

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	1691100117
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射水
所在地	射水市小島21-1
自己評価作成日	令和7年1月13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）】

『心のケアをたいせつに「その人らしい生活」の実現をめざします』の理念のもと、家庭的な環境で利用者一人ひとりの個性を尊重し、穏やかに生活できるように努めています。感染症により制限していた家族との面会や地域との交流も再開しています。季節の行事の企画や、特別食やおやつなども工夫を凝らした物になるようにしています。歩けることが重要との認識で歩行ロボットを導入し、いつまでも歩けるように努めています。
--

※ 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。

基本情報リンク先	
----------	--

【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）】

・『心のケアをたいせつに「その人らしい生活」の実現をめざします』の理念を、具体的な11の行動目標として示している。行動目標に対し、「まずは実践してみよう」と呼び掛けが行われると共に、職員一人ひとりが介護目標（願い）を立て職員間で共有し実践している。 ・歩けることは重要と「歩行ロボット」を導入し、毎日の生活の中で活かしている。歩行不安定だった方の歩行が安定した例もあり、家族も喜んでいいる。 ・地域密着型サービス事業所として、地域との関わりを大切に、住民の方々が気軽に立ち寄っていただける、地域に根差した事業所づくりを行っている。地域の一員として認めていただけるよう地域会議や行事へ積極的に参加し色々提案したりと関りが広がっている。
--

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 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 とのつながりが広がったり深まり、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、活き活きと働けている。 (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	事業所の理念は玄関口と各ユニットに掲示して常に目に入り意識できるようにしている。法人のホームページやパンフレットにも掲載している。事業所として職員の行動目標を掲示し実践している。	理念は、玄関・各ユニットの目につくところに掲示し、ホームページにも掲載している。また、代表と管理者が話し合いを重ね、具体的に理解しやすい「11の行動目標」を作成し、トイレ・休憩室に掲示し「実践してみよう」と呼びかけ、取組んでいる。今後は、職員間で振り返りの機会を設けると共に行動目標の細分化を予定している。		
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	本年度は地域の獅子舞の訪問を受けた。地域での夏祭りやコミュニティセンター祭りのご案内も頂いた。運営推進会議メンバーから手作りの椅子の足カバーを頂き使用している。	地域の春季大祭では獅子舞の訪問があった。また、花と緑の銀行より冬花の球根をいただいたり、地域コミュニティセンターの祭りの案内があり参加している。また、地域会議へ参加し認知症サポーター養成講座開催等の提案をしている。		
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	高齢化している地域の中で事業所としての存在意義を地域の方々と話しあっている。認知症介護で困っている地域の方の相談窓口であったり、地域包括や居宅支援事業所へ繋ぐ入口であったり、気軽に立ち寄れる施設となるように努めている。			
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か月に1度、地域の方々と利用者家族で、行事や事故などについて、職員の研修内容等も報告している。毎回議題を設定し率直なご意見を頂き、運営に役立つようにしている。直近ではメンバーが聞いてみたいということで食事内容について話し合った。	運営推進会議は、2か月毎に自治会長・民生委員・地域住民(老人会)・地域包括支援センター・家族の出席により開催している。利用者状況・空き情報・事故報告・らんまん通信・職員研修等について報告し意見や要望を得ている。会議の参加者から食事内容について質疑があり、メニュー表・行事食・ムース食の対応について話し合った。また、家族から食事料金の質問が出るなど双方向的な意見交換が行われている。		
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	市町村からはメールやFAXで情報や通達、連絡事項を頂いている。介護保険でわからないことや、拘束対応で判断に迷うような事項については、電話や直接市役所に出向き担当者ややり取りを確認している。	市担当課よりFAXやメールで研修開催や制度に関する情報等を常にいただいている。介護保険制度に基づく不明瞭な点については、電話による問い合わせや担当者に直接説明し指導を受けている。		
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	身体拘束防止委員会において3か月に1度委員会を開催し、拘束について話合っている。また、拘束防止の研修を行い、全職員に対して日々拘束防止を意識するようにしている。各ユニットに「身体拘束廃止マニュアル」を置きすぐに確認できるようにしている。家族に同意書を頂いたことはあるが、拘束することはなかった。	管理者が中心となり、身体拘束廃止が困難な事例についての検討や解除した事例の発表等、身体拘束適正化に向けての検討を行っている。特にグレーゾーンについて話し合い、時には市担当者へ相談、確認した後改めて再検討することもある。家族へ状態を説明し同意を得たケースもあったが、拘束することはなかった。	身体拘束適正化への取り組みを本人の思いや意向、心身状態について職員、家族が情報共有を行い、不安や混乱なく安心して過ごせるよう、より具体的な取り組みについて検討し、実践すること期待したい。	

