

## 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	1690100944
法人名	アイムケア株式会社
事業所名	ケアホーム春らんまん五福
所在地	富山市五福5993-1
自己評価作成日	令和 7 年 8 月 1 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9月30日	評価結果市町村受理日	令和7年10月23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)	<input type="radio"/> 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、信頼関係ができる。 (参考項目 : 9, 10, 19)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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. ほとんどない	66 職員は、活き活きと働けている。 (参考項目 : 11, 12)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどない	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。	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 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. ほとんどない
62 利用者は、その時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)	<input type="radio"/> 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. ほとんどない		

### 【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）】

職員間のチームワークを大切に、職員一人ひとりが働きがいがあり充実感を得られ、居心地の良い場所と感じて頂ける職場になるよう努めています。  
利用者様が充実した日々を過ごせるような取り組みを実践している。お一人おひとりに合わせた機能訓練を実施しており、歩行トレーニングロボットの活用により、下肢筋力の低下や認知機能の低下を防ぐよう取り組んでいます。また、利用者様が一体感を味わえるよう、団体で出来るレクを取り入れる等、その時その時の状況にあわせて活動しています。  
ご家族様に安心して頂く為、タブレットの無料通話アプリの活用も含め、こまめにご家族と連絡を取り、定期的に写真入りのお便りを発行しています。加えて、気軽に話合える関係性を築き信頼関係を大切にしています。

### 【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）】

事業所は閑静な住宅の一角に位置し、周辺には桜並木があり自然豊かな立地となっている。事業所理念『一人ひとりの今までのあゆみを大切に 一人一人の現在 この時 この瞬間に寄り添います』を基に、利用者がその人らしく生活できるよう職員は思いやりを持って関わっている。歩行低下予防に拘り、事業所内では利用者が職員とともに生き生きと家族のように生活し、働く職員は、チームワークよく利用者とも自然体で関わっている。また、家族や地域住民とも積極的に関わり信頼関係構築に努めている。今後も利用者、家族、地域住民とも良好な関係を継続できるよう、行事への相互参加など、工夫しながら取り組んでいく予定である。

## 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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	玄関とフロア、休憩室に理念を提示しており、職員全員が把握している。また、理念に沿った介護を心掛け、介護計画に沿って実践している。	事業所の理念である『一人ひとりの今までの歩みを大切に』は玄関・フロア・休憩室に掲示されている。また、パンフレットやHPにも掲載し外部発信にも努めている。入居時には馴染みの場所や嗜好、生活習慣を聞き取り、介護計画に取り入れケアに活かしている。	
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	地域の行事に参加させて頂いており、事業所のイベントには地域の方々も参加してくださる。地域防災会議にも参加しており、地域に溶け込んだ事業所を心掛けている。	事業所の活動を掲載した『ニュースレター』を年4回発行し地域に配っている。地域の回覧板を活用し、地域の神社のお祭りや、左義長に利用者と職員が出かけたり、地域の獅子舞や神輿が事業所を訪れたりと積極的に交流を図っている。また、職員が地域の防災会議に参加したり、地域の認知症の勉強会にも参加し協力している。	
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	神明五福地域包括、神明地区の事業所と共に、「オレンジカフェ」を開催し認知症の方や認知症を抱えたご家族が安心して過ごせる地域作りに努めている。		
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	ご家族様や町内会長、民生委員、老人会長、地域包括センターの方に参加して頂き利用者さまの状況や活動報告、活動予定、事故、ヒヤリ報告をし、意見交換を行い、サービス向上に努めている。	2か月に1回、対面で開催している。家族には全員に参加を促し広く招集を図っている。会議メンバーとは災害や事故など情報交換を行い、提案や助言をもらうなど有意義な時間となっている。会議時には玄関から2つのユニットを通り、会場まで案内するなど事業所を見て雰囲気を感じもらえるように工夫している。	
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	運営推進会議、地域の研修会、オレンジカフェ等で地域包括支援センターと連携を図っている。また、分からぬことや不安なことは行政にお聞きし、ご指導頂いている。	運営推進会議や普段の業務等で、地域包括支援センターと関わり連携を図っている。地域包括支援センターと共同で認知症について行事を開催したり、事業所にある認知症関連の問い合わせを共有するなど関係を築いている。	
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	身体拘束委員会を設置し、定期的に研修する事で身体拘束をしないケアに取り組んでおり、身体拘束ゼロに向けた意識のもと、支援している。職員同士で、利用者様との関り方が上手な職員を見習う等、他職員の良い行動を認め合う関係性が築けてきた。	身体拘束の指針を基に日々の支援にあたっている。また、定期的に指針の見直しを行い改善を図っている。身体拘束は行っていないが、対応困難な場合の対処法などチームで検討し取り組んでいる。研修後は職員にアンケートをとり現状の理解と意識の統一に努めている。	

