

# 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	2990500106		
法人名	社会福祉法人 協同福祉会		
事業所名	あすならホーム欽傍 グループホーム		
所在地	奈良県橿原市大久保町287-1		
自己評価作成日	令和8年1月10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.kaisokkensaku.nhlw.go.jp/29/index.php?action=kouhou_detail_022_kan=true&amp;JiEvosvoCd=2990500106-Q0&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search">https://www.kaisokkensaku.nhlw.go.jp/29/index.php?action=kouhou_detail_022_kan=true&amp;JiEvosvoCd=2990500106-Q0&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6 森田ビル5階		
訪問調査日	令和8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)】

「普通の暮らし」を取りもどしてほしい。その思いを実現するために「あすなら10の基本ケア」を実施しています。1～10までのそれぞれの行為を順番に行うことが、トータルケアとなり、お年寄りを寝たきりにさせない介護へとつながります。これまでの介護の当たり前とは違う行為かもしれません。ただ、それは誰にとつての当たり前なのか。「自立支援」「利用者本位」になっているのか。そこに目を向け実践しているのが私たちです。例を挙げると「機械浴の廃止」「おむつをしない介護」「手すりがない施設」などがあります。これだけを見ると、びっくりされると思います。ですが、これを実践できるだけの根拠を私たちは持っています。あすなら、地域の方が、元気な時から最期まで住み慣れた地域で過ごせるように、介護保険サービスを展開しています。「あって良かったね」と言われる存在を目標に頑張っています。

## 【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)】

運営法人は奈良県北部から中和にわたり多数の福祉事業を展開する社会福祉法人で、事業所は近鉄 欽傍御陵前駅から徒歩3分の住宅地にある。グループホームだけでなく、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、訪問看護ステーション等も運営し、地域に開かれたサロン活動も活発に展開されている。グループホームは、法人が掲げている『10の基本ケア』を職員で共有し、実践に向けて取り組んでいる。利用者に寄り添い、日々の利用者の会話の中からつづやきを聴取してサービス提供につなげている。さらに、家族の意向を聴取しようとイベント開催やSNS活用も考えられ、より良いサービスの向上に取り組まれ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 3. 利用者の1/3くらい 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広がったり深まり、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)	○	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	職員学習会を月に一度行い、協同福祉の理念・考え方・方向性などを共有している。また、入社時には3日～5日かけて中途採用者研修を実施し新しく入った職員にも浸透するよう工夫している。	法人として明確に理念とケアの考え方があり、入職時の研修で学習し、日常業務のサービスで実践できるよう取り組んでいる。さらに、毎年の研修や会議で理念を再確認し、共有して職員間の統一を図っている。	
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	地域の方に向けたサロン活動のランチ企画・体操・学習が再開となり5と0のつく日の月6回行っている。週1回コープ移動店舗が来られる際は入居者もご自身で買い物を楽しまれ地域の方と交流している。	自治会に加入し、利用者は回覧や広報も見ることができている。事業所として月6回のサロンと年6回の学習会を地域向けに開催している。毎土曜に移動販売車が訪問して、利用者の楽しみになっている。年1回、市内の地域密着型サービス事業者の「地域包括ケアシステム連絡会」のイベントがある。フルート演奏、クリスマスにサンタ、門松の作り等のボランティアの来訪している。お花を下さる方もあり、地域の方と豊かな交流がある。	
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・秋の学習会にて計6回、地域の方に向けたグループホームでの事例を発表し日々の支援について説明を行っている。「檀原市地域包括ケアシステム連絡会」の取り組みの中で、丹野智文氏(認知症当事者)の講演を県民向けに開催予定(1月21日)		
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	2か月に1回開催し、行政や地域の方、利用者さん、家族さんに参加いただき、お話をいただいている。参加者からもっと地域にこんなサービスがあることを周知してほしい等、ご意見を頂き反映している。	運営推進会議を、2ヶ月に1回開催している。参加者は、行政(檀原市長寿介護課か地域包括支援センター職員)、地域代表(民生委員、まちかどネット叡傍)、利用者、家族、職員である。事業所全体として、市地域包括ケアシステム連絡会で活動状況と予定を報告し、議論して意見を聴取している。	家族の参加が少なく、固定化している。可能であればオンラインなどを併用したり、イベントと組み合わせるなど、より多くの家族が参加する取り組みが望まれる。
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	日常の介護相談、「街の介護相談室」の受託を通じて、行政や地域包括支援センター、社協と連携し、困難事例の対応もしている。「檀原市地域包括ケアシステム連絡会」の取り組みを通じて、講師や参加者、そして広報活動に、行政や地域包括支援センターと協力いただいている。	市から「街の介護相談室」事業を受託している。市内の地域密着型サービス事業者の集まりである「地域包括ケアシステム連絡会」があり、話し合いや年1回のイベント開催など、市と連携して取り組んでいる。日常的には、介護保険関係手続きや困難事例の相談、事故報告などを市役所で行っている。	
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	身体的拘束適正化検討委員会を通して、管理者が学習し、職員に共有している。困難ケースが発生した時には朝礼時に共有するなど、チームで話し合う風土もある。	ホーム開設以来、身体拘束の事例はない。尿道カテーテル留置の方も3名おられるが、適切に対応している。身体拘束に関する研修も行っている。身体拘束適正化委員会でスピーチロックを取り上げ、職員が適切な対応ができる環境が大切であることや、事例に即した適切な声掛け等を学んでいる。玄関は施錠していない。	

