

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	1690200108
法人名	ユニバーサルトラスト株式会社
事業所名	ケアホーム国吉あいの風
所在地	富山県高岡市国吉 7 5 2 - 1
自己評価作成日	令和7年1月6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7年1月28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）】

利用者様にとって安心ができ、居心地の良い環境作りに努めています。調理・掃除・洗濯物たたみ等の家事をスタッフと利用者様が共に行い、家庭での役割が継続できるように心掛けています。調理や掃除などを利用者様が担われる事で、少しでも楽しみや生き甲斐を感じて頂けたら嬉しく感じています。併設の小規模多機能型居宅介護の利用者様やスタッフと共に多くの関りをもち、良好な関係作りに努めています。又、スタッフも適時利用者様に喜んで頂けるような行事【誕生日会・スポーツ大会・ドライブ・親睦会等】を企画し開催しております。月に一度は、利用者様と季節のメニュー（昼食・おやつ）を楽しめるよう考え提供させて頂いています。

【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）】

事業所の理念である「私達は家族です。一人一人の思いを大切に」ということが、常に自己決定を促す言葉がけに現れ、利用者の拘りや価値観などを大切にし、尊厳が保たれていることがわかる。一人ひとりを知るためのアセスメントも丁寧に行われ、職員間で共有されている。また、火災や水害、地震等の災害にも速やかに対処できるように、管理者は積極的に防災士の資格を取得し、他の職員にも資格取得を促している。地域の方との繋がりがりや連携もとれており、地域防災に関する様々な情報提供や協力をしてもらっている。

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	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、活き活きと働いている。 (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	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 過ごしている。 (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	ホームページにて法人理念は掲載しています。 ホーム内においてもホーム全体の理念とグループホーム独自の理念『私達は家族です。一人一人の思いを大切に』をフロアに掲示し意識しながら利用者様支援にあたっている。	法人理念である「ご利用者、ご家族様の最高のパートナーを目指して・・」を踏まえて、事業所開設から数年後に職員で話し合い、事業所独自の理念を決めた。フロアに掲示してある理念を職員は常に意識しながら日々の業務にあたっている。	
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	地域の住民運動会などに招待頂きお伺いしている。地域の獅子舞を招待したりし、普段から近隣住民の方々とは挨拶を交わし交流を図っている。	広報担当者は、町内会のすべての家庭に2か月に一度発行の「国吉あいの風便り」を配布している。「便り」には利用者の生活の様子や行事を知らせ、身近に感じてもらえるように努めている。また、降雪期には近所の方が除雪を手伝ってくださるなど、地域と日常的に交流が持たれている。	
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	地域の方々や近隣の方々に、ホームの行う行事に参加頂けるよう招待状を案内している。又、運営推進会議を通して、認知症の方々との向き合い方や介護技術などの話し合いを行っている。法人ホームページでもホームの在り方等も発信している(本年度は招待を一部制限しているが、会議は感染状況をみながら開催しており、その旨案内を配りご理解と情報共有に努めている)。		
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、第3水曜日にホームで開催している。自治会長様・民生委員様・家族代表様・地域包括支援センターの方に参加頂き、認知症介護の話・ホームでの行事開催等を話し合っている。ホームに対する意見などもあり、ホーム運営に役立っている(コロナの感染状況をみながら開催中。)	運営推進会議に参加している地域の方から、入居前の様子を聞くことができたり、現在の様子を聞かれたりと入居後も運営推進会議を通して繋がりが持つことができている。運営推進会議の議事録はファイリングされ玄関に置いてあり、家族なども閲覧できるようになっている。	運営推進会議では、委員と活発に意見交換や情報交換がなされているが、参加していない家族は来所時に各自で議事録を閲覧することになっている。運営推進会議の意義を理解してもらうため、議事録という形にこだわらず、会議内容が伝わるような工夫をすることに期待したい。
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	介護保険法の改定やサービス実績等で疑問等がある際は、市の担当者の方に連絡・質問し、説明等を受け協力関係を築いている。又、地域包括支援センター様とも普段より交流したり、市の支援事業『オレンジ倶楽部』にも地区の公民館で開催ある時は参加したりし、情報交換をさせて頂いている。	市が認知症介護家族支援事業として「オレンジ倶楽部」を開催し、料理などの活動、個別相談、歌や体操を行っている。事業所のある地域で開催されるときには、参加し情報交換を行っている。	
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	契約時に身体拘束を行わない事を説明している。防犯上玄関は常時施錠しているが、内側からは開錠出来るようになっている。利用者様の居室の戸は内側から施錠でき本人に任せている。ミーティングで身体拘束についての研修会を行い理解を深めている。又、日頃の支援方法が身体拘束になっていないか確認している。	契約時に「身体拘束等適正化のための指針」を基に身体拘束を行わないことを説明している。ミーティング時に、身体拘束廃止委員会も開催し、2か月に一度虐待防止も含め勉強会を行っている。	

