

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成29年12月15日

【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	富山県富山市吉作4261-5		
自己評価作成日	平成29年11月3日	評価結果市町村受理日	2018/1/10

※ 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	北証バトナ株式会社		
所在地	富山市荒町2番21号		
訪問調査日	平成29年11月22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）】

認知症ケアの評価である利用者様の表情・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、利用者様が笑顔で穏やかに過ごせる環境とを分析する事で利用者様一人ひとりが過ごしやすい環境を追求している。

【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）】

職員は、起床や食事の時間など、利用者一人ひとりの生活習慣や一日のリズムを尊重した支援を行っている。利用者も職員も共に笑顔で穏やかに暮らせるよう、言葉かけや対応に留意し、また、利用者の表情・言動・行動の記録の仕方を改善するなどサービスの質の向上に取り組んでいる。家族には、ラインを使って利用者が体操やお皿拭く様子を動画で知らせるなど、家族と信頼関係を築くよう努めている。

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)	<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、信頼関係ができている。 (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)	<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)	<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. ほとんどいない	66 職員は、活き活きと働いている。 (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 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、安心して暮らせている。 (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		あさひホーム吉作

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	玄関やフロアに理念を掲げている。現在は全体での唱和はしていない。	職員は、理念のキーワードとなる「笑顔」を念頭に置き、自然な形で理念を共有し、日々の実践につなげるよう心がけている。		
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	地域のお祭り時には獅子舞を見学に行ったり、近隣の方からの介護の相談には、情報提供している。	中学生の14歳の挑戦やオカリナ演奏のボランティアの受け入れなど、地域の人達との交流に努めている。	今後は、散歩時など普段の暮らしの中で、地域の人達と顔見知りの間柄になるような取り組みが期待される。	
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	前任者の管理者から、地域貢献に何ができるか相談に乗ってもらっている。運営推進会議で地域の祭り事など情報収集している。			
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	運営推進会議に出席された家族さんの要望をミーティングに活かす様にしている。	自治会や地域包括支援センター職員、家族や利用者の成年後見人などの参加があり、たとえば、相続についての質問から、色々な相談や現状の話につながる会議となっている。		
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に取り組んでいる	市町村や地域包括ケアマネージャーの相談には、該当するサービスや事業所を紹介している。	事業所の運営基準の変更の際には、市の担当者から具体的な説明を受けるなど、市との連携を図っている。		

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	正面玄関、職員玄関、二階フロアから一階への階段通路に施錠している。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。職員の見守りの徹底、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。	職員の入れ替わりなどがあり、安全面を考慮してカギをかけているが、利用者の希望に沿った自由な暮らしの支援に努めている。また、職員は、抑圧感のない言葉かけや対応に留意している。	
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	身体にアザができやすい利用者様の場合、発見時にデジタルカメラで撮影したり、朝、夕の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から情報交換している。		
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	契約前の相談の段階から時間をかけて話を伺っている。また、契約や解約時も同様に、分らない場合はその都度理解して頂けるまで何度も説明している。		
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。	家族には、利用者の様子をラインを利用して動画で知らせる取り組みを始めている。また、利用者主体の支援を基本とし、外出の行き先などを利用者に選択してもらっている。	

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
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。	毎月のミーティングや年2回の個別面談時に職員の意見を聞くほか、日々、疑問や不安に思うことなどを話してもらい、運営に活かしている。	
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くよう職場環境・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。		
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	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。トランス(移乗介助)勉強会や社内勉強会を行っている。		
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。		
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	入居時の関わりを大切にし、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	調理、掃除、洗濯等一緒にを行うことで、家族のような雰囲気ができる。		
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	受診の付き添いを頼んだり、面会が疎遠にならないよう声を掛けている。ご利用者の思いを共有できるように、細かな事でも報告、情報を得るようになり、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うよう、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多くあり、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。	「下村のやんさんま祭りや馬を見に行きたい」などの要望に応えたり、友人がケーキ持参でお茶を楽しみに来てくれるなど、馴染みの場や人との関係が継続でき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
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。		
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	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。	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。ご家族にその旨を伝えケアプランに取り入れて反映している。	利用者の表情、行動、言動に留意した支援に努め、利用者ごとに記録している。その記録をもとに、利用者の暮らし方の希望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	センター方式を取り入れている。家族の協力と本人との会話などから生活歴の把握に努めている。		
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。		

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ィアを反映し、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。	利用者ごとの記録をもとに、どう支援したら笑顔がたくさんみられるかを検討し、事業所の職員のほかに、医師や薬剤師などの意見、家族の要望などを取り入れて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	日頃の様子やケアの実施について、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	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。		
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	ご本人及びご家族の希望に沿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。	事業所に隣接している協力医による訪問診療や入居前からのかかりつけ医への受診など、利用者や家族の希望に沿った受診支援体制をつくっている。	

