

### 1. 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	2990400091	
法人名	社会福祉法人 協同福祉会	
事業所名	あすならホーム柳本 グループホーム	
所在地	天理市柳本町1310-1	
自己評価作成日	令和6年10月7日	評価結果市町村受理日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	<a href="https://www.kajirokensaku.mhlw.go.jp/29/index.php?action_kajiroku_detail_022_kan=true&amp;jigyosyoCd=2990400091-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search">https://www.kajirokensaku.mhlw.go.jp/29/index.php?action_kajiroku_detail_022_kan=true&amp;jigyosyoCd=2990400091-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人Nネット
所在地	奈良市高天町48番地6 森田ビル5階
訪問調査日	令和6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)】

協同福祉会では「10の基本ケア」の考えに基づき、日々の支援をさせていただきます。自立支援を大切に、できることはご自身でしていただき、難しいところをサポートします。入居者の方が安心して生活を送れるよう、毎月の会議や日々の朝礼の中で職員間での情報共有を行っています。

【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)】

事業所は、JRまほろば線の柳本駅から徒歩1分の駅前にある。木造2階建てで、2階がグループホーム、1階に小規模多機能型ホームや地域交流スペースがある。旧街道の街並みが残る長閑な住宅地にあり、利用者は室内から駅構内の人々の往来や通学路の子どもたちの登下校の様子を見ることが出来る。地域の全世代の人が安心して暮せることを目指す法人の理念と「10の基本ケア」を遵守し、利用者本位の個別支援に力を入れている。特に豊かな地域との交流、外出支援、おむつゼロの実践など優れたサービスを提供している。施設全体として、在宅高齢者の介護予防から介護が必要になっても、認知症になっても安心して地域で暮らすことができるよう支援している事業所である。

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 利用者や職員が、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 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、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. ほとんどできていない
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		

# 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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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	法人理念として“大切にしたい7つのこと”を掲げ、全体会議等で職員に伝えている。	地域の全世代の人が安心して暮せることを目指す法人の理念とそれを実現するための10の基本ケアを、2ヶ月に1回の法人の全体会議や学習会で確認し、実践している。ホームは利用者本位と個別支援を大切にしている。理念とケア内容は明確で、入職時に教育され、日々実践や話し合いで共有されている。	
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	駅前の桜の花見を行ったり、散歩等を行い交流を行った。また、畑で採れた野菜を近所におすそ分けし、交流を行った。自治会、地域のボランティア活動にも参加。	自治会に加入し、回覧板も回ってくるので、地域の情報は入り、祭りやイベントにも出掛けている。利用者に地域の方が多く、近隣を散歩しながら交流することもある。事業所として住民のボランティアを組織する仕組みをつくっている。事業所で月6回の体操とランチ会を実施すると共に、週1回の移動販売も利用されている。また、公民館での年6回学習会、地域から依頼の勉強会をするなど交流している。	
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	春の地域学習会を3回ホームで実地した。また、秋の地域学習会も公民館で1回ホームで2回予定している。地域の方に参加頂き、体操、協同福祉会で取り組んでいる事例、喜ばれたケアの事例等を発信した		
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	ホームに集まったの会議ができており、議事録も残している。	運営推進会議は、小規模多機能と合同で、2ヶ月に1回開催している。市介護福祉課職員、地域包括支援センター職員、自治会長、民生委員、駐在所警官、利用者、家族が参加している。事業所の活動状況や予定、地域との情報交換、防災についてなど話題は多岐のわたり、より良い運営と地域の課題解決に活かしている。	
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	管理者が定期的に訪問し、必要事項は必ず報告。介護事故が発生した際は都度書面と口頭で報告している。公文を実地。	市へは事故報告、困難事例の相談報告、介護保険更新手続き、運営推進会議の議事録の提出などを行っている。市主催の研修の案内も入ってくる。市内の介護事業者の地域包括ケアシステム協議会で意見をまとめ、市に要望を出すこともある。市の事業で公文を認知機能維持向上に活かしており、認知機能だけでなく、鉛筆を持つことで、箸を持てるようになった方もいる。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指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	ベッド柵をしない、玄関の鍵の施錠をしないなど拘束に当たる行為はしていない。職員へは業務会議・全体会議等で学習している。	身体拘束例はない。ホームは2階であるが施錠していないので、1階に降り戸外へも出て行くことができる。法人とホームで年に各1回、身体拘束をしないケアに関する研修もやっている。スピーチロックにも問題意識を持ち、状況を考え言葉の置き換えが出来ないか等、より良い対応を見出す努力をしている。	

