

### 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			
法人名	有限会社 わかば		
事業所名	うるケアホーム わかば 3階		
所在地	名古屋市西区枇杷島4-10-5		
自己評価作成日	平成23年11月17日(木)	評価結果市町村受理日	平成24年2月6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="http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2370401040&amp;SCD=320&amp;PCD=23">http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2370401040&amp;SCD=320&amp;PCD=23</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『サークル・福寿草』
所在地	愛知県名古屋市熱田区三本松町13番19号
訪問調査日	平成23年11月25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)】

生活をしていくうえで不安、事故などの要素をできるだけ除きよりよい生活を送れるよう取り組んでいる。  
大型施設とは違い入浴・食事・排泄を施設都合で行わないように介護していくことに力を入れている。

【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)】

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)
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)
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)
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)
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
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
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	施設長、職員同士意見を話し合い、実践につなげるようにしている。また、運営理念を施設内に掲示している。		
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	喫茶店やスーパーなどの外出や施設でのイベントを利用して地域の交流を図っている。		
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	民生委員の方の協力や施設のイベントを利用し、又、施設見学等された方など時間を設け話をしている。		
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	運営推進会議を開き地域の方、ご家族の方の意見交換を行い、これからのサービス向上に活かしている。		
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取り組んでいる	常日頃連絡連携を職員から取ることはない。管理者に任せきりである。		
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	各フロア、玄関、各居室ベランダ側の施錠は夜間のみしており、それ以外はしていない。全ての職員とは言えないが、管理者を初め身体拘束におけるデメリットについては理解している		
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	虐待がない様職員同士心がけ注意をしているが法や細かい部分については理解できていないところもある。精神的虐待に関しては職員の意識不足がある		

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
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	実際に制度を利用される方もおられず、学ぶ機会も設けられていない。		
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	家族の方の想い、不安、疑問等を聞き、契約書・重要事項説明書を通して施設の説明をさせていただき了承していただいている		
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	ほのぼのの会や家族来設時にて、意見要望を聞ける環境を設け反映できるようつとめている。		
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	管理者には意見を言いやすい環境にある。代表者は管理者を通して意見交換している。		
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	キャリアパスの導入により給与に反映される形にはなった。代表者は管理者の報告によって現状の把握に努めている。		
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	研修の参加や職場での勉強会を定期的に行なっている。代表者は管理者や職員に対して研修を受ける様に促している。		
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	管理者は同業者との交流によりサービスの向上に努めているが、現場の職員が交流する事は少ない。代表者は積極的に考えており、外部の施設見学の計画を進めている。		

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
<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	事前に施設見学、面会など行い、環境変化に対する不安が軽減できるように努めている		
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	施設見学時や面会時などに不安に思うこと・要望など聞き施設の特徴やデメリットなどを伝えながら話し合いを行っている		
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	利用者様の御家族と話を聞き、施設だけとは限らず、その方々に応じたサービスが利用できるように話し合っている		
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	利用者様に尊敬の意を持ち、利用者様らしく生活できる。人と人とのつながりを大切する様努めている。		
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	全ての御家族ではないが多くの御家族と職員は来設時に、状態の変化を伝えたり、御家族の要望を聞き施設だけの介護ではなく、協力しながら支えるようにしている		
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	馴染みの人にはいつでも来設できるようにしているが、馴染みの場所にはなかなか行けていない		
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	トラブルがない様利用者同士の関係を把握し、自由に関係作りができる様努めている。		

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	管理者以外は、退去後も相談があれば対応しているがこちらから連絡することは少ない。		
<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	利用者様、御家族に話を聞き又職員同士で共有し、その人にあった生活、サービスを提供できる様努めている。		
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	御家族・御親族の方や本人より話の中又聞いたりして、暮らし、環境の把握し、共有する様努めている。		
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	日々一人ひとりの一日を細かく記録に残し、心身状態含め、利用者様の現状を把握できる様努めている。		
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	介護計画を作成するにあたり、家族や医師等と話し合うことはほとんどみられないが、作成担当者と現場の職員が話し合う機会は徐々に増えている		
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	検討記録、ケース記録、ケア実践結果、気づきを記録に残し、情報の共有をしているが見直しをし、活かすことができていない。		
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	安心安全に生活できるよう現在のサービスをしっかり把握した上で支援サービスに取り組んでいるが多機能化や定着ができていない。		

