

令和 7 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8年2月11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8年3月4日	評価結果市町村受理日	令和8年3月24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）】

運営理念を大切にし、日々笑顔が溢れる環境づくりに取り組んでいます。老いることを受け入れ、馴染みの関係や利用者のペースを大切にし、アットホームで過ごしやすい支援を行っています。また、職員同士で情報を共有し、様々な場面で提供できるように、一人ひとりの思いや安心につながるように取り組んでいます。多職種連携でその人らしく最期まで過ごせるように個別ケアを行い、体調の変化があれば主治医やご家族と連携して対応しています。また、地域資源の活用で地域とつながる環境づくりを進めています。職員は研修等を通して、サービス提供、介護力向上に努めています。

【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）】

市街地が望める高台に位置し、事業所の窓からは梨畑が見える。「私たちの仕事はお年寄りに満足してもらうこと。満足を測る物差しのひとつに心からの笑顔がある。この笑顔とはお年寄りだけではなく家族も介護スタッフも地域住民も含んだ皆の笑顔である」を運営理念として、事業所では「笑顔」を大切に日々のサービス提供を実践している。これまでの生活を継続できるよう、利用者一人ひとりの考え方を大切にし、スケジュールに縛られない暮らしの場であることを意識している。地域との連携も大切にし、外出の機会を設けるなど、イベントだけの関わりにならないよう、なじみの関係の構築に努めている。

Ⅴ. サービスの成果に関する項目（アウトカム項目） ※項目№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	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. 利用者の2/3くらいの				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいの				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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				2. 数日に1回程度ある
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者 とのつながりが拡がったり深まり、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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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。研修などの学びの中で多様化する認知症の方の理解と尊厳に努めてまた、一人ひとりの笑顔や思いを反映できるように実践している。	「私たちの仕事はお年寄りに満足してもらうこと。満足を測る物差しのひとつに心からの笑顔がある。この笑顔とはお年寄りだけではなく家族も介護スタッフも地域住民も含んだ皆の笑顔である」を運営理念とし、事業所内の複数箇所に掲示し、職員の目に留まるよう工夫をしている。利用者も家族も職員も笑顔になれるサービスを目指している。		
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	感染症対策の中でも、地域行事の参加や介護相談員の受け入れ、施設見学や実習をととして事業所への理解につなげています。また、地域資源の活用を実践して地域のお店での食事や買い物等での日常的な交流も増やしている。	同じ地域に同一法人のグループホームがあり、地域行事などは合同で行うことが多い。利用者同士の交流もすすみ、会えることを楽しみにしている。地域の獅子舞や朝乃山が訪問したこともあり、利用者の笑顔が見られた。希望者にはドラッグストアやスーパーへの買い物も同行している。		
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	地域との関わりで介護補助員の定着もあり今後は、障がい者雇用に取り組めます。また、呉羽地域における勉強会などにも参加して、地域の方々や見学者、相談者にも理解と支援が実施できるように取り組んでいる。			
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	運営推進会議では、2ヶ月ごとに利用者の顔や日常生活が分かるように動画で紹介している。また、会議では、事業報告や研修報告、委員会報告等事業所の開示に努めて、意見交換やご指導をいただいている。また、ご家族へも推進会議議事録を郵送している。会議の議題は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。	2か月に1回運営推進会議を開催し、自治会長、民生委員、地区班長、地域包括支援センター職員、家族が参加し、時には利用者も参加をする。家族から「体調不良の連絡はあるが、回復した時の連絡がない」という意見が出たことがあり、改善に取り組んだ。議事録は家族へ郵送している。		
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	市町村や地域包括支援センター・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感染対策をしながら行っている。また介護相談員の受け入れもしており推進会議や地域行事でも周知して開かれた施設になるようにしている。	2か月に1回、介護相談員を受け入れている。市との連携は、空室状況の報告や申し込みの依頼、問い合わせ、見学など、定期的な連絡も含めて綿密に実施している。市からの研修案内もあり、対象者がいる場合は、職員の希望も考慮しながら可能な限り参加をしている。		
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	現在身体拘束を必要な利用者はいないが、昨年までは該当する利用者があり必要な対応をしていた。また、施設内は施錠せず開放だが、夜間帯や緊急時は施錠対応もしている。また、必要に応じて居室内はセンサーマットを使用している。一人ひとりの生活を尊重して、拘束しないケアの実践に取り組んでいる。年2回の身体拘束研修での振り返りや不適切ケアについても委員会からの提言も含めて毎月のミーティングで確認及び共有している。	身体拘束をしないケアについての理解を深めるために、外部講師を招き研修を実施している。また、1年に1回アンケート調査を実施し、職員の理解度の目安として正しい知識を身に着ける取り組みを実践している。	身体拘束適正化検討委員会の議事録を整備し、会議に参加しない職員へも共有することで、事業所全体が身体拘束適正化を意識できるよう期待したい。	

