

令和 2 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	1670103579
法人名	有限会社朝日ケア
事業所名	あさひホーム吉作
所在地	富山市吉作4261-5
自己評価作成日	令和3年2月8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3年2月19日	評価結果市町村受理日	令和3年3月30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）】

平成31年4月より1ユニット6人から2ユニット12人のグループホームとなりました。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。

【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）】

運営理念「私たちの仕事はお年寄りに満足してもらうこと、満足度を測る物差しのひとつに心からの笑顔がある」を掲げ、利用者が笑顔に穏やかに過ごせる環境を提供し、利用者一人ひとりが過ごしやすい環境を整えている。利用者の個々の意思を尊重しながら人生の最期まで支援できるよう、職員間の意思疎通・協力できる環境体制・法人のバックアップなどが上手く機能し、職員が笑顔で働きやすい職場となっている。また、地域包括支援センターの協力もあり、介護相談や認知症啓発活動などを通し、地域貢献活動にも力を注いでいる。

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 3. 利用者の1/3くらい 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)	○	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	フロアーに理念を掲げ、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。	フロアー内の目に留まりやすい位置に理念を掲げ、毎月1回のミーティングの時や、機会あるごとに管理者が中心となり日々のケアの振り返り等を理念と照らし合わせ情報共有し、実践に活かしている。	
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	運営推進会議での情報共有や意見交換をしている。また他施設との地域イベントを開催したり、地域の行事に参加したり、見学や介護相談など様々な面でつながりを続けている。	町内会に加入している。事業所の代表者が町内の役員を行っているため、町内の情報が随時入ってくる状況である。今年度はコロナ禍のため地域行事等には参加できていないが、施設内の見学や介護相談などを行っている。利用者や梨畑等に散歩しているときなど、近隣の方とあいさつを交わす等の交流がある。	
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件、地域勉強会)を行いまた、参加させて頂き少しずつ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	運営推進会議等で日々の状況をパソコン等のメディアツールを使いながら伝えている。その上で出席された家族さんの意見や要望を聞いたり、来所されたその時々で意見交換を行っている。その上で日々の申し送りやミーティングで話し合い支援につなげている。	運営推進会議は2ヶ月に1回開催され、自治会長、包括支援センター職員、民生委員、全家族に参加案内を出し、5～6名の家族が毎回参加されている。利用者の生活状況などを動画で配信したり、行事報告や事故報告等を行い、他施設での取り組みなど、情報・意見交換がなされ、サービスの向上に繋げている。	運営推進会議の議事録等を、参加できなかった家族に配布することを期待したい。
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取り組んでいる	市町村や地域包括・居宅等ケアマネージャーとの意見や情報交換は相談や見学等も含めて行っている。また介護相談員の受け入れも行い開かれた施設になるようにしている。	地域包括支援センターと一緒に、認知症の啓発活動を行っている。日頃より、運営推進会議等で情報交換や介護相談員の受け入れを行っており、また、意見や要望等をミーティングや申し送りノートを用い職員間で情報共有し、サービスの質の向上につなげている。	
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	日中は施錠せず開放をしているが、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。毎月のミーティングで身体拘束について確認及び共有している。	身体拘束適正化委員会による会議を、2ヶ月に1回運営推進会議に合わせ行っている。身体拘束適正化のための指針を作成し、ナース会が中心となり情報発信や職員研修会の開催などを行っている。センサーマットなどを使用せざるを得ない場合は、家族にその都度説明し了解を得る等、できるだけ行動を制限することのないよう配慮がなされている。	
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	発見時にスマートフォン等で記録に残し職員で共有し、また、トイレ介助、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。		

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	成年後見制度を利用している方がおられ、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	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メール等でも受け付けている。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。	利用者の意見や要望は業務連絡・利用者別申し送りファイルに記録し、職員間はタブレットで共有、対応をしている。家族の意見や要望を職員会議で話し合い、改善点を家族にフィードバックし、運営に反映している。コロナ禍で例年の行事や面会ができないため、オンライン電話で面会を行ったり、日頃の様子を写真で知らせる等工夫しながら情報提供している。	
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	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。	管理者は日ごろから職員からの苦情や意見、要望等を聞ける環境を設けている。毎月一回職員会議を開催し、利用者に関する情報共有やケアの方針等が話し合われ、サービスの改善など都度要望に応えている。また、年2回人事考課を行い、個々の目標を基に目標達成度の確認や悩み、意見等を聞き、助言ややる気を引き出し、働く環境の改善に努めている。	
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、必要に応じて日々メッセージングアプリ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	共有グループチャット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。スマートフォンやメッセージングアプリで情報を取り込み、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	富山県認知症グループホーム連絡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。		

