

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	1176502233		
法人名	特定非営利活動法人 福祉ネットワーク・エヌツー		
事業所名	ふるさとの家		
所在地	埼玉県さいたま市西区清河寺722番地1		
自己評価作成日	平成23年3月13日	評価結果市町村受理日	平成23年6月13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	http://www.fukushi-saitama.or.jp/saitama22/
----------	---

【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 埼玉県介護支援専門員協会		
所在地	埼玉県さいたま市浦和区仲町2-13-8 ほまれ会館3階		
訪問調査日	平成23年3月30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)】

個々の利用者の皆さん方が、家庭的な雰囲気を感じ取り自分の家のように思い普段のような生活が送れる施設作りに工夫している。ケアマネジメントは、健康で活動的に送れるように生活支援、身体支援を行っている。そのために、毎日のラジオ体操、口腔体操などを積極的に取り組んでいる。

【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)】

周囲は畑であり、閑静な場所にホームがある。また、近くに、福祉施設がありそこには春には桜を見ることができ、通常の散歩コースとなっている。理念として「利用者の主体性を生かす」「各人に応じた介護」「円滑な共同生活の工夫」を掲げている。この実践例として、食事時、自分のお茶わんやお箸を選ぶようにしてこのことが間違いなくできている。認知症の進行防止につながっているようだ。ちなみに入所時に介護度5の方が現在2であるケースもあり、理念の実践が効果を発揮している好例である。

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、活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	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
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	月例全体会議を通じて日常生活での支援に対して討論をしている。毎日に引き継ぎ時、各利用者の変化に応じた事柄を運営理念に照らし実施している。	理事長、施設長を中心とした活動を通して、職員全員が理念を唱和して実行をしている。常に利用者さんの変化に対応できるように努めている。また利用者さんと一緒に何でも行うようにしている。	
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	地域との関わりを深めるため、自治会、商工会員として交流を深めている。	理事長が、自治会、商工会員として、地域との係わりを深め、地域密着型のサービスとしてのグループホームを提供している。そこには自然と地域の方をお招きしたり、地域行事に参加している。	
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	地域の行事(春祭り、夏祭り、盆踊り)に参加、馴染みの関係に勤めている。		
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	運営推進会議では、利用者の皆さんがいかに自然体に地域に溶け込めるか等の議論。また近況状態等を議論の中心に上げ意見を求め、介護の質向上に勤めている。	運営推進会議は2ヶ月に1度開催されている。地域包括支援センターの職員も参加して活発に意見交換がなされており、利用者さんや家族からの意見や要望にも対応している。その意見等を今後のサービスの向上へと繋げている。	
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	生活保護利用者が多く必然的に、市担当者の定期訪問がなされている。必要に応じて利用者さんの様子を連絡する。	運営推進会議の議事録を定期的に提出し報告がなされている。また、おむつなど定期サービスもあり連携ができています。生保の方も入居されているので、市担当者が定期に来所され、現状を報告されている。	
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	職員同士が利用者の身体的、精神的弊害について職員同士も研修して理解が深く、身体拘束のないケアを実践している。防犯上鍵をかけている事を家族に説明し同意を得ている。	OJT、職員同士で身体拘束の研修をして理解が得られているが、新しい入職者もいるので、体系的な研修が望まれる。帰宅願望の強い入居者もいるので家族の了解を得て、玄関に施錠している。なお、現在身体拘束の事例は無い。	身体拘束廃止に向けたマニュアルを作成され、どのような行為が身体拘束に当たるかなど全員で再度研修されることを提案します。
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	安全確保等緊急かつ、やむを得ない事情で何らかの拘束が行われる場合、その理由、方法、期間を明記した記録を家族に説明、同意書等がある。		

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	成年後見制度の利用をする利用者が増えている。制度への移行時、職員に制度の理解を伝えるため関係者と相談の機会を増やしている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	入居契約書、重要事項説明書の中で分かりやすく明記されている。利用者、家族に口頭で分かりやすく説明し同意を求めている。		
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	家族の訪問時に、介護計画書、意見、希望等を伺うようにしている。また食事会などは利用者の希望をいれ実施している。	毎月来所されるご家族に、意見が出やすい雰囲気作りをして要望をお聞きしている。また、成年後見制度を利用されているケースでは、後見人の方からの要望をよく聞き運営に活かしている。	
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	月例全体会議、カンファレンス会議時において貴重な意見を提案していただき、可能なものから実施している。	定期的な職員会議を行っている。会議には理事長と施設長も参加し、必要な改善や要望事項もすぐに対応でき、職員も安心して意見が言える会議となっている。	
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	社会労務士に就業規則の作成準備中。		
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	各種団体の研修への参加、また研修レポートの提出で得た知識情報を他の職員に伝達している。		
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	時間的制約もあり多いとは言えないが行事を通じて職員同士の交流は行われている。		

