

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 令和元年 12月 17日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	1670102183		
法人名	(有)朝日ケア		
事業所名	あさひホーム		
所在地	富山市北代189番地		
自己評価作成日	令和元年11月2日	評価結果市町村受理日	令和2年1月14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で閲覧してください。

基本情報リンク先URL	
-------------	--

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	北証パトナ株式会社		
所在地	富山市荒町2番21号		
訪問調査日	令和元年11月28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）】

<p>日々の利用者の表情・言動・行動を記録し、認知症のBPSD(行動心理症状)発症の原因となる悪性の環境と、利用者が笑顔に穏やかに過ごせる環境とを分析する事で利用者一人ひとりが過ごしやすい環境を整え、それぞれの意思を尊重しながら人生の最期まで支援します。また、施設に住むけれど、家族や地域なじみの関係性などを継続し、地域で暮らすことの大切さを尊重しながら運営しています。また、隣接するデイサービス・小規模多機能型居宅介護と連携しながら時間の共有と笑顔を引き出すようにしています。</p>

【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）】

<p>職員は、利用者一人ひとりの主体性を尊重し、優しい気持ちで利用者の思いを受け止める支援に努めている。近くの保育園児たちと、遊戯や肩たたきで交流するなど、地域の人達とのふれあいを大切にしている。また、天気の良い日には、皆でデッキに出て食事をとるなど、暮らしの中に楽しみごとを取り入れながら、利用者の笑顔を引き出すよう、職員も笑顔でケアにあたっている。</p>
--

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 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の拡がりや深まりがあり、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、生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		

