

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	2370401040		
法人名	有限会社 わかば		
事業所名	うるケアホーム わかば (2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24年12月3日(月)	評価結果市町村受理日	平成25年5月13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)】

職員が利用者様の思いやしたい、やりたいことを第一に考えてケアや外出、レクリエーションを行い利用者様が明るく穏やかに過ごして頂けるように対応していること。
--

※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.kaigokensaku.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JigvosyoCd=2370401040-00&PrefCd=23&VersionCd=022
----------	---

【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)】

管理者は、職員に対して「自分がされて嫌な事は自分もしない」という思いを持って、利用者の支援にあたってもらうことを繰り返し伝えている。その具体的な取り組みとして、ホーム内の施設を行わないことや、利用者が行きたい場所へ外出できる機会を設ける等の取り組みを行っており、利用者がホームの生活で圧迫感を感じない取り組みを実践している。さらにホームでは、利用者がホームで最期まで過ごすることができるように、看取りを見据えた支援にも取り組んでおり、利用者の状態変化に合わせて、家族や医師と連携しながら、これまでに何人かの看取り支援を行った実績がある。また、運営推進会議では、職員が交代で、利用者に関する事例を話してもらう取り組みを行っており、会議に出席している地域の方や家族にも、ホームでの様子を率直に知ってもらう取り組みを行っている。

【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25年3月29日		

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、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	施設内に運営理念を掲示し、共有して実践につながる努力をしている。	ホームでは、法人共通の理念を掲げており、理念をホーム内にも掲示し、周知に努めている。管理者は、理念の中にある「他人を思うことを大事にすること」「自分がされて嫌な事は自分もしない」部分を留意してほしいと職員に伝えている。	
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	近所の喫茶店、スーパーへ理髪店へ外出したりイベントの際には地域の方へお誘いの声かけを行い交流しているが、十分ではない。	ホームでは、地域の民生委員との関係で、地域の独居高齢者の介護保険の申請や、近隣の方を救急搬送する等、日常的に地域との協力関係をつくるように努めている。また、ホームで開催する夏祭りにも地域の方の参加が得られている。	
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	近所への外出の際や施設のイベント時に効かれた場合は説明しているが、積極的にはできていない。		
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	二ヶ月に1回開催し意見交換を行い、サービスの向上に努めているが、参加者が少ないために十分に活かし切れていない。	会議では、職員が利用者に関する事例を報告することで、ホームへの理解につながるよう取り組んでおり、介護に関する相談につながった事例もある。また、会議を通じて、生ゴミの問題等、近隣の困り事についても話し合われている。	
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	管理者が協力関係を築けるよう取り組んでいるが、他の職員は取り組めていない。	運営上不明点がある場合には、市担当部署に確認することで、情報交換につなげている。また、地域包括支援センターとも情報交換を行い、認知症サポーター養成講座では、ホームを案内する等の協力を行っている。	
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	夜間以外は施錠は行わず、身体拘束については、社内研修を行い理解しているが、一部研修を受けていない職員に対しては口頭で説明している。	日中は、施錠を行わず、職員による見守りを徹底している。さらに、医師とも相談しながら、薬剤に頼らないケアにも努めている。また、職員による声かけ等、利用者の行動を抑制するような言葉かけにも注意している。	
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	職員同士で虐待防止について話し合ったり注意し合い防止につながる努力をしている。		

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
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	学ぶ機会が設けられていないため、ほとんどの職員が理解していない。管理者は理解しているので活用し支援している。		
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	入居契約時に説明を行い、不明な点はその都度疑問点があればその都度説明し理解・納得を図っている。		
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	運営推進会議や来設された際に、意見要望を聞く機会を設けて、反映させるよう努めている。	ホームでは、日常的に家族の訪問が得られている他、ホームの行事にも家族の参加が得られており、その際に、主に管理者が家族と話し合い意見等の確認を行っている。また、毎月ホーム便りを発行しており、利用者の様子を伝えている。	
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	管理者は自由に話す機会を設けているが、代表者とは機会がないため管理者を通じて行っている。	管理者は、毎月の会議では、自分から意見を出すよりも、職員から意見を出してもらうように促していくことで、意見や要望が運営に反映されるように努めている。また、日常的にもリーダーから意見を確認するように取り組んでいる。	
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	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	全職員に対し研修を受けられる機会の確保できる状態にはないが必要に応じて研修を受けられるように努めている。		
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取り組んでいるが職員が交流する事はほとんどない。		