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	虐待についても、研修を行い、些細な言動が虐待に繋がらないか意識するよう注意している。職員同士で注意しあえる環境となるように努めている。身体拘束防止と同様に各ユニットに「マニュアル」を置いて常時確認できるようにしている。		
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	今まで成年後見人制度を利用されている利用者がいなかったため、研修等の機会を見逃してきていたが、今後は入所申し込み時など相談を受ける際にも必要となる可能性が高いと思われる為、積極的に機会を設けるよう努めたい。		
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	契約時には、契約書、重要事項説明書、様々な同意書をすべて読み上げ説明し、その都度わからない部分や疑問点がないか確認するようにしている。利用者や家族には、納得していただいた上で署名押印していただいている。契約後の改訂等に関してもその都度説明し、同意書に署名押印をお願いしている。		
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	玄関にご意見箱を設置して意見しやすいように配慮しているが、投稿はない。来訪時に、ご意見や要望等がないか直接聞くようにしている。意見や要望があれば上司へ報告、職員へは連絡ノートや各種記録にて情報共有するようにしている。	運営推進会議に家族が参加し、制度や利用料金についての意見・質疑の際には詳しく説明し理解を得ている。また、食欲が増し、おいしく食べるために口腔状態の健康が必要となる支援(口腔衛生士による支援)の取組について説明した際は、家族の理解と賛同を得るなど発信された意見や要望を運営に反映する機会がある。	
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	職員からの意見や要望を言いやすい職場環境になるように心がけている。会議等の際には、意見や要望を聞く機会を設けている。意見や要望があった場合はすぐに代表者と話し合うようにしている。	管理者は職員から気軽に相談を受けている。備品や設備等に関する事項については、管理者より代表に伝え即対応している。令和7年度からは、人事考課導入を予定している。また、定期的な個人面談も予定している。	
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	職員それぞれの家庭事情や要望になるべく添えるよう勤務表の作成に留意し、有給休暇の取得も本人の希望に沿うようにしている。資格取得の奨励や研修への参加も推進している。		
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	研修の年間計画を作成し計画に基づき研修を事業所内で開催している。参加が困難な場合も資料を全員に配布して議事録なども回覧している。社外研修の案内があった場合は周知し参加を促すようにしている。		

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
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	弊社で別地区にグループホームを運営しているため、管理者以外の職員も相互訪問しケアプラン作成の意見交換や各事業所の問題解決に取り組むようにしている。またグループホーム連絡協議会などの研修参加でネットワークを作るようにしている。		
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	環境の変化による不安感やストレスに配慮し、本人の言動を傾聴し理解するよう努めている。心のケアになるよう寄り添い、すこしでも早く信頼関係が構築できるように努めている。		
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	申し込み時には、家族の困りごとや不安な気持ちを聞き取り、相談を受け入れている。また、要望等にもできることやできない事を説明し理解して頂き、場合によっては他サービスの説明もして選択できるようにしている。		
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	入居前の面接時に、現状を把握するように心がけている。様々な情報を関係者から聴き取り、ケアプラン作成に役立てている。また本人の意向や家族の要望も事前に聴き取り、ケアプランに反映できるように努めている。		
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	本人の残存能力を見極め、出来ることややりたいことを職員や他の利用者と共に行うことで、孤立することなく共同生活の一員として過ごせるように努めている。		
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	最近では、感染対策しながら、別室にて面会を再開している。また、毎月職員手書きのお手紙を請求書送付時に同封している。行事の写真や、日頃の様子などをらんまん通信として定期的に家族に送付している。個人でのアルバムも作成し、面会時に家族と一緒にみて頂いている。らんまん通信は玄関先にも置いており、持ち帰れるようにしている。		
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	感染対策しながらでの面会再開によって、県外在住の家族の方の面会が徐々に多くなってきている。お孫さんや友人の方なども事前に施設に問い合わせいただき、面会して頂いている。	本人からの要望や希望については、家族と共有し支援につなげている。感染対策が緩和され、外出や外泊を再開し、2名が外泊したり、家族と外食や美容院、お墓参りや法事に出かけたりした。定期的な面会や県外の方の来所もある等、家族や知人との時間を馴染みの場所で楽しめる働きかけがある。	