あさひホーム

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	玄関にホームの運営理念を掲げ、ミーティング等で理念の共有や支援基本の理解と実践に取り組んでいる。地域住民も含めた皆の笑顔を物差しの一つとしてサービスの向上と満足につなげられるよう理念に基き取り組んでいる。	申し送り時やミーティングなど、職員が顔を合わせる機会に、理念に沿った支援が出来ているかを振り返り、理念の共有と実践につなげている。	
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	定期的な小学生や保育園児との交流会、地域の常会への参加、地区住民文化展への出品、地区祭りの獅子舞の来訪など色々な交流を図っている。	保育園児たちと遊戯や肩たたきを一緒に楽しんだり、歌のボランティアの人達と一緒に懐かしい歌を口ずさむなど、地域での暮らしを大切にしたい支援に努めている。	
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	運営推進会議や認知症啓発活動（Run伴、地域勉強会）を行いました、参加させて頂き少しずつではあるが発信や理解の積み重ねを行っている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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	運営推進会議では自治会・民生委員・地域包括支援センター職員・利用者ご家族等の方々に参加して頂き、日々の様子を動画や写真等で見たり、事業所の取り組みや近況を報告すると共に、地域の実情や事業所に期待する提案等色々な意見や情報を頂き、サービスの向上に活かせるよう取り組んでいる。	事業所の活動報告は、動画を用いて具体的に説明し、意見をもらっている。地域からは、マンパワーの衰退など実情を聞き、地域に根ざした運営をお願いされるなど、サービス向上の参考となる場になっている。	
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組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	富山市の介護相談員が来訪され、利用者の方々の生活状況を知って頂きながら、情報交換したりアドバイスを頂いている。また、3年に一度実地指導を受けて、施設運営のアドバイスや指導を踏まえ活かしている。	福祉サービスに関する運営や変更などについて市に相談し、より良いサービスが提供できるよう、市と連絡を取り合っている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ホーム内を自由に行き来できるように施錠せず開放をして、職員同士声を掛け合い見守りを行っているが、夜間や緊急時に対応できるように施錠対応もしている。また、職員の見守りと居室空間では必要に応じてセンサーマットを使用している。一人ひとりの生活スタイルにより必要に応じて、ご家族の協力(必要に応じて夜間の泊りをお願いする)によって、拘束しないケアを実践している。	職員は、利用者が笑顔で伸び伸びと暮らせるような支援に努めている。また、利用者一人ひとりのリスクについて話し合い、職員による見守りの強化や家族の協力につなげ、身体拘束のないケアの実践に取り組んでいる。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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逃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	身体拘束や虐待防止等の研修に参加したり、身体にアザがしやすい利用者様の場合、発見時にiphone等で記録に残し職員で共有して、入浴時や更衣時に新たなものがないかチェックし、ミーティング等で話し合い、対策を立てている。		
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に支援している	北代グループホームでは利用されている方はいないが、吉作グループホームでは成年後見制度を利用している方がおられ、推進会議等を通して成年後見人の司法書士さんと情報交換している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、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	契約前の相談・見学の段階から時間をかけて話を伺っている。また、契約や重要事項説明書、料金変更等でもしっかり説明している。また、退去に伴う解約時も同様に清算料金を重点に説明をして、その都度理解して頂けるまで説明して、同意を頂いている。		
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並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	運営推進会議や普段の面会時に直接相談を受けている。直接相談しにくい場合は投書などでも受け付けしたり、意見箱を設置している。提案された意見はミーティングなどで協議し、サービスに反映させている。	利用者には、献立や席の配置などを相談している。また、希望する家族には、日々の様子や体調の変化などを、動画やSNSでお知らせし、コミュニケーションを図りながら、要望などを聞いている。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	月一回のミーティングや日々の仕事の中で、管理者と職員がいつでも話し合える環境であり、細かいことでも情報共有できるよう努めている。また、経営会議や運営会議で現状の課題等を報告したり、意見や提案する場を作っている。	毎月ミーティングを行い、意見を述べてもらっている。また、管理者は、日頃から職員と話し合う機会をつくり、腰痛気味な職員を思いやっでの勤務体制の提案などを運営に反映させている。	
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	年に二度の面談を行うことで職員の意見・要望を聞く機会を作り職員環境の整備に努めている。また、必要に応じて日々LINEでのやりとりや面談等を取り入れている。		
13		○職員を育てる取組み 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	職員に応じた研修への参加やパソコンを使用して日々の目標・結果を打ち込み共有することで職員の力量を把握している。iphoneやLINEで情報を取り込み、日々変化する介護状態の把握に努めている。また、トランス(移乗介助)等や社内勉強会も行っている。		
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つくり、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組みをしている	富山県グループホーム協議会や地域包括支援センターが開催する研修会や事例検討会に参加し、意見交換や助言を求めている。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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	相談からご利用までの間に、直接会ってご利用者・ご家族から情報の収集をしている。入院中や他の施設を利用中であればその機関先からも情報を提供して頂いている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	見学・利用にあたっての説明などはいつでも受け付けている。ご家族の不安解消のため、電話でも訪問された場合でも時間をかけて相談に対応している。また、ご家族とのLINE・メール等を活用して、状態変化や意見交換など迅速な対応をしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	ご家族の要望をお聞きし必要な情報をお伝えするよう努めている。すぐにグループホーム入居ではなくデイやショートの利用により徐々にホームに慣れていただくような段階を踏むこともできる。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	本人の個性や得意なことを活かし利用者皆様と職員で協力しながら共に行っている。昼食作りの下ごしらえ・盛り付け、洗濯物をたたむ、モップ掛けなどできる範囲で一緒に行ってもらっている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	iphone、LINEを活用してご利用者の思いを共有できるように、細かな事でも報告、情報交換、受診時の付き添い依頼等している。また、面会が疎遠にならないよう声をお掛けして、家族と同じ思いでご利用者を支えるように努めている。		
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	友人の面会や友人との外出が続けられるよう身体状態について主治医の助言やご家族の理解・協力を得ながら、馴染みの関係が途切れないよう支援に努めている。	友人が訪問してくれ、近くのコーヒーショップでお茶を楽しんだり、併設のデイサービスなどに通う知人たちと談笑している。また馴染みの深い、呉羽山の花見などに出かけている。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	利用者同士の関係に配慮し、その時々状況に応じて座席の位置など交流がはかれるよう工夫している。		
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	サービスが終了しても必要があれば、面会・相談や支援に努めている。また、研修などで他施設職員と話すことがあれば、様子を聞いたりしている。		
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。	本人やご家族の意向を踏まえて、ケアプランを作成し、日々の支援をしている。一人ひとりその時々でパーソンセンタードケアやひもときシートを使い、ご利用者の気持ちや希望される事の把握に努めている。	利用者との会話中は、利用者の声のトーンやニュアンスなどに留意している。また、暮らしの中で、一人ひとりの表情、行動、言動を記録し、客観的に利用者の思いや意向を把握するよう努めている。	
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	ご家族からお聞きしたり、本人との関りや会話により生活歴や馴染みの暮らし方などを把握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	一人ひとりのペースを大切にしながら日常生活の中でそれぞれのできる事・得意な事を行って頂き、心身の状態に合わせその時々合った過ごし方ができるよう、現状の把握に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	日頃より本人やご家族の意見をよく聞き、日々の暮らしの中でできる事や楽しみを発揮できるよう、また心身状態や生活の中での課題についてミーティング等で話し合っている。それらをもとに現状に即した介護計画の作成に努めている。	「散歩したい」「何かお手伝いしたい」など、本人の希望や家族からの要望、職員からの提案などをミーティングで話し合い、利用者一人ひとりの現状に照らし合わせた介護計画を作成している。	
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	日々の生活の様子や体調の変化など個別記録に記入している。職員間の情報共有に努め、話し合いを持ちながらケアの実践や介護計画の見直しに活かしている。		
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、その時々に見え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	デイサービスや小規模の行事、イベント、ドライブへの参加などを通じて、他の利用者・職員と交流し楽しみを増やせるよう柔軟な支援に取り組んでいる。		
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	地域のカラオケ同好会や歌の会、マジック等色々なボランティアの方々が来所され楽しまれている。理髪店の出張サービス・薬局からのハンドマッサージ・近くのスーパーに食材配達等を依頼している。		
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	基本的にご家族と共に本人の以前からのかかりつけ医への受診・相談を行っている。本人や家族の状況により必要に応じ家族と相談し要望をお聞きしながら、受診から往診への変更も支援している。	事業所の協力医による訪問診療や、入居前からのかかりつけ医に、職員が付き添って受診するなど、利用者や家族が希望する支援を行うと共に、医療面の連携を図るよう努めている。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	日常の健康管理や医療支援について、介護記録などを情報共有し、介護職と看護職との連携に努め、適切な支援を受けられるようにしている。		
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、また、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。又は、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。	入院後は今までの経過や情報を医療機関に伝えている。入院中もご家族と連携を取りながら、可能であれば、入院中の状態を把握するために訪問させて頂いて、退院後も適切なケアが行えるようにしている。		
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	重度化した場合や終末期のあり方についてご利用者、ご家族とともにヒアリングを行いその上で、主治医と話し合っている。現在マニュアルの作成を行っており、そのマニュアルをもとに職員の「看取り」に関する理解を深めるためにターミナル期にあるご利用者の情報を申し送り時やミーティングで話している。	体調に変化が見られれば、医師の所見をもとに、利用者や家族から思いを聞き、今後の方針を共有している。家族に感謝されながら、看取り支援に取り組み、その経験をもとに、マニュアルを作成した。今後は、マニュアルをもとに、職員研修を予定している。	今後は、作成が終わったマニュアルをもとに、研修などに取り組み、重度化や看取り支援について、職員の理解を深めることが期待される。
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	非常時や緊急時の対応方法を呉羽消防署と合同にて訓練を行ってその指導を受けて、基本的な救急法を身に付けている。		
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	災害時のマニュアルを見直し中である。呉羽消防署の協力を得て、年に2回日中・夜間想定避難訓練を行っている。	火災については、夜間想定を含め、年2回実施している。地震や水害については、マニュアルを作成している段階であり、今後の災害対策に活かすこととしている。	今後は、地震や水害に対する対応や地域との相互協力体制を築くことが期待される。