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	あざや皮下出血等発見時にスマートフォン・タブレット等で記録に残し職員で共有し、入浴時でも都度チェックしている。年2回の研修や虐待の芽チェックリストでの振り返り、委員会からの報告や事故報告等を踏まえて共有を行い、連絡や通達文も周知して虐待をしない取り組みを実践している。		
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	現在成年後見制度を利用されている方はいないが、現在も司法書士さんとは、情報交換や助言・アドバイスも含めて行っている。また、親会社が顧問弁護士を契約しており、労務や権利関係等や法律等で相談も行っている。		
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	事前の相談・見学から利用料金も含めて時間をかけて話を伺っている。また、契約書や重要事項説明書の中で方針から日々の取り組み、医療サービスと終末期等将来的な事も説明している。また、トラブルにならないように特に退去内容も理解していただけるようにしている。		
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	2か月に一度の運営推進会議も含めて、特にご家族等の面会時に現状報告や意見交換も実施している。また、遠方の方などを主にSNSの活用でも現状報告や相談、意見交換や受診・往診結果等や衣服の依頼でも活用している。ご家族からの要望や各課題に関してはミーティングなどで話し合い、サービスに反映させている。	面会時やメッセージアプリを活用するなど、家族からの意見を聞く機会を設けている。利用者からは食事内容について「食べにくい」との意見が出たことがあり、調理方法やメニューの再検討、業者の変更なども行い、サービスの質向上に反映させた。	
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	毎月の運営会議での話し合いやグループチャット等で管理者と職員、ホーム長等がいつでも連絡手段を通して情報共有できるよう取り組み、現状の課題等を報告したり意見や提案する場を作り、よりよい環境作りに努めている。	職員と管理者等は、気軽に意見が言える関係性である。職員からの提案を反映し、利用者が使用する健康機器の購入など、サービスに活かしている。シフトや勤務内容についての意見には、管理者が事業所全体の状況などを説明した上で、職員の働きやすい環境作りに努めている。	
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	職員面談を行うことで職員ひとり一人の意見・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、グループチャットの活用で必要に応じて意見交換も行い環境整備に努め、処遇改善を全職員対象に行っている。		
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	職員面談を通してのキャリア形成の確認を実施しながら年間研修計画や外部研修も含めて学ぶ機会を促し、介護資質向上と一人ひとりの成長ができる環境作りをしている。		

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	富山県グループホーム協議会での認知症研修や地域包括支援センターが行う地域医療・介護連携会議、介護福祉士会等が開催する各研修会等に集合又はオンライン研修で参加してサービスの質の向上に取り組んでいる。		
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	サービスを利用するに当たり初期段階からニーズの収集に努めており、見学時や入居時での面談を通して意思確認を実施している。利用前に医療機関等に入院中や他施設からの転居の場合には、その機関先から情報を提供していただき、心理的な安心と身体的な安心が得られるように取り組んでいる。		
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	相談・見学等を通してサービス利用の説明を行い、入居までの段階で不安解消に取り組んでいる。また、入居してからのご家族とSNS等活用で情報共有や課題解決に努めている。		
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	ご本人、ご家族等の意向も踏まえて環境整備に対して、時間調整や空間作りと段階的に取り組み、どのようなサービス支援が必要かご提案も含めて努めている。		
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	本人の特徴やできることが活かせる環境作りを入居者・職員が共に協力しながら取り組んでいる。施設内では昼食のお手伝いやおやつ作り、洗濯物たたみ、掃除などできる範囲で行い、施設外では地域資源（買い物、外食等）の活用も実施している。		
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	SNS等を活用して利用者の思いや日々の様子が共有できるように情報交換や報告、相談を実施している。面会等を働きかけて関係が途切れないように、必要に応じて外泊や外出も促したりして支援している。		
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	大切にしてきた場所（家や思いでや馴染みのある場所）へその時々で出掛けたり、どのような状態になってもご家族や友人等の受け入れも行い、地域や馴染みの場が提供できるように支援している。	2名の利用者が携帯電話を持参し、馴染みの関係が継続できるように支援をしている。自宅を見に行きたいと希望する利用者には同行し、仏壇のお参り、郵便物の整理や草むしりなど、本人の希望を叶えている。友人の面会も自由にしており、フロアや居室内で過ごすこともある。	

