

平成23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	1473200978	事業の開始年月日	平成16年7月1日
		指定年月日	平成16年7月1日
法人名	医療法人社団 東華会		
事業所名	サニールあさひ武番館		
所在地	(241-0832) 横浜市旭区桐が作 1804-16		
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	通い定員	名
		宿泊定員	名
		定員計	18名
		ユニット数	2ユニット
自己評価作成日	平成24年1月25日	評価結果 市町村受理日	平成24年4月23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で閲覧してください。

基本情報リンク先	
----------	--

【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)】

地域密着型のグループホームなので、ホームとしては地域との連携であり、近隣住民の皆様が気軽に介護保険の相談をしていただけるよう努めています。地域包括支援センターや区役所の高齢者障害者支援センターの職員とも連携を取った中で地域の高齢者を支えています。
特色の一つとして地域住民へのプチデイサービス（武番館での行事やイベント時に一時的に地域高齢者をお預かりするサービス）の呼びかけを毎月回覧板に提示し呼びかけています。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	ナルク神奈川福祉サービス第三者評価事業部		
所在地	神奈川県横浜市西区南浅間町8-22-207		
訪問調査日	平成24年2月22日	評価機関 評価決定日	平成24年4月10日

【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)】

<事業所の優れている点>
◇好きなときに外出できる点
玄関、ユニットの入り口は夜間以外は施錠せず、利用者が好きなときに一人でも外出ができるようになっている。近隣の商店や交番などの見守りを得ているので安心できている。
◇利用者本位の献立
毎日の食事の献立は、ユニットごとに利用者とは相談しながら決め、担当の職員が食材を買い出しに行っている。庭で栽培している白菜、ブロッコリー、ミニトマトなどを使うこともある。
◇プチデイサービス
ハーモニカのボランティアやカラオケ大会のときなどには、プチデイサービスと称して、地域の高齢者の受け入れを企画して参加を得ている。
<事業所が工夫している点>
◇利用者一人一人のカードインデックス
リビングには、各人のサービス計画書、ケア記録、バイタルチェック表などが一目で見られるカードインデックスが置いてあり、日々の介護に役立っている。ケア記録には、黒は日中の様子、青はケアプランに関する様子、赤は夜間の様子とペンの色分けをして、介護計画の見直しに繋げている。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
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 ~ 35	9 ~ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	リユールあさひ式番館
ユニット名	1 ユニット

V アウトカム項目			
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
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
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
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
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
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごさせている。 (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
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

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ます。 (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
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：9, 10, 19)	○	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
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の拡がりや深まりがあり、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
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
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
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