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	職員全員が法人主催の虐待・虐待防止についての学習会に参加できるようにしている。		
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	入居者に活用される方はおられないが、ご家族からの問い合わせなどには相談にのっている。今後、社会の状況を踏まえ、特に後見制度の活用は必要で学習を検討したい。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約または改定等の際は、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	契約内容・重要事項の説明・施設の特徴など、丁寧に時間をとって説明し契約している。入居者・家族の状況を把握するため、原則、自宅で契約し家の環境に近い居室の環境にしている。		
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	面会時はもちろんのこと、定期的に、ご家族に電話で様子をお知らせしたり、ご意見をお聞きしている。なお、面会について時間制限などは撤廃した。	面会時に、家族に生活状況や医師受診結果などを伝え、必要時は電話連絡し、意見聴取もやっている。お出掛けして欲しい、もっと歩かせて欲しい、掃除をさせて欲しい等の要望がある。今後、SNSで連絡や意見聴取できるアプリの検討、家族会の開催なども考えており、より多くの意見聴取をしようと取り組んでいる。	
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	①2か月に一度の全体会議に参加してもらい学習や法人の運営に関する事・進めている方向性などについて確認している②GHの運営については年度の方向性を職員の意見をもとに作成し推進している。進捗は半期ごとに振り返りながら調整している。③年2回の個人面談も行い意見把握し運営に繋げている。④定例の主任会議で部門及び事業所全体の課題調整を実施。	日常業務の中だけでなく、2ヶ月に1回の全体会議や月1回の各委員会で職員の意見や提案を聴いている。また、年2回の個人面談で職員の思いを聴いている。風通しの良い職場環境づくりのために、法人と労働組合のアンケート等で、意見や要望を聴く場を複数設けている。担当職員が、外出や誕生日の企画を考え実行してもらい、職員に能力を発揮してもらえるようにしている。	
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けるよう職場環境・条件の整備に努めている	年2回の個別面談、全体会議で現状について双方向で情報共有している。月一度の安全衛生委員会で職場環境の改善について話あっている。法人全体で職場内アンケートを行い意見集約し改善に務めている。労働組合アンケートも行っている。		
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	法人全体では「教育学習計画」に基づき、中途採用者研修・管理者研修・3年以上の職員ケア研修・法人内資格制度を実施。全体会議では理念や方針の学習を行っている。事業所では新採職員へ約1か月間、指導。また、各種資格取得に向けての学習の機会や支援金なども設けている。		