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
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	ミーティングで虐待についての研修会を行い理解を深めている。普段より利用者様に対しての対応方法が虐待に該当しないか適宜話し合いを行っている。		
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	ミーティングで権利擁護についての研修会を行い理解を深めている。皆で意識統一を図り利用者様に関わっている。利用者様で成年後見制度を利用されている方がおられ支援を行っている。又、必要に応じ後見人の方とも連絡を図り情報共有に努めている。		
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	契約前には出来る限りホームへ来所頂き、雰囲気や環境・設備等を見学して頂いている。契約時には書面で御説明をさせて頂き、本人様や御家族様の質問や疑問・不安などにも、その都度御説明しお答えしている。又、解約についても、契約時やその必要(入院等による身体状態の変化時等)に応じて御説明・御理解頂いている。		
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	親睦会等のホーム行事でご家族様を招待し、直接、意見等を拝聴する機会を設けている。それを行事の反省会で共有し次年度等に活かせるように努めている。又、玄関に意見箱を設置し匿名でも意見投稿出来るような環境を整備している。	コロナ禍で中止になっていた親睦会を今年度は9月に開催し、「おわら」「こきりこ」などの踊りや歌を家族と一緒に観て楽しむことができた。その後家族にアンケートを取り、今後の行事や活動に活かす取り組みをおこなっている。	
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	年2回(6月・12月)の面談を実施している(他にも必要に応じ開催)。それを通じて、職員の意見や提案等を拝聴している。そこで得た意見や提案は検討し、ミーティングや申し送りで書面・口頭にて回答させて頂いている。	人事考課を年2回行い、エリアマネージャーや施設長、管理者が面談を行っている。職員からの要望には基本管理者が判断しているが、ホーム長の判断が必要と思われる案件に対しては、ホーム長と相談し、要望を取り入れるようにしている。	
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	年2回の面談を実施しているなかで、給与水準の説明・労働時間の見直し・個々の目標確認等を行っている。又、年の初めのミーティングでは職員各々に1年間の目標を設定してもらう機会を設け、向上心をもって働いて頂けるように努めている。		
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	ホーム内研修や法人内研修を適宜開催・参加できる機会を確保し、業務向上に努めている。又、新入職員の教育には、担当者を中心に行っている。法人として実務者研修・喀痰吸引研修の研修機関登録をしており、ホーム職員も働きながら受講できる環境を作っている。その他、介護福祉士や介護支援専門員等試験対策講座も開催している。		

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	地域ケア会議や介護部会等の場に出席させて頂き交流を図っている。又、法人内でも1年を通して介護保険や介護技術の研修会を行っており、同業者と共に勉強し交流する機会を活かし、サービスの向上に努めている。		
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	サービス導入時には、不安・困り事・要望等を早急に把握出来るよう関わりを重視している。職員から話しかける等、利用者様が安心して話しやすいような関係を築けるよう心掛けている。		
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	サービス導入時には、利用者様やご家族様の思いや困っている事・要望等に耳を傾け、それに基づいた計画に沿って支援していく旨の説明を行い同意を求めている。些細な事でも相談して頂けるよう、受け身の態勢で話しやすい雰囲気を中心掛けている。		
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	サービス導入時には、利用者様・ご家族様・以前利用のサービス事業所から希望・ニーズを得て、必要としているサービスを支援計画に反映している。サービス導入後も常時モニタリングを行い、希望・ニーズを確認している。		
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	暮らしを共にするという意識のもとで、家事(洗濯物たたみ・食器拭き等)を分担して行って頂いている。その他の事においても一方的にならないように生きがいや楽しみを感じて頂けるように努めている。また、お互い尊重しあえる関係に努めている。		
19		○本人と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	ご本人の思いはもちろんご家族様の思いも理解しながらサービスを提供している。そこではお互いの情報(ご家族様と施設側)を共有し、サービス計画書に沿った支援を提供している。ご家族様との関係を構築しながら利用者様を支えていくように努めている。		
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	コロナも落ち着き少しずつ外部との接触を可能な限りで対応している。感染状況を考慮しながらご家族様との面会や日々のドライブ等を再開し、少しずつ外部との交わりを始めている。地域や馴染みの方々との交流が再開出来るよう工夫に努めている。	コロナ禍も落ち着き、受診の際家族と一緒に外食をするなど、馴染みの関係継続の支援に努めている。事業所からは稲葉山や二上山、庄川へ夜の花火など、地元の馴染みの場所へドライブをしている。	

