

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	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	2026/1/29

【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）】

ホームを知ってもらふ機会を大切にして、家族や地域の方も気軽に来所しやすいホーム作りを目指しており、令和7年3月より「立山あいのかぜ通信」を発行し、2か月に1回の頻度で、運営推進会議の際に区長さんに依頼し、近隣の町内に回覧板にて配布して頂いている。事業所での行事やおれんじカフェの周知、写真を載せて活動風景や作品を掲載し、地域とのつながりや関係性を深めることが出来るよう、今後も継続していきたいと考えている。また、ヒトメクを利用し、ご家族様との連絡や、連絡の際に写真を添付し、面会が難しい遠方のご家族様にも安心して生活している様子を伝えている。ご家族様も気軽に返信して下さっており、今後も信頼関係を築いていきたいと考えている。

※ 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8年3月16日	評価結果市町村受理日	令和8年4月8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）】

立山連峰や田園風景が見渡せる自然に恵まれたところに事業所は位置している。利用者退所後の家族や、利用待機者の家族にも相談窓口を広げ、一緒に考えたり、助言したりと親身に対応している。オレんじカフェでも認知症家族の相談に乗るなど、地域に根付いた事業所にしたいと考えている。

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と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	玄関先への掲示や各フロアに掲載したり、あいのかぜ通信に記載し、事業所職員や地域に周知を行っている。新規職員へ理念の説明を行い共有したり、外国人職員にも、スマートフォンの翻訳アプリを使用し、難しい日本語でも理解できるように職員がフォローしている。	事業所開設時に、法人理念に沿った事業所理念「地域に根ざした環境の中で、安心・安全を提供し人格を尊重したその人らしい生活を送れるように支援します」を掲げ、新人研修のときに法人理念と共に伝えている。	理念に基づいた、基本方針または行動指針等理念の具現化を図り、職員が実践、評価が出来ることに期待したい。
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	おれんじサポーターの方からコーラスやオカリナの演奏会の話を受け、今後交流を深めていきたいと考えている。公民館の敬老会に参加したり、子供神輿の来所、回覧板を通じて、地域との繋がりを図っている。	「立山町あいの風」通信を地域に回覧してもらい、事業所の活動を知ってもらう機会を設けている。また、地域での行事を知らせてもらい参加している。春には公民館で行われる花見に参加し、地域の方が作った焼きそばなどを、会話をしながら一緒に食べることが恒例となっている。	
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	みらいぶくつろぎサロンやホームにて、おれんじカフェを開催したり、北部小学校、釜ヶ淵小学校で認知症サポーターの講義を行った。おれんじサポーターの方からコーラスやオカリナ演奏をしていると話され、今後も交流を深めていきたいと考えている。		
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	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。	運営推進会議では、利用者状況・活動報告(行事、地域交流、研修、事故報告等)を行うほか、議題を設けて検討や助言をもらっている。質問に対しては、即答出来ない場合にも、次回の運営推進会議では必ず返答している。	
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	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(行政組合管轄)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。	地域包括支援センターから声をかけてもらい、地域の小学校での認知症サポーター養成講座の協力や、オレンジカフェでの相談を受けたりしている。認定調査に来所した行政の方にケアプランの作り方などを相談することもある。	
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カ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。研修動画から、毎月の法定研修動画を視聴しレポートを提出している。関連した動画も個人で視聴でき、研鑽している。	身体拘束廃止委員会と高齢者虐待防止委員会の担当職員が委員会で議題を決め、職員参加のもとで身体拘束廃止委員会が行われている。また、年に一度アンケート形式で自己チェックも行っている。外部研修に参加した内容は研修報告書で職員間で共有している。身体拘束が止むを得ず必要になった場合の同意書も整備されている。	身体拘束に対して職員の認識に対する実態把握を行うとともに、身体拘束についての理解を深めて行くことに期待したい。
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カ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。研修動画から、毎月の法定研修動画を視聴したり、関連した動画を個人で視聴し研鑽している。		

