

令和 6 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7年2月10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）】

運営理念を全職員で共有と実践できるように日々、笑顔を大切にして笑顔のできる空間作り並びにケアに努めている。認知症によりわからないことやできないことが増え、表現が難しくなっている、馴染みの関係を築き一人ひとりの想いや楽しみ、安心につながれるようにコミュニケーションを行い、お互いに笑顔を引き出し、多職種連携でその人の最期まで支援できるように、医療・介護の充実が図れるように心掛けている。また地域資源を活用してなじみの関係性などを継続し、地域とつながる大切さを実践できるように運営しています。
--

※ 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等で閲覧してください。

基本情報リンク先	
----------	--

【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）】

理念の中にある『笑顔を大事に』を特に重要な目標として共有しており、「〇〇に行きたい」、「〇〇を食べたい」等の利用者の要望に応え、利用者同士の関係性やコミュニティを尊重した支援を行い、理念の実践に繋げている。利用者の様子はメッセージアプリ等を活用してこまめに家族に伝えており、利用者の状態変化に合わせて居室を変更して環境を整える等、看取りまで対応できる状況が家族の安心感につながっている。 また、介護助手の養成研修の受入れや、研修講師として職員を派遣する等、地域福祉の推進に積極的に貢献している。
--

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 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)	○	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)	○	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. 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、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. 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。また、一人ひとりの笑顔や思いを反映できるように情報収集に努めて実践している。	理念は事業所内に掲示して、毎月のミーティングや年2回の職員の面談時に確認している。理念の中でも、『笑顔を大事に』を特に重要な目標として共有しており、利用者同士の関係性やコミュニティを尊重し、互いに交流してもらえるよう支援している。また、「〇〇に行きたい」、「〇〇を食べたい」等の利用者の要望に応え、理念の実践に繋げている。		
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	まだまだコロナや感染症の影響もあり地域とのつながりは以前通りとはいえないが、地域行事の参加や介護相談員の受け入れ再開や地域交流会の開催を行い、あさひホームの理解につなげまた、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。	地域の祭りの際には、事業所で獅子舞の演舞が行われた。同法人の他事業所で地域交流会を開催した際には、地域住民に案内を行った。また、事業所内の介護技術研修に自治会長に参加してもらったことがある。介護助手の養成研修の受入れや研修講師として職員を派遣する等、地域福祉の推進に協力している。		
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	地域プロジェクトの地域の介護に関する入門的研修へ講師派遣や施設実習、介護補助員の採用も行っている。呉羽地域に介護勉強会や事例検討会にも参加したり、トランス勉強会で他事業所の職員も参加など理解の取り組みを行っている。			
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、地震の経過報告や研修案内、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。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。	2か月毎に運営推進会議を開催しており、自治会長、民生委員、地区班長、地域包括支援センター、家族代表に参加してもらい、事業所の行事活動や利用者の生活の様子等を動画で報告している。また、地域行事を確認したり、虐待事例を報告したりと意見交換が行われている。参加者からは地域との交流を持つようにとの意見があり、同法人の他事業所で地域交流会を開催した。		
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再開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。	地域包括支援センターとは、事業所の利用に関する相談や事例検討会への参加、運営推進会議等で連携を図っている。また、2か月毎に、介護相談員の訪問を受け入れ、利用者と交流を図ってもらっている。		
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	基本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、拘束しないケアを実践している。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委員会からの提言を基に毎月のミーティングで確認及び共有している。	年2回身体拘束や虐待防止に関する研修を開催している。また、毎月委員会を開催している。不適切ケアに関するアンケートを職員に行い、自身の言動の振り返りを促す取り組みを行った。また、スピーチロックに該当する言葉を書面で配布し職員に注意喚起も行っている。		

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
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、入浴時等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	日々感染対策を行いながら、ご家族等の面会も受け入れている。また、メッセージアプリ等のSNSの活用で現状報告や相談、意見交換を実施している。また、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協議し、サービスに反映させている。	家族からは面会時や連絡を取り合う際に要望を確認しており、運営に関する要望より利用者の支援に関する要望が多い状況である。オムツ費用の高騰に関する相談を受けた事例では、安価な代替品への変更やトイレの支援回数の頻度を見直す等で、負担軽減を図る取り組みを行った。	
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な努め、現状の課題等を報告したり意見や提案する場を作り、柔軟な雇用形態にしている。	職員の意向等に配慮し、可能な限り勤務調整を行っている。また、年2回、面接を行い職員から意見を確認している。休憩室にベッドを設置したり、事業所内にファンヒーターを設置したり、入浴介助用にシャワーキャリーを購入したりと意見を反映させている。また、職員の食事代を補填する等の雇用環境の整備も行っている。	
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、必要に応じて各事業所のグループチャットの活用を行い面談等へ繋げて環境整備に努め、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	年2回の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確保しながら、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、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、入居してからご家族とのメッセージアプリ等のSNS等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	ご本人とご家族等の意向も踏まえ、変わる環境に対して、時間や場所で過ごしていただき段階的に取り組み、現在においてどのサービスが適しているか、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	本人の個性や得意なことを活かせる環境を掲げ生活の維持に努めて、入居者・職員が共に協力しながら取り組んでいる。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、また感染対策をしながら呉羽地域の喫茶店やお食事等へ出かけることも実施している。		
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。現在は感染対策を行いながら面会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。	事業所での利用者の様子は、メッセージアプリやメールで家族や親族に知らせている。利用者の希望があれば、自宅や親族の家、かつての職場付近等、馴染みのある場所に出かける機会をつくっている。また、いつでも面会できるようにしており、家族と帰宅や外食もできるようにしている。	