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	運営理念の「ゆったり、のんびり、にこやかに」を毎朝申送り時に唱和し、入居者の自立性と地域住民と触合える環境作りを心がけて、居者に接している。	・運営理念の実践として、「余生をゆっくり過ごす、自宅にいるように規則に縛られずその人らしく過ごす、言葉かけにより笑顔をとりもどしてもらう」ように、そして地域住民の一人として過ごすことが出来るように支援している。	
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	年中行事の「せいと焼き、夏祭り、盆踊り」や毎月恒例のカラオケやハーモニカを楽しむ会に参加呼びかけをしている。	・せいと焼き、盆踊り、花火大会、近隣のグループホームとの入居者交流会などで、地域の人と交流している。 ・カラオケ大会やボランティアのハーモニカ演奏などのときには、プチデイサービスと称して地域の高齢者を受け入れるためチラシを配って参加を募っている。	
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	地域の認知症高齢者の方が気軽に尋ねてくれる施設となるように努めている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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	運営推進会議ではグループホームの理解を頂き、地域自治会、老人クラブ等と関わられるよう努め、プチデイサービスの呼びかけを常時行っている。	・2か月に1回、利用者や家族の他、自治会役員や民生委員、旭区高齢・障害支援課や地域包括支援センターの職員が出席して開催している。 ・運営推進会議では事業所の行事やヒヤリ・ハットを報告し、避難訓練の地域からの協力を要請している。	
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	高齢者障害者支援センターと連携を取り、入居者が抱える問題を速やかに解決するよう心がけている。	・高齢・障害支援課や生活保護課、地域包括支援センターには、利用者の抱えている悩みの相談をするなど、日常的に連携している。 ・利用者が小学生の送り迎えをするなど、何か社会貢献できることはないか、地域包括支援センターに相談を持ちかけている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	居室・ユニット玄関・施設玄関の施錠は夜間帯以外はしていません。身体拘束の内部研修も毎年行っている。	・身体拘束についての外部研修を受け、内部研修も行っており、身体拘束廃止規定委員会を設けている。 ・夜間以外は、玄関・ユニット玄関の施錠はせず、一人で好きな時に外出する利用者もいる。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	職員間で注意し合い、虐待につながらない、虐待とされないケアを内部研修から実践している。		
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	入居者の所持金等は本人の不利益にならぬよう買物や食事会、理美容等に活用している。		
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	契約は契約書を基に書面と口頭で読み上げ理解を頂いている。その他グループホームの説明も合わせて行っている。		
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並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	介護相談員の訪問も受け、入居者本人、ご家族からの意見を職員全員で検討し改善している。解決できない場合は旭区役所や地域包括に連携し相談している。	・玄関脇にご意見箱を設置し、苦情受付担当者・苦情解決責任者、旭区苦情受付窓口の紹介もしている。 ・家族来訪時には職員も面会し、意見や要望を聞くように努めている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	毎年、意向調査を行っている。ユニット会議や全体会議時に意見や提案を出し検討している。	・業務の見直しについて、毎月のユニット会議や各月の全体会議で話し合っている。例えば、緊急時の対処方法について具体的に確認し合った。 ・職員は毎年行う意向調査の中で意見・要望を出して、全員で検討している。	
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	毎年労働条件の見直しを雇用契約で行っている。事例研究発表では3年計画で「働きやすい職場」「働きがいのある職場」「職員の特性が活かせる職場」をテーマに研修している。		
13		○職員を育てる取組み 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	基礎研修、職員研修、副主任研修、主任研修、実技研修等を開催している。また職員交流会で他の事業所の良さを学んでいる。		