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
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。外部研修に参加した職員が情報や知識を持ち帰り、ホームの意識向上に寄与している。		
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	面会時や受診時、または電話連絡にて近況報告、意向・要望の確認に努めている。ケアプランの作成の際にもご本人、ご家族の要望をお聞きしたり、相談や不満等があればその都度、医療職と連携しながら意見の反映に努めている。ミーティングや申し送りにてフロアの職員に周知している。	事業所に対しての要望や意見はあまり聞かれないが、利用者に対しての要望や意見があった場合には職員が対応し、申し送りノートで共有している。	
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	ミーティングにて管理者が職員より意見や提案を聞く機会を設け、ホーム長会議にて検討している。部品の破損、除草、記録の電子化導入、利用者の介護負担、利用者の状態の変化等、職員の意見をミーティングにて協議し、情報を共有し、日々の介護サービスに反映している。	日常的に要望や相談がしやすい環境にあり、職務体制や雇用形態等の相談があった場合には、エリアマネージャーに伝えて改善してもらっている。	
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。介護マイスター制度を導入し、やりがいや向上心を持って働けるよう環境整備に努めている。		
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	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。また、研修動画を導入し、個人で空いた時間に気軽に興味・関心のある研修を視聴でき、働きながら自己研鑽する事が出来る仕組みを整備している。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か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。面会時やケアプラン説明時にご家族の要望を伺っている。		
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ヒトメコネクト(通信手段)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。家族代表者が運営推進会議に参加し、意見を交換している。		
20	(8)	○馴染みの人や場所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出来る限り希薄にならないよう感染予防等に十分留意した上で面会、ドライブ、散歩等支援を行っている。面会時やヒトメコネクト(通信手段)、受診時などでご本人の状態をご家族にお伝えしており、関係が途切れないよう努めている。	家族と一緒に馴染みの美容院へ出かけている。また、年賀状が届いたり、利用者が職員と一緒に牛乳パックを再利用して作った年賀状を請求書と一緒に送るなど、馴染みの関係が途切れないような支援に努めている。	
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	行事などで東フロアと西フロア合同で行ったり、おれんじカフェを西フロアで開催し、東フロアの利用者が集まり参加するなど、関わり合える支援を行っている。ミーティングやアセスメントシートなどで各利用者の個性や相性の良い利用者、口論になりやすい利用者などの関係性を把握し、関係性をつないでいる。		

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。退所後も1か月ヒトメク(通信手段)を残し、連絡が出来るような体制を取っている。		
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想いを尊重し、医療職と連携しながらケアの検討を行っている。認定調査の資料や主治医意見書の資料も参考にしながら、本人の生活歴や趣向などを汲み取り、ケアに取り入れている。	利用者の状況変化がない限りは、一年に一度アセスメントの見直しを行っている。介護計画書の見直しの時期には本人の希望を聞き取っている他、日々のケアの中でも思いや意向が確認できた場合は、その都度、介護記録に残している。利用者の状態に応じて表情や行動で汲み取る場合もある。	
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	入所時の引継ぎや、ご家族、ご本人からの聞き取り、認定調査の資料や主治医意見書の資料など各情報を参考に、生活歴などを把握したり、入所前のケアマネジャーやご家族からこれまでのサービス利用の経過を聞き、サービスやレク、日常の過ごし方について検討している。		
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	バイタルチェック表や24時間の介護記録を電子化し、東・西フロアの情報を共有する事が出来、看護師や医療職との情報共有も円滑になった。受診や異常の早期発見・対応につないでいる。排泄や入浴・シーツ交換の表を参考に、ライフチャートも活用し、個別ケアに取り入れている。		
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	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か月～6か月毎に行っている。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。	モニタリングは6か月に一度、各フロアの計画作成担当者が介護記録を参考にしたり、職員から聞き取りをして行っている。介護計画作成時の担当者会議は、家族(参加できない場合は事前に聞き取り)、利用者、看護師、職員が参加して行われている。	
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	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みさ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、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の希望を聞いている。協力医の往診の他、1名かかりつけ医の往診があり、往診前にバイタルや不足の目薬などの希望処方ファックスで伝えている。家族同伴の受診には受診ノートに必要事項を記入し持って行ってもらっている。協力医やかかりつけ医への情報提供を行い連携している。	
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	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。	入居時に「重度化対応に関する指針」を基に説明し同意をもらっている。看取り時期が近くなってきたときには、家族、医師、看護師、ケアマネージャーが相談し、「看取りについての事前確認書」と同意書に家族と事業所が署名捺印している。また、看取りについて職員が不安にならないよう動画で研修をしたり、経験のある職員から助言をもらったりして、不安軽減に努めている。	
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	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回の消防避難訓練のうち、一度は消防署立会いで行われ、助言をもらっている。また、家族緊急連絡網や利用者の状況などが記載された一覧ファイル等が持ち出し袋と共に準備されている他、玄関先に備蓄品も整っている。	

