

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	2375000409		
法人名	有限会社 中部介護事業所		
事業所名	中部介護 アウト・オン・ア・リム		
所在地	愛知県東郷町和合牛廻間1-107		
自己評価作成日	平成23年1月20日	評価結果市町村受理日	平成23年3月24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.kaigo-kouhyou-aichi.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2375000409&SCD=320
----------	---

【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	愛知県名古屋市中村区松原町一丁目24番地 COMBI本陣S101号室
訪問調査日	平成23年2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)】

あなたの笑顔、私の笑顔みんなたいせつに

【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)】

ホーム名は、代表者が感銘を受け、人生観が変わったと話した著書、シャーリー・マクレーン『アウト・オン・ア・リム』からとっている。代表者は、著書から、魂は不滅であり、人としてあるためにはどのように考え、どのように生きていけばよいのかを教えられたといい、その思いをホーム名とすることで、日々ホームにおける運営面で問いかけている。この思いは、ホームの運営にも反映され、少人数で、一人ひとりに寄り添いながら、利用者が発する声や思いを把握し、ホームで安心と安らぎを感じることができるように取り組んでいる。リビングは、それほど広くはないが、その分、利用者同士が近くで接することが多く、時には感情を表したり、時には喜び合ったり、人として、共同生活の場として、ごく自然な生活が実践され、職員も利用者をあたたかく見守りながら支援を行っている。

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)	○ 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、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
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	ホーム理念を玄関やホーム内に掲示することにより、理念の実現化を図っている。また、利用者が「笑顔」で安心した楽しい生活を送れるように、介護職員にも日頃から笑顔と明るさを意識できるように指導を心がけている。	代表者と管理者は、職員に対して、「笑顔」を大切にすることを伝え、職員も実践に努めている。職員が笑顔で接することで、利用者も笑顔になれるという思いで接することを基本として、玄関や職員休憩室にも掲げてある。	
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	散歩を通じて隣人と挨拶を交わしたり談話をして日常的に交流をもち、自治会の清掃活動などにも積極的な参加を心がけている。	散歩に出掛けたときに声をかけて頂き、野菜や果物のお裾分けをいただくこともある。自治会にも加入し、地域の清掃活動にも参加している。また、町社協の福祉フェスティバルに参加し、地域の方との交流を行っている。	
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	町内の福祉フェスティバルに出展し、介護施設の存在意義について地域の人々に理解して頂けるように努めている。		
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、そこの意見をサービス向上に活かしている	2ヶ月に1回開催し、行政関係者も出席している。会議を通してサービスの向上や介護職員の処遇改善、抱えている問題とその対応策など多岐に及ぶテーマで意見を頂いて、運営に活かせるように努めている。	会議の中で、ホームからの報告を行うことで、出席者に認知症高齢者の理解を得てもらっている。また、ホームでの困難事例を話し、役場や地域包括支援センター職員から、助言等を頂くこともある。	
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	ホームの現状や困難事例等について報告・相談を行い、協力関係がスムーズに成り立つよう努めている。町内の関係行事にも参加したり、交流会にも積極的に参加するなど取り組んでいる。	町役場とは、事例等の報告や相談に努めている。さらに、地域包括支援センターが行っている権利擁護ネットワーク事業の立ち上げについても、話し合いに参加している。	
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	身体拘束は極力行わない方向だが、安全の確保のためにやむを得ず必要な場合はご家族の了解を頂いている。	身体拘束の研修を行い、職員も理解を深めている。必要なときは、文書を交わして同意を取っている。現状、1階と2階に分かれているため、やむを得ず、玄関に施錠を行っている。	
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されることがないように注意を払い、防止に努めている	介護職員が集まって「虐待とは何か？言葉と行動の虐待」をテーマとした勉強会を実践している。		

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	介護職員も研修などに参加し、権利擁護に関する知識を高めている。		
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	当然のこととしてその周知徹底を図っている。十分な説明を行っている。		
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	毎月「ホームだより」を発行している。他にもバス旅行を企画して、家族との交流を図っている。	年1回、家族参加のバス旅行を企画し、家族との交流を深めている。さらに、意見箱を設置している他、家族の訪問の際にも要望等を確認している。また、毎月ホーム便りを発行し、ホームでの様子を写真入りで伝えている。	
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	カンファレンス・申し送り・定期会議の時等で、出された介護意見や提案など対しても前向きに検討して、可能な限り対応するようにしている。代表者は日頃から職員の意見を聞き入れる姿勢を心がけている。	代表者、管理者は、頭ごなしに言うのではなく、職員が自主的に考え、動くような職場になるように努めている。職員同士でも確認し、必要な意見や要望は、主に管理者に伝えるようにしている。	
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	向上心をもって働けるようにするため、給与の改善や昇給も実施している。		
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	研修時には極力皆が参加できるように交代で実施している。		
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	他の施設を見学し、また町の権利擁護などの勉強会にも参加し、他の事業所との交流を深めている。		