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
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	地域資源の活用(地域イベントの参加など)が不十分な所があるが、スーパーや喫茶、公園などを利用し支援している。		
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、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	現在在宅医療を利用し、一部の利用者に関しては専門医又、家族又本人様の希望にてかかりつけ医に受診している。		
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	月4回週1回の訪問看護を利用しており、気になる点や相談など助言をいただいている。		
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。	家族・病院との連携をとり、認知症の悪化のリスクを理解し情報の共有に努め早期退院に努めている。		
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	重度化対応指針を作成家族の方に提示し、説明をし、家族の方の意志確認をしている。家族・協力医施設と早期段より、話し合いをし取り組んでいる。		
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	全ての職員が定期的に訓練の場を設け身につけている訳ではない。応急手当、初期対応するよう常に話し合い実践にて行っている。		
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	非常食・飲料水の備えはあり、避難方法・火災時の対応訓練は行なったが、実践的な訓練は出来ていない。地域との協力体制も確保出来ていない		

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
<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	言葉づかいや、ケアや誘導の時などプライバシーに損んでいるところがある。		
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	日常生活において思いや希望を表現しやすい様な言葉かけを行い自己決定が行えるよう働きかけている。		
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	時間やスケジュールにしばられることがないケアに努めているが職員の都合優先になっているところがある。		
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	季節や体型にあったものはもちろん、利用者様に選んでもらい、自己決定してもらっている。選べない方には、生活歴や馴染みの服装を着ていただけるように支援している		
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	下準備、食事、片づけなど能力にあったものを行い、職員と一緒に楽しくできるよう努めている。ただし、出来る方々だけになってしまっている。		
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	食事量、水分量を記録に残している。時には利用者の状態に応じて好きなものアイスクリーム・プリンなどを提供している		
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、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	毎食後の口腔内ケアは行えていないが、夕食後(寝る前)に声かけを促している。拒否がある方は声かけをしうがいのみで対応している方もいる。		

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
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	排泄チェック表にて記録をつけ排泄パターンの把握に努めているが、チェック表を活かした定期的な誘導や自立した支援に向けてはあまりできていない。		
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	利用者の状態に合わせ医師に相談し、指示を受けている。又、カンファレンスを行い下剤服用の調整をしている。 運動が少ない気がする		
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	一人ひとりの希望やタイミングに合わせて声かけをし満足していただけるよう支援している。時には職員側の都合になってしまうこともある。		
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	日中は個々の体調、習慣に合わせて休憩して頂いている。夜間は入眠剤を服用されている方もいるが日中の活動量を踏まえ、安眠できる様支援している。		
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	職員一人ひとりが薬の服用方法、作用内容、目的などおおむね理解し支援している。又、表を作成し、掲示をし理解を深めている。		
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	日々の生活の中にレクや外出など取り入れているが定着するのに不十分などところである。季節行事、誕生日会を利用して支援している。		
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	散歩、買い物、喫茶店などへ声かけにて行くが一人ひとりの希望に沿ったものとはいえないところがある。一人ひとりの思いに沿った支援が必要である。御家族との協力がまだ少ない。		

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
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	一部利用者の方は、自己に管理されておられるが外出時などして使われることはあまりない。		
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	家族の方との話し合いを了承を経て、電話をしておられる。一部の方のみ手紙を書かれてみえる。		
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	フロアに季節感あふれる環境にできていない。共有空間、居室共に清潔にするよう掃除をし努めている。		
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	リビング、キッチン前にテーブルイスを置き、ソファやテレビを配置し、思い思いに過ごされ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	今迄使い慣れてきた服、家具などを、家族の方に用意していただき、居室の空間をつくって工夫している。		
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	居室、お風呂、トイレなどわかるように表札表示している。又、段差、手すりなど設をし安全確保している。		

(別紙4(2))

事業所名 うえるケアホームわかば

## 目標達成計画

作成日: 平成 23 年 12 月 25 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	26	介護計画書のカンファレンス・モニタリングが定期的実施出来ていない。介護計画書に沿った介護が実践できていない。	定期的なカンファレンスを行ない。モニタリングの確認を行い、介護計画書につなげていき実践出来るようにする。	現在の記録用紙変更を行い、介護計画書に沿った日々の記録の中でモニタリング状況を記入できるようにする。カンファレンス日を事前に選定し開催できるようにする。	12ヶ月
2	35	地域と協力した避難訓練が行われていない。施設単独での避難訓練は実施されているが、地域の方々と連携は図れていない。	実際に避難訓練に地域の方々に参加していただき、実際の訓練を通して地域の方々と連携していきたい。	運営推進会議開催時に避難訓練を行ない。会議に参加していただいた方々に、実際に見ていただき、参加していただけるようにしていく。運営推進会議時にテーマを決めて開催していく。	12ヶ月
3	-	新人教育が曖昧であり、職員教育が出来ていない。職員のレベルにあわせた教育が出来ていない。	職員教育を通して介護の質の向上を目指す。プリセプターシップを徹底していく。	プリセプターシップを徹底し、職員個々の能力に合わせた教育計画を立てて、実践していく。月に一回職員会議にて職員教育についての報告を行う。	12ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月