

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	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	2025/1/21

※ 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2月17日	評価結果市町村受理日	令和7年3月12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」のもと、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。

【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）】

行事、畑、バーベキューなど、利用者一人ひとりが役割や楽しみをもって生活できるよう支援している。また、状態の変化に合わせて小まめに話し合い、必要な介護を受けながら看取りまで安心して過ごせる事業所づくりに取り組んでいる。 社員は、社内連絡ツールを活用しコミュニケーションを取り、会社全体で働きやすい環境づくりに努めている。
--

V. サービスの成果に関する項目（アウトカム項目） ※項目№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	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. 利用者の2/3くらいの				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいの				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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				2. 数日に1回程度ある
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	66	職員は、活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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	玄関先への掲示や毎月のフロアミーティング時に理念を復唱することで意識を持ちケアに取り組めるよう努めている。また継続して新規職員採用時にもオリエンテーションの一環として説明を行っている。	玄関、リビングに理念を掲示し、来訪者や職員が確認できるようにしている。新規採用時に説明を行い、入職後の実践に繋げている。また、理念が現行に沿っているか見直しを行っている。	理念を地域、利用者、家族、職員間で共有し、実践に繋げるための取り組みに期待したい。
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	今年度はボランティアの受け入れ実績はないが受け入れ自体は可能。地域行事では地区の花見祭り子供神輿の来所等感染対策を行いながら参加させて頂き地域との繋がりを図っている。	自治会に加入しており、回覧板を通じてオレンジカフェの開催を知らせたり、地域のニュースを確認したりと繋がりを持っている。子供神輿と獅子舞の奉納をお願いするなど地域の一員として日常的な交流を深めていく予定である。	
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	立山町地域包括支援センターや立山町のGHと協力しての合同カフェや自施設でのオレンジカフェの開催を通じて座談会や施設で取り組んでいる体操、ミニ講義等を行った。また今年度は寺田地区での認知症サポーター養成講座を開催した。		
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践、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ハイブリッド方式で開催している。利用者状況や事故、災害、感染予防等について等議題検討しサービスの向上や地域との協力に向け意見・助言を伺っている。玄関先に会議録のファイルを置きいつでも閲覧できるよう整備している。	区長、地域包括支援センター職員、介護保険組合職員、有識者、民生委員、家族が参加し開催している。避難訓練の報告の中で、簡易担架の作り方を指導していただいたり、多くの質問に答えるなど双方向的な会議となっている。	
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に取り組んでいる	日頃より相談や助言を頂いたり連携を図り、運営推進会議や各研修等への参加を通して情報交換や協力体制を築いている。また中新川フィットナビ（行政組管轄）に登録し行政より連絡や中新川の福祉・医療関係施設とも掲示板等を通して連絡ができる体制を整えている。	中新川フィットナビのサイトを活用し、情報を共有し連携をとることができる。ケアプランについてやICTについてのアドバイスなど、事業所の相談に乗ってもらうことも多い。施設部会の研修や介護助手についての研修会にも参加している。	
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を3か月に一度開催し取り組みについて検討を行っている。外部研修への参加や内部研修、職員アンケートにて意識調査を行い協力して意識の向上やケアの見直しを図っている。	委員会を3か月に1回開催、身体拘束や尊厳についてのアンケートを職員間で実施し、行動の振り返りに繋げている。また、外部、内部の研修に参加し、事業所全体で身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	
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	高齢者虐待防止委員会を3か月に一度開催し取り組みについて検討を行っている。外部研修への参加や内部研修を行い協力して意識の向上やケアの見直しを図っている。		

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	外部の研修へ参加し身体的拘束廃止、高齢者虐待防止委員会を通して周知研修を行っている。		
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。契約時以外にも気軽にご連絡頂けるよう説明を行い不安・疑問の解消を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	月のお便りや面会時、電話連絡にて近況報告、意向・要望の確認に努めている。要望等あればミーティングや申し送りを利用し職員間の情報共有、検討を行い反映に努めている。	電話や面会の際に、利用者、家族から意見、要望を聞く機会を作っている。また、受診ノートに家族から健康に関する希望を記入できるようにしている。いただいた意見はフロアミーティングやホーム長会議で話し合い、運営に反映している。	
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	各フロアのミーティングに参加し意見等について一緒に検討を行い毎月のホーム長会議等で提案し検討を行っている。またメッセージアプリを活用したサービスを導入し気軽に相談や希望に合わせて法人本部のヒヤリング担当者と面談できる体制を整えている。	代表者、管理者は、社内連絡ツールを設定し、会社本部からは活動報告、注意事項、健康状態の確認、社員からは相談事や意見を伝えるなど、お互いの情報を共有しやすい環境づくりに努めている。意見や提案はホーム長会議で話し合い検討を行っている。	
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	年2回の人事考課や希望者には随時ヒアリングを行い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	まだ当施設では実績はないが社内資格として介護マイスター制度を導入し研修の充実を図っている。勤務表を調整し社外での研修に参加できる機会の確保や所属の委員会に合わせ参加を促している。		
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	包括支援センター、中新川地域密着型サービス事業所連絡協議会や介護支援専門員施設部会等が主催の研修や総会に参加し連携に努めている。2, 3ヵ月に一度介護サービス相談員の訪問来ていただいている。		