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
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	自宅訪問や施設見学して頂いた際に本人について得た情報や要望を記録しファイルを作り全職員が目を通し話し合い、安心できるような関係作りに努めている		
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	契約までの間に話し合う機会を設け要望などに耳を傾け、できる事、できない事を家族へ説明し関係づくりに努めている。		
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	情報・状態の記録をもとにカンファレンスを行い職員同士で話し合い本人に合った支援サービス対応に努めている。		
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	利用者様の能力等を活かし、できる事は手伝っていただくように努めているが、時として業務的に職員が動いてしまう事もある。		
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	外出や通院を一緒に行って頂いたり、行事の際には家族を招待し一緒に楽しんで頂き、関係を築けるように努めている。		
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。馴染みの場所へも外出できるように努めているが、回数は少ない。	利用者が馴染みの友人に会いに出かけたり、ホームに来てもらうなどの交流を継続している方がいる。さらに、市外の神社等、利用者にとって馴染みのある場所に職員支援で出かけた方もいる。また、定期的に自宅に戻り、家族と過ごしている方もいる。	
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	利用者様同士の関わり把握し、必要に応じて一緒に外出できる様支援しているが、時としてトラブルになる時があるので、職員が間に入り孤立しないように支援している。		

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
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	家族より相談があれば管理者が対応しているがこちらから連絡支援することはほとんどない。		
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	利用者との会話から把握に努めているが、カンファレンス等で話し合う機会が設けられず、全職員が把握できていない。	職員は、利用者の日常の様子や言動等の情報を毎月の会議にも報告を行い、職員間の情報の共有に努めている。これらの情報は、センター方式の様式も活用しながら記録に残し、利用者の意向や思いの把握につながるよう取り組んでいる。	
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	アセスメントをもとに、コミュニケーションを取りながら把握に努めているが、ケアにいかしきれていない		
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	ひとりひとりの様子を観察し、記録やチェック表に残し、申し送りで職員同士情報交換し把握に努めているが、見逃してしまう事もあり十分ではない。		
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	一部の利用者様は家族と医師が話し合い意見交換し現状に即した介護計画を立てることができたが、ほとんどの利用者ではできていない。	介護計画の内容を、日常生活場面に合わせながら立てていくことで、職員や家族に支援の方向性が分かりやすく伝わる工夫を行っている。介護計画の内容の見直しは、利用者の状態等に合わせて行っているが、基本、6か月程度の見直しを行っている。	介護計画は、利用者がホームで生活していくための方向性を示すものである。カンファレンスに計画作成担当者も参加し、現場の状況を確認しながら、利用者のより良い生活につながる介護計画の実現に期待したい。
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	一日の様子や特変事項は記録に残し申し送りで情報共有しているが、介護計画に活かせる記録や情報共有はできていない。		
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	要望があれば状況に応じて対応することはあるが多機能には取り組めていない。		

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	民生委員を通じて音楽会を開いたり近所のスーパーや喫茶店へ外出しているが、限られた場所でしかなく、十分な支援には至っていない。		
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	ほとんどの利用者様が協力医院に診て頂いているが、希望に合わせ他の医療機関にも通院している。協力医院とは意見交換しながら適切な医療を受けられるように努めている。	ホームには、提携医による月2回の往診と訪問看護による健康チェックが毎週行われており、利用者の状態変化に合わせて、ホーム職員も柔軟に対応している。また、歯科受診についてもホーム職員も支援している。	
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	週1回訪問看護師に来設して頂き、気になる事について相談指示を頂いている。協力医院と情報交換して必要があれば往診時に診て頂くようにしている。		
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。	入院中の本人の状態を把握出来るように、お見舞いに行かせて頂いている。家族や入院先病院と連絡を取り、情報交換し早期退院できるよう努めている。		
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、終末期にあると思われる利用者には家族に説明し、必要に応じて家族・医師・施設で話し合いの場を設け、チームで支援にできるよう取り組んでいる。	ホームでは、看取りを見据えた支援を行う方針を掲げており、利用者の状態に合わせて、家族や医師とも方針と対応について話し合いを行っている。また、ホームでもできる限りの支援を行っており、管理者から職員へのフォローも行われている。	
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	定期的に訓練を行っていないため、事故発生時の応急手当や初期対応の実践力は不十分である。		
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	避難チームを作成し、訓練や避難技術向上に努めるようになったが、実践的な訓練ができていないため、今後取り組めるように努める。地域との協力体制は築けていない。	ホームでは、年2回、夜間も想定した避難訓練を実施しており、通報装置の使用や利用者の避難誘導等の確認を行っている。また、ホーム内における備蓄品の確保についても行われている。	今後に向け、地域の方にも避難訓練の様子を見てもらい、利用者の身体状況から職員による避難誘導が難しい実情を知ってもらえるような取り組みに期待したい。