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	職員会議での虐待防止についての学習等、定期的に学習を行っている。不適切な言動がないよう都度注意している。		
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	個々の必要性に応じて、実際に制度を利用されている方もおられる。		
9	○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	管理者や担当職員が十分な時間をかけて説明し、同意を得るようにしている。		
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	日頃から看護師や担当職員と利用者、家族は連絡を取り合い、要望等を伺っている。また、担当者会議でも、都度、伺う機会を造り対応している。	利用者との対話から思いを聞き、意見を聴取し、希望を反映できるよう日々心掛けている。うどんが好きな数人で、外食したこともある。面会は、家族だけでなく友人知人も居室で自由してもらっている。	
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	年に2回管理者(もしくはリーダー職員)と職員の面談の場を設けている。毎日のミーティングや毎月の業務会議でも意見を出し合っている。	職員は日常業務中だけでなく、月1回ホームでの業務改善会議や2ヶ月に1回の法人の全体会議で、意見や提案をすることができる。管理者は、年2回職員の個人面談で意見聴取できる機会を設けている。ケアマイスター制度もあり、学び続け評価を受けられる制度もある。職員は20代~70代で、外国人もいて、多様性と包摂性を兼ね備え、職員の個々の強みを発揮できる職場環境になっている。	
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	キャリアパスや考課制度をとりいれて、必要に応じて見直している。法人で採用・定着タスクチームを立ち上げて職場内の仕組み向上や取り組みを促進している。		
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	代表者は月1回全管理者を集めて事業状況の報告をさせている。法人内のケアマイスター制度、各種研修の案内を毎年行っている。くもんを実地する事で気づきの視点を持つ。		
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	地域包括ケアシステム協議会に参加し、交流を図っている。		

Ⅲ 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	入居前にグループホームの職員と利用者は面談を行い、本人の希望・要望等を伺い信頼関係を築く事が出来るよう努めている		
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	入居前の面談や見学などは数回かけて行っている。また、家具の搬入等も、協力を行っている。		
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	必要に応じて内科医や歯科、薬局と連携し選択肢の一つとして案内している。		
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	職員は可能な限り一緒に座って会話をしたり、気候の良い時期は一緒にデッキで過ごしたり、散歩を行う様務めている。家事等も、一緒に行い、生活の時間を共有している。		
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	家族が面会に来られた時は、日々の様子をお伝えし、一緒にケアを考え提供している。		
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	来客対応は手洗、アルコール消毒の実地、個室でお願いしている。電話があった場合はゆっくり会話ができる環境を整えている。	面会は居室で2時間まで可能で、家族だけでなく、友人知人も可能である。利用者の携帯電話も使用可能にしている。ホームでの生活を伝える『柳本だより』を毎月発行している。毎週、移動販売車が来て買い物や外出も自由にもらっている。毎週、自宅に帰る方もいる。	
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	職員は利用者を利用者の橋渡しを行い、関係性作りをサポートしている。状況に合わせて、座席を変更して対応している。		
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	サービス終了後も地域での関わりとして会話をしたり、サロンに参加の声を掛けている。		