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
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	最初は本人様の不安も強い為、寄り添いを強めて安心感が持て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	最初は特にご家族の要望等を取り入れるように充分時間を割いてご家族と話し合っている。		
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	併設のデイサービスの利用とかも参加して頂いている。		
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	食事の支度(米研ぎや野菜の皮むき)など、本人様が出来ることをお手伝いして頂き生活を支援している。		
19		○本人と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	ご家族は本人様にとって一番信頼できる関係なので、時々ご家族に訪問を促している。		
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	行きつけの美容院とかを利用できるように支援している。	利用者のかつての教え子が来ることもある。さらに、行きつけの美容院に行く方や、家族の来訪時に、外食や喫茶に行く方もいる。また、一時家族と帰宅し、法事にも出席する方もいる。	
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	皆で参加できるレクリエーション(体操や遊戯なども含む)を通じて、皆で楽しさを共感できるように努めている。		

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	退所の時にご家族には、また相談があれば気軽にお越し頂けるように声かけをしている。		
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	時々外食や喫茶店への外出に参加を促し、好きなものを飲食して頂けるように支援している。	入居時に、計画作成担当者が、本人、家族から思いや意向を聴き出している。その上で、職員間で情報を共有しながら話し合い、適切な支援につながるよう取り組んでいる。	現状、アセスメントシートがあるが、実際の支援には活かされていない面が否めない。継続した支援を行うためにも、記録に残すことも求められる。
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	個々人の送ってきた生活観を認識し、本人様が安心して過ごせる環境の実現に努めている。ご家族様や介護職員、そして本人様からの要望や意向に耳を傾ける姿勢を心がけている。		
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	通所や共同生活の中で、施設の環境・サービス内容などを通して、本人様の悩みや要望には積極的に聞き入れ、心から安心できる生活づくりに励んでいる。		
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	管理者を中心に現場の介護職員が、本人様のケアカンファレンスを定期的実施。意見交換参考に介護計画を作成して、ご家族にも提案・説明と了承を心がけている。	変化があれば、その都度、カンファレンスを行い職員間で確認し、変化がなければ、6か月毎の見直しである。また、支援方針が現状に合っているかどうか、月1回、内容を確認するようにしている。	介護計画の情報は共有されているが、計画の内容を、定期的に評価することで客観的に把握し、現状の方針が適切であるか否かの検討も充分に行われるように望みたい。
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	日頃から利用時の本人様の様子を見守りながら、気づいた事は詳しく記入するように心がけている。また、状態変化が生じた場合は申し送り口伝を徹底して、現状の早期把握と計画の見直しを促している。		
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	介護計画とは別に、本人様やご家族からの要望には前向きに検討を行い、臨機応変な対応に努めている。受診が必要な時等、ご家族が同行できないときは職員が支援している。		

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
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	地域のスーパーや飲食店に出掛けて、樂しめるように支援している。		
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、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	月間は2週に1回の往診があり、利用者全員が医師の診断を受けている。往診時にご本人の状態変化について介護職員が医師と要相談し、医療との連携を確立させている。	利用者全員がホーム提携医をかかりつけ医とし、月2回の往診を受けている。また、必要に応じて職員が受診支援を行っている。また、1階通所介護に看護師が配置されているため、必要時には助言等を受けている。	
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	併設の通所介護に看護師がいるので、時に応じて相談とかをしている。		
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。	入退院時も、医師からの現状報告を確認して情報収集と意見交換に努めている。		
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	ご家族には施設に直接赴いて頂き、現状と今後の出来得る対応についての理解を求めている。語ご族の要望には出来る限りの支援を行う体制をとっている。	利用者が重度化した際は、家族と話し合いを続けながら、医師、看護師とも連携し、ホームでできる限りの支援を行っている。昨年、ホームで半年間ほど支援しながら、ホームで看取った方もいる。	
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	研修や職場内の会議を通して、救命措置や救急対応について定期的に指導を継続している。		
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	通所介護と合同で避難訓練を毎年実施している。避難方法・経路や合流場所を介護職員が把握し、また訓練後は消防隊員からの注意事項を参考に、災害対策の強化を図っている。	ホームでは、消防署の助言、指導を受けながら、年2回の避難訓練を実施している。訓練は、通所介護との合同で実施している。また、スプリンクラーについても設置の確認を進めている。	地域の方との協力体制の構築について、継続的に取り組まれることと、備蓄についても確保されることを望みたい。