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
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	利用者様同士では一部仲が良い関係の方は見られるものの、全体的には個別感が強い面も見られ、レクリエーションを通じて団体的にしたり、一人一人声掛けしたりする事で、年齢・性格等の違いで難しさはあるが、利用者様同士が関り合えるような共通した事柄を意識したコミュニケーションに努めている。		
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	体調不良等により入院された場合は、退院に向けての調整を病院担当者と連絡をとり御利用再開にあたっての支援等を行っている。サービス移行の場合では、次の事業者へ情報提供をし、不安等の相談や支援に努めスムーズに移行できるようにしている。		
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	利用者様との会話からご本人が持っている思いや希望をくみ取り、実現出来るよう取り組んでいる。その際には申し送りやミーティングを通じて職員間で情報を共有し、意識統一を図り支援している。又、その思いや意向等に変化があれば、個人記録等に記入し検討出来るように努めている。	本人の希望する暮らしができるように、家族や本人から聞き取り、法人独自のアセスメントシートに考察も含めて入力し支援に活かしている。小さなことでも、普段の会話から利用者や家族の思いが感じられたときは、介護記録タブレットに会話内容を入力し職員全員が利用者一人ひとりの思いや意向を把握している。	
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	これまでの暮らしや生活歴などご家族様の情報やアセスメントシート等で情報を把握し、なるべく自宅での生活環境に近い状態で生活できるように馴染みの家具等も持参して頂き安心出来る生活環境作りを心掛けている。		
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	日々の様子(日中・夜間含め)をよく観察し、日々の申し送りや記録にて確認している。職員間でもコンセンサスを図る事に努めている。又、必要に応じセンター方式等も使用しながら、職員間の意識統一を図り利用者様が安心して過ごせるように努め支援している。		
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	利用者様やご家族様の意向を確認したり、個々の思いも大切にしたりし、その希望する生活に向けた支援計画を作成している。又、利用者様各々に担当職員を設定し、定期的なモニタリングを行っている。必要に応じ医療機関や訪問看護ステーションとも情報共有を図り、そこで得た評価や意向を支援計画に反映している。	職員は2～3名の利用者を担当し、3～4か月に1度、ミーティング時に他職員の意見、情報をもらいながらモニタリングを行っている。訪問看護の看護師からも訪問時に様子をタブレットに入力してもらい、それらも参考に計画作成担当者が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	個人記録やライフチャート等を通して、その利用者様の変化に気づけるよう話し合ったり情報共有を図ったりしている。又、定期的なミーティングやモニタリングを行い介護支援計画を見直し活かしている。		
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	利用者様のご希望となるものは可能な限り応じられるよう心掛けている。又、体調変化の際には利用者様やご家族様と相談し、病院送迎や受診調整等の支援も行っている。		
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	コロナは落ち着いてきたが、地域の学校や保育園との交流を互いに自粛している。職員と近所のコンビニへ買い物に出掛けたりする機会を設けている。又、利用者様の中には理美容を地域の最寄りの店へ行かれる方もおられ、個々の希望する生活を支援している。		
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	利用者様やご家族様のご希望のかかりつけ医に受診して頂いている。そのかかりつけ医の指示のもと治療が受けられるように職員間で情報共有と確認を行っている。又、2週間に1度ほどの頻度で居宅療養管理指導にも入って頂いている利用者様もおられる。	入所前からのかかりつけ医継続の方が多いが、協力医に変更されても家族付き添いで受診する方もいる。家族が付き添うことから、家族との繋がりも継続にもなっている。受診の際には必要に応じて、「情報提供書」を家族に預けている。往診の際は往診前に協力医へFaxで情報提供している。	
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	利用者様の体調変化や怪我等の対応にあたり、提携している訪問看護ステーションの看護師に報告・相談し情報共有・連携を行っている。状態によっては、かかりつけ医への受診送迎や情報共有を行い、適切な治療が受けられるよう支援している。		
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。	入院時には情報提供書や電話連絡等で医療関係者・地域連携室と情報交換や相談に努めている。退院前にはカンファレンスを通し、利用者様が安心してサービス利用の再開ができるよう支援している。又、かかりつけ医とも情報共有し治療の継続ができるように支援している。		
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	利用者様の重度化した場合や終末期に対する説明は、契約時に行っている。その対応をする際はマニュアルをもとに対応し、最後をホームで迎えたいとの意向があればご家族様やホーム・かかりつけ医などで十分な話し合いを進め、系列他事業所とも情報交換している。	医師の判断に基づき、看取りを事業所で行う場合は、「重度化対応、終末期ケア対応指針」に基づき、家族に説明を行い、看取り介護について、同意書に署名捺印をもらっている。	