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	本人本位に努め、必要時、ケア会議を開催して本人の立場に立って物事を考え、家族の意見も伺っている。	入居前の本人に会いに行き、現病歴や日常生活動作能力だけでなく、生活歴や住環境、地域性なども把握し、アセスメント表を作成している。職員は、利用者と座って話をする時間を日常的につくり、思いや意向を把握し、アセスメント表を年1回は更新している。	
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	生活歴を重視したアセスメント表を用いて情報把握に努めている。		
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	起床や就寝の時間は個別のリズムに合わせて実施している。職員は利用者個々の心身状態の把握に心がけている。		
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	業務会議でケア検討をし、ケア会議には家族に参加していただけるように日程の調整を行っている	介護計画作成に当たっては、事前に家族の意向聴取だけでなく、サービス担当者会議に参加することができる。計画を半年に1回評価し、状態に大きな変化がなければ1年ごとに更新している。内容は、全身状態や日常生活動作能力に対処するものだけでなく、暮らし方の希望や趣味趣向や反映された豊かな内容になっている。	
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	個別の記録等にて情報共有を行ったうえで日々のミーティングで業務やケアの内容を出し合っている。		
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	状況に応じてサービス内容の変更を行う。また、ジョブローテーションをしている。		
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	地域にコーヒーを飲みに行く・移動販売等での買い物支援・散歩に行ったり、本人の意欲を尊重したケアを行っている。		
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	契約時にかかりつけ医の意向を確認している。	地域の病院が事業所の協力医療機関となっており、4週に1回訪問診療を受けている。その他の医師もかかりつけ医に選べ、往診も受け入れている。歯科医は月1回、歯科衛生士は週1回訪問している。整形外科、眼科、消化器内科、精神科へ外来受診している方もいる。建物内に看護師が週5日勤務し、24時間オンコールにも対応している。	

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	グループホーム配置の看護職との連携を密にして体調の変化があればその都度対応している。不在時等は他部署の看護職とも連携している。		
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。	入院された場合は、基本的に管理者、リーダー、看護師が地域連携室と電話で連絡を取り合うようにする		
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	意向伺い書を基にターミナル期の話を随時行っている。運営推進会議でも看取りの共有を行っている。	法人の重度化及び終末期の指針と意向伺い書を利用し、入居時と重度化した時に説明し合意を得ている。ターミナルケアについて、法人研修や事業所の会議でも学べる機会を作っている。この1年で2名の方を看取った。運営推進会議で看取りも取り上げ、ご体験を聞かせて頂けることもある。	
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	緊急時(AED等)の研修を全職員に向けて行っている。		
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	年に2回の消防避難訓練を実施している。夜間を想定する形で夜勤者も参加した形をとっている。災害を想定した訓練も実施している。	年2回、消防避難訓練を実施(1回は夜間想定)している。地震、水害想定も実施している。緊急時の手順マニュアルを完備し、職員への連絡は携帯アプリで行っている。備蓄は水や食料、排泄、衛生に必要な物品も用意していて、BCPIに基づいている。防災の日や避難訓練時に防災食を利用者に食べてもらっている。	
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	学習を繰り返して実践している。出来ない職員へはその都度注意して改善するようにしている。	職員は入職時の法人の研修で、一人ひとりの尊重とプライバシー保護について学んでいる。入職1週間は先輩職員の指導もある。プライバシー保護は年1回研修がある。利用者の呼名は苗字に「さん」付けが原則であるが、同じ苗字の方には下の名前のこともある。トイレ誘導の声掛けは耳下で小声で、排泄時はトイレ扉を閉め、羞恥心を抱かれぬよう配慮している。同性介助の希望があれば配慮している。	
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	ホーム内は自由に行動してもらい、希望があればその都度職員が聞くようにしている。		
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	基本的にその日の過ごし方については個人のペースで過ごされているが、タイムスケジュールを押し付けないように都度見直しを行っている。また、体調を見た対応を行うよう注意している。		

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	季節ごとの衣類を家族や本人に相談して持参、または用意を行って貰っている。普段着と寝巻きと外出時のおしゃれを分けて支援している。		
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	ランチ企画等、利用者と一緒に調理を行う。あたたかい食事を提供し、楽しい食事の時間となる様、会話を大切に支援している。誕生日には本人が主役となるよう好きなメニューを手作りし、みんなでお祝いを行っている	ご飯と天然だしの汁物は、ホームで作っている。主菜と副菜は業者が調理したものを温め提供している。畑でできた野菜の一品を付けることもある。事業所で行う月6回のランチ会で、手作りの料理を食べる。移動販売車で好きな物を買って食べている方や、アルコールを居室で飲んでいる方もいる。少人数で職員と外食を楽しんだりもしている。	
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	栄養バランスが取れた食事加えて、味噌汁の出汁にこだわり化学調味料の使用はしていない。また、味噌を造り提供したり、ホームで育てた新鮮な食材を使うよう意識した取り組みを行っている		
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	訪問歯科・歯科衛生士と連携しながら食事後の口腔ケアを行っている。		
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	布パンツを基本とし、必要に応じて尿取りパットを試用。トイレで排泄できる事を優先してケアをしている。	おむつゼロを法人の方針とし、布パンツを基本とし、必要な方には尿取りパットを使用している。トイレでの排泄を徹底している。夜間ポータブルトイレを使用することもあるが、ほとんどの方がトイレ排泄できている。トイレはユニットに3ヶ所あり、前傾姿勢を取りやすい構造、左右麻痺に対応した手すり位置など考えて造られている。	
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	毎朝、酵素ジュースを提供し腸内環境の改善に取り組んでいる。また、歩行等の運動の支援を行っている。		
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	入浴日は概ねスケジュール化しており、希望や拒否があればその都度調整している。	浴室には檜風呂があり、床には防水畳が敷かれている。週4回、お風呂を用意し、原則週2回入ることができるよう支援している。ゆず湯をして季節を楽しむことがある。重度の方も、職員が介護技術を習得し、浴槽に入れ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	日中の休息は声をかけながら個別に支援している。冬は湯たんぽを使用し副交感神経が優位になるような取り組みを行っている。		
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	服薬マニュアルに沿って教育している。様子の変化があれば看護師や管理者に報告するようにしている。		

