

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	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	令和元年11月6日	評価結果市町村受理日	令和2年1月14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。

※ 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29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）】

職員は、ケアに対する意識を統一し、利用者一人ひとりに、きめ細やかな支援をするように心がけている。芸術の秋と称して「令和のりんごの木」という貼り絵をみんなで作り、フロアに飾るなど、笑顔で和やかな雰囲気の中で暮らせるよう努めている。また、利用者の状態などを家族に連絡し、家族との信頼関係を築いている。

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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、生き活きと働けている。 (参考項目：11, 12)
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)	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。
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)	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。
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)		

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、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。	管理者は、職員が理念を念頭に置いた支援を実践しているか留意し、ミーティング等で理念に沿った支援につながるよう話し合っている。	
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のつながり続けている。	近所を散歩する際には、地域の人達に出会えば挨拶を交わしている。また、短大生の実習受け入れなどを行っている。	運営推進会議では、地域の自治会の役員や民生委員から地域行事などの情報を得ているが、参加には至っていない。今後は、地域の行事などに参加し、地域とのつきあいを深めることが期待される。
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	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。また、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。	動画を用いて、事業所の活動状況を具体的に説明し、意見をもらっている。また、自治会や民生委員、地域包括支援センター職員から、色々な情報を得、サービスの向上に活かすよう努めている。	
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	市町村や地域包括・居宅等ケアマネ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なっている。	グループホームを1ユニットから2ユニットに変更する際の相談など、日頃から、市の担当者に実情を説明し、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
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。	どんなことが身体拘束となるのか、具体的に職員に説明し、理解を図っている。安全への配慮と自由な暮らしの支援方法について、他所の事例などをもとに話し合い、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	
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	身体にアザができ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、料金変更等でもしつかり説明している。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。	利用者からは、花見や外出などの提案があり、応えるよう努めている。家族には、メールや動画などで利用者の日々の様子をお知らせし、連絡を取り合いながら、信頼関係を築いている。	

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。	毎日のミーティング時間を、出勤者が多い日に行うなど、職員一人ひとりの意見や提案を聞く体制を作っている。また、ミーティング以外の機会にも、管理者は、職員の要望などを聞いている。	
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	共有グループLINE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、ご家族とのグループLINE・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	これまでの生活歴を踏まえて調理、掃除、洗濯等一緒に行うことで、家族のような雰囲気が出てきている。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	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支援することでご利用者も喜んでおられる。	友人などの訪問があれば、快く迎えるよう努めている。訪問美容師に来てもらうことで、新たな馴染みの関係も出来ている。また、家族と共に、食料品店などに買い物に行っている。	

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
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	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。	一人ひとりに寄り添いながら、会話をつなげ、その時々的心情を聞いている。また、楽しそうに笑う様子や不安げな表情などに留意し、本人の思いや意向など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。		

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	<p>○チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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</p>	<p>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。</p>	<p>家族には、日頃から連絡を取り合う中で、要望などを聞いている。また、介護職や看護職など、それぞれの視点からの気づきをもとに話し合い、利用者の現状に即した介護計画の作成に努めている。</p>		
27		<p>○個別の記録と実践への反映</p> <p>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</p>	<p>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。</p>			
28		<p>○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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</p>	<p>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。</p>			
29		<p>○地域資源との協働</p> <p>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</p>	<p>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。</p>			
30	11	<p>○かかりつけ医の受診支援</p> <p>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</p>	<p>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。</p>	<p>本人や家族が安心できるよう、訪問診療と、職員が付き添っての受診を選んでもらい、看護師が中心となって、医療面の情報を適切に共有できるよう努めている。</p>		

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。	利用者の体調の変化が見られれば、医師と相談し、適切な時期に家族と話し合い、今後の方針を共有している。また、看取りケアについてのマニュアルを作成し、職員に周知を図り、今後の支援に活かすこととしている。	
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。	火災については、夜間想定を含め年2回実施し、消防署職員から、避難経路に一時的であっても物は置かないなどの助言を受け、改善につなげている。	今後は、見直し中のマニュアルをもとに、地域との協力体制を築くと共に、いざという時に慌てないために、自主避難訓練の回数を増やすことが期待される。

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。	利用者一人ひとりの思いやその時々感情を受け入れる支援に努めている。また、入浴や排泄など、利用者の希望があれば同性介助にするなど、羞恥心に配慮したケアを心がけている。	
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、過ごし方は本人希望に沿って対応し、無理強いはない。		
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。食べたいものなど聞いて希望にそえるよう献立を考えている。	野菜の皮むきや洗い物などを利用者と一緒にながら、皆で食事をつくるような雰囲気を作っている。食卓では、職員が会話を仲立ちしながら、楽しく食事ができるよう配慮している。	

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。	歩行が難しい利用者でも、1日に数回はトイレに座ってもらっている。また、自分で行ける利用者には、タイミングを見ながらさりげなく声かけするなど、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ず、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。	職員は、自分で出来るところは利用者にやってもらい、デリケートな場面はそっと見守るよう心がけている。また、ゆったりとした気分の中で、日頃できないような会話を楽しみながら、気分転換を図っている。	
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	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。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。	事業所の外に出て、季節ごとに色を変える呉羽山を眺めたり、梨畑を抜けて近くの幼稚園まで散歩している。また、スーパーへの買い物や呉羽山から松川べりまでのドライブを楽しんでいる。	
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際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て、日々居心地よく過ごせるように配慮したりまた、観葉植物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。必要に応じて各居室前にも花などを飾ったりして癒しの空間を作っている。	フローには、皆でつくった「令和のりんごの木」という貼り絵などを飾り、職員と一緒に寛げるような環境をつくっている。また、洗濯物干しを手伝ってもらうなど、生活感がある家庭的な雰囲気をつくっている。	
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	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ご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。	以前から使っていた整理ダンスや、家族が活躍した新聞記事などを居室に置いて、自宅のような雰囲気の中で、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	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	2	定期的な地域との関係性ができていない。	個別ケアの中での定期的な外出や地域への行事等参加を実施し、その時々季節感だったり馴染みの関係性を構築する。	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、地域等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。

あさひホーム吉作