参加したり、隣接地区の獅子舞にお願いしてきてもらったり地域とつながる工夫をしている。事業所で開催した「あいの風祭り」は飛び込みで近所の方が立ち寄るなどということもあった。	
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	職員はミーティングや研修などで認知症の方の理解や支援の方法を学んでいるが、直接的な地域の人々に向けた取り組みは行っていない。		
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	運営推進会議にて活動報告を行い、ご家族様や市、地域包括支援センターより意見をいただきサービスの向上に努めている。	2か月に1回開催している。家族代表、地域包括支援センター、行政担当の方が委員になっている。自治会が加入できないかの相談をしたり、災害時のアドバイスをもらうなど会議を有効活用されている。	開催案内であったり会議議事録を家族に郵送するなどして、これまで以上に運営状況を知ってもらえる仕組み作りに期待したい。
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	2か月に1回の運営推進会議にて活動報告を行い、市や地域包括支援センターの担当者から意見やアドバイスをいただいている。	運営推進会議で直接やりとりすることがほとんどである。自治会に加入できないかの相談をしたり、研修案内などメールで受けとったりしている。最近では市主催の虐待研修に参加したりした。	
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	職員は身体拘束に関する禁止の対象となる具体的な行為を理解しており、定期的にミーティングなどで再確認を行いながら身体拘束をしないケアを実践している。日中は玄関の施錠は行わず、防犯上夜間のみ施錠している。(19:00～翌朝7:00まで)	指針を整備され委員会の開催もしている。不適切ケアのアンケートを行なって、その結果をもとに話し合いをするなど身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	委員会の内容を周知しやすくするため、決まった形の書面にするなどして、内容が周知把握しやすくなるような取り組みに期待したい。

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	定期的には高齢者虐待について勉強会を行い、日頃のケアの中で不適切な行為がないか意見を出し合ったりしながら防止に努めている。		
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	現在、成年後見制度が必要な利用者様はおられないが、それについて学ぶ機会を持ち、今後の必要に応じて活用出来る様にしていきたい。		
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	契約締結時には契約書、重要事項説明書の説明を十分に行い、利用者、ご家族様の理解を図っている。利用開始後も不安な点や疑問点があれば、随時対応し納得していただける様説明を行っている。		
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	利用者の思いは対応した職員が記録に記載し職員間で共有している。ご家族様とお会いした時に随時意見など聞かせていただき、運営に反映している。	電話や面会時にコミュニケーションをとることが多い。もっと活動させてほしいと要望があった際は、作品を作ってもらうなどして意見を反映させたこともある。	
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	月1回のフロアミーティングにて職員の意見や提案を聞き業務に反映している。ミーティング以外にも随時聞く機会を設け、必要に応じて個別に対応している。	職員からの意見は月に1回のフロアミーティングや個別に管理者やリーダーに伝えている。意見内容によってホーム長へ報告し、それをホーム長会議で検討するという仕組みになっている。	
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	代表者は職員の勤務状況を把握し、個人の努力が給与に反映されたり、有給休暇を取得しやすい様な仕組み作りを行っている。個々の諸事情も十分に考慮し働きやすい環境に努めている。		
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	法人内にて実務者研修の実施を行っている。フロアミーティングにて勉強会を行ったり、本人の希望や必要に応じて外部の研修にも参加している。		

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	地域包括主催の研修会や外部の研修に参加する事によって同業者と交流する様にしている。外部研修に参加した職員には研修内容をホームの勉強会にて他の職員にも伝える様にしている。		
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	事前面接で知り得た情報を元に、積極的に関わりながら、本人様が安心してご自分の想いをお話しいただける様な関係作りを心掛けている。		
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	利用前に家族様に現在の状況や経緯、利用にあたっての不安な事、要望など、家族様の思いをお聞きしながら信頼関係が築ける様努力している。		
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	事前面接で知り得た情報を元に、本人様と家族様が今必要としている支援を見極め、サービス開始にあたって必要な準備を行っている。本人様と家族様に早く安心して過ごしていただける様支援している。		
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	利用者様との関わりを大事にし、一緒に家事手伝いを行ったり、日常を共に過ごしながら、本人様の生活のスタイルを尊重し安心して生活出来る様心掛けている。		
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	本人様と家族様の関係が途切れる事がない様、共に支援していく関係を保てる様に細かな情報共有を心掛けている。主に受診の協力や必要な物品の用意などをお願いしている。定期的な面会や外出にも要望に応じて対応している。		
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	馴染みの人や場所との関係が途切れない様に、要望に応じて対応している。家族様と一緒に自宅に帰ったり、食事をしたり、墓参りに行ったりなどの外出をしていただいている。	家族の面会の受け入れをしたり、家族と外出され自宅やお墓参りにいくことは日常になっている。事業所でドライブに行く際も自宅前を通ったり、ビデオ通話できる体制を整えたりなど関係が途切れないよう取り組まれている。	