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
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	利用者同士の個性や状態に配慮し、共同スペースでの席を考えている。利用者間での会話や一緒にレクレーションを行うことで関わり合うように努めている。		
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、ご家族からの相談があれば、対応している。		
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	普段の会話や表情、言動など日々の様子を記録に残しながら気持ちや意向を汲み取り把握できるように努めている。	ケース担当職員が中心となり、センター方式シートC-1-2シートを活用し一人ひとりの日頃の発言や気づきを記録すると共に、計画作成者・管理者が個別に部屋で話す機会を設け思いや意向の把握に務めている。本人への聞き取りが困難な場合は本人本位に検討している。支援経過記録(備考欄)に記録して職員間で共有している。	
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	入居前後に、本人や家族、関わっていたケアマネジャーや関係者から今までの生活ペースなどの情報を伺い、個人の茶碗や箸などを持ってきていただき、これからも馴染みの暮らしが継続できるように支援している。		
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	毎日の様子や心身の有する能力を個々に記録し、申し送りやユニット会議で情報共有している。心身の機能をできる限り維持していけるよう支援している。		
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	チームで定期的にモニタリングやアセスメントを行っており、本人、家族や職員で話し合い、それぞれの意見を反映し現状に即した介護計画を作成している。	ケース担当者が毎月、短期目標のモニタリングやアセスメントを行っている。それらはカンファレンスの場で全職員に説明し共有と検討を行い、結果は介護計画に反映している。また、カンファレンスには本人が出席することもある。	
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	月2回のユニット会議やサービス担当者会議の場で個別にモニタリング内容や評価の結果を職員間で共有し検討して、ケアプランの継続や見直しを行っている。		

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
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	その時々、本人、家族の状況に応じて、安心して生活できるように臨機応変に対応するよう努めている。		
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	地域の行事や催し物などに参加し、住み慣れた地域の中で楽しむことができるように支援している。		
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	主治医は本人及び家族がいままでの主治医の継続か、施設に往診に来て下さる医師が選択決定している。専門医への受診には家族や状態に応じて職員が付き添い、その都度医師に口頭や紙面で情報提供している。	基本的には希望する医療機関を受診している。協力医は月2回の訪問診療の他、24時間対応していただける体制となっており、16名が利用している。事前に病状報告書(バイタル・特記)を医師あてにFAXし、看護師が担当し診療を受けている。医師からは、病状に応じて電話による指示を受け、心身状態に応じ24時間都度連絡している。他専門医へ受診している方もいる。	
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	毎日利用者の状態を朝の申し送り時に報告し、変化や些細なことでも看護師に相談して情報共有と連携維持に努めている。看護師とはオンコールで24時間体制を構築している。		
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。	入院時や入院中は病院関係者と情報交換しながら状態の把握に努めている。退院時には家族、医療関係者、職員と話し合い退院後の生活がスムーズにできるよう支援している。		
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	基本的には看取りを行っていないことを契約時に説明しているが、事業所の「重度化対応・終末期ケア対応指針」に基づき対応している。本人、家族の思いを尊重し、医療関係者、職員とも話し合いながら支援している。	看取りは行わないことを基本として、重度化や終末期ケアの指針を定めている。利用開始時に本人、家族と契約書にて各指針を詳細に説明し確認している。重度化した場合の対応のあり方に関する研修等を行っている。また、本人、家族の思い、意向を尊重した支援ができるよう、医療関係者・管理者・職員・代表と話し合い、方針の統一が行われている。	
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	対応マニュアルを作成しており、各ユニットに置いてすぐに確認できるようにしている。医師や看護師とも連携体制を構築し情報提供して対応できるようにしている。		

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
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	火災訓練は年2回行っており、消防立ち合いの訓練も実施している。BCP計画も作成し、火災訓練後に非常食移動の時間を計り、置き場所の変更等を行った。今後は、運営推進会議時や、行事の時など、家族や地域の方々の参加機会を検討している。	令和6年能登半島地震時の避難経験からBCP(業務継続計画)の机上訓練で「非常食持ち出し運搬」を実施している。結果、非常食保管場所の変更をするなど実践的な災害対策の構築がある。また、有事の際に地域の協力を得る体制作りの方策として、運営推進会議開催時に避難訓練を実施することを予定している。	
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	利用者一人ひとりの尊厳を尊重し、権利擁護へも配慮した声掛けを行うようにしている。自室や排泄、入浴時などプライバシーを損ねないように対応している。	日常生活の中で、特に入浴や排泄時において一人ひとりの誇りの尊重やプライバシー確保の徹底を図っている。また、利用者の居室へ訪問する際にノックと声掛けを行うことや、広報誌掲載時の個人情報への留意について入居時に確認するなど、さりげない言葉かけや対応をしている。	
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	生活全般で介護者主導にならないように、本人の思いや希望を汲み取るように努めている。衣類なども選択していただくようにしている。		
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	利用者一人ひとりのペースを大切にして、休みたい時には自室で自由にやすめるようにしており、座席で傾眠されていても本人に確認しそのままを希望されれば、転倒などがないように見守っている。		
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	朝の起床時や入浴後などには整髪や髭剃りなど支援している。また、髪染めやカットなども弊社理容部門の専門員が行い、希望に添えるようにしている。		
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	ケータリング形式の食事を提供しているが、職員が献立を変更し、調理する日も設けている。おやつや飲み物も希望に添えるように工夫している。利用者と共に準備し、食事をとり、後片付けをしている。	高血圧・糖尿病等は主治医に相談し、本人・家族と共有・確認し食事を提供している。手作りおやつの日を設け、「作る」「食べる」喜びとなるように支援している。希望のあったメニューは記録し、次回提供できるようにしている。職員も同じ食事を利用者と一緒に食べており、行事開催の際は、家族も一緒に食事を楽しめるよう支援している。利用者は日頃から皿拭き等、できることに参加している。	