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要望等があれば相談やお困りごと解消等支援に努めている。また、他施設へ移られた入居者へは機会が整えば面会も実施している。		
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	一人ひとりそれぞれの日常生活において、言語で伝えることや表現することが難しくなっても様々なコミュニケーションにより利用者を支援する取り組みや情報共有に努め、ケアプランにも反映させている。	思いを伝えられる利用者には、言いやすい環境を心がけている。言葉で表現できない利用者には、関わりを増やし、話しかけたときの表情から思いをくみ取り、職員間で共有して介護計画書に活かしている。	
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	ご家族から直接聞いたり、必要に応じて来所される知人やご親戚からも聞いたりしてまた、本人との日々の会話や関わりの中からも生活歴や馴染みの暮らし方などが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それぞれのできる事・得意な事への支援を行い、その時々での過ごし方ができるよう体調にも考慮して現状の把握に努めている。		
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	意思疎通のできる方は日頃の関わりの中でやりたいこと・したいことなど楽しみも含めて支援できるよう反映している。意思疎通が困難な方はこれまでの生活歴やホームでの暮らしぶり、ご家族との話し合いの中でご本人との調和がとれるよう支援している。また、課題についてはグループチャットやミーティング等で話し合い一人ひとりの現状に即した介護計画の作成に努めている。	利用者一人ひとりの思いを反映させたサービス内容について、定期的なモニタリングを実施し、家族へも報告を行っている。サービス内容の変更が必要な場合も、家族へ相談をしながら適切な介護計画書へ変更を行っている。	多職種がモニタリングに関わることで、様々な視点からの意見を反映させた介護計画を作成することに期待したい。
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	日々の生活の様子は基本的に電子記録で行い、個別、全体を含めて細部のデータまで記録にしている。変化等あればケース記録として残して情報共有に努め、必要に応じて課題の抽出、ケアの工夫や変更、気づきを話し合いを持ちながら取り組んでいる。		

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	イベントや地域のお店へ昼食や喫茶店、スーパー等での買い物など、社会資源の活用を通して一人ひとりの希望やニーズへの対応に取り組んでいる。また、自宅訪問やドライブ等も取り入れ季節感や情緒も感じられるようにしている。		
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	地域資源の活用（飲食店やスーパーでの買い物など）に取り組んでおり、これまでの馴染みの関係や地域との関係が維持できるようにつながり・つながることを大切に支援している。		
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	入居前の説明、入居後の本人の状態も踏まえた受診や往診対応について説明を行い、これまでのなじみの関係継続やご家族の対応を含めて安心できる環境を支援できる選択をしていただいている。ご本人の状態や経過をみて主治医変更や往診変更依頼を行い適切な支援に取り組んでいる。	入居時に主治医を選択できることを伝えているが、入居後の変更にも応じている。往診は月に1回あり、事前に健康状態や生活状況などの情報を提供している。薬の変更や特記事項は介護システムに入力して職員間で共有している。	
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	日々看護職も勤務しており、別事業所で小規模多機能型居宅介護、通所介護の看護職とも緊急時等に連携が取れるようになっている。また必要があればグループ会社に訪問看護事業所もあり、必要に応じて相談できるようにしてあり、一人ひとりの状態確認や変化に対応できるように連携・支援している。		
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。	入院の際は、病院及びご家族等と連絡、情報共有を行い、必要に応じて入院までの生活状態や薬情等など伝えている。また、入院中の状態を把握するために訪問する場合もあり、地域連携室等と連絡もとりながら退院後も適切な支援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	契約時に意向確認及び説明、署名をいただきました。重度化や終末期に入ったときにも改めて今後のあり方についてご利用者、ご家族へ説明、聞き取りを行いその上で、主治医と連携が取れるように毎月の往診や受診時等に対応している。また、マニュアルを作成して終末期にあるご利用者の状態確認、連絡方法や日々の情報等を申し送り時やミーティング等で話している。また、勤務している看護師や訪問看護事業所とも連携をとりご家族に悔いがないように取り組んでいる。	入居時には重度化の指針を説明し、事業所で看取り介護も対応できることを伝えている。看取り期には家族の気持ちを大切に、これまで、途中で救急搬送に至ったこともある。職員へは勉強会を開催したり、動画を視聴するなど、看取り期の不安の軽減に努めている。	
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内部研修で行っている。また、呉羽消防署の年1回の定期査察等で基本的な救急法の指導を受けている。		