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
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注意を払い、防止に努めている	虐待防止、権利擁護の為、情報交換や話し合いをして防止に努めている。法人全体で職員アンケートを実施し、職員との面談や、職員間での振り返り、話し合いを行うなど、法人全体で情報共有を行い、質の向上に努めている。		
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	必要に応じて成年後見制度の活用に対し支援を行っている。管理者や職員は今後も制度を学ぶ機会を設け、必要な利用者様に適切に提案出来るようにしたい。		
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	入所契約時、契約書、重要事項説明を行い、十分に理解や納得をされたうえで、ご家族様の同意のもと、署名、捺印を頂いている。		
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	意見箱を設置しているがご意見書が入ることはなく、ご家族には気になる事があれば些細な事でも伝えて頂くようお願いしている。また、こまめにご家族と連絡を取り合い、ご意見やご要望をお聞きしている。頂いたご意見やご要望は速やかに職員で共有し、対応している。	家族とは日頃より面会時の対話や、電話連絡、メッセンジャーアプリ等でつながり意見交換を図っている。また、オレンジカフェでも認知症家族の立場から率直な意見を聞く機会を設けている。利用者からの日々の意見には早急に応えるよう取り組んでいる。	
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	日常的コミュニケーションを大切にし、ケア会議、面談、日頃の業務の中でも、意見や提案、要望を頂き、業務、運営改善等に心がけるよう努めている。職員との面談を定期的に行い、職員の意見を聞いている。	職員とは定期的に開催のケア会議や、業務の合間に意見交換を行い、日々の運営に活かしている。また、職員の働き方(勤務時間や有休取得など)についても聞き取っている。個人面談も実施し率直な意見を求めている。	
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くよう職場環境・条件の整備に努めている	職員の経験等を考慮し、勤務時間や人員配置、雇用条件を配慮したり、希望休、有給取得できる、働きやすい環境が整えられている。向上心、やりがいが持てるよう研修参加も積極的に行っている。		
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	外部研修には、できる限り多くの職員に参加してもらいたいと考えており、職員に適切な研修を管理者から勧めたり、職員の希望も考慮している。内部研修では参加できなかった職員にも資料を渡し、意見を聞いている。		

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
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	職員が同業者と交流できる機会を設けると共に、外部研修などで交流の機会を通じ、意見情報交換を行い、サービスの向上に努めている。		
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入所前に本人様や家族様と面談をさせて頂いて、生活状況、身体のご様子、歴史を伺い、安心して生活して頂くには、どのような対応をすべきか検討し、全職員で情報共有を行い、統一した対応をすることで本人やご家族に安心して頂けるよう努めている。		
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	ご家族様が不安に感じている事柄に対しては丁寧にお話を伺い、不安や要望がどこまで改善できそうなのか、どのように対応していくのか等、十分に話合いを重ね、解決に向けて一緒に考えている。実践後はこまめに状況報告を行い、都度、話し合いを行っている。		
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」まで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	本人様、家族様と面談を重ね、可能であれば、見学して頂いたり、これまでのご様子についても丁寧に聞き取りを行い、適切なアセスメントを行うよう努力している。		
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ける、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	利用者様が出来る範囲内で、お手伝いをお願いし、労いや感謝の言葉を忘れず、支えあう関係を築けるよう努めている。		
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ける、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	ご家族様と状情報交換を密にして、一緒に支えていけるよう配慮しており、本人と家族の絆を大切にしている。		
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	本人とのなじみの関係が途切れない支援ができるよう心かけている。ご家族以外にもご友人や親戚の方々が多く面会に来てくださっている。	外出や外泊、面会など、馴染みの人や場との交流に制限はかけず支援している。利用者の家族が事業所でフラメンコやギター演奏を披露したり、利用者の100歳の祝いに親戚家族が来所したり、また、家族以外の友人や知人も面会に訪れたりしている。家族には事業所の様子を掲載した『ニュースレター』を配布し、離れていても身近に感じてもらうよう努めている。	