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	○一人ひとりの人格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	デリケートな場面では声のトーンを下げたり、利用者様それぞれの聞こえ方に合わせた音量で声かけを実施・指導している。また、スピーチロックにならないようにその時々での適切な声掛けを行っている。	利用者一人ひとりが「異なる人格を持った個人である」という事業所の信条に沿って、利用者が主体となるような言葉かけや対応に努めている。	
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	日常生活の中で利用者の声や表情・行動をよく見聞きし自己決定できるよう促している。言葉で表すことができない方に対しても、常に声掛けしできるだけ思いや希望を汲み取れるよう働きかけている。		
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	常に声掛けを行い、その時々気分や体調により、無理強いせず、それぞれのペースを大切にしながら希望に沿って生活ができるよう支援している。		
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	男性職員が入浴後、普段あまり着ておられないスカート、スカーフ等普段にはないオシャレを提案している。概ね2か月に一度、出張理髪店へ依頼し整髪支援している。行きつけの理容店のある方はご家族と共に出席されている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者のできることを活かし、食材切り等の下ごしらえ・味見・盛付け等職員と共に行っている。厨房へ食事を取りに行ったり返却したりすることは利用者の方の役割となっている。	食事が楽しくなるよう、秋野菜たっぷりのシチューとロールパンなど、目先を変えた献立を工夫している。また、一人ひとりの出来ることを大切に、利用者から味付け方などを教わっている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	一人ひとりの食事量や水分量をその都度記録し把握に努めている。それぞれの方の好き嫌いについても把握に努め工夫しながらバランスの良い食事提供ができるよう支援している。		
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	毎食後習慣的に声掛けしできることを活かしながら一人ひとりに合った口腔ケアに努めている。必要に応じ入れ歯洗浄剤や口腔ケアスポンジ等のケア用品を利用している。		
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向けた支援を行っている	一人ひとりの状態に合わせてトイレでの排泄の支援に努めている。排泄チェック表の記入により日々の排泄状況を知り適切な排泄ができるようその都度声掛けし排泄支援を行っている。	どんな支援をすることで、排泄の自立につながるかを職員間で話し合っている。また、デリケートな支援であるため、職員の声かけなど、羞恥心に配慮したケアに努めている。	
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	排泄チェック表の記入により毎日の排泄状況を把握し、食事の工夫やこまめな水分補給・適度な運動や歩行を促すことにより便秘の予防に取り組んでいる。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	毎日入浴できる。前日入っていない方などあらかじめ入浴予定者は決めていたが、本人に聞きながらその時の気分や体調に合わせて入浴できるよう柔軟に対応している。	身体の清潔保持のほか、心身共にリフレッシュできるよう、本人の希望に沿った湯温や時間などを調整し、ゆったりとした気分に入浴してもらっている。	
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	申し送りによって日中の活動及び夜間の様子や睡眠状態を把握し、職員間で情報共有しながら、一人ひとりに合った休息の時間がとれるよう支援している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	薬は職員管理にて間違いのないようダブルチェックなど工夫・確認しながらの服薬支援を行っている。		
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	得意な事やできる事を活かし昼食作りや洗濯物たたみ等の作業、居室のモップ掛け等気分や体調に合わせて職員と一緒にしている。自分しかできない役割ができている方もおられ、力を発揮している。		
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。また、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	外出行事は季節ごと年に数回計画して季節感が感じられるように行っている。それ以外は普段は天候によってドライブや近所に散歩に出掛けたりしている。また、利用者さんによっては自分の家や馴染みの場所など家族と連絡・確認し、その様子を見に行けるようにしている。	天候や体調に合わせて、散歩や買い物、デッキに出るのランチなどを行っている。また、呉羽山のお花見、新湊大橋へのドライブなど、季節に合わせた外出に取り組むなど、戸外に出かける機会をつくっている。	
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	個人的な買い物は家族に対応して頂いている。買い物の際におやつ等商品を選んでいただくことはあるが、支払いを自分ですするという機会はなくなっている。		
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	遠方のご家族からの贈り物が届いた時、本人自らお礼の電話をして頂くと共に近況をご家族に伝えている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	フロアや玄関に季節の花を飾ったり、利用者の好む音楽やリラックスできる音楽を状況に合わせてかけている。気温や天候を見てデッキに出てランチタイムを過ごすなど季節を感じられる取り組みをしている。また利用者と共に掃除を行いながら環境整備に取り組んでいる。	リビングなどの環境は、利用者と共につくるよう心がけ、菊の小花を活けてもらったり、掃除や整理整頓などを一緒に行っている。また、音や光、色や温度など、利用者が不快に感じないように配慮、居心地のよさをつくっている。	
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	フロアや廊下所々に大きさの違うソファを置いており、一休みしたり、気の合う方同士で寛ぎ話したり、一人で静かに寛いだりされているなど思い思いに日々を過ごされている。		
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	馴染みの家具や道具を持参して頂き、一人ひとりの思いや身体状態に応じて本人・家族と相談しながら配置を換えたりしている。それぞれ生活感のある居心地のよい空間を作っておられる。	利用者の今までの暮らし方を尊重した居室となるよう、使い慣れたタンスや思い出の品々を置いて、寛ぎながら穏やかに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」や「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	利用者それぞれの方の必要に応じ、部屋の表札やトイレの表記を利用者の目線に合わせ分かるよう工夫をしている。		

