

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1年10月25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	www.kaisokensaku.mhlw.go.jp/29/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JiyosyoCd=2990400091-00&ServiceCd=320&Type
----------	--

【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1年12月20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)】

協同福祉会が考える“10の基本ケア”を介護の柱にし、人間らしい生活の提供を提案いたします。施設内はベッド柵や不必要な施設をせず、外出や散歩等により、認知症になっても住み慣れた地域で生活する事ができるようサポートしていきます。

【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柳本駅すぐ西側にあり、建物は木造2階建て2階がグループホームとなっている。居間は、和紙で覆われた照明が吊るされ、床には杉板と畳が敷かれるなど全体に和風な造りになっている。法人の理念である「大切にしたい7つのこと」とそれを実現するための「あすなら10の基本ケア」を全職員が研修で共有し、実践に努力している。地域とのつながりを大切にし、5と0のつく日は地域の高齢者を対象にランチ企画を行っている。また、介護計画に積極的に外出支援を盛り込み、利用者が故郷へ墓参りをしたいとの希望で家族と一緒に職員も付き添って旅行をした実例がある。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 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
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	法人理念として「大切にしたい7つのこと」を掲げ、毎年全体会議等で職員に伝えている。	法人の理念である「大切にしたい7つのこと」と「あすなら10の基本ケア」を全職員が法人研修で確認している。また、事業所内での会議でも理念を共有し、利用者が住み慣れた地域で安心して暮らせるよう支援している。	
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	地域活動として、地域の行事や掃除に参加。また、外出できるケアプランを作成し、日常的に外出することで社会性を保つように支援している。	自治会に加入し、清掃活動に職員が参加している。地域とのつながりを大切にし、5と0のつく日は地域の高齢者を対象にランチ企画を行っている。また、地域のボランティアの方の楽器の演奏や踊りなどを利用者と一緒に鑑賞に出かけ交流している。	
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	地域の人が集まるランチの時等、職員が学習会を実施している。また、地域学習会を公民館で行い地域の方に認知症について、介護予防等の発信を行っている。	/	/
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	2ヶ月に1回の運営推進会議では 入居者家族に話して頂き、抱え込まない取り組みとしても行っている。入居者家族、地域包括職員、市役所、地域の代表が参加して、現在の介護の状況を報告して共有している。	運営推進会議は、市担当課職員、地域包括支援センター職員、民生委員、家族等が参加し2ヶ月に1回開催している。会議では、事業所の活動報告だけでなく、地域の行事や防災、感染症対策などが話し合われている。	
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。	利用者の介護認定の更新時や運営推進会議の案内を持参する時などに、市の担当課と情報交換を行っている。また、市主催のサービス提供責任者会議に参加し、市と連携して課題に取り組んでいる。	
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。	身体拘束をしないケアを理念に盛り込み、玄関の鍵の施錠だけでなくエレベーターや階段の扉もロックをせず、見守りに対応している。ベッドの4点柵だけでなく、言葉による拘束もしないよう学習会を開いて実践している。	
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を年に1回と、それ以外にも定期的に学習を行っている。不適切な言動があれば都度注意している。	/	/

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
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	管理者やケアマネージャーは学習する機会を持っており、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っている。意見等は運営推進会議でも上げていただいている。	事業所がJR柳本駅すぐの便利なところにあり、家族の面会者が多く、その時に職員は要望等を聴いている。運営推進会議に家族が参加し、思いを述べる良い機会となっている。家族に対してカンファレンスを行い、要望等聴いて支援に活かしている。	
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。	業務会議の場で、職員は積極的に運営に関する意見を述べることができ、毎朝の申し送り時に職員は管理者に必要な物品などの要望を伝えている。管理者は、年2回個別に職員の意見を聴く機会を設けている。	
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2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。また、資格取得に向けての学習の取り組みも行っている		
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	代表者は事業展開している市ごとに地域包括ケアシステム協議会の立ち上げ、同業者を集めて地域ケアについての学習等に積極的に取り組んでいる。		

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	
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。			
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。施設内外のイベント参加の促しも随時行っている。			
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、食事をしたり、気候の良い時期は一緒にお出かけをしている。			
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	家族に面会をお願いし、家族と一緒に考えケアを提供している。お出掛けに参加してもらったりしている。			
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	来客や電話があった場合はゆっくりを会話できる環境を整えている。	利用開始時に、馴染みの人や場所、一度行ってみたいところや食べたい物などを利用者に聴いている。お正月に家に帰ったり、職員が付き添って家族と共に故郷へ旅行したりするなど、利用者の要望の実現に取り組んでいる。		
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	職員は利用者との橋渡しを行い、関係性作りをサポートしている。状況に合わせ、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。			

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
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、プランの変更に関しては随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。	日常的に職員が利用者に寄り添って、行きたいところや食べたいものなど、思いの把握に勤めている。飲酒や喫煙もルールを決めて可能にするなど、利用者の意向を積極的に介護計画に盛り込み、実現に努めている。	
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	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、ケア会議には極力家族に参加していただけるように声をかけている。	利用者の思いを中心に家族の意見を聴き、ケア会議で話し合い、利用者本位の介護計画を作成し、3ヶ月ごとに評価を行い、1年ごとに更新している。「あすなら10の基本ケア」を基に、利用者の思いを実現するケアに取り組んでいる。	
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。		