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	本人様の生き様や意思を尊重し、日頃から笑顔で優しく接することを心がけるように、全職員への指導を徹底している。	職員は、会議等の場で、一人ひとりの対応について話し合い、適切な対応に努めている。さらに、利用者の過去の職種にも配慮し、言葉遣いに気を付けている。	
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	本人様からの要望には、対等な立場で理解するように努めている。自己決定が難しい方には介護職員が提案を行い、本人様の興味と意欲を高めるような支援を実践している。		
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	日頃から本人様の生活を尊重して、希望などがあれば配慮して支援できるように努めている。		
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	季節に応じてご家族に必要な衣類を持参して頂き、床屋や美容院などの整髪も実践している。		
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	食事の準備や後片付け等を一緒に出来るように支援している。	調理は職員が作り、利用者は配膳等に参加できる方は一緒に行っている。ホーム内調理の他に、時には配食や外食の機会をつくり、食事に変化をつけている。お米は、精米前の物を使い、美味しく食べてもらうようにしている。	
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	昼間や就寝前にも水分の摂取が出来るように支援している。		
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	起床時や就寝前の口腔ケアを、その人に合った声かけで支援している。		

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
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	トイレ誘導の声かけにより、気持ちよく過ごせるように支援している。	職員は、一人ひとりの状況をみながら、トイレでの排泄を促している。排泄が自立している方も、様子を見ながら声をかけ、尿意のない方については、時間をみながら誘導を行っている。	
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	体調管理を充分に行い、便秘気味の方は特に注意して医師と相談して、薬の服用なども実施している。		
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ず、個々にそった支援をしている	どうしても拒否が強いときは、翌日に入浴して頂くように支援している。	基本週3回の交代制であり、主に午前中の入浴であるが、失禁等の場合には随時対応している。入浴を拒む方には、「見学しよう」「散歩に行きましょう」と声をかけ、さりげなく誘導するなどの工夫を行っている。	
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	居室やエアコンの調節も職員が実施し、起床時や就寝前に体調を崩されないように努めている。		
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	薬が変わったときには特に注意し、体調の変化とかを見逃さないように努めている。		
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	併設のデイサービスに参加する機会を提供しており、気分転換等を図っている。		
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。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	美容院やスーパー、喫茶店等に外出の機会を支援している。	ホーム内に職員が3人いる時には、利用者に声をかけて、散歩に出掛けてるようにしている。さらに、喫茶店や買い物等の日常的な外出の他、年1回、家族と一緒に遠出をする機会も設け、家族との交流を図っている。	

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
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	お金の管理はトラブルが多いのを避けるため、実施していない。		
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	正月には利用者が年賀状を家族宛に書いて頂くように支援している。		
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	併設のデイサービスに参加して工作を行い、ホールや居室に飾る小物の作成を実施している。	ホームリビングには、季節の飾り付けやホーム便り、地域の地図が貼られてある。リビングは、9人の方が暮らす広さであり、利用者同士の距離が近いので、日常的に何気にも話をしている。	
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	仲の良い人と一緒に座ったりして、自分の居場所を確保できるように支援している。		
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	以前使っていた家具を用意して、馴染みのある物で一人ひとりの個性が保てるように支援している。	利用者の居室には、自宅から様々な物を持ち込んだり、利用者が作った作品を飾りつけてある部屋があれば、特に飾りのないシンプルな部屋もあり、一人ひとりの個性が出ている。	
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	その方のできることを職員がきちんと把握し、一緒に参加できるように支援している。		

(別紙4(2))

事業所名 中部介護 アウト・オン・ア・リム

目標達成計画

作成日: 平成 23年 3月 10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	チームでつくる介護計画とモニタリング	御家族・ご利用者の意見・意向を充分取り入れた介護計画、支援の実施。	御家族・ご利用者に介護計画の作成や、見直し等に参加を促し、意見・意向をくみ取るよう努める。	12ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月