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
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	利用者の意向を聴取して、不安なことを抱えこまないように支援している。馴染みの関係が出来るように配慮している。	
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	ご家族に丁寧に説明している。不安の解消に努めている。また、生活歴を聞いて介護に生かしている。	
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	医療も含めて一番必要なケアが受けられるように、利用者、家族に相談している。また、関連機関とも連絡を行っている。	
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	利用者の個性に応じて、日常生活の中で出来る事をしていただいている。調理の下ごしらえ等一緒に行っている。	
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	ご家族と一緒にケアを考えていけるように状況の変化を伝えて相談している。	
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	定期的に利用者と職員が一緒にアイデアを出し合い家族や知人に手紙を送る支援をしている。また、長く交流が継続できるようにしている。	定期的に家族や友人が訪問している。利用者さんから家族や友人に向けてホームで時間を作って手紙を出している。友人から届いた手紙などはコピーで拡大して読めるような工夫がみられる。利用者さんからも家族からも喜ばれている。
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	レクリエーションなどを通じて利用者同士の交流と仲間意識が出来るように取り組んでいる。	

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
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	自発的退居、入院状況(容態)による事例はあるが、ホームとしては、利用者の終の住家として考えている事を家族に説明している。		
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	毎日の生活の中で意向を把握して取り入れられるようにしている。本人の気持ちを確認し変化を見逃さないようにしている。	普段の会話の中で、現役のころの仕事の話などを取り入れ(回想法)、活躍された状況を聞き、本人の意向を酌んだ活動がなされている。	
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	個人の昔の生活を考慮してケアの方法を考えてやっている。状況変化時には生活歴を振り返り検討している。		
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	毎日の引き継ぎにより、利用者一人一人の日常生活における状況変化を把握してケアの実践に努める。		
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	ホーム内では、担当制を引き、毎日のケアでの意向をモニタリングに上げて、本人や家族の希望を介護計画を見直し、カンファレンスで検討して介護サービスを実施している。	ケアプラン実行計画書で日々の進行状況を把握している。モニタリングは月に1回行い、本人、ケアマネージャー、担当職員とが一体となって介護計画書を作成し、現場でのケアの実践に努めている。実際に要介護5から2への改善もあった。	
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	身体生活サポート日程表を活用して利用者全員に深くかかわれるようにしている。また、記録で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	利用者の主体性を活かし、季節にあわせ年間行事計画の中で家族をも含めて取り組んでいる。		

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
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	地域の一員として地域が主催する催しに参加する事に支援している。		
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	協力医療機関の定期診断等で、適切な助言又訪問歯科医で治療や、口径ケア等もやっている。	以前からのかかりつけ医であったケースでも本人の同意を得て、協力医療機関で見いただくようになっている。また、日中体調が悪いと判断した時は早めに受診し、処方してもらうので、その後悪化して夜間に対応するケースが見られない。	
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	身長、体重測定などを行いその変化を定期診断時に病院と相談し適切な受診がうけられるように支援している。		
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。	入院時ホーム内での利用者の状態を詳しく、家族、病院関係者に報告している。退院時、食事、水分補給、移動、移乗など利用者に応じた介護を行っている。		
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、事業所の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	病気の症状により家族と話し合い終末期は病院で迎えられる事が多いが本人の主体性を重んじている。	終末期には、提携医療機関との連絡を密にとり、医師の判断による対応をしている。家族ともしっかりと話し合いを行い、適切な対応を出来るように心掛けている。尚、事業所では看取りの事例は無い。	
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	急変時は職員の連携により円滑に応急手当が出来るように随時実践を身に付けている。		
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	避難訓練を通じて職員同士が理解している。また地元自警消防団の協力体制も確立している。	年2回、職員が避難訓練しているが、消防署との連携はまだできていない。スプリンクラー設置については、H23年度工事に向けて申請されている。また、先の地震対策として、発電設備設置が検討されている。	消防署と一緒に避難訓練を行い、安全な避難訓練の実施が望まれる。