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	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。		
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	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、ご家族とのグループチャット・メールを取り入れて、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	入居時の関わりを大切に、利用者の生活歴、身体状況等を把握し、その方のニーズを見極めている。職員間での細かな情報共有を行い、ミーティング等で意見を出し合っている。		
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	これまでの生活歴を踏まえて調理、掃除、洗濯等と一緒にすることで、家族のような雰囲気が出ています。また、散歩や買い物を通してなじみの関係性を築いている。		
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	スマートフォン、メッセージアプリ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をしている。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	入居前に住んでいた家の近所の方や友人の面会があり、事業所に入っても変わらない関係が続くように支援することでご利用者も喜んでおられる。	今年度は新型コロナウイルス感染拡大防止のため、県外の家族の面会は自粛しているが、テレビ電話などオンラインでの面会を行い、家族の絆が途切れないよう対応している。家族の協力を得ながら、受診の機会を利用し買い物に行くなど、本人が慣れ親しんだ人や場所の関係継続が途切れないよう支援している。	
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	ご利用者同士良い関係を築けるよう、座席を配慮したり、必要に応じて職員が間に入る等している。		

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
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、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。	入居時に、家族から本人の今までの生活や、家族の思いを聞き取りアセスメントシートに記載し、利用者の思いは行動・発言から把握に努めている。また、日々のケアの中での何気ないつづやきから本人の思いをくみ取り、要望を実現できるようなプランに繋げている。	
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	センター方式で生活歴や関係性などを家族の協力のもと作成して、その人らしさを日々のサービスにつなげている。		
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	一日の流れを生活記録に記入している。ミーティングや連絡ノートを活用しながら情報共有し、日々の変化などに統一した支援ができるようにしている。		
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	計画書は、その都度ご本人やご家族の意見・思いを聞き、主治医とも相談しながら作成している。	タブレットで記録している担当の利用者の課題や、現状把握など三ヶ月毎にモニタリングを行っている。月一回のミーティングにて、他の職員の意見や主治医の意見等の情報を踏まえケアマネが集約し、サービス担当者会議にて家族の意見や要望、本人の思いをくみ取りプランを作成している。	
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	日頃の様子やケアの実践について、生活記録・連絡ノートに記入しているので、それを参考に介護計画の見直しに活用している。		
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	通院や緊急時等は状況のわかる職員が付き添い、柔軟な対応を心がけている。		

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	介護相談員の方との交流や本人の友達や近所の方の訪問での交流を図っている。		
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	ご本人及びご家族の希望に添った医療機関を受診している。症状を観察しながら医療機関と関係を築き情報の交換・相談に努めている。最近ではメールやメッセージアプリを使用した状態把握も活用している。	かかりつけ医は、本人や家族が希望するところとし、基本は家族に同行を依頼し、受診時は日頃の様子や健康状態などをあらかじめ主治医に送り、伝達ノートや介護記録に記入し職員間で情報共有している。また、主治医とはメッセージアプリやメールなどで随時情報共有に努めている。	
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	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、適切な支援を送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、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。現在マニュアルに沿って行っており、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。	終末期・重症化における指針をもとに契約時本人・家族に事業所としての方針を丁寧に伝えている。看取りを希望される場合には、主治医を交え何度も話し合い、看取り介護支援マニュアルに沿って行っている。「看取り」に関する理解を深めるため、ターミナル期にある利用者の情報を申し送り時やミーティングで話し合い、本人や家族が納得する支援に繋げている。	
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	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。	火災訓練は、年2回消防署の指導を受け、夜間想定で行っている。実施状況などは運営推進会議等で報告している。	非常災害対策マニュアルの作成や地域との協力体制の構築、地滑りや地震時の避難場所までの移動時間や方法などの確認や、水・食料の備蓄などいざという時の体制づくりに期待したい。

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	
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	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。	本人の思いや気持ちをくみ取り、一人ひとりの聞こえ方や音量に合わせた言葉かけを行えるよう職員間で意識統一を図っている。職員が自己点検することで意識づけし、利用者の人格を尊重した支援に努めている。		
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	日々の生活の中で、ゆっくり話しが出来る時間を作るように心がけている。飲みたいものを伺ったり、飲み物メニューから選択してもらっている。			
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	起床・食事時間や入浴希望など、過ごし方は本人希望に添って対応し、無理強いはしない。			
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	好みの洋服を買いに行ったり、温かさやデザインによってご本人が選択している。			
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	出来る方にはテーブル拭きや食材の皮むき・皿洗い・皿拭きなどお願いしたり一緒にしたりしている。食べたいものがあれば希望にそえるように提供している。	本人の負担にならないように食材の皮むきや後片付けなど一人ひとりの状況に配慮しつつ、おやつと一緒に手作りし、食べる楽しみや作る喜びなど共有できるように支援している。利用者の希望や要望に沿えるように、外食やお誕生会などの行事メニューを楽しめる機会づくりに努めている。		
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	水分量・食事量は生活記録に記入し、健康状態の目安としている。本人の好みも考慮し勧めている。			
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	毎食後声かけや介助にて口腔ケアをしている。共有フロアの洗面台にも歯ブラシが用意されている。			