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	利用者同士の関係を職員が把握し、職員が共通の話題を提供したり、レクリエーションや作業などを一緒にしていただきながら利用者同士に関わり合い、支え合える様な支援に努めている。		
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必要な情報を出来るだけ詳しくお伝えし、良好な経過を保てるようフォローを行っている。		
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	日頃から利用者様との関わりの中で職員に思いを話しやすい雰囲気作りに努めている。自分の思いを伝える事が出来ない利用者様については本人様の表情や言葉から意向を汲み取る様心掛け、その意向に添える様努力している。	日常の言葉や表情などのコミュニケーションの中で一人ひとりの思いや意向をキャッチしている。汲み取った意向は介護記録や申し送りを通じて共有を図っている。	
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	入居時のアセスメントにおいて、本人様や家族様から経緯の聞き取りを行っている。入居後も信頼関係を築きながらより多くの情報を引き出し、把握出来る様に努めている。		
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	毎日の関わりの中で、本人様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う事で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	モニタリングは各利用者様の担当者が行い、毎月のフロアミーティングの中で、利用者の声や家族の要望、現場の思いを出し合い、課題に対する対応策を話し合っている。話し合われた内容を元に、介護計画書を作成している。必要に応じて、DRにも相談を行っている。	一人ひとりの担当職員がおり、担当職員がモニタリングを行い、その結果を元に職員間で話し合いをし次回のプランに反映させている。家族には面会や電話で意向確認を得ている。	本人の意向も反映されていることがわかりやすいように、担当者会議録などを通じて本人の意向も見えやすい記録の残し方に期待したい。
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	日々の様子やケアの実践等を個人記録に記載している。見たままの様子、聞いたままの言葉で記載し、共有する事で利用者様の変化や思いに気づき、介護計画に役立てる様にしている。		

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
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	本人や家族の状況に応じて必要な支援を柔軟に行っている。緊急時の対応や毎月の受診の送迎、必要な物品の買い出しなど、柔軟に対応している。		
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	毎月、地域の理容院による訪問理容を利用されたり、市から派遣されたあつたか相談員との面談なども行っている。又、地域の祭事の日には地元の獅子舞の訪問や、近くで行われる花火大会の花火を観たりして楽しんでいる。消防署と連携した消防訓練も行っている。		
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	入居時に希望をお聞きし、殆どの方が入居前の医師を継続利用されている為、状態の把握が出来ている。受診時や入院時には必要な情報提供を行い、適切な治療を受けられる様連携に努めている。	入居前のかかりつけ医をそのまま希望される方が多く、継続される方がほとんどである。外来受診は家族同行で行われており、「つながりノート」に状態を記載し持参いただくことで主治医と連携を取っている。	
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	介護職は日常の関わりの中で気づいた情報を訪問看護に伝え相談している。状態に応じて必要な受診や看護を受けられる様に支援している。		
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。	利用者が入院した際には病院に早期に情報提供を行っている。入院中も主治医、連携室、家族と連絡を取り合い状態の把握に努め、退院に向けての支援を行っている。		
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	重度化対応の指針に従い、本人、家族様にホームで出来る事、出来ない事を説明した上で意向を確認し、Drや看護師と連携を取りながら支援に取り組んでいる。	入居時に重度化指針、看取り指針にて方針の説明を行なっている。時期を見て看取りに関しての意向確認を行い、看取りを希望される方は主治医や提携訪問看護と連携をとりながら看取りを行なっている。	
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	利用者急変時の連絡先をフロア内に掲示している。初期対応の仕方については定期的にミーティングなどで確認している。		

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	年2回、消防署指導の元、夜間や日中想定 of 火災訓練を行っている。地震、水害等の災害時の避難についてはそれぞれの避難場所の理解や能登地震では実際に入居者全員避難している。備蓄を増やし災害に備えている。	年に2回の火災避難訓練を実施しており、備蓄品の準備もしている。先の地震発生時は実際に近隣の施設に避難したことを受けてBCP(業務継続計画)の見直しを行った。	
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	定期的に日常のケアの中での言葉遣いなどの接遇について話し合い、一人ひとりの人格の尊重やプライバシーに配慮したケアを心掛けている。	接遇に関する研修や不適切ケアへの取り組みを通して職員間で意識する機会が多い。気になる声の掛け方などを見た際には、職員間で指摘しあったりしてお互いに気をつけ合う環境になっている。	
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	利用者様との関わりを大切に、利用者様が職員に思いや希望を伝えやすい関係づくりが出来る様、努力している。自己決定出来る様な声掛けを心掛けている。		
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、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	出来る限り利用者様のペースに合わせた生活が出来る様支援している。利用者様の意思を聞き、無理強いしない様に心掛けている。		
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	爪や髭が伸びていないか？衣服に汚れはないか？髪は伸びていないか？など身だしなみに気を配っている。本人様のお気に入りの服などを把握し、なるべく本人様の意思に沿った服装をしていただける様心掛けている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食事の準備は職員や厨房職員が行っている。皿拭きやお盆拭きなどの片付けは利用者様と一緒にしている。利用者様の能力に応じた食事形態や器などで提供している。	利用者のリクエストに応じてプリンを作ったり、お餅を焼いて食べたりしている。ひな祭りの時などは甘酒や桜餅をみんなまで食べ、季節を感じられるものも提供している。	
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	本人様の好みに合わせた飲み物や能力に合わせた形態で提供している。一定の水分が摂取出来る様、ライフチャートにて水分量のチェックも行っている。		