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
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	食事の栄養は計算されたものを提供しており、食事量と水分量は記録している。食事形態もその人の嚥下機能を考慮したものを提供している。		
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	毎食後その人の状態に合わせて、歯ブラシやスポンジを使用して口腔ケアを行っている。		
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	利用者個々の排泄パターンを記録し、把握するようにしている。なるべくトイレにて排泄出来るようにしており、時間での声掛けや夜間でも誘導して排泄の自立にむけて努めている。	自立を促すため、トイレで排泄ができるよう、排泄リズムを記録し誘導を行っている。バナナや乳製品の提供、定期的なラジオ体操・歩行訓練を行い自然排便となるようにしている。便秘時は、看護師が主治医に相談し内服薬などで排便調整をしている。	
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	水分摂取量の確認や体操、施設内での軽運動を働きかけている。医療とも連携し排便コントロールするように努めている。		
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	基本的に入浴は午前中となっているが、本人の希望や体調により入浴日の変更や順番調整を行っている。	入浴剤を使用し週2回以上の入浴ができるように対応し、入浴を拒否された際においても強制せず、本人の希望や意向を確認し個別の対応でゆっくりと入浴している。	
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	本人の意思やその時の体調や様子観察から休息を促す声掛けをしている。自室の空調温度の調整もその都度本人に確認しながら調整している。		
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	利用者の最新薬剤情報をユニット内で確認できるようにしており、変化がみられた場合はすぐに看護師に相談している。		

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
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	本人の出来ること(茶碗拭きや洗濯物たたみなど)をお願いしている。飲み物なども好きな物を提供できるように準備している。誕生会や季節の行事なども計画し開催している。		
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	天気の良い日は窓際で日向ぼっこをしたり近所を散歩したりしている。桜や紅葉時期にはドライブを計画し季節を感じられるように努めている。	天候に合わせて、戸外を散歩したり場所を替えて日向ぼっこをしたりしている。春には富山市水墨美術館のしだれ桜を見たいと希望され、お花見に出かけたりした。家族と外出し外食する方もいる。おやつや行事食の買い物に近くのスーパーに出かけることもある。	
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	物盗られ妄想や紛失によるトラブルを懸念して家族の同意のもと本人管理ではなく、事務所で管理させて頂いている。必要な物があれば、職員と一緒に買い物に行くようにしている。		
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	本人が希望すれば、電話を取り次ぐことで会話して頂いている。施設に本人宛てに届いた手紙は直接ご本人に渡して頂いている。		
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	共有空間を利用者全員が安心して居れるように、空調や明るさに注意して、清潔であるように清掃している。	白を基調とした事業所内は、掃除、温度管理、照明調整、整理整頓が行き届き清潔感のある空間となっている。各ユニットのリビングの大窓は開放感があり、また、テレビ前にソファ等を設置しゆっくりと過ごせる場が準備され、居心地の良い空間となるよう工夫されている。	
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	共有空間においてもそれぞれが思い思いに過ごせるように配慮している。気の合う人が隣接するように座席位置を考えている。		
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	ベット位置や利用者の荷物位置などは手にしやすいように配置し、写真や馴染みのものも持ち込んでいただいている。	テレビや馴染みの物、思い出の写真などが置かれ、ゆっくりと時間を過ごせる居室環境となっている。一人ひとりの心身機能に応じてベッドを含む環境を整え、本人のリズムで自立できる安全な環境になるよう工夫されている。	

2 目標達成計画

事業所名 ケアホーム春らんまん

作成日： 令和 7年 3月 20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	6	身体拘束廃止並びに虐待防止の委員会としての内容が実践に結びついていない。	利用者の心身の状態を把握し、その状態に合わせて職員全員が検討し、より具体的な取り組みができるようにする	職員主導の委員会運営と、認知症チームケア加算の要件であるシートの活用で、より詳細にアセスメントを行い利用者の立場に立った心身状態を把握する。そしてチームとして具体的な取り組みを提案できるようになる。	12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()