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
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	檜原市地域包括ケアシステム連絡会(市内の地域密着型サービス事業所の集まり)を開催し、管理者及び職員と学習・交流し、意見交換を行った。		
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	新しい生活に慣れ、安心して暮らして頂けるよう、入居前ケア会議を実施。ケアプランを子診する際にご家族の意向を聞き取りケアの方向性を再確認している。その方中心の企画を実施し、歓迎している雰囲気意識。		
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	入居前からご家族の困っている事や不安・ご要望をお聞きし対応している。必要に応じて連絡をとりながら面会時には情報共有し信頼関係の構築に務めている。		
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	相談内容・要望を丁寧に伺い、ご利用の方の状態・希望にあったサービスにつなげられるよう務めている。必要によっては他サービスに引き継いだりしている。		
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	食事の準備や片付け、掃除や洗濯など出来る事は役割を持って生活していただいている。また、これらに関して職員と共に行い、日々感謝の気持ちを職員が伝えている。		
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	好きな食べ物やほしいもの等を持って面会に来られている。電話を活用して交流をされている方もいます。定期的に日ごろの様子を撮った写真を送ったり電話で様子をお知らせしている。		
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	地域密着型サービスのため、馴染みの方が面会に来られることもある。移動店舗を利用しご自身で買物をされることを楽しみにしている方もいる。また、サロンに来られた方や他のサービスを使っている方が面会に来られている。	面会の制限はなく、家族や昔からの知り合い、近所の方やサロン活動参加者、多機能ホーム利用者や移動店舗利用者と面会している。携帯電話を持っている方もいる。墓参りや正月に、帰宅する方もいる。年賀状等の返信のお手伝いもしている。ホーム便りを毎月、家族に送付している。事業所のインスタグラムを楽しんでいる家族もいる。通信できるアプリもテスト段階である。	
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	企画など活用して一緒に料理をつくったり、ゲーム・歌をうたったり、利用者間の交流の場づくりをしている。		

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	
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	ご利用が終了しても、ご家族の状況を伺ったり、必要に応じて訪問している。利用が終了した方の竹林にお邪魔し門松を作った。			
<b>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</b>						
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	ご利用の方全員、月に1回モニタリングを行い、プランに沿ったケアになっているか。今の本人にあったプランなのかを話し合っている。本人のつづやきや行動を記録に残し本人にとってどうなのか、個別ケアを統一し、ケアが出来るようにしている。	入居時に自宅へ訪問し、生活環境や生活の様子子の把握に努めている。つづやきを経過行動記録に記入し、フットワーク軽く個別ケアにつなげている。利用者のつづやきから、お弁当づくり企画につなげたこともある。		入居時に、生活歴は聴取され文面に残っているが、趣味趣向、特技、暮らしぶりの記載はない。これらを記載できる書面を作成し、利用者や家族から聴取するか記入してもらって、思いの把握につなげてほしい。
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	入居前にご自宅へ伺い本人の生活していた所を見に行きアセスメントをとるようにしている。生活歴がわかるような事を丁寧にお聞きするようにしている。これらを入居前に職員と共有できるように努めている。ケア会議の時も聞き取りを行っている。			
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	支援経過・サービス記録などで職員間の情報共有を行い、ケアに繋げている。			
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	職員に担当の入居者さんを割り振り、計画書にそってケアが出来るよう推進している。ケアプラン更新の際モニタリングを行い、意見を反映している。	介護計画は、6ヶ月毎に更新している。事前にモニタリングと家族から意見を聴取し、サービス担当者会議を行い作成している。内容は健康面やADL面のことだけでなく、短期と長期の目標を立て、外出にも力を入れたものになっている。項目とサービス内容の不一致もあり、改善が必要と思われる。		日常的には、個々の趣味趣向、得意、暮らしぶりを大切にケアが行われていると思われるが、介護計画に反映されていない。それらも記載し、利用者や家族からより信頼され、より意見を引き出し、より良い支援につながることを期待する。
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	日々の記録は支援経過に記録し、モニタリングで共有。課題については意見交換しプランに反映する。都度振り返りながら次に繋げている。			
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	病院受診時必要に応じて同行し、様子を医師に直接お伝えしている。点滴などの治療が必要な時は訪問看護(特別指示書)を利用し入院せずに治療出来るようにしている。			