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
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などは、機会ができ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	一人ひとりと関わる日常生活の中で、思いを伝えること適切に表現することが難しくなっても日々の信頼関係構築で得た、様々なコミュニケーションにより利用者の性格や個性を活かす場の提供や情報共有に努め、ケアプランに反映させている。	利用者の「〇〇が食べたい」、「〇〇に行きたい」、「〇〇がしたい」等の意向はできる限り叶えるよう対応している。また、計画作成担当者が、利用者から意向を聴き取り、職員の意見も踏まえて利用者の能力を活かした活動ができるよう介護計画の更新を行っている。	利用者の意向を職員間で共有する方法や、その意向が反映されていると伝わるような介護計画の作成について検討されることに期待したい。
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	ご家族から直接お聞きしたり、必要に応じて来所される知人やご親戚からお聞きしたり、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。		
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よりご意見等を聞きながらしたいことやできること、楽しみの場があるように反映している。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に反映している。また、心身状態や生活の中での課題について電子媒体の活用やミーティング等で話し合っている。それらをもとに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。	基本的に入居した初回は3か月、初回以降は6か月毎に介護計画を更新している。計画作成担当者は、毎月のミーティングや更新前のモニタリング、利用者や家族の意向を踏まえて介護計画を立案している。担当者会議で家族に介護計画の内容を説明し同意をもらっている。	
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	それぞれ日々の状態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、必要に応じて課題に対してのケアの工夫や変更、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	日々の感染対策を行いながら、イベントの再開や地域のお店へ昼食や喫茶店等での場の提供やスーパー等での買い物など、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、その時々で、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	コロナ以降、地域資源の活用を再開しており、馴染みの関係が維持できるように、地域とつなぐ・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	入所に当たり、受診や往診について説明を行い、これまでの関係継続やご家族の対応を含めて希望される選択していただいている。ご本人の状態や経過をみて変更や往診依頼を行い医療連携に取り組んでいる。	入居時にこれまでのかかりつけ医を継続するか、事業所の協力医に変更するか確認している。協力医は月1回往診してくれる体制となっており、往診前に利用者の体調等を伝えている。協力医以外の受診に関しては、家族に付き添いをお願いしており、家族に体調等を伝えている。家族の付き添いが難しい場合には事業所が付き添いを行っている。	
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、またグループ会社に訪問看護事業所もあり、必要に応じて情報共有、相談して適切な処置等ができるように、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	契約時にも意思確認を行い、またその時が予想される状態になったときにも改めて、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。またマニュアルを基に行っており、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。また、必要に応じて訪問看護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。	事業所に対応できない医療行為がない限りは、基本的に重度化や看取りに対応する方針としている。利用者の状態変化に合わせて、都度、家族の意向も確認しながら支援している。また、年1回看取りの研修や、法人内の看護職員と相談できる体制がある。	
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は行っている。また、毎月の委員会で情報共有と課題を話し合い、備蓄品等の準備を進めている。また、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、その活用や備蓄品の保管、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2回火災を想定した避難訓練を実施し、毛布を使って搬送訓練を行っている。避難訓練時には消防署に立ちあってもらい、土砂災害時の避難について助言をもらっている。運営推進会議では、災害時に事業所で地域住民を受け入れることについて協議している。	災害時の備蓄の整備や、火災以外の災害訓練の実施を検討されることに期待したい。
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	必要に応じて声の大きさやマンツーマンや多職種での関わりを実践して、その時々で居室等の場所や空間を利用しながら、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。	利用者の生活ペースや意向等を尊重し、起床や食事の時間は、個別に対応している。また、利用者の「〇〇が食べたい」、「〇〇に行きたい」、「〇〇がしたい」等の意向はできる限り叶えるよう対応している。利用者のプライバシー等に配慮し、利用者が居室に居ないときには勝手に入らないよう留意している。	
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	日々感染対策を行いながら、希望や思いに寄り添い支援している。事業内で行えるレクリエーションやおやつ作等、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	出来る限り、職員とともに準備や片付けをしていただいている。また、その時々で外食や弁当の日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。	昼食、夕食の副食は外注しており、温めて盛り付ける対応としているが、毎食のご飯やみそ汁、朝食は事業所で作っている。できる利用者には、盛り付けや配膳、皿拭き等の片づけをしてもらっている。また、季節を感じるおやつ作りや外食の機会を作っている。	