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
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	利用者の相性を把握し、テーブル席の配置などに気を配っている。また、利用者様全員で同じテーブルを囲んで活動する機会を多く取り入れ、利用者様の関わりを大切にしている。		
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	退所された後も、ご本人やご家族との関係性を大切にしており、退所されたご家族からの連絡があった時は、入所していた時と変わらない対応をしている。		
<b>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</b>				
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	初回アセスメントで馴染みの事柄をお聞きし、これまでの歩みを大切にした生活ができるよう心掛けている。ご本人との対話を大切にし、本人の思いをくみ取るようにしている。 把握が困難な時は、本人の日々の行動、表情、仕草から汲み取るよう努めている。	利用者一人ひとりに担当者が付き積極的に関わっている。利用開始時に利用者の馴染みの場所や生活習慣、嗜好など聞き取り把握している。また、関わりの中で知りゆく思いや意向はケース記録に記載し、申し送りノートで共有、ケア会議で改善に向け検討するよう支援している。	思いや意向が抽出できた際に、確実に記録に残す方法と、その情報を会議等で活用するときに探しやすいよう工夫す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	ご本人やご家族、ケアマネより、これまでの歩みを丁寧に聞き取ることで、これまでの暮らしの把握に努めている。馴染みの関係を継続できるよう努めている。		
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	一人ひとりの生活リズムを把握し、少しの変化を見落とさないよう、心身状態の変化に留意している。また、本人ができたこと、難しかった事等は申し送りノートで共有し、ユニット会議ではチームで話合っている。		
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	利用者様の意見、家族の要望、希望を取り入れ、日中、夜間の状況を把握しながら、利用者毎の担当者を含め、情報収集をして、モニタリングを行っている。利用者様の担当職員を含め、ユニット会議でケアのあり方について話し合い、6か月ごと(変更が必要な場合を除く)に介護計画の見直しを行っている。	利用者一人ひとりに担当者が付き、計画作成担当者とモニタリングを実施している。また、日々の支援内容についてはケア会議で意見交換をするなど広く把握検討している。下肢筋力低下予防に努め、事業所内でも歩行訓練を実施し、近隣の美術館まで歩行するのを全体での目標に設定している。	

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	個別の介護記録の他に、連絡ノートに情報共有事項を記入し、フロア日誌に要約の記録を書き、出勤したら確認してから業務にあたるようにしている。また、気づきシートを活用し細かな気づきや対応の様子なども情報共有し、支援方法の検討や実践に活かしている。		
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、その時に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	利用者の心身の状態の変化に対応するよう心かけており、事務員、管理者、看護師も協力して、その時その時の利用者の状況に合わせて柔軟な対応を心かけている。ご家族への対応も同様、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	どのような地域資源がどのような頻度で必要なのか、アセスメントを通して把握し、地域資源を活用できるよう働きかけを行っている。また、新たな地域資源発掘できるよう常に心かけている。		
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	契約時に協力医の情報を提供し、利用者、家族様の希望を尊重して、かかりつけ医が選択できる。家族の受診同行時には、情報提供を行い、必要時は職員が同行して症状を伝えている。	かかりつけ医、訪問看護ステーションと連携し利用者の健康管理に努めている。急な体調不良などがあれば訪問看護ステーションと連携のもとかかりつけ医の指示を仰ぎ対応している。外来受診の場合も、家族が都合が悪く同行できないときは事業所職員が柔軟に受診対応も行っている。	
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	訪問看護ステーションと密に連携を取り、入居者様の日常における健康管理や急変時に対応できるよう、連携体制を整えている。		
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。	入院時は、本人の情報を必要な限り提供し、安心して入院、治療できるよう連携をとり、入院中においても必要に応じて、医療機関と情報共有を行っている。		
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	入所前に「重度化、終末期指針」に基づいて、事業所でできる事できない事を説明し、理解を得ている。重度化した場合は、本人様、ご家族様、主治医と相談しながら対応している。入院時には、家族、病院と連携を図り、春らんまんでの生活継続を支援している。	指針を基に利用者や家族への説明や支援を実施している。医師から老衰(ターミナル状態)の診断があれば、本人や家族の意向を踏まえ希望があれば看取り支援を実施している。今後は訪問看護と連携し研修も実施し、よりよい体制作りに努めていく予定である。	