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	毎食後、口腔ケアの声掛けを行い、必要に応じて介助を行っている。夕食後には義歯消毒を行っている。		
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	ライフチャートの排泄の記録、利用者様の表情やしぐさから一人一人のタイミングをつかみ、声掛け、トイレ誘導、パット交換を行っている。又、本人様の尿量にあったパット等を使用する様になっている。	一人ひとりの排泄状況に合わせて、声をかけたりしている。場所がわからない様子の方にはトイレまでお連れしたり、装着パッドを導入することで自立につながった方もいた。	
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	排便チェック表にて排便状態を把握し、水分をこまめに摂っていただいたり、体操などの運動を行い便秘の予防に取り組んでいる。		
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	通常決まった曜日や時間帯での入浴をお願いしているが、本人様の希望により日を変更したり時間を変えたりなど無理強いない様心掛けている。	入浴予定日に気分が乗らない方には、曜日変更をするなど柔軟な対応を行なっている。自分で着たい洋服を選んでもらったり、入浴剤を使用するなどお風呂を楽しめる工夫を行なっている。	
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	利用者様一人一人の生活習慣や体調に応じていつでも休息出来る様に努めている。気持ちよく眠れるよう、定期的にシーツ交換を行ったり、室温調節にも気を配っている。		
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	薬情報は職員が見る事が出来る場所に置いてある。服薬変更があった場合には申し送りを行い、症状の変化の確認に努めている。		
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	好みに合わせた飲み物を用意したり、利用者様の能力や興味に応じたレクリエーションや家事手伝いを職員と一緒にしていただいたりしている。		

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
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	家族様との外出などには臨機応変に対応している。天気の良い日には散歩に出掛けたり、ドライブに出掛けたりして気分転換を図っている。	日頃より散歩やドライブに出掛けている。ドライブで出かけた道の駅でたい焼きを買ってきたり、コンビニでアイスクリームを買ったり外出を楽しむ取り組みをされている。	
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	必要な物品は家族様に準備していただいている。お金を管理する力がある利用者様には所持していただいている。		
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	利用者様の能力に応じて携帯電話を使用していただいている。手紙のやり取りは殆どないが、届いた郵便物は本人様にお渡ししている。		
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	季節に応じた利用者様と一緒に作成した作品を壁面などに飾っている。共有空間は利用者様の移動の動線を考慮し、危険のない様、配置を工夫し、室温にも配慮している。	ユニット間で仕切りがあり、適宜区切り解放できる作りになっており、空間の使い方がアレンジしやすくなっている。壁には利用者が作った作品が飾られており、自分の作品がいつでも楽しめるように工夫されている。	
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	テーブルやソファの配置を考え、気の合った利用者様同士で過ごしたり、自由に独りで過ごしたり出来る様配慮している。		
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	利用者様の希望に応じて使い慣れた物を持参していただいたり、本人様が居心地のよい居室となる様努めている。	使い慣れた椅子や家族の写真などを持参され、使いやすいようにカスタマイズされている。ベッド周りもそれぞれに使いやすいものが置かれたり居心地よく過ごせるようになっている。	
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	各所に手摺を設け、テーブルの配置や歩行器の置場を考慮し安全な動線を確保している。トイレや居室などの場所が分からない利用者様の為に貼紙をするなどの工夫をしている。		

2 目標達成計画

事業所名 ケアホーム新湊あいの風

作成日: 令和 7 年 3 月 21 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	26	担当者会議録に本人の意向が残されていない。本人の意向も反映されている事が分かりやすい様な記録の残し方が必要。	本人の意向を記録に反映させる。	本人を担当者会議に同席して貰い、思いを記録に残す。	1ヶ月
2	6	身体拘束委員会の開催記録が分かりづらい為、周知把握をしやすくなるような改善が必要。	身体拘束委員会の開催記録が職員や外部に周知出来る様にする。	身体拘束委員会の開催記録を明確にする為、書類の様式の見直し、ファイリングの工夫を行う。	1ヶ月
3	4	運営推進会議に出席している家族代表以外の家族には会議議事録が行き届いておらず、活動内容が分かりづらい。	家族とホームの活動内容が共有出来る様な仕組みを作る。	家族との連携ツールの導入を検討中(Lineなど)。そのツールの中でホーム内活動などの情報も開示出来る様なしくみ作りを行う。	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()