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、看護師と多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	積極的な馴染の場所への外出は行えていないが近隣への散歩や買い物、家族との通院、面会・外出を感染予防に留意し行っている。	毎月「介護・看護便り」で担当者や看護師のコメントや生活状況を家族へ届けている。美容室や自宅など、家族の協力で外出し馴染みの関係が継続できるよう支援している。今後は利用者と関わりのあった関係者が参加できる行事を増やしていく予定である。	
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	個別シートを作成し本人の性格や得意・不得意等の把握に努め、配慮した座席の工夫や作業、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。また看取りケアの際も随時意向を確認し相談・柔軟に対応を行っている。		
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	アセスメント時に意向や希望を確認している。意思確認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。また職員は2名の利用者を担当し受け持ち個別シートの作成や日常会話、普段の行動を記録に残し情報共有に努めている。	入居時に個別シートを作成し、希望や意向を確認している。普段の生活での意向は記録システムに記載し、フロアミーティングで話し合い、本人本位の支援に繋げている。	
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	一人一人の生活歴や各サービス利用状況等を入所前に話し合い把握に努めケアを検討している。		
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	今年1月よりバイタルチェック表や24時間の介護記録を電子化に変更し、職員間や看護師との連携強化を図り暮らしの把握に努めている。心身の状態に合わせて体に負担をかけず有する能力を維持・向上できるよう取り組んでいる。		
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	介護支援専門員と計画作成担当者が主となり担当職員と協力しモニタリングを3カ月～6カ月毎に行っている。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。必要に応じて医師にも相談し連携に努めている。	6か月毎に、計画作成担当者、介護支援専門員、看護師、調理職員、担当職員がフロアミーティングで話し合い、介護計画の見直しと作成を行っている。作成の際には医師からの意見を得ている。	
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	日々の様子や話していること、レクリエーション等に取り組まれている様子など電子記録に記録し職員間での情報共有を図っている。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	地区の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	半数以上の利用者が馴染みがある、いままで通っていた等本人・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、関係性の継続を図っている。	入居時に、事業所の協力医へ変更するか、かかりつけ医に継続受診するかを聞くなど、希望する医療機関や医師に受診できることを説明している。2名の協力医は、定期的に訪問し、不調時はいつでも相談できる。受診の際は優先的に診察を受けることができたり、受診ノートで医師と情報を共有するなど受療支援がある。	
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	毎日起床時にバイタルチェックを行い健康観察を行っている。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日々連携を図っている。		
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。	病院のファストパス制度を利用し急変・特変時のスムーズな受診対応や看護師・ケアマネージャーからのサマリーによる情報提供をできる限り迅速に行っている。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	終末期ケアを行っており、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かと判断があった際は、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。	看取り対応を行っており、現在も1名対応中である。入居契約時に説明、意向を確認し、状態の変化に合わせて医師、家族と相談しながら支援している。勉強会や振り返りを行い、チームで終末期ケアに取り組んでいる。	
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。今年度は見直しや実践を想定した研修等を開催できなかったため、今後定期的に行えるよう体制を整え実践していきたい。		
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	消防避難訓練は日勤帯と夜勤帯に分けて年2回定期的に行い消防隊員より反省点や出火場所、出火時の助言等を頂いている。今年度はBCP計画の見直しとハザードマップ・連絡体制を整備し、避難場所や経路、備蓄・持ち出し品の確認等の訓練を行った。今後はより実践的な訓練に取り組んでいきたい。	年2回火災避難訓練を行っている。BCP(業務継続計画)を見直し、災害時の避難経路、体制の確認を行っている。また、同社の他事業所との連携体制も整えている。今後地域との協力体制を整えていく予定である。	

自己 自己	外部 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	相手を尊重した声掛けやプライバシーの確保を意識して対応に努めている。職員の不適切な行動や声掛けがあればその都度管理者やフロアリーダーを中心に話し合い職員同士で注意し合える環境づくりに努めている。今年度は権利擁護の外部研修へ参加し周知を行った。	外部研修に参加し、学んだことを職員間で共有している。身体拘束委員会で行ったアンケートも介護の振り返りに生かしている。日々の業務で気になることは都度声を掛け合い、プライバシーの保護に努めている。	利用者の誇りやプライバシーの確保のため、日常的な確認と改善に向けて事業所全体で実践に生かせる体制作りに期待したい。
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し、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。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	得意・不得意に合わせて調理の準備や盛り付け、片付け等と一緒にやっている。行事に合わせて季節を感じることでおやつや食事を準備し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フルーツ、ふりかけ等と一緒に選び買い物を行っている。	食器洗い、野菜の皮むきなど、できることを職員と一緒に取り組んでいる。食事は朝、夕が湯煎、昼は調理職員が作っている。希望にあったメニューを準備したり、季節に合わせたおやつを手作りしたり、食事が楽しみなものになるよう工夫している。畑で採れたさつま芋を、外で炭火で焼いて食べた焼き芋はとても好評だった。	
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し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で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回消毒し歯ブラシは毎月交換し清潔な状態で使用できるように努めている。		