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つくり、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組みをしている	神奈川県GH連絡会、横浜市GH連絡会、旭・瀬谷GHブロック会等に参加し情報交換や入居者に関する困難事例の解決に役立っている。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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	入居前の情報を基にケアプランを作成し、GHで落ち着いた生活をしていただけるよう努めている。1ヵ月後にケアプランの見直しをして長期に安定した生活ができるようにしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	入居前に自宅を訪問したり、ホームに複数回見学に来て頂き入居者と職員の共同生活を実際に確認していただいている。特に環境の違いを理解頂き、不安にならぬよう努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	自宅での生活が困難で施設に入って改善されるとは限らないので、自宅の環境を踏まえケアプランを作成している。他のサービスで使えるものがあれば提供したい。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	入居者同士の共同生活ではなく、入居者と職員の共同生活であると意識して支援している。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	家族の面会時に情報提供を頂いているので、職員は家族との連携を深め「その方」らしい生活を送っていただいている。		
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	入居前に馴染みのベッド・家具・備品を居室における事を伝えている。ドライブがてら他の入居者と本人の縁の地に立ち寄っている。	・ドライブの際に、以前住んでいた場所に立ち寄ったり、手紙の代筆をしたり、電話をかける時に取り付いたり、馴染みの人や場所との関係が途切れないよう支援している。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	アパート感覚の生活で、居室以外は共有したスペースしかありません。入居者の能力（出来る事・出来ない事）を職員が把握し、自然に関われるよう支援している。		
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	退去後も安心して生活して頂けるようご家族、入居施設にサマリーで情報を伝えたり、事前にホーム職員が施設状況の確認を行い、併せて医師の意見を届けています。		
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。	おやつや食事時に、気軽に希望・意向を確認している。特別な要望には応えられない場合もあるがユニット会議で検討し本人に戻している。	・入居するとき、入院から戻ってきたときには、利用者や家族から詳しく暮らしの情報（家族、生活史、暮らし方、生活環境）、心身の情報（身体と気持ち）を聞いている。 ・普段の生活の中から、会話や仕草で本人の思いを汲み取っている。	
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	入居前の情報として持っているため、分らない事があればご家族から改めて情報を頂いている。家族歴・生活歴・職歴・趣味・嗜好をしっかりと受け取りたい。		
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	職員は起床時の声かけで入居者の健康状態を探ります。洗面・排泄・おしゃべり・食事（嚥下・咀嚼）等々でその日の過ごし方を捉えています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	介護計画担当者がご家族と職員を招集し3ヶ月に1度、介護計画の見直しを行っている。必要とあれば医療と連携し主治医が召集し、家族と職員が参加しカンファレンスを行う。	・ユニット会議では毎月3人カンファレンスを行って、必要な時は主治医や家族とも話し合っ3ヶ月に1度介護計画を見直している。 ・リビングには、各人のサービス計画書、ケア記録、入居者情報回答表、バイタルチェック表などが一目で見られるカードインデックスが置いてあり、日々の介護や介護計画の見直しに役立っている。	
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	ケア記録は色別に仕分けし、黒は日中の様子、青はケアプランに関する様子、赤は夜間の様子とし、ケアプランの見直しに繋げている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多 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	家族のある入居者と身寄りの 無い入居者が居るが、無理なく 相互に交わるよう努めている。時間・場所の共有、歌 やゲーム等一緒に楽しむよう にする。		