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	利用者一人一人の人格を重んじ常に利用者の理解者であることを伝えるよう対応している。	本人の気持ちをしっかりと把握していくために職員が全員で努力している。利用者の変化に素早く対応して要望や意見の把握を行い、プライバシーに配慮し、各個人の尊厳を保持してよい対応を行っている。	
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	利用者同士の会話などのヒントを参考にしながら声かけなどをし、自己の思いがかなうように接遇している。		
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	個人さはあるが、日々の過ごし方については認知症からくる自己的希望はあまり多くはないが、本人の意思などを引き出すよう心がけている。		
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	毎週水曜日、日曜日が自由食の献立にしてあり利用者皆さんから楽しみの一つと期待されている。		
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	食事作りの下ごしらえなど今までの経験を活かすことで、職員、利用者間の会話も増し、食事時の楽しみにつながっている。又配膳、下膳などにもその効果が出ている。	食事の時の食器や箸などは個人で別々になっている。月に2回は利用者からの要望でメニューが決まるシステムになっている。外食等も行えるように支援している。おやつなどは一緒に作って食べたり、配膳等も利用者さんが行っている。	
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	食材は、栄養バランスを考え業者をお願いをしている。水分量は医師の指示にしたがい行っている。食べる量は日頃の定期時体重測定など参考に考慮している。		
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	週一回訪問歯科医による指導により口径状態の指導をしていただいている。ホーム内では、食事後、歯ブラシ義歯の洗浄、口臭予防の指導をしている。		

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
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	利用者毎に排泄チェック表や排便チェック表で(時間間隔)記録されていて排泄の自立に向け支援している。	利用者毎に排泄チェック表を作成し、本人のリズムを把握して排泄の自立に向け支援している。これにより、布パンに切り替えたり、失禁が減少したケースある。	
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	ラジオ体操を毎日の日課とし、また掃除等により体を動かしたり、乳酸品等で自然排便に取り組んでいる。		
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	入浴日は週2回行っている。時間等の制約もあり日程、時間を決めて入浴をしている。	入浴日は決まっているが、職員は利用者にも入浴がしたいと思ってもらうような環境や空気づくりを心掛けている。また、しょうぶ湯やゆず湯なども取り入れ、楽しい入浴のイメージを大切にしている。	
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	就寝時間内に入眠に入るので生活リズムが安定している。また、居間にはソファ等で休憩できるよう工夫してある。		
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	薬の副作用によって変化がある場合は医師、家族に事前報告しその確認をしている。		
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	近くの公園などでボール遊びなど身体を動かしながら楽しみを支援している。又食事会なども行いラーメン、ギョーザ等好みの嗜好品など楽しみにしている。		
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支援している	利用者の体調に合わせて散歩コースを選び実施している。又家族との外出の折には、食事、買い物等の協力をしていただいている。	日常的に散歩や買い物に行っている。特に曜日等は設定してはなく天候や利用者さんの要望を聴いての支援としている。外出時にはお茶屋でお菓子を食べたりしている。敬老会などホームで行い楽しく過ごしている。	

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
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	本人、家族と話し合いで対応している。利用者からの預かり金は、買い物時は本人に渡して自ら支払う機会を作り支援している。		
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	行事の出来事など手紙にして連絡等支援している。又身内同士が肉声を希望される利用者の為公衆電話を設置している。		
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	利用者の生活がより良く利用される様、移動動線を工夫してある。又内部仕上げも不快にならないように工夫してある。	ホームは静かな場所にあり、暖かな光が差し込む。室内の温度や環境も管理されていてとても過ごしやすくなっている。外には畑もあり利用者と職員で野菜を作り、収穫して御味噌汁に入れ食事を楽しんでいる。	
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	多目的ホール、居間、ローカ等に好みのテーブル椅子などを配置して、いつでも自由に使えるよう居場所の確保に専念している。		
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	本人の希望に合わせ、入居時や季節変わりの時期などにおいて、その都度工夫している。	個人の私物も多くあり、以前の生活を継続できるように配慮されている。写真や飾り物などが多く、落ち着いた感じの個室となっている。危険な物はなく安全にも配慮がされていて、とても環境が整備されている。	
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	居室前には、ベランダを配置利用者の個性に合わせた楽しみや、活動が出来る工夫がしてある。		

目標達成計画

作成日: 平成 23 年 5 月 30 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	1	ホームの理念をケアに浸透させる	利用者の主体性を生かし各人に応じた介護ができる。	利用者の個性に応じたケアを工夫する又利用者の主体性を生かして自律支援する。	12ヶ月
2	6	身体拘束をしないケアの理解とその取り組み	身体拘束が原則としてすべて高齢者虐待に該当する行為と考えられることから、原則として身体拘束を行わない。	全職員への周知徹底と契約関係書類への明示、認知症高齢者へのケアと事故予防への取り組み、家族への身体拘束基本方針を説明。	12ヶ月
3	35	非常時を想定して災害対策を地域と協調の確立	災害時に利用者の安全が確立できる。	これまでの、避難訓練は利用者の避難経路確認避難時間の確認が主な取り組みであったが、地元消防署にもお願いして消防署と一緒に避難訓練を行い安全な避難訓練の実施に取り組む。	12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。