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	食器の片付け、掃除や洗濯物等を行い生活の中で役割づくりを支援している。また、畑の作物を収穫したり、誕生日ランチを行ったり、楽しみを提供している		
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	近くの公園にみんなで花見に行ったり、ミカン狩りにでかけたり、個々でのお出かけも行っている。	広いデッキに出れば、JRの柳本駅を見下ろすことができ、気軽に外気浴することができる。日常的に屋外に出て、野菜やお花に水やりをしたり、近隣へ散歩をしている。また、桜やコスモスなどのお花見、みかん狩り、紅葉狩りなど、時季の外出を楽しんでいる。駅でのピアノ演奏、ラン伴などの行事にも出掛けている。うどんが好きな利用者と職員で食べに行く等、お出掛けの機会を多くつくっている。	
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	事業所での立て替え金対応をさせていただいている。契約時に確認し、金銭を所持する事に対して家人の意向を確認している。		
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	本人宛に連絡がある場合は、利用者に直接出たてたように支援している。施設宛に手紙が届けば取り次いでいる。また、個人で携帯を所持され家族さんと連絡を取られている方もおられる。		
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	木材をたくさん使用し、落ち着ける空間にこだわっている。不必要な音や光が入らないように家庭的な雰囲気重視している。	共有空間は、壁や床に木がふんだんに使われ、畳の床や障子があって、落ち着いた雰囲気がある。また、居間には食卓の他にソファがあり、掘こたつもあって、穏やかにくつろぐことができる。食卓は六角テーブルで、椅子テーブルの高さは4種類あり、利用者の身体に合わせて調整している。手すりはなく、転倒が起こらないように必要な場所に、椅子や手が付ける家具が置いている。	
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	ソファや椅子等、気の合う入居者同士が座っていたりするように配慮している。		
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	自宅から使い慣れたもの(タンス、椅子など)を持ち込んでいただき、自分が愛用していた家具、見慣れた家具に囲まれる、居心地よい空間となるよう家人に相談し、転倒予防を視点を置いたレイアウト等の工夫も行っている。	居室には、ベッド、タンス、洗面台が設置されている。利用者それぞれ慣れ親しんだ家具などを持ち込み、自宅でのレイアウト、安心安全な動線を考慮し、くつろげる部屋づくりがなされている。居室にも手すりはなく、転倒リスクがある方には、安全に手を付いて起立や歩行ができる位置に家具が置かれている。	
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	出来るだけ自分の足で歩行をしてもらえよう本人にあった福祉用具を使用し自分の意志で行動できる様、ホール内の家具の配置にも考慮し支援を行っている。		

目標達成計画

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		入居者それぞれが役割を持ち、入居者主体の日常生活が送れているか考え、出来る限り個々の能力を活かした生活が送れているのか再度見直し、今後もケアの向上に繋げていく	入居者それぞれのしたい事、想いを聞き取り、自立支援を行っていく。また、日常生活の中で入居者自身で役割作りを見つける支援をする事を継続していく。	入居者の1日の過ごし方について再度見直しを行い、より自宅の生活に近い環境で入居者主体の生活が送れる様、全職員で取り組んでいく。	24ヶ月
2					ヶ月
3					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。