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	散歩・外出は本人の意向の中 で出かけている。徘徊する入 居者は現状ではいませんが、 以前は「徘徊ネットワーク」 に登録していました。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 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	往診（内科・診療内科・泌尿 器科・精神科・歯科）にて対 応している。診療科によつて は紹介状を受けた上、家族と の連携で受診しています。	・かかりつけ医や紹介状により受診する病院には、 家族やソーシャルワーカーと共に支援している。 ・提携医の内科は月2回、歯科は毎週の往診を受け、 口腔ケアも受けている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	医療連携体制を取っているもので、毎週1回の訪問を受けています。月2回の往診医との連携も含め、入居者の不安は軽減しています。		
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、また、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。又は、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	担当医師とのカンファレンス、医療相談室のSWとも連携をとり入院生活を送り、リハビリが始まる頃に退院するように伝えていきます。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と 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	重度化については医療との連携の中で、介護特別養護老人ホームへの申し込みを必要に応じ行っている。看取りケアは職員に出来ること、出来ない事を考慮し終末期まで支援している。	・利用者や家族・医療機関とも方針について事前に話し合っ合意し、事業所でできる範囲で終末期まで支援している。 ・病院搬送後数時間で亡くなった方があり、事業所の行った介護・看護について遠方の親族より感謝された例がある。	
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	緊急時対応マニュアルを目の届くところに掲示し、主治医より緊急対応の目安を頂いている。年2回の避難訓練時にAEDや心肺蘇生法の訓練を行っている。		
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	防災訓練・夜間想定避難訓練を年に2回行い地域住民の参加協力も頂き避難誘導した入居者の確保をお願いしている。	・避難訓練を年2回、そのうち夜間想定訓練を1回、消防署や地域の人も参加して実施している。 ・地域からの福祉避難所になってほしいという要望は、できる範囲で受けると答えている。 ・水・おむつ・ポータブルトイレ・食糧など備蓄している。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	○一人ひとりの人格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	入居者一人一人に分かり易い声かけと記録には個人名ではなくイニシャルを用いて個人情報への配慮している。	・職員は、人格の尊重、プライバシーの確保、接遇や個人情報保護などの社内・社外研修を受け周知している。利用者個人の尊厳を順守した介護支援を行っている。 ・利用者への呼びかけは、利用者・家族に確認を取り、苗字・名前を「・・・さん」もしくは「・・・ちゃん」付けで呼んでいる。	
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	日常生活において入居者の意向に傾聴し、本人が納得して頂く事でストレスとならないよう努めている。		
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	日常生活は十人十色の中で、ゆったり、のんびり生活して頂けるよう務めている。		
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	偶数月に訪問理美容の訪問を受けるなど、いつも綺麗でいられるよう援助している。時には口紅やマニキュアをつけ楽しんで頂いている。		
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	食事の献立は午前中に入居者の要望を聴き、買物は午後に行っている。バランスと栄養を基本に考えている。下膳や後片付け等お手伝い頂いている。	・利用者が配膳や皮むきなど手伝ったり、利用者にあった刻み食、とろみ、おかゆなどの食事を提供している。年5、6回は近くのおすし屋、中華料理店などで食事する楽しい機会を設けている。 ・事業所の庭で職員と利用者・家族で栽培した白菜、さやえんどう、ほうれんそうなどを食材として使用するケースもある。献立は毎日利用者の希望も確認し栄養バランスを考慮し作成している。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	温かい食事、その方に合った食事量の提供をしている。年に1回管理栄養士の研修を受け、水分・塩分の制限についても医師の指示に従っている。		
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	食前のうがいや、食後の歯磨きを習慣付けるように努めている。		