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
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	年2回の避難訓練や内部研修で災害時等の研修を行いながら取り組んでいる。呉羽消防署の指導も年1回受けており災害に対するアドバイスもいただいている。また、BCP事業継続のマニュアル作成は済みだが、物資面や食料品等の保管を3月～4月に設置予定である。また、地域との情報共有は課題であり、運営推進会議等でも話し合っている。	年に2回の避難訓練を行っている。事業所の隣が山になっており、土砂崩れ防止の工事は施されているが、消防署の指導を受けて土砂災害時の避難訓練も実施した。	研修や訓練の記録とともに、BCP(業務継続計画)のマニュアルを職員にも共有して、普段から事業所全体で災害対策を意識できる環境作りに期待したい。
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	多職種(介護、看護、介護補助)で、その時々々の居室やフロアの空間を利用したり、声掛けや対応を変えながらプライバシー等に配慮して対応している。また、各委員会、外部講師を招いた認知症ケア研修や接遇研修も行い、認知症ケアとは倫理とは、虐待等の知識を高めて、職員一人ひとりの資質向上に努めている。	利用者からの相談には、他の利用者の目を気にしないように、プライバシーが確保できる場所に対応している。トイレ誘導が必要な利用者への声掛けは、大きな声にならないよう配慮している。外部講師による認知症ケアや倫理の研修で学びを深め、利用者一人ひとりの個性を大切に、本人の気持ちを尊重できる支援を目指している。	
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	希望や思いに寄り添い支援できるように取り組んでいる。事業内で行えるレクリエーションやおやつ作り等、事業外で実践する自宅訪問や買い物、外食等にできる限り取り組んでいる。		
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	必要に応じて会話や寄り添いを実践して、一人ひとりの状態に合わせて無理強いせず、それぞれのペースを大切にし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	日々ありきたりな服装や同じ物を着ない様に取り組んでいる。衣類等希望された場合には、ご家族等へ依頼を行うか、ご本人と買い物へ出かけ購入している。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しいものになるよう、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	日々の様子で、それぞれのできる範囲で準備や片付けをしていただいている。また、その時々で外食やおやつ作りを行いながら食べることの楽しみ、季節感が感じられるように実践している。利用者によっては、ご自身持参のおやつを持っており好きなききに食べていただいている。	食事の盛り付けやテーブル拭きなど、利用者も一緒に行っている。本人の希望により、味噌汁作りを担当する利用者には、冷蔵庫から具材を選ぶことから味付けまでを任せている。毎日のおやつは希望を聞き、時には利用者と一緒に手作りをしたり、季節ごとのイベント食の提供や、ファミリーレストランで外食を楽しむこともある。	

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
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記録にとどめて、一人ひとりの状態の把握に努めている。それぞれの好みもあるので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、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	ご自身でできる方には声掛け、身守りでしていただき、ご自身でできない場合には介助にてしている。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、必要時には歯科医の往診をしていただき、その際に助言・アドバイス等指導も受けている。		
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	重度化になってもできる限りトイレで排泄することの大切さを全職員で共有しており、一人ひとりの状態に合わせたトイレでの排泄支援を安心・安全等配慮しながら実施している。排泄のデリケートな場面を尊重しており、適切な支援ができるようその都度声掛けして支援を行っている。	一人ひとりの排泄の状態を確認し、必要な支援を行っている。夜間の排泄も自立を目指し、トイレまでの距離が遠い場合はポータブルトイレを使用するなど、すぐにオムツを使用することを避けている。夜間オムツを使用する利用者也、日中はリハビリパンツに変更するなど、自立支援の視点を大切にしている。	
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	便秘が体に及ぼす影響も理解、共有しており水分、食事、運動のバランスがとれるように取り組んでいる。また、水分補給がしやすいようにゼリーや寒天などに置き換えて取れるように工夫している。		
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	一人ひとりの状態に合わせて、適切な環境で実施できるように配慮している。また、その時々気分や状態も尊重、確認しながら、入浴日や時間設定など一人ひとりの意思や希望に添えるようにしている。	週に2回の入浴を基本としているが、希望により増やしたり、夜間入浴にも対応している。リラックス効果を促すために、入浴中に好きな音楽をかけたり、季節のゆず湯などを楽しんでいる。シャンプーなどは、事業所で準備したものを使う利用者もいるが、好みのものを購入してもらい、使い慣れた香りを楽しむこともできる。	
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	一人ひとりの生活リズムをできる限り尊重して、それぞれの思いに配慮している。就寝、起床時間の柔軟な対応をしながらできる限り本人のリズムが掴めるようにしている。		
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・確認しながら行い、服用時には、飲みきるまで確認している。必要に応じて薬剤師から助言・アドバイス等受けながら服薬支援を行っている。		