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
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	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	重度化になってもトイレで排泄することの大切さや自己排泄等の支援を全職員で共有しており、一人ひとりの状態に合わせてトイレでの排泄の支援に安全に配慮しながら努めている。臨機にまた適切な支援ができるようその都度声掛けて支援を行っている。	利用者個々の1日の排泄状況を確認し、必要な方には3時間毎を目安にトイレを促している。利用者の負担を考慮し、夜間や日中等、時間帯によってオムツ類の種類や交換頻度を変える等の支援をしている。	
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	水分制限のある方もいるが、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。		
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、マンツーマン対応で適切な環境に配慮している。また、入浴日や時間など一人ひとりの意思や希望に添えるようにしている。	月曜日から土曜日の入浴対応を基本としているが、対応できる状況であれば、曜日や時間等に関係なく、夜間でも利用者の希望に合わせて入浴してもらっている。また、好みの湯温調整や音楽を流す、入浴剤やゆずを浮かべる等、楽しい時間となるよう支援している。	
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	一人ひとりの生活リズムをできる限り尊重して、その時々で昼寝など希望も踏まえた休息を取り入れたり、就寝時間の柔軟な対応をしながらできる限り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、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て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	一人ひとりの希望や状態に合わせて、自宅訪問や自宅周辺の散歩や買い物、ドライブ、ご近所へ散歩等戸外へ出かけられるように努めている。また、季節ごとに普段行かない地域へ出かけたりもしている。	要望があれば、利用者の行きたいところに行くようにしており、天候が良い日には近隣を散歩する機会や日光浴をする機会をつくっている。また、食材の買い出しや地域の喫茶店、季節の花を觀賞に行く機会をつくっている。家族と自宅や外食に出かけることもできるようにしている。	
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	一人ひとりに応じて、所持できる方は、少額だがご家族と相談しながら金銭を所持していただいているが、お金を使う場面が少ない。		
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等の活用は増えてメールやメッセージアプリでのやりとりが主に使用しているが、本人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、音楽を状況に合わせて流して、適切にまた適度に刺激があるように配慮している。また天候次第ではベランダや1階駐車場等外へ出て季節を感じられる取り組みをしている。また、フロアごとで景色が違うので状況に合わせて取り入れてその時々で利用者と共に環境整備に取り組んでいる。	食堂は、2ユニットの利用者が一堂に会することができる広さがある。また、共用空間には、習字等の利用者の作品や季節の装飾が飾られている。利用者の動線に危険が無いよう注意し、イベント行事や活動内容に合わせてテーブルの配置を変えている。	
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	各フロアにソファや椅子を置いており一休みしたり、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。		

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
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	入居時の説明で居室の空間作りの相談を行いながら馴染みの家具や道具を持参して頂き、できる限り馴染みの生活ができるように支援している。また、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、その時々状況に合わせたそれぞれ生活観のある居心地のよい空間作りを支援している。	居室には利用者の希望に応じてテレビや日用品、家族写真等を自由に持ち込んでもらっている。できる利用者には居室の床掃除や寝具のシーツ交換を行ってもらっている。居室によって、間取りや設えが異なっており、利用者の身体機能の変化等に合わせて居室を変更し、環境を整える支援も行っている。	
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	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 あさひホーム吉作

作成日： 令和 7年 3月24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。	備蓄品リスト及び備蓄量の設定を行い保管庫の導入と全社共有を行う。また、地域住民との災害対策訓練の実施を目指す。	備蓄品の導入と事業所並びに地域住民への周知及び運営推進会議を通しての災害訓練への参加依頼、回覧や周知を行う。	12ヶ月
2	18	介護方法やその人らしさの支援など、対応や介助方法が共有できていないこともあり、利用者一人ひとりの場面の提供や環境整備が課題である。職員の日々の研鑽、学びを通じた介護の資質向上が求められる。	研修計画の策定と事業所内外の研修への参加を促し、面談等をととしての運営理念等の理解や資質向上につなげる。	個別研修計画の策定と研修参加へのシフト調整を行い、学びの場の提供と一人ひとりの介護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できる限り生活の質が維持できるように、穏やかに過ごしていただけるように共有と実践を目指す。	制度やケアプランの具体的な取り組みや制度上の契約から最期までの事例をもとに勉強会を行う。職員に実際にモニタリングを受け持ち意見交換を行う。	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()