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向けた支援を行っている	一人一人の排泄リズムを確認し、いつまでもトイレに行けるよう声かけ誘導をしている。リハビリパンツ・尿取りパッド・テープオムツを使い分け自立を促している。	・事業者で利用者の健康管理を意識し、きめの細かい排泄チェックを行って利用者の排泄パターンを把握し、あるいは利用者の身振りなどで、利用者のプライバシーを尊重してさりげないトイレ誘導を行い、排泄の失敗を防ぐようにしている。	
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	食事の工夫や水分摂取状況をみて便秘対策を行っている。便秘が3日間続くと処方薬を活用している。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴は基本的に週に3回、希望で毎日入る方もあり、1日に4人から5人が入浴しその都度浴槽を掃除し新しいお湯を入れ楽しんで頂いている。	・入浴時間は原則、午前中は10時～12時、午後は14時～16時、利用者は週3回は入浴している。また、身体能力に応じシャワー浴や足浴の利用者もいる。 ・利用者ごとに水を完全に入れ替え、好みに合った湯の温度、浴室内の温度、お風呂に入っている時間を尊重している。また入浴剤、柚子湯なども使用している。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々 の状況に応じて、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	日中は居室でもリビングでも 寛ぎやすい場所で過ごして頂 いている。昼間は共同生活、夜 間は安眠できるよう支援して います。		
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	処方箋は見やすい棚に保管して あり、月2回の往診で処方 が変わればその都度連絡帳等 に記入している。効力や副作 用について主治医に報告して 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	朝の体操や月2回のカラオ ケ、ハーモニカボランティア の訪問、外食やドライブ等気 分転換を図っている。		
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。また、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	一人で外出できる方は自由 に出掛けている。歩行困難な 方は車椅子を活用しご家族又 は職員が同行し散歩、買物に 出掛けている。	・数人の利用者は、職員の見 守りや近隣の交番などの協 力を得て一人で散歩に出掛 けている。職員付き添いの散 歩や買い物も日常的に行な われている。また、散歩に でかけない利用者は、門の ベンチで外気に触れるよう にしている。 ・行事外出は主としてユニ ットごと車両を使ってお花 見、動物園などに出掛けて 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	お小遣い等個人金はユニット 毎に鍵のかかるキャビネット に保管していて、職員が日中 であればいつでも出し入れが できる状態になっている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	入居者より要望があれば手紙の代筆、電話は子機があるのでどこでも取次支援をしている。		
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	居室や共有部分の壁には絵を飾ったり、四季折々の季節感を思い出せるよう務めている。廊下には物を置かず歩行路の確保を心がけている。	・リビングでは食卓や椅子は木目調の落ち着いたものを使用し、テレビの周りにソファセットを配置して、利用者がくつろげるように配慮している。 ・居間の壁には利用者が描いた塗り絵やひな祭りの切り絵などを掲示している。玄関ホールには行事の写真や生け花などが飾られ季節感を漂わせている。その他温度や湿度にも配慮し、快適な居住環境になっている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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	共同生活の場であるリビング、キッチンが自由に使用しトランプやしり取りを楽しんだり、気ままに居室でくつろげるよう工夫している。		
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	入居時に馴染みの家具等を持ち込み安心感を得れるようお願いしています。居室内の環境も本人と話し合い配置換えをしています。	・居室はエアコン、クローゼット、照明は備え付けで、利用者が入居前に使用していた馴染みの箆笥やベッドが置かれている。また、家族の位牌や写真、ぬいぐるみなどを持ち込んでいる利用者もいて、各自が自分の部屋として利用している。 ・掃除は職員と利用者、あるいは職員、利用者のみで行っているが、清潔に保たれている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境 建物内部は一人ひとりの「できること」や「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	夫々の居室には表札（名札）を付け確認できるよう工夫し、ホーム内部はバリアフリーで杖や車椅子でも自力で移動出来るようになっている。		