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
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	地域にお茶を飲みに行く・買い物・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。	事業所の協力内科医が、月1回訪問診療を行っており、利用者の個別のかかりつけ医に受診する方もある。歯科医の随時往診があり、他の医科へは、家族が付き添って受診しているが、職員が付き添うこともある。	
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。	入院時には定期的に面会に行き、管理者や看護師が地域連携室で連絡を取り合っている。		
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	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考え方について話をしている。	利用者が重度化する前に家族と看取りに関する話し合いを随時行い意向を伺っている。利用者が重度化した時に再度意向を確認し、利用者や家族の思いに沿った看取りのケアを行っている。事業所での看取りの事例もあり、研修を行って積極的に看取りケアに取り組んでいる。	
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	緊急時(AED等)の研修を全職員に向けて行っている。また、地域の方に向けても参加を促している。		
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。また会議でも確認している。	年2回消防避難訓練を実施し、夜間想定訓練も行い、職員は防災マニュアル冊子を常時携帯している。飲料水や食料、マスクや消毒液、カセットコンロなどを備蓄すると共に、避難訓練時に利用者も備蓄食料を食べる体験をしている。	

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
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	学習を繰り返して実践している。出来てい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。	居室に入る時には、必ずノックをしている。トイレでの排泄介助時も外で見守りを行っている。職員は、利用者の個性や生活歴、プライドなどを大切に、利用者が自然体で過ごせるよう言葉遣いにも配慮している。	
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	みそ汁づくりや盛り付けなど利用者と一緒に行う。あたたかい食事を一緒に会話を楽しみながら食事をしている。	食事は給食業者が納入した調理済みの主菜を、温めて盛り付けし、ごはんと味噌汁は職員が手作りし提供している。利用者ができる範囲で準備や片付けを行っている。職員も利用者と同じ料理を同じテーブルで摂るなど、とても家庭的な雰囲気がある。みんなで外食を楽しむ機会もある。	
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っている。また、地元の野菜を使い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、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	訪問歯科と連携しながら食事後の口腔ケアを行っている。		

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
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	トイレで排泄できる事を優先してケアをしている。	トイレは、使いやすい便座の向きや前傾姿勢支持テーブルの設置など、排泄の自立に向けたハード面の工夫がなされている。おむつ外しに取り組み、要介護度5の利用者も布パンツとパットを利用し、トイレで座って自然排泄できるよう支援している。	
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	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。	浴室の床には、保温性がある耐水性の畳が敷かれ、冬でも床に座って洗うことができ、浴槽はヒノキ製で香りを楽しみながら入浴することができる。基本的に週2回入浴でき、職員は利用者と一緒に会話しながら入浴支援を行っている。	
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	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ケア担当を教育している。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	散歩、毎日の食事の盛り付け、食器の片付けや洗濯物を行い生活の中での役割づくりを支援している。また、個別のお出かけの支援も行っている。		
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。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支援している	本人の希望を伺い外出している。利用者の思い出づくりだけでなく、家族の思い出づくりの支援も行っている。	「10の基本ケア」に沿って、介護計画に「町内へのお出かけ」を盛り込んで個別に外出支援を行っている。2階の東側に広いベランダがあり、JRの駅や列車を見ながら気軽に外気浴することができる。利用者が故郷へ墓参りに行きたいという希望で家族と一緒に職員も付き添って旅行した外出支援の実例がある。	

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
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、金銭を所持する事を禁止はしていない。		
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	本人宛に連絡がある場合は、利用者に直接出いただく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。		
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を重視している。	居間は和紙で覆われた照明が吊るされ、床は杉板と畳が敷かれるなど、全体に和風な造りになっている。それぞれの利用者の体格に合わせた高さのテーブルと椅子で食事が摂りやすい姿勢が保たれている。ゆったりと座れるソファも配置している。トイレやお風呂も利用者が使いやすい構造になっている。	
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	ソファや椅子等、気の合う入居者同士が座っていただけ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、居心地よく過ごせるよう工夫している。	居室入口には、手作りの表札が掲げられ、室内には洗面台、洋服ダンス、幅広のベッドが設置されている。また、使い慣れた机や椅子、テレビなどが置かれ、お気に入りの物を飾って生活しやすい工夫がなされている。	
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	出来るだけ自分の足で歩行をしてもらえる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支援を行っている。		

目標達成計画

作成日: 2020年 3月 9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		お出かけ企画等、個別ケアの実践を行っているが、もっと、本人の生活の張りを引き出す取り組みを行っていく。	思いを汲み取り、入居者が何をしたいのか、どうなりたいのかを知る。今後も、個別のお出かけ企画等を実行し楽しみのある日常を支援していく	入居者の思いを知る取り組みを深め、本人が何をしたいのか、どうなりたいのかを知ることにより、生活の張りを引き出す。入居者同士、または、職員と入居者との日常生活の中での会話につなげ、活気のある生活を提供していく。	12ヶ月
2		運営推進会議を2か月に1回実地している。今後も、家人の参加をお願いして行く必要がある。	家族の要望を吸い上げケアに活かしていく会議とする。また、地域からの意見も参考にし、継続して地域拠点となれるよう努める。	今後も、参加の呼びかけを早めに行い、ご家族の予定を確認していく。また、面会等でホームに来られた時に、ご都合を伺い参加の有無を確認していく。会議では、家族、地域からの意見を吸い上げ改善を図る。	12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。