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
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は、速やかに医療機関やご家族様に連絡をしている。状況によっては、救急車を要請することもある。普段より、事故報告書やヒヤリハットを記入し、再発防止に努めている。急変時の対応策についての研修も行っている。		
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回避難訓練を行い、日中帯と夜間帯をなるべく交互に想定し実施している。訓練は利用者様にも参加頂くことで有事時に備えている。地域の防災訓練にも参加し、協力体制や連絡体制を確認できるように、自治会長様とも情報交換している。又、備蓄品一覧を掲示し全職員が把握し有事時に持ち出せるようにしている。	事業所の場所はハザードマップ上では薄いピンク色になっているが、近くを流れる小矢部川が蛇行しているため、リスクは少ないと考えられている。しかし、災害時の状況によって避難場所は異なるため、避難が必要な時は管理者などが避難場所へ早急に確認し、根拠に基づいた避難ができるよう対応している。管理者は防災士の資格を取得し、他の職員にも資格取得を促している。	
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	利用者様のお名前は必ず姓で呼ぶよう心掛けている。居室やトイレ等に入る際は、ノックを行うように心掛けている。又、トイレ時は周りの方々に分からないように近くまで行き声掛けするように努めている。排泄後の確認が必要な場合もさりげない行動に努めている。	活動や食事の嗜好など常に自己決定を促す言葉かけを職員全員が心がけている。フロアリーダーがケアに対して気になることや気づいたことがあればフロア日誌に書いて注意喚起や促しを行っている。	
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	利用者様とのコミュニケーションを良く図り、信頼関係を築けるように努め、本人が希望する事を実行できるよう職員同士相談し支援している。又、利用者様の思いや希望の判断に時間を要す際は、職員から提案しそれを引き出せるよう工夫している。		
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	利用者様にレクリエーションや日課を選んで頂き希望にあった過ごし方を提供している。利用者様各々の生活パターン等を把握し尊重した生活を支援している。レクリエーション活動等は、利用者様の体調等も考慮しながら提供している。		
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	更衣の際は天候やその日の温度を考え、利用者様と一緒にタンズから着替えを選んで頂くよう配慮している。又、朝は、さりげなく整容の声を掛けたり支援をしたりしている。		

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
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	盛り付け等目でも楽しめるよう心掛けている。月に1度手作り昼食や季節に合わせた手作りおやつ等も企画している。又、ホームの畑で収穫した野菜も使用し季節感を感じて頂いている。食器の片付け等も手伝って頂いている。	副食などは基本外部事業者に発注をしているが、2か月に一度くらいの割合で外食や「パン旅」を楽しんでもらっている。畑で収穫したサツマイモなどで手作りおやつを作ったり、ジャガイモや大根などみそ汁の具にしたりと、収穫の楽しみが食事の楽しみに繋がっている。	
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	利用者様の各々の食事形態を考えて提供している。お茶についてはポットをフロアに出し、いつでも飲めるように配慮している。摂取量の少ない方には声掛けし摂取して頂けるように努めている。		
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	毎食後の口腔ケアの際、ご自身で出来る方には見守り・声掛けをし、出来ない方には介助・支援をしている。義歯を使っておられる方には外してもらい消毒・洗浄をしている。		
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	トイレで排泄出来る方は時間を見て声掛けや見守りを行っている。排泄チェック表を付けることで利用者様の排泄状況を職員間で共有している。又、ミーティング等通して一人ひとりの支援方法の確認・再検討を行っている。	テープ止めおむつを利用している方が1名で他はトイレでの排泄を行っている。視力をほとんど失った方も携帯用のナースコールを使用し、夜間もトイレで排泄してもらっている。また、要介護5の方でもトイレ誘導するなど、適切な排泄介護を行っている。	
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	利用者様に合った下剤をかかりつけ医より預かっており、訪問看護師・介護士連携のもと下剤をコントロールしている。又、牛乳等本人の嗜好品を提供し便秘の改善に努めている。		
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	利用者様の体調を見ながら週に2～3回入浴して頂いている。希望に沿いながら柔軟に対応しシャワー浴も取り入れている。入浴剤も入れ香りや色も楽しんで頂いている。	浴槽に入ることにとどまらず、家族からの情報や本人の希望を踏まえて、シャワー浴のみで対応することもあり、入浴が苦痛にならないように配慮している。また、入浴剤を使用することで、香りや色を楽しみにしている利用者もいる。	
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	居室の室温・照明は安眠出来るように調整して支援している。一人ひとりの体調や生活リズムを把握し休息して頂いている。		