事業所名	サンプラザあさひ式番館
ユニット名	2ユニット

V アウトカム項目			
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
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
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
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
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
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
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、安心して暮らさせている。 (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

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ます。 (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
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：9, 10, 19)	○	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
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の拡がりや深まりがあり、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
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
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
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

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	各ユニット事務所に運営理念が掲示しており、朝の申送り前に出勤職員が一同に復唱し毎日実践出来るよ努めている。		
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	散歩や買い物時に挨拶をしたり、自治会、連合地域の行事に参加したり、ホーム行事があれば地域に参加呼びかけを行っている。		
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	地域包括支援センターを主体にホーム見学を毎年行っている。見学時に認知症について理解頂いている。又夜間想定避難訓練時に地域住民の参加を頂き入居者の理解を頂いている。		
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	偶数月の第2火曜日と定め、入居者×2、ご家族×1、地域住民×2、区役所×1、地域包括×1、事務局×5が参加し開催している。GHの理解と地域連携が主なテーマ。		
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組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	高齢者障害者支援、生活保護課とは役所に相談に行き協力関係を築いている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	毎年1回は内部研修で身体拘束・虐待について学んでいる。どのような状況が身体拘束となるかベッドの配置を含めて検討している。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	毎年1回は内部研修で身体拘束・虐待について学んでいる。虐待と思われるような行為・言動が無いようにする為、職員間で気付いた時点で伝えるよう努めている。		
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	ホーム長、ケアマネジャーが外部研修に参加しているが、内部研修等で取り入れ入居者が不利益にならないよう努めたい。		
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	入居前に契約を交わしているので、書面と口頭で説明し、併せてGHの特色を理解頂けるよう努めている。		
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並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	外部評価での家族アンケート、玄関脇にご意見箱を設置している。ユニット毎に苦情受付担当者・苦情解決責任者を掲示し、面会時に家族からの意見を確認している。介護相談員の訪問を受入れた中で運営に反映している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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見解や提案を聞く機会を設け、反映させている	職員は毎年、意向調査を提出している。本部主催の事例研究でも3年間にわたり、「働きがいのある職場」「働きやすい職場」「職員の特長を活かせる職場」のテーマで検討している。		
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	ユニットの介護主任が、職員の勤務状況・特性を踏まえ人事考課を作成し、管理者は個人面談して意向を確認している。		
13		○職員を育てる取組み 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	入社時の基礎研修、職員研修、副主任研修、主任研修、実技研修、管理栄養士による研修も受けている。職員全体研修では外部研修の振り返りを行っている。		
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つくり、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組みをしている	県・市のGH連絡会、旭・瀬谷ブロック会等に参加し情報交換・研修を行っている。CMは旭区内のケアプラザと連携し勉強会に参加している。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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	入居時に本人の要望や不安、ご家族の意向等を収集し、その方らしい生活が送れるようケアプランを作成している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	見学时より話す機会を設け家族の思いと本人の思いを受け止め関係作りに努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	初期段階では出来るだけ自宅と変わらないよう環境作りに考慮し、必要とする支援を提供出来るよう努めている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	本人の残存能力を維持出来るよう職員は入居者の生活を支援し、自立して行う事に感謝を意を伝えている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	ご家族の面会時或いは電話での対応中に情報提供を受けどのように生活したいかを振り返っている。		
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	本人馴染みの物などを入居時に用意したり、友人に電話をしたり手紙を代筆したり、自宅付近にドライブに行ったりしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	孤立しがちな方の場合、職員が関わったり、時折食事の席を考慮したり、2ユニットの隔てなく共同生活が出来るよう努めている。		
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	退所後もご家族に伝えてから面会に行ったり、ご家族からの相談に対し援助も行っている。		
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。	本人からの希望・要望は職員間で検討し、ケアプランに反映し本人の了承を得ている。		
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	入居前に本人・ご家族・居宅支援事業所のCMから情報をもらい把握に努めている。		
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	毎日の変化を観察したものをケア記録に残し職員間で共有し、変化があれば速やかに対応出来るよう努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	家族から要望が出ない時もあるがモニタリングを行い現状に即したケアプランを作成している。		