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
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	トイレでの排泄の維持できるよう排泄パターンの把握やパットの使い分け、ポータブルトイレを活用しケアを行っている。日中帯は2人介助も可能なので座位を保てる方であれば1日1回はトイレでの排泄を行えるよう努めている。	排泄チェックリストに記載し、排泄パターンの把握に努めている。記録システムにも入力し、ミーティングで介護方法や排泄用品の使用について話し合っている。牛乳、豆乳をすすめたり、体操や散歩で身体を動かすなど、便秘予防にも努めている。	
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	乳製品の提供、水分を多めに摂って頂く、生活動作や体操を促す等対応している。看護師とも連携し排便の有無について把握し下剤の調整や排便量の把握に努めている。		
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	基本的には週2回午前中に入浴又は清拭対応を行っている。日にちや時間等は利用者様の状態に合わせて対応している。また散髪時は優先的に入浴できるよう調整し、足浴の施行やゆず湯等違いを楽しめる機会を設けている。	週2回、午前中に入浴することができる。気持ちよく入浴できるように、声のかけ方、誘導の方法や入浴の希望日を聞いたり、順番を変更するなど利用者に合わせた工夫をしている。また、リフト浴が設置されており身体状況に合った入浴方法で支援している。足浴、ゆず湯、入浴剤など入浴を楽しめるよう配慮している。	
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動作を促したり居室やベット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	今年度は馴染みの場所や希望の場所等への積極的な外出支援は行うことができなかったが、近隣への散歩や買い物、畑づくり、収穫、日光浴等は日常的に取り組む地域行事への参加等、季節を感じて過ごして頂けるよう外出支援を行った。	利用者の自宅近くへドライブ、花見、散歩、畑づくり、庭で昼食やおやつをいただくなど、戸外に出る機会が多くなるよう工夫している。家族と買い物や外食などの外出支援も勧めている。今後は地域行事の参加や希望の場所への外出を増やしていく予定である。	

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、安全に配慮し共用空間や居室の温度・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。	共同空間は、照明や外からの光で明るく、飾りつけで季節を感じられるよう工夫している。テーブルやソファがゆったりと設置されており、利用者が好きな場所で過ごせるよう配慮している。また、事業所内から、立山連峰、田園風景、畑など景色を楽しむことができる環境となっている。	
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	在宅での生活がグループホームでもできる限り継続できるよう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。	居室は、ベッド、寝具、エアコンが備え付けられている。テレビ、家具など馴染みの品物を持ち込むことができる。写真や絵を飾り、自分だけの空間で心地よく過ごせるよう配慮している。	
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 7 年 3 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	1	施設理念を実現するための実践目標がなく、家族や地域との共有が十分にできてない。	・理念実践目標をたて、定期的に振り返りを行う。 ・今後、家族や地域にも取り組みを発信できるよう体制を整える。	・理念実践目標の作成、実践。 ・運営推進会議にも議題として取り入れて検討や振り返りを行う。	12ヶ月
2	14	尊厳やその人の性格に配慮した声掛け等、日常的に実践に活かせる対応・体制に不十分な点がある。	・尊厳の理解や学ぶ機会を増やし、一人一人を理解した声掛けや対応を深め施設全体で取り組める体制作り・実践を図る。	・毎月のミーティングや委員会を活用し、研修や現在の声掛け、対応について継続して見直す機会を作り取り組めるよう体制を整える。 ・今後、委員会で行った意識調査アンケートの内容を可視化し振り返りや変化が分かるよう取り組みを行う。	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】		
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	☐ 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
		☐ ②利用者へサービス評価について説明した
		☐ 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
		☐ 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
		☐ ⑤その他()
2	自己評価の実施	☐ ①自己評価を職員全員が実施した
		☐ 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
		☐ 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
		☐ 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
		☐ ⑤その他()
3	外部評価(訪問調査当日)	☐ 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
		☐ 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
		☐ 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
		☐ ④その他()
4	評価結果(自己評価、外部評価)の公開	☐ 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
		☐ 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
		☐ 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
		☐ 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
		☐ ⑤その他()
5	サービス評価の活用	☐ 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
		☐ 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)
		☐ ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)
		☐ 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)
		☐ ⑤その他()