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
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	利用者様が服薬されるのを傍で見守り服薬確認している。又、誰が見ても分かるように利用者の服用している薬を一覧表にしている。体調の変化に応じてかかりつけ医やご家族様に相談し指示を仰ぎ対応している。		
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	利用者様の好みに合わせて塗り絵・パズル・脳トレプリント・歌・本等を提供している。昼食前の体操や午後のレクリエーション、誕生会やその月のイベント・行事に参加して頂き楽しんで気分転換を図っている。		
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	天気の良い日には利用者様の体調をみながら近所を散歩し、草・花や風を感じてもらい気分転換を図っている。季節に応じたドライブへのお出かけ等を企画して楽しんで頂けるように努めている。又、ジョイフルやサガミやささら屋等に出掛け、好みの物を召し上がって頂く機会を提供している。	「パン旅」として、事前に利用者希望のパンを予約し、パン屋で購入後ドライブをしながら車内でパンを食べるという外出をしている。利用者にも好評で楽しみにしている。また、今後家族や利用者の希望で、家族とともに銭湯や外食など、家族と協力しながら出かけられるように検討中である。	
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	利用者様やご家族様の理解のもと金銭をお預かりしている。利用者様が必要な物(衣服・カット代)等に使用している。又、個人が楽しめる事(ドライブ先での食事や近くのお店での買い物等)にも使用出来るよう、本人の意思につながる支援が出来るよう工夫を図っている。		
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	可能な方にはオンライン(テレビ電話)を活用し積極的にご家族様にも発信している。また年賀状も送るだけではなく受け取る側(施設から利用者へ)にもなってもらい、正月の風習を味わって頂いている。ご家族様等との接触が全くないという状態にはならないよう支援している。		
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	季節を感じて頂けるようにフロアにその月の壁画を飾り、四季を感じて頂けるように努めている。テレビの前にソファを配置し皆でゆったりくつろいで頂ける工夫をしている。又、利用者様の思いを確認しながら相性も考慮し座席の配置に努めている。	フロアには、テーブルの他にゆったりと座れるソファが置いてある。また、小規模多機能居宅介護事業所の利用者と交流できるように、各事業所の間に畳スペースが設けられており、普段は引き戸で仕切られ、必要に応じて開閉できるようになっている。	

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
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	フロアにテレビ・ソファを配置し、利用者様同士の交流の場になっている。交流が苦手な利用者様に対してもテーブル席等でそれぞれ思い思いに過ごして頂いている。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	ご家族様のご協力のもと居室には馴染みの家具やテレビを持参し使って頂いている。配置も工夫し過ごしやすい生活感が出るようにしている。	備え付けのベッドとエアコンの他に利用者の馴染みの物や希望を取り入れたものが置いてある。居室のレイアウトは家族と利用者、もしくは職員と一緒に考え、利用者の希望に沿った居心地の良い居室となっている。また、必要に応じて携帯用のナースコールが置いてあり、安心して暮らせる配慮もなされている。	
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	フロア・トイレ・浴室・居室等に手摺が設置しており、安全確保と自立した生活が送れるよう配慮している。夜間は足元灯の設置やバリアフリーで移動しやすい環境になっている。トイレはトイレと貼り紙や矢印を付け分かりやすくなっている。		

2 目標達成計画

事業所名 ケアホーム国吉あいの風

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	4	運営推進会議に参加している地域の方から、入居前の様子を聞くことが出来たり、現在の様子を聞かれたりと入居後も運営推進会議を通して繋がりを持つことが出来ている。参加していないご家族様は来所時に各自で玄関に置いてある議事録を閲覧することになっている。運営推進会議の意義を理解してもらうため、議事録という形にこだわらず、会議内容が伝わるような工夫がされていない。	運営推進会議の議事録を、ご家族様に郵送し意義を理解してもらう。	次の運営推進会議後から議事録等の資料を、請求書送付時に間に合うように一緒に郵送する。	2～3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合った
		○ ③市区町村へ評価結果を提出し、現場の状況を話合った
		○ 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()