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
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ます	症状別緊急マニュアルを作成し、全職員に周知を図っている。迅速な行動を取れるよう日々取り組み、速やかに管理者、医師と連携がとれる体制を整えている。		
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	管理者が防災士の資格を取得。今後、習得した知識や技術を活かし、職員と日頃からの防災意識を高め、研修や訓練を計画している。また、地域の防災に向けた詰合いや訓練にも参加している。	年2回は火災訓練を実施し、水害の訓練では防災士の研修で得た『タイムライン』を取り入れ、実際の災害にどう対応するか細かく書面化し職員で共有している。備蓄は、水、粥、カセットコンロ、携帯トイレ、シートなどを準備している。BCP(業務継続計画)も整備し、訓練を実施し実際の体験をもとに見直しを行っている。	
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	利用者様の意見を尊重し、プライバシーや羞恥心に配慮した支援は職員で意識している。また言葉使いを常に意識し、日々対応している。権利擁護、プライバシー確保の理解を深め、利用者に対する言葉かけで気になることがあると、注意しあったり、上司に報告する習慣がついている。	虐待について職員アンケートを実施し、意識の理解と統一を図っている。また、業務チェックリストを実施し日々のケアを振り返る機会を設けている。新入社員には「利用者にその人らしく過ごしてもらうための研修を実施している。注意するよりも、模範となるような良い支援をした職員をみんなの前で褒めることにより、気持ちよくケアの質の改善が図れるよう努力している。	
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	利用者様の想いや要望を傾聴し、生活のすべての場面で、一方的な問い合わせにならず、利用者で選択できるような働きかけをしている。入浴日は設定しているが気分がのらない時は変更したり、入浴後に着ている衣類は一緒に選んでいる。		
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	利用者様優先とし、本人が望まない、嫌がられる事は無理にせず、本人のペースを大切にした支援を心がけている。日々の活動についても利用者の意向を大切にしている。		
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	定期的に訪問理美容を利用して頂いたり、外出時はもちろん、日常的に、その時にあった洋服を着て頂いて、おしゃれを楽しんでもらっている。季節の衣替えはご家族のご協力を得ている。		

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	利用者様とお買い物に行き、好きなおやつを選んでいただいている。食事は業者から取り寄せた湯煎する食事を提供しているが、旬の食材を意識して取り入れ、炊き込みご飯にしたりと、季節感を味わっていただいたり、おやつ作りを一緒に行い、楽しんでいたりしている。	行事では、赤飯や、栗ご飯、さつまいもご飯を提供している。中庭で収穫した野菜も食事メニューに取り入れている。利用者には、野菜を切ったり、白玉団子をこねたり、盛り付け、食器拭きなど、役割をもってもらっている。	
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	毎日の食事量、水分量の確認をしている。水分量が確保できるよう、お好みの水分を提供したり、時間や量を工夫するなど、水分摂取量には留意している。食事形態は一人ひとりの体調、嚥下状態に合わせ、提供している。		
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	毎食後口腔ケアを実施している。ご自分で口腔ケアを行われる方に関しても、了承を得て定期的に口腔内の状態を把握させて頂いている。又、就寝時は利用者様の義歯をお預かりし、消毒を行っている。加えて、訪問歯科と連携を取り、訪問歯科による検診、必要な方は訪問治療を行っている。		
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	一人ひとりの排泄記録をつけ、排泄パターンを把握し、トイレ誘導や声掛けを行っている。できる限り布パンツの使用やトイレでの排泄ができるよう支援している。	排泄チェック表を活用し、利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、誘導に努めている。トイレでの排泄に拘り支援を行っている。トイレは広く車椅子や歩行器を使用してもスムーズに出入り可能である。体調不良者は居室にポータブルトイレを設置するなど対応している。	
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	毎日、排便状況のチェックを行っている。水分補給や散歩、体操等の運動による自然排便を促している。排便状況を職員に気軽に伝えられる関係性に留意している。		
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	利用者様のペース、要望にできるだけ合わせ入浴を実施している。季節に合わせて柚子を入れたり、入浴剤を使用したり、身体状況が悪い日でも機械浴で入浴して頂いている。また、洗身タオル、シャンプー、トリートメント等、一人ひとりの状況やご希望にあった入浴支援を行っている。	入浴設備は一般個浴と機械浴があり、利用者の希望や身体状況に応じ対応が可能である。入浴へ誘う際は、利用者と一緒に衣類を選ぶなど利用者本位の支援に心掛けている。異性介護者に抵抗がある場合は、同性介助に切り替えるなど配慮している。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	1人ひとりの生活リズムを把握し、本人の意向や生活リズムを大切にしている。日中は心地良く活動して頂くことで昼夜逆転の予防に努めている。		