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
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。	命令口調や本人を軽視した言葉がけにならないように留意している。本人の出来ることを奪わないように、出来ること出来ないことを利用者個々の状態や体調に合わせて把握し、支援している。	利用者本位において、主体性の尊重(自己決定)や利用者のニーズ最優先、自立支援、人としての尊厳を持ち安心して生活できるよう支えるという意識を深め、本人の思いや意思を確認しその人らしさや自己決定を促すケアに努めていくことに期待したい。
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、片付け等を一緒に行っている。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、ふりかけ等を一緒に選び買い物を行っている。	外部から調理されたものが届き、湯銭して提供しているが、1ユニットは昼食を手作りしており、利用者は盛り付けや食器洗いの他、畑で収穫した野菜などを利用するときは皮むきなどの手伝いをしている。ドーナツや、ロールケーキの手作りおやつを一緒に作ることもある。	
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	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に、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さが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。	排泄チェックシートで確認しながら、個々に合わせた声掛けをしている。排泄時にはズボンの上げ下げなど、本人の力を奪うことなく、出来ないところを見極めて支援している。	
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	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。	リフト浴やシャワー浴など利用者の身体状況に合わせて、安心して入浴できるようになっている。入浴は職員とマンツーマンで、歌を唄ったりゆっくりコミュニケーションの取れる、楽しい時間となっている。また、バスマットは一人ひとり交換し衛生面にも配慮されている。	
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み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。	散歩に出かけたり、日用品や手作りおやつ等材料を買いに行ったりする他、車で段ボールを一緒に捨てに行ったり、ガソリンを入れに行くなど生活に密着した日常的な外出支援が行われている。	

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
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。	共有空間には大きな窓や天窓から自然光が入り、暖かな雰囲気スペースとなっている。また、テーブルやソファが置いてあっても、車いすや歩行器での移動が安全におこなえる環境となっている。壁には季節の装飾が施されている。	
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	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やっている。	居室にはエアコンやベッドが備え付けとなっており、入り口には手すりも設置してある。壁には自分で作った作品や、楽しかった思い出の写真などが飾られている。また、窓から立山連峰が見える居室もあり、自然を目の当たりにできる居心地の良い居室となっている。	
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	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 8年 4月 7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	<ul style="list-style-type: none"> 理念に基づいた基本方針、行動指針等の理念が共有されていない。 具現化されておらず、職員が実践・評価が出来る仕組みになっていない。 	<ul style="list-style-type: none"> 理念を具現化する。 基本指針・行動指針を示す。 	<ul style="list-style-type: none"> いつでも思い出せるよう、立山あいの風の理念をシンプルにしたものを新しく作る。 目につく所に理念を掲げ、それを基に行動する。 	12ヶ月
2	6	<ul style="list-style-type: none"> 身体拘束に対して職員の認識が甘い。実態把握が出来ていない。 身体拘束についての理解が不足している。 	<ul style="list-style-type: none"> 身体拘束について、学ぶ機会を増やす。 動画だけの研修ではなく、実践に活かせるよう意識付けを行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 新しく委員会のメンバーを構成し、4月から委員会を中心に身体拘束について具体的に活動を行っていく。 動画の研修の資料をもとに、事例に基づいて意見交換する。 	12ヶ月
3	36	<ul style="list-style-type: none"> 利用者本位になっていない。職員目線でケアを行っている。 主体性の尊重や利用者のニーズを優先し、①自立支援、②人としての尊厳、③安心して生活できるよう支えるという意識を深め、本人の思いや意思を確認し、その人らしさや自己決定を促すケアに努める必要がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 利用者がどう思っているかを考えて言葉かけを行う。 一つ一つの声掛け、本人の意思の確認・同意を得る。 ケース記録につなげる。 	<ul style="list-style-type: none"> フロアリーダーを中心に、現場の職員の言葉かけや介助などについて見直しを行う。 介護記録を参照し、振り返りを行う。利用者の気持ちの変化や行動の変化、認知症状の進行などを個人の性格や趣向に合わせ、何気ない一言や、家族さんが面会に来られた時などに本人の気持ちを確かめる。 	12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
			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
			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
			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
			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)
			⑤その他()