自己	外部	項目	外部評価	
			自己評価 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
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	利用者さんの思いに寄り添うために、企画として一緒に買い物へ行くこともある。季節に合わせた服を選ばれたり、作る料理から買う食材を考えたりと楽しんで頂いている。	
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	本人・家族の希望で訪問診療・訪問歯科を利用し診察していただいています。ご家族の希望を医師に伝え治療方針・薬が変わるなども含めご家族には状況をお伝えしています。定期的な訪問診療以外にも必要に応じて往診していただいている。	協力医療機関の内科医が月1回、訪問診療を行っている。今までのかかりつけ医の往診も受け入れている。歯科医と歯科衛生士の往診が月1回あり、希望者は受診できる。看護師、ホームへの来訪は週1回だが、同じ建物の他部門に勤務していて、健康管理をしている。マッサージ師の訪問を受けている方もいる。眼科、整形外科、泌尿器科を外来受診している方もいる。
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	毎日の朝礼の中で気づいたことや悩んでいることは、看護主任に共有し、意見をもらうようにしている。	
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、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。	医療機関が感染症予防のため面会が制限されているが、病院の地域医療連携室と密に情報共有できるように連絡をしている。早期退院に向けても、家族・病院と話し合いを重ね最善の退院日になるよう調整している。	
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	状態の変化は主治医・家族と共有し終末期に近い時は看取りについてのケア会議を行い、方向性を丁寧に確認している。看取りの時期は家族と一緒に過ごす時間を大切に出来るようにしている。その一環として家族が居室で泊まることもある。	重度化及び終末期に向けた指針がある。入居時に本人と家族に、終末期の対応について話し合い、意向を確認している。終末期になると家族、職員、看護師、医師がターミナル体制をとり、看取りプランを作成し対応している。家族の泊まり込みも可能である。他の入居者が、ターミナルの方へお見舞をすることもある。年1回、研修を行い、納棺師によるエンゼルケアを学んだりしている。この1年で6名の方を、看取った。
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	入居者別に緊急時の対応を記載したものを作成している(ご家族の意見を反映させている)。	

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	災害時マニュアルを全員に配布。年2回の避難訓練も実施。非常時の飲料水・食料・他備蓄。災害時の避難場所として施設をご利用いただけるよう地域にも発信している。夜勤者にも避難訓練に参加してもらっている。	夜間想定も含め火災想定避難訓練を年2回、地震想定と風水害想定も各1回、計4回の訓練を実施している。非常食を食べ、ローリングストックを行っている。各職員は防災マニュアルを携帯し、災害時コミュニケーション・アプリを使用することになっている。近隣に住んでいる他事業所の法人職員も、駆けつける体制がある。備蓄は、水と食料を3日分、ヘルメットやカセットコンロ、懐中電灯やランタン等を用意している。BCPも作成している。	
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	丁寧な声掛け・スピーチロックになっていないかなど朝礼などを活用して確認しあっている。トイレ・着替えなどデリケートな対応はプライバシーが保てるように配慮している。	本人の意思を尊重し、個別支援を心掛けている。呼名は原則苗字に「さん」付けをしている。声掛けは、言葉使いや伝え方、声の大きさ等を大切に、トイレ誘導や着替えなどは、本人の羞恥心と他者に気づかれない配慮をしている。居室入室時は本人の許可を確認している。ホーム便りやInstagram等への写真掲載は、本人と家族の同意を得ている。	
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	入居者との会話の時間を大切に、本人さんが自己決定できるようなお声がけしている。		
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	職員主導のケアにならないように入居者の立場に立った支援が来ているか、ケア会議の時間なども活用して意見交換している。その人らしさ・今までの暮らし方を尊重した支援をしている。		
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	出来る事は出来るよう支援し、出来る方はその日着るものなどご自身で選んでいただいている。お出かけや病院受診などお出かけ用の服に着替えている。		
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	茶碗・湯呑・マグカップ・箸などはご自身の使っていたものを持参していただき、本人の物を使ってもらっている。また食事の準備・片付けなども一緒におこない、入居者主体でおこなっている。	ご飯と汁物はホームで手作りし、副菜はチルド食を温め提供している。食事の準備(盛り付け)後片付けも職員と一緒にしており、職員も同じものを食べている。食器は、利用者持参のものをなるべく使っている。イベント時は、焼き肉や鍋、餃子や冷やし中華、ノンアルコールビールを提供することがある。お出掛けをして、外食する方もいる。	