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
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	生活記録を照らし合わせ排泄パターンを把握し、排便の無い方には前傾姿勢で座ってもらったりマッサージを施したりする。排尿出来る方にはトイレの誘導・介助に努めている。	生活記録を照らし合わせ、本人の行動パターンを把握し一人ひとりに合わせたタイミングでの声掛けやトイレ誘導等の支援が行われている。自立排便コントロールに牛乳やヨーグルトを飲用したり、排便時には前傾姿勢でマッサージを行ったりと自然排泄に力を入れている。	
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	服薬で調整及びおやつにバナナジュース・ヨーグルトなど毎日取り入れたり廊下や散歩などの運動で自然排便に働きかけている。		
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	入浴する時間帯や間隔は、その都度ご利用者個々によって変えている。入浴時に職員との会話を楽しみながら入浴していただいている。	入浴は月曜日から土曜日まで可能である。また、入浴時間は利用者の体調に合わせ、最低でも週2-3回入浴できる体制がある。季節感を味わっていただけるようにゆず、リンゴ、菖蒲などを使用し入浴を楽しめる配慮がなされている。	
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	起床・静養・就寝時間は決まっておらず、本人の生活習慣と本人の表情・言動・行動から支援している。		
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	薬の情報は常に薬棚の目に付きやすい場所に置いてあり、いつでも確認できるようになっている。また、変更があった時は、必ず申し送りしている。また記録にも記載し職員に周知させている。		
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	絵画や水墨画を観覧するのが好きな利用者さんに、美術館の情報を提供している。行きたい所や馴染みの場所へドライブに行っている。		
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	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に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。	年間行事計画を作成し、季節に合わせた行事を提供していたが、コロナ禍のため、今年度は少人数ずつドライブに出かけたり、桜や紅葉、白鳥の見学に出かけたり、近所を散歩したりするなど気分転換できる機会を作り支援に繋げている。	

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	出掛けた時やパン屋さんが来所の時は、本人に支払って頂くよう心掛けている。		
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	電話は共有フロアと居室近くにおいてあり、自由に利用できる。利用者の誕生日には色紙に職員がコメントを書き本人が読まれ居室に飾られている。		
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	共用スペースはそれぞれの状態に合わせ、日々居心地よく過ごせるように配慮したりまた、季節の花や掲示物等で生活感が感じられるようにしたりしている。	広々とした共有空間では、食事の準備をする音を聞きながら、思い思いにゆったり過ごせるようソファや椅子、テーブル等が配置されている。また、行事の写真や利用者が制作した書道、季節ごとの装飾品・作品が展示してあり、利用者が落ち着いて過ごせるよう温度や湿度、照明等にも配慮がなされている。	
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	利用者様それぞれの席に、好みの雑誌や新聞・チラシを置かせてもらい、朝食前にそれらに目を通してから朝食を召し上がられている。		
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	入居時には、使い慣れたものや馴染みのもの(鏡や筆や写真など)を家族と話し合いながら本人が居心地よく過ごせるように、配置したり、使って頂いたりしている。	利用者一人ひとりの身体状況に合わせ、導線を確保しつつ、本人の使いやすい位置にベッドが用意されている。また、家族の写真や、思い出のある本やなじみのある家具等を配置し、利用者が落ち着いて過ごせるよう家族と相談しながら部屋づくりがされており、安心して過ごせる居室空間になっている。	
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	ホームでの転倒により大腿骨骨折し、病院に入院。入院中ベッド上で抑制された利用者様が帰所。その利用者様が居室内のトイレに自分で行けるように、持ち手となる椅子やテーブルを設置している。		

2 目標達成計画

事業所名 あさひホーム吉作

作成日： 令和3年 3月 28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	26	入居者のケアプランの共有とその人らしさを活かす取り組みができていない。	各担当を決めてモニタリングを行い、本人・ご家族とともに情報共有してケアプラン反映させる。反映させたケアプランの実践と統一したケアを行う。	日々のケース記録やモニタリング等を基に話し合いや共有をした上でケアプランの検討、修正を行い、本人やご家族の意見も踏まえて、その人らしい生活の場の提供に取り組む。	12ヶ月
2	4	運営推進会議に参加出来なかったご家族への情報、会議内容をお伝え出来ていない。	運営推進会議を活かし、ご家族や地域との関係づくりを深めていき、身体拘束も含めた事故やヒヤリハット、研修や行事の案内も含めた意見交換も行う。	運営推進会議で日頃の様子や身体拘束及び事故報告やヒヤリハット、研修や行事案内も含めた、意見交換や報告をさせて頂き評価して頂く。また参加出来なかったご家族への説明や資料送付を行い対応する。	6ヶ月
3	35	火災だけではなく、地震や大雪等災害時の対策も含めた総合的なマニュアルが必要である。また、地域との協力体制や避難場所への周知、備蓄品などの体制の見直しが必要である。	非常時における事業継続計画(BCP)の体制作りとマニュアルの作成を行う。 利用者並びに職員を守る体制作りを行う。	事業継続計画を基にマニュアルの作成並びに関係機関との意見交換を行い、活用できるものを作成し、定期的な災害訓練に繋げる。	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。