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
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、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、主治医と話し合っている。また職員の「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。	利用者の状態に変化が見られれば、医師の意見を基本に、家族と十分に話し合い、今後の方針を共有している。「ここで最期を迎える」との希望があれば、医師や家族の協力のもと、可能な限り看取り支援に取り組んでいる。	
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ます	職員の勉強会を行い、緊急時の対応や救急法を消防士の指導などで基本的な救急法を身に着けている。		
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	呉羽消防署の協力を得て、年に数回日中・夜間想定の避難訓練を行っている。	消防署の協力を得て、火災に備えた避難訓練を年2回実施している。また、傾斜地崩壊防止の工事を行政に施工してもらうなど、大雨対策を講じている。	今後は、避難訓練時に地域の人達にも参加してもらい、避難後の見守りをお願いしたり、地震に備えて避難場所までの行程を確認する取り組みが期待される。

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。	職員は、利用者にも職員同士にも笑顔で接するよう心がけ、共に暮らす者として、一人ひとりの尊厳を大切にする雰囲気をつくっている。また、トイレへの声かけの際などは、声の大きさに配慮した対応に努めている。	
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	起床・食事時間や入浴希望など、過ごし方は本人の希望に沿って対応し、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、利用者と職員が一緒に準備や食事、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。食べたいものなど聞いて希望にそえるよう献立を考えている。	職員は笑顔で準備し、楽しい食事が始まる雰囲気をつくっている。また、利用者の「役に立ちたい」との思いに応え、食器拭きなどのお手伝いをお願いしている。	

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
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。		
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	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。	夜間は本人に過度な負担をかけさせない支援方法など、利用者の1日の排泄支援方法を職員間で検討し、利用者一人ひとりに合った排泄の自立支援に努めている。	
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	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の歩行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、個々に応じた入浴の支援をしている	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く。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。	「今日入りたい」との声を聞けば、入浴してもらうなど、利用者の希望に沿って柔軟に支援している。また、利用者ごとに好みのシャンプーを使うなど、一人ひとりに合わせて入浴を楽しんでもらっている。	
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	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。		

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	絵画や水墨画を鑑賞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		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそつて、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	外出行事は年に数回計画しているが、普段は天候によってドライブに出掛けたりしている。所持されている畑の場所を家族に確認し、ドライブで畠の様子を見に行けるように情報収集している。	洋服を買いに衣料品店に出かけたり、コーヒーショップに出かけるなど、利用者の個別な希望に応えている。また、新聞やテレビで見たコスモス畠や美術館などにドライブし、外出を楽しんでもらっている。	
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	大金はこちらで預かっているが出掛けた時やパン屋さんが来所の時は本人に財布を持ってもらい支払いして頂くよう心掛けている。管理は小遣い帳を作り金庫で保管している。		
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	電話は共有フロアー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。		

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、生活感や季節感を探り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	共有フロアに観葉植物を置いたり居室前にはラベンダーを飾ったりし、癒しの空間を作っている。	観葉植物に水やりしたり、季節ごとの装飾品を作ったりしながら、利用者と職員が共に笑顔で過ごせるような雰囲気づくりに努めている。また、自然の光とぬくもり、エアコンなどを使用しての温度調節や明るさに配慮している。	
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	鏡や箪笥など本人の使い慣れたも のを持って来ていただいている。ま た、ご家族の写真などを飾つてご本人が心地よく過ごせる雰囲気を作っている。	本人が使っていた衣装ケースに出 し入れしやすいよう衣類をしまつたり、孫の成人式の写真やアルバ ムなどを見ながら、安心して居心 地よく暮ら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	ホームでの転倒により大腿骨骨折し、病院に入院。入院中ベット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 平成 29年 12月 27日

【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組み内容	目標達成に要する期間
1	2	グループホームの運営推進会議で地域の自治会長様、民生委員様とは2カ月に1度の交流はある。しかし、日常的に地域の皆様との交流はない。	地域の行事や活動に参加し、地域の皆様にグループホームがどんなところか、何をしているのか認知して頂き、交流を深める。	運営推進会議で地域の為に役立てられる事、参加できる行事などの情報収集、相談をする。	1年
2	35	消防署の協力を得て、年2回の火災に備えた避難訓練を実施している。しかし、実際に火災・水害・地震などの緊急時に避難マニュアル通りに行動できるか不安がある。災害時には職員、家族様、地域の方、行政、たくさんの皆様の協力が必要である。	災害時、入居者の皆様がより具体的・現実的に安全に避難できる環境を作る。	運営推進会議での問題提起と意見交換を参考に、消防署に相談する。	2か月
3	49	定期的にドライブなど外出する機会はあるが、外出先で歩行や車椅子での移動が必要になる場合、介助・補助員の不足がある。入居者様の希望に答えたいが、できない現状がある。	家族や地域のボランティアの協力を得て、入居者様が日常的に希望の場所へ外出できる。	携帯電話のメール機能やLINEを活用し、日常から入居者様の家族と連絡を取り、皆さんのが楽しめる外出の提案をする。	2か月
4					
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。

あさひホーム吉作