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
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	ひとりひとりに合わせた言葉遣いや対応を心がけているが、時として強い口調になってしまったり、プライバシーを損ねてしまう対応になってしまっている。今後理念に基づき認識向上に努める。	管理者は、職員の利用者に対する言葉かけ等について、トイレへの案内等の際には丁寧な言葉遣いを行うように伝えている。その上で、管理者が気になることが見受けられた際には、その都度、注意を促すようにしている。	
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	自己決定できるような声掛けに努めているが、十分ではない。思い、希望を表せないような利用者に対しても選択して表現できるような声掛けに努めている。		
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	自由に過ごすことはできているが、職員側の都合優先になってしまう事があり、希望に沿った支援ができていない時がある。		
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	自己にてできない利用者には支援するように努めているが、十分ではない。散髪に関しては理容室に出かけたり、美容師に来設して頂いている。		
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	一部の利用者には準備、片づけ、調理の手伝いを一緒に行ったり、味、盛り付けに工夫をしている。ほとんどの利用者は一緒に行う事が出来ていない。	ホームでは、業者によるメニューに基づいて、時には職員がアレンジしながら調理を行っており、利用者もできることに参加して、下ごしらえや片付け等を行っている。また、食事の際には、職員も一緒に食べたり、外食する機会もつくっている。	
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	利用者の状態や好みを把握し、摂取しやすいように工夫したり、記録を基に水分強化するよう努めている。		
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	毎食後のケアはできていないが、起床後、就寝前には口腔ケアを行うように努めているが、十分に行えていない利用者もいる。		

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	排泄チェック表を使用し、排泄パターンの把握に努め、声かけを行い支援しているが、職員都合によりできていないこともある。	ホームでは、昼と夜と排泄方法を変えたり、排泄チェックを行いながら、職員がトイレへの声かけを行っている。また、個々の利用者の排泄についてカンファレンスを行っており、職員の取り組みの結果、排泄状態が改善した方もいる。	
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	医師に相談し、利用者様あった下剤を服用し、状態に変化があればカンファレンスにて話し合い調整し経過観察を行っているが、飲食物の工夫や運動の取り入れはできていない。		
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	できる限り希望に合わせて入浴して頂けるようにしているが、タイミングや職員都合によって入浴できない日もあり、十分な支援はできていない。	ホームでは、毎日の入浴の準備を行っており、時間も午前と午後の両方で入浴が可能であり、実際に毎日のように入浴している方もいる。さらに、入浴の際には、一人ひとりお湯を替え、拒否する方にも声をかけて気持ち良く入浴してもらうように取り組んでいる。	
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	利用者様の状態に合わせ日中でも休んで頂くようにしている。夜は個々に合わせた明るさ室温調整で入眠できるように支援している。		
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	効能、作用、副作用についての理解が不十分であるため、服薬ミスがないよう、服薬前の復唱、明確な表示、セット時の二重チェックを行い、誤薬を防ぐよう努めている。		
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	一部の利用者様にはレクリエーション、外出、喫煙により気分転換の支援はできているが、全利用者ではない。		
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	回数は少ないが、希望に沿って外出できる様努めているが、その日の希望に沿っての外出はあまりできていない。地域の人々とは協力しながらの外出はできていない。	現状、利用者の重度化が進んでいることで、全体的に外出の機会が減っているが、個別の希望に応じた外出には取り組んでいる。利用者は、日常的に散歩や買い物、外食に出かけたり、希望に応じた市外の行きたい場所への外出も行われている。	

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	現金を持つことで安心される利用者には財布を所持して頂いているが、使用することはない。外出先で自己にて支払いをされる方には必要に応じて声かけし使いすぎない様支援している。ほとんどの利用者は職員が代行している。		
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	家族、親戚、知人への電話は施設内より自由にかけられるようにしているが、職員から声かけて支援することはできていない。		
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	混乱を招かないように個別の表示をし、圧迫感のない空間は設けられている。フロアにより利用者の作品が飾ってあるが、季節感を取り入れた工夫はされていない。	リビングは、ゆったりした造りとなっており、テーブルとソファが離れて配置されていることで、利用者は思い思いに過ごすことができるスペースが確保されている。また、窓が大きく南を向いていることで、採光にも優れている。	
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	屋上や居室で一人になれる場所や喫煙所を設けている。リビングのソファにてTV観賞したりと、くつろいだり思い思いに過ごせるように工夫しているが十分ではない。		
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	入居の際に家族、本人に相談し、使い慣れた物、馴染みのある物を持ってきて頂き、安心して頂けるようにしているが、工夫ができていない。	居室には、自宅から家具や椅子等を持ち込んで、その人らしい居室づくりを行っている。また、ホームではベッドを用意しているが、ベッドを使わずに畳マットを敷いて、布団で寝起きしている方もおり、利用者の生活習慣の継続にも配慮している。	
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	障害となる物を置かないようにしたり、手すりが多く設置されていて、安全に自立した生活を送れるように工夫している。		

(別紙4(2))

事業所名 うるケアホーム わかば

目標達成計画

作成日: 平成 25 年 5 月 6 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	介護計画書の定期カンファレンスが開催できていない	計画作成担当者が主となりカンファレンスを開催していく	月に二回(第一木曜日・第二木曜日)カンファレンスを行う日を確認する。 計画作成担当者が、次回カンファレンスの議題を発表していく	12ヶ月
2	13	計画に沿って研修が行えていない。	外部研修・内部研修と積極的に行っていく。	年間計画を再編(内部研修)し実践していく。 外部研修を受けられるように、管理者自身が申し込みを行っていく	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月