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
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	処方された薬は服薬ファイルに目を通して、用途や副作用を理解するように職員全体で実施している。受診後、薬の変更があった時は、しばらく本人の様子観察に努めている。また、内服薬については薬剤師と気軽に相談できる体制を整えている。		
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	負担にならない程度に、役割(掃除、洗濯のたたみ、食事の片づけなど)と、楽しみごと(歌、塗り絵、間違い探し、カラオケ、散歩など)を持つよう支援している。編み物の好きな方、数独の好きな方等、その方の趣味や好みを大切にしている。		
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	買い物、近所の散歩、外気浴、ドライブ等、季節に合わせた外出を通じて利用者のQOL向上に努めている。ご家族様と一緒に外食、外出をされている方も多い。	体調や天候に応じ外出支援を実施している。春には神通川の土手の桜並木や、水墨美術館の枝垂桜を楽しんでいる。日常的に事業所周辺を散歩し、美術館、日光浴、河川土手などに出かけている。また、新湊大橋や呉羽山、梨畑に車で出かけることもある。家族とともに温泉旅行に行く利用者もいる。	
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	基本的には、施設で管理しているが、利用者によつては、お金を持つことで安心される方もいるので、自身で小銭程度を管理されている方もいる。		
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	本人が希望する場合や必要時、電話を利用できるよう対応している。また、遠方のご家族様やご友人から電話を頂いた際は、利用者の状況を確認しながら、電話の取次ぎ等が出来るよう対応している。		
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、生活感や季節感を探り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	床、扉、テーブル等落ち着いた色合いのものを配置している。毎日の施設内の掃除、トイレ等の共有スペースの消毒を1日数回実施したり、湿度や温度の管理を行い快適に過ごして頂けるように心がけている。又、利用者と一緒に作成した季節に合った装飾を飾り、四季を感じることができるよう努めている。	玄関には植物や職員が手作りした造花が整然と飾られ、清潔感があり来訪者の心を和ませている。共有空間は広く、歩行器や車椅子を使用してもスムーズに行き来が可能である。外からは明るく光が差し込み、空調で温度湿度も管理されている。壁には季節を感じる装飾品や利用者の作品、行事の写真が整然と飾られ、モダンな雰囲気である。また、クラシック音楽がかかっており落ち着いて過ごすことができる。	

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	気の合う利用者様同士でコミュニケーションをとれるよう座席等を考慮している。カラオケやゲームを楽しんだり、協力してパズルを仕上げる等、利用者様間の関係性が良好に保たれている。		
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	使い慣れた家具や小物等を持参して頂いて、なじみのものに囲まれて過ごせるよう配慮し、自宅居室を参考に、本人様、家族様の意見を取り入れたレイアウトにも配慮し、居心地良く過ごして頂けるようにしている。	居室はベッド、エアコンが完備されている。その他必要な物や馴染みの物が持ちこみ可能であり、家族の写真や、作品、装飾品が飾られ個性がみえる居室となっている。各居室には窓があり、外からは光が差し明るい空間となっている。	
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	建物はバリアフリーとなっており、廊下やトイレ、浴室に手すりを設置したり、安全に移動できるようにしている。場所の表記を行う等の工夫をしている。		

## 2 目標達成計画

事業所名 ケアホーム春らんまん五福

作成日: 令和 7年 10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。

目標が一つも無かつたり、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	23	思いや意向が抽出できた際に、確実に記録に残す方法と、その情報を会議等で活用するときに探しやすいような方法	利用者や家族の思いや意向を伺ったり、利用者の言葉やしぐさで感じられた内容を確実に記録に残し、職員で共有できる方法と、その情報を会議等で活用するときや、振り返る時などに探しやすいような方法を検討する	①日々使っている申し送りノートに「本人・家族の意向や気づき」はマーカーを使い、振り返りやすくする。 ②タブレット入力の際は「支援ボタン」を押し、支援項目で振り返ることができるようにする。 ③本人や家族の思いや意向は職員で共有し、日々の生活に活かせるよう支援する。	①②ユニット会議で職員に図り、その後すぐに実践。 ③ユニット会議で決定後、すぐに実践する。
2					
3					
4					

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	<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う
	<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( )