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	水分摂取量はその都度記録し総量をみながら水分補給できるように声掛けしている。バリエーションも工夫し、経口補水液・緑茶。夏場はかき氷など好みにあったもので水分がとれるようにしている(ご家族にも飲料の差し入れもお願いしている)。		
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	口腔ケアは毎食後行い、難しい方は介助している。定期的に歯科往診で口腔内の状況を医師にみていただいている。		
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	入居者の尊厳を護るため、おむつは使用していない。定期的にトイレ誘導しトイレでの排泄介助を行っている。夜間はポータブルトイレを活用している方もいる。布パンツ+パットで過ごしていただいている。	法人の考えでもあり、オムツ使用者はいない。必要であればパットは使うが、現在16名全員、布パンツ。各々の自立度と特性に合わせ介助を行っている。病院から退院時オムツであっても、1日で布パンツに変えたこともある。夜間、居室でポータブルトイレを使用する方もいる。	
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	自然排便出来るように運動・水分にも気をつけ、必要に応じてお腹を温めたりマッサージしたりしている。また、管理栄養士主導の元、食事面から便秘改善に向けアプローチしている。		
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ず、個々にそった支援をしている	個室で職員と1対1で入浴している。出来る限り個々の希望の時間で入浴していただけるようにしている。職員と会話しながらゆっくり入浴していただけるようにしている。	お風呂は、檜材の個人浴槽で洗い場は防水量が敷かれている。入浴回数は、週2回を原則としている。入浴介助の研修もあり、職員が技術を身に付けてマンツーマンで支援を行っている。入浴拒否される方には、声掛けを工夫している。	
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	朝遅めに起きる方・夜遅くまで起きている方などそれぞれに合わせて支援している。		
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	往診医・薬剤師・看護師・介護職と連携して服薬支援を行っている。薬が変わった時などは状況を支援経過に残して経過をみて往診医に報告している。居宅療養管理指導で薬局とも連携している。また、担当職員を決めて入居者の薬についても把握できるようにしている。		
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	日常生活の食事・洗濯・掃除など出来る事はしていただいている。また、塗り絵が好きなど趣味を続けていけるようご家族と協力しながら支援している。		

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
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	お花見・紅葉など大人数が集まりにくいところやドライブなどで季節を感じてもらえるよう外出の機会を支援している。職員が送迎をして、家族さんと外食をされることもある。	外出は、各々の利用者の担当職員が、意向を聞き個別支援を原則としている。職員と共にショッピングモールへ買い物に出かけたり、喫茶店にお茶を飲みに出かけたり、お房観音に出かけたりしている。バスケットボールのゲーム観戦を楽しまれる方もいる。時節の行事として、初詣、桜や紅葉は近隣に徒歩で出掛けている。家族と一緒に外出される方もいる。	
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	毎週土曜に、移動店舗車が施設の前に来る。またコープの共同購入も利用しています。カタログを見ながらおしゃべりして、買い物を楽しんでいただけるよう支援している。		
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	携帯電話を持参している方はご自身で電話をしたり、家族からお誕生日にお手紙をいただくこともあり、職員と共にお返事のお手紙を書いている。		
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	吉野の檜を使った和風のつくり。フロアは畳で掘りごたつ(現在、転倒防止のため閉鎖)もあり家庭的な空間になっている。フロアにテレビはなく静かに過ごして頂けるよう配慮している。お風呂の畳敷き・檜風呂で個浴のため温泉に行った気分が入浴出来る。	居間兼食堂は吉野檜を使った和風づくりで、床は畳が敷かれ、静かな空間を創るため、敢えてテレビ設置していない。窓は大きく、畝傍山を望むことができる。季節感を感じていただくため、毎月、模様替えを行っている。テーブルや椅子は各利用者の体格に合ったものを用意しており、品よく配置されている。	
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	フローア、ソファ、居室等、個々のお好きな場所で過ごしている。またベランダで花を育てていて、季節のいい時はベランダで花を見て、お茶を飲みながらの時も楽しんでおられる。		
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	ご自身の使っていた馴染みの家具を配置するなど自分の空間を作ってもらっている。動線も考えながら手をつける場所を職員及び家族と相談しながら作って安全も確保できるようにしている。	居室には、ベット、クローゼット、洗面台、手付きタンス、ハンガー、エアコンが設置され、窓には障子があって落ち着いた雰囲気がある。自分らしい居室づくりのために、馴染みの家具が持ち込まれている。家具の配置は、生活動線と転倒予防を考え配置されている。	
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	トイレの場所や自分の部屋の場所がわかるような表示を工夫している。安全が確保できるような物の配置などには注意をしている。		