2 目 標 達 成 計 画

事業所名 あさひホーム

作成日 令和 2年 1月 10日

【目標達成計画】

優先順	項目番	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組み内容	目標達成に要する期間
1	33	重度化や終末期のご家族との意志確認及び情報共有化。	各入居者の状態変化における情報共有と重度化と終末期に向けた説明と記録を現入居者に行う。	体制整備とご家族への説明と意思確認等と医療的（看取り・急変時）研修の実施。	1年間
2	13	介護サービスの向上と情報共有への取り組み。職員の記録等負担軽減。レクリエーションの内容の充実と現存機能の維持。	介護方針と運営理念の共有と実践。	電子記録への移行と電子化による情報共有と個別ケアの実践による介護力向上を行う。	1年間
3	49	定期的な外出や季節感を感じられる場を増やす。	個別ケアの中での定期的な外出や地域への参加を実施し、その時々々の季節感だったり馴染みの関係性を継続する。	季節ごとや定期の外出や地域の季節ごとの行事に参加、一人ひとりの生活歴を踏まえた、馴染みの関係性を実施する。	1年間
4	35	災害時における地域との連携と対策。	地域との協力体制及び合同での避難訓練等の実施。	地域協力隊の名簿作成と協力内容の確認を行う。	1年間
5					

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。

あさひホーム