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
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踏まえて、様々な場面で洗濯物たたみや食器拭き、居室のモップ掛け等気分や体調に合わせ職員と一緒にやっている。それぞれが気分転換が図れるように配慮している。		
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	日々の生活で要望があれば、行くことを前提に計画したり、その場の判断で実施しています。自宅訪問(宅内の様子や仏壇参り)や自宅周辺の様子など見ていただき安心できるよう支援している。また、公園散策や買い物、ドライブ、ご近所へ散歩等戸外へ出かけられるように取り組みまた、その時々でご家族に外出や外泊もお願いしている。	天候や希望により外出先を選び、花見、あじさい祭り、ドライブなど、季節感が得られることを大切にしている。日々の散歩では、近隣住民との触れ合いもある。希望により自宅に帰って自宅の手入れをする利用者もいる。コーヒーが飲みたいと希望され、眺望の良いおしゃれなカフェに出かけることもあり、認知症を理由に外出制限をしていない。	
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	所持していただいている方は少ないが、買い物時には金額等確認しながら支払いをしていただき支援している。それ以外の利用者は、金銭所持はできていない。		
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	SNS等の活用を主に使用しているが、ご家族との電話でのやり取りにも取り組んでいる。また、ビデオ通話など顔を見て話せる場面の設定を行うこともある。		
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	その時々で季節の花を飾ったり、東フロア、西フロアの空間も利用して適度に季節感や生活感が感じられるように配慮している。また天候次第では敷地内やご近所へ散歩を行い季節感が感じられるように工夫している。	生活空間は建物の2階部分にあり、窓が広く作られ明るく、天井も高いため、解放感がある。廊下の突き当り部分にバルコニーがあり、一面に梨畑が見え、開花の時期には彩を添える。共用空間の壁面には職員と利用者で作成したちぎり絵や写真などが飾られ、温かい雰囲気となっている。	
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	フロアにソファや椅子を置いており一休みしたり、東フロア、西フロアの空間があるので気の合う方同士での会話や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	見学・申し込み、入居時に居室の使用方法や相談を行いながら馴染みの家具類を搬入していただき、これまでの生活状態に近づけるように支援している。また、一人ひとりの生活状況に応じて本人・家族と相談しながら配置を換え、その時々状況に合わせた居心地のよい空間作りに取り組んでいる。	ベッドとタンスは付属しているが、使い慣れた家具やテレビを持参する利用者もいる。家族の写真や小物、本などを持参して、一人ひとりに合った居心地の良い空間作りができるように支援をしている。	

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
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	利用者それぞれに応じ、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:あさひホーム吉作

作成日: 令和8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	35	災害時に対する備えが不十分であり、地域との連携や備蓄品保管、災害訓練が課題である。	備蓄品及び備蓄量の設定を行い補助金を活用した導入と全社共有を行う。また、地域との防災についての協力体制を模索する。	補助金を活用した備蓄品の導入と地域での防災訓練へ参加を行い、現状把握や協力体制を得られるようにする。また、運営推進会議を通しての備蓄品やAED設置の周知を行う。	12ヶ月
2	6	身体拘束について委員会等の理解と周知がまだまだであり、委員会開催から研修、議事録の回覧等、事業所全体としての共有と制度理解が課題である。	身体拘束について取り組む内容と委員会について(メンバー、開催、議事録共有等)の理解並びに研修計画の策定を行う。また、ミーティングや面談等とおしての理解や資質向上につなげる。	身体拘束についての周知と委員会の議事録回覧、年間研修計画での研修開催(年2回)及びアンケートの実施を行い一人ひとりの資質の向上に取り組む。	12ヶ月
3	26	介護保険法やケアプランへの理解がまだまだであり、その人らしさや思いに寄り添うことの大切さやモニタリングでの共有ができていないことが課題である。	制度の理解とケアプランに対する説明を行い、利用者一人ひとりが穏やかに生活ができるように尊厳と環境整備に努めて全職員での共有に取り組む。	勉強会や研修会で制度やケアプランの理解に取り組む。モニタリングは担当制にして職員が受け持ち、プランに反映できるようにミーティング等で意見交換を行う。	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。

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()