令和8年3月18日

## 地域密着型サービス外部評価結果報告書

奈良市高天町48番地6 森田ビル5階  
特定非営利活動法人 Nネット  
理事長 北條 正崇

当該結果を活用され、貴グループホームの今後のさらなる質の向上を目指して頂けることを期待致します。

都道府県名:	奈良県
法人名:	社会福祉法人 協同福祉会
代表者名:	理事長 東浦 秀己
事業所名:	あすならホーム畝傍グループホーム
事業所番号:	2990500106
事業所住所:	〒634-0061 橿原市大久保町287-1
訪問調査日:	令和8年2月10日
評価確定日:	令和8年3月18日

# 利用者家族等アンケート集計表

【認知症対応型共同生活介護事業】

事業所名【  
調査年月日【  
回数【

あすなろホーム敬傍  
R8年2月10日  
10名

(1) 職員は、ご家族の困っていること、不安なこと、要望等の話をよく聞いてくれますか？	1.よく聞いてくれる	2.まあ聞いてくれる	3.あまり聞いてくれない	4.全く聞いてくれない
	5	5	0	0
(2) 事業所でのご本人の暮らしがりや健康状態について、定期的に報告がありますか？	1.毎月報告がある	2.ときどきある	3.ほとんどない	4.全くない
	8	2	0	0
(3) 運営推進会議に出席されたことがありますか？	1.いつも出席している	2.時々出席している	3.案内は来るが出席できていない	4.会議の案内が来ない
	1	1	5	5
(4) 職員は、ご本人の介護計画をご家族に説明し、一緒に内容に関する話し合いをしていますか？	1.説明を受け一緒に話し合っている	2.説明は受けただが話し合っていない	3.介護計画を受け取ったが、説明も話し合いもない	
	7	2	1	
(5) 職員は、ご本人の思いや願いや要望等を理解し、対応してくれていると思いますか？	1.よく理解している	2.まあ理解している	3.理解していない	4.わからない
	4	6	0	0
(6) 終末期の看取りについての現在のご希望は？	1.事業所での看取りを希望	2.病院内での看取りを希望	3.自宅での看取りを希望	4.わからない
	6	2	1	1
(7) 事業所での生活で、ご本人の生き生きとした表情や姿が見られますか？	1.よく見られる	2.ときどき見られる	3.ほとんど見られない	4.わからない
	5	3	1	1
(8) ご本人は、職員に支援されながら、戸外へ出かけていますか？	1.よく出かけている	2.ときどき出かけている	3.ほとんど出かけていない	4.わからない
	0	6	3	1
(9) 事業所のサービスを受けていて、健康面や医療面について心配な点はありますか？	1.全くない	2.あまりない	3.少しある	4.大いにある
	1	6	3	0
(10) 事業所へ、ご家族が気軽に訪ねて行きやすい雰囲気ですか？	1.大変行きやすい	2.まあ行きやすい	3.行き難い	4.とても行き難い
	9	1	0	0
(11) ご家族から見ても、職員は生き生きと働いているように見えますか？	1.全ての職員が生き生きしている	2.一部の職員が生き生きしている	3.生き生きしている職員はいない	4.わからない
	10	0	0	0
(12) ご家族から見ても、ご本人は今のサービスに満足していると思いますか？	1.満足していると思う	2.どちらともいえない	3.不満があると思う	4.わからない
	7	1	0	2
(13) ご家族は、今のサービスに満足していますか？	1.大変満足している	2.まあ満足している	3.少し不満がある	4.大いに不満がある
	3	7	0	0
(14) 事業所が受けた外部評価結果を、閲覧されたことがありますか？	1.毎年閲覧している	2.一度は閲覧した	3.閲覧したことがない	
	0	0	10	
(15) 「閲覧した」と回答された方は、何で閲覧されましたか？	1.事業所窓口	2.事業所より配布	3.インターネット	
	0	0	0	

(別紙4(2))

事業所名 あすならホーム畝傍

### 目標達成計画

作成日: 令和 8 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	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。	入居前にご自宅へ伺い本人の生活していた所を見に行きアセスメントをとるようにしている。 生活歴がわかるような記録をする。	アセスメントに全員分、入力できているようにする。	12ヶ月
2	40	○食事を楽しむことのできる支援 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、食の好みの把握に努める。	食の好みがわかる記録をする。	アセスメントに全員分、入力できているようにする。(現在、食の好みの記入がある方、ない方ではばらばらになっている。)	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					

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、行を挿入して下さい。