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	日中の様子は個人のケア記録に記載し、ご家族からの情報や医療連携、特変については入居者情報用紙に記載している。申送りノートにも記録を記入し情報を共有している。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能 本人や家族の状況、その時々にも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	その方の要望に添い、生活歴、家族歴、病歴等を考慮したサービスを提供している。		
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	近隣のグラウンドまで散歩するが、地域の方との触れ合ったり、挨拶したりすることで社会復帰の一環としている。ハーモニカや郷土芸能のボランティアとの触れ合いも生活に彩りを添えている。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 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	月2回の往診を受け、特変時、急変時の対応について指示を仰ぎ、最善を尽くしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	医療連携体制の中で週に1回の訪問看護時に状態変化があれば、伝えて指示を受け対応している。訪問看護と主治医は連携をとり、必要に応じて後方病院と連携を取っている。		
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、また、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。又は、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。	往診医から紹介状を受け受診し入院する。入院中は面会行き状態を見て（リハビリ開始時期）SWとの連携で早期退院を心がけている。		
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	入居時の契約説明の中で、重度化における同意書や終末期に関する説明を行っている。身寄りの無い入居者もいるので、本人同意のみで支援している。		
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	各ユニット毎に緊急時マニュアルを掲示している。夜間想定避難訓練時にAEDや心肺蘇生訓練を行なっているが全職員が実践力を身に付けているか分からない。		
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	地域運営推進会議や夜間想定避難訓練で地域住民と意見交換を行っている。近隣自治会からはホームが福祉避難所となつて欲しいとの要望がある。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの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	その方の生活歴を考慮しながら言葉を選びプライバシーを尊重した対応を行っている。		
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	入居者との会話の中から、本人の思いや要望を聴き、ご家族と連携を取りながら支援している。		
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	入浴・散歩等本人の思いを優先し、自己決定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	2ヶ月に一度の訪問理美容を依頼し身だしなみに気を付けている。外出時には心の充実につながる服装を選んで頂いている。		
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	毎日の買物で新鮮な食材を提供し、自立摂取が困難な入居者には食事用エプロンを使用し出来る範囲で自力で食べて頂いている。準備、下膳、後片付けも職員と一緒にしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	その方に合った食事量と栄養バランスの良い食事を提供している。主食はお粥にしたがり、副食はキザミ、粗キザミ、ミキサー食等個別サービスで提供している。		
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	毎食後口腔ケアを行わない方もいます、出来る限り声かけて習慣付けるように努めていきたい。義歯の方は洗浄剤で清潔を保っている。		
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向けた支援を行っている	一人一人の排泄パターンを確認しトイレで排泄出来るよう努めている。		
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	朝の申送り時に最終排便確認を行っている。便秘にならぬよう食材の検討、水分摂取状況、運動機能状況を確認し、困難な場合は往診医に相談している。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴日は基本的に週に3回と定めているが、希望があれば午前・午後の変更や毎日入って頂いている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	一人ひとりに合った生活習慣を取り入れている。昼寝をする際は室温等環境を配慮し、適切な睡眠時間も検討している。夜間睡眠障害がある方は往診医と連携を取り薬の処方を受けている。		
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	入居者の処方箋を一冊のファイルに綴じている。薬が届くと処方箋と照らし合わせ確認し、服用開始後の変化等の観察に努めている。		
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	家庭の延長と考え掃除、食器洗い・拭き、洗濯物をたたんだり、カラオケやハーモニカの会、なつかしのDVDを見たり、外食も楽しんで頂いている。		
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。また、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	一人で散歩に行ける方はご家族了解のもとに外出している。車いすや帰宅困難な方は、職員同行で外出している。		
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	個人金を預かっているので、希望があれば買物に同行しています。日用品で必要なものがあれば、声かけして本人と一緒に選び購入している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	家族や友人への電話は、職員が電話をして取次いでから本人に代わっている。電話機も子機を活用し何処でも電話出来る体制を整えている。手紙や葉書の代筆も行っている。		
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	入居者のアクティビティ時の写真を廊下やリビングの壁に掲載したり、季節の花（造花）をその都度飾っている。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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	一人になれる場所は本人の居室のみだが、リビングは入居者同士で思い思いに過ごせるような配置を心がけている。		
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	自宅で使用していた馴染みの調度品を居室に置く事で安心感が得られれば、ご家族と相談しながら工夫し、持参して頂いている。		
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」や「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	入居者のペースに合わせ、なるべく自立した生活が送れるよう支援している。本人の居室が分かりやすいように表札（名札）を付けている。		

目標達成計画

事業所名 サリューブルあさひ式番館

作成日 平成24年4月11日

【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	3	地域自治会の行事に参加はしているが、地域との直接交流は停滞しています。	ホームイベントへの地域参加	ホームで行うイベント時に、プチデイサービスとして短時間の受入を継続広報していく	1年間
2	4	地域運営推進会議時の夜間想定避難訓練への地域住民の参加	無理なく、毎回近隣住民の参加を頂く	毎回、自治会への回覧版での広報、近隣住民30軒程度の周知ポスティングを継続する	6か月
3	6	身体拘束と受け取られない外出時の安全確保	外出は自由だが、迷ったり、戻れなかったりする入居者を作らない	単独で外出したのを確認したら、職員が同行し散歩となるよう工夫する	1年間
4	13	年齢層の高い職員への身体介護、知識向上	国家資格の介護福祉士への受験をする	振返りと共に、事例を基に入居者の安全確保に努める	6か月
5	33	看取りに対する方針を再度検討する	往診医と共に、入居者ご家族が、安心して生活を続けて頂く為に、現在は行っていない看取りケアが実践できるよう取り組んでいく	往診医との看取りについての検討を繰り返し、終末期を24時間体制で支援していく	1年間

注) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。