

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	2370301653		
法人名	有限会社 わかば		
事業所名	うるのケアホームふたば 1階		
所在地	愛知県名古屋市中村区楠3丁目811-1		
自己評価作成日	平成22年10月31日	評価結果市町村受理日	平成23年2月16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=2370301653&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22年12月17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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・身体拘束ゼロを目標にし、拘束をしない。 ・玄関等に施錠せず、自由に外出・散歩が出来るよう心掛ける。 ・協力医療機関と連携をとり、看取りに取り組んでいる。

【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)】

<p>運営法人としての理念である「ノーマライゼーションの考え方に基づき…」を当ホームにも掲げ、職員は理念を毎日のケアに活かすことに努めている。利用者一人ひとりが、当たり前前の生活を普通にでき、その人らしい生活ができるように、さらに、人生の先輩として尊敬して感謝の気持ちを忘れないように、職員全員が利用者を敬い、言葉遣いにも気を付けるように努めている。日中、玄関・居室の窓にも施錠をせず、職員が全員を見守りながら、利用者が外への出入りが自由にできることに心掛け、圧迫感のない生活を実現している。入浴は毎日好きな時間にでき、散歩は日課として、体力維持の支援を行っている。また、ホームとして看取りの方針を掲げるなど、管理者・職員は、ホームでの生活がより良くなるように、日々努力を続けている。</p>
--

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 過ごしている (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	施設内に掲示し、勉強会や職員会議等で説明し、介護の実践している。	理念については、ノーマライゼーションの考えに基づき、日々の支援に活かしている。各ユニットの入り口に掲示して、朝の申し送りや職員会議時に、職員全員で唱和して、日々のケアに活かしている。	法人としての理念はあるが、分かりやすい簡単な合い言葉・スローガンのようなものを職員全員で考えて、ホーム独自の理念を作りたい。
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	自治会へ加入し、町内の運動会を見学。盆踊り・廃品回収への参加。	町内清掃に利用者も参加している。ボランティア(ハーモニカ・フラダンス・大正琴等)の受け入れも行っている。地域住民への講習会の開催を来年度に向けた計画としている段階である。	
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	地域に施設のことを知って頂く為に、職員による地域交流グループを結成し、地域の行事に利用者様と参加している。		
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	年間6回会議を行い、意見交換を実施し、意見・評価を職員に周知・反映し、施設の質の向上に努めている。	運営推進会議は、年6回開催しており、地域包括支援センター職員も出席している。会議にて、家族から権利擁護の質問があり、地域包括職員の人から説明をもらって理解を得ることにつなげている。	
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取り組んでいる	名古屋市介護指導課の指導を受けている。また、地域包括支援センターとは、入居希望の情報交換を行っている。	ホームから担当職員が、相談等の必要に応じて、市福祉課に出向いている。最近では、看取りを行うための準備・段取り・手順等の相談を行い、必要な助言や指導を受け、運営に活かしている。	
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	身体拘束の勉強会を行い、職員は理解し、実際のケアを通して指導を行っている。また、玄関には、施錠しないことにも取り組んでいる。	法人の担当者も加わって、身体拘束のマニュアルを作成し、朝の申し送り時に確認したり、定期的な勉強会で言葉による拘束等を、具体例をあげて職員の理解を深めている。ホームでは、日中玄関の施錠を行わず、圧迫感のない生活の実現に努めている。	
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	日々、ケアの実践の中で、職員と話し合いをもうけ、虐待防止の徹底に努めている。		

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
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	利用者様の中で対象となる方がおられるので、職員が全く知らない訳ではない。また、職員にも周知が必要である為、外部研修に参加している。		
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	入居に際しての疑問や質問には、十分な説明を行っている。 解約や転居に際しては、ご本人様、ご家族様が納得されるまで面談を重ねている。		
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	ご家族様の来訪時には、利用者様の近況を報告し、ご希望や意見を取り入れている。 家族会でも、意見を伺い反映している。	ホーム便りは、年4回発行している。家族会は、年2回行事を兼ねて開催しており、現状報告や要望等を聴くようにしている。家族からオムツ等の出費を抑えてほしいという要望では、2時間毎のトイレ誘導を行い改善している。	
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	月に一度、職員会議を開いて、職員との意見交換を行い、運営にいかしている。	職員から意見・要望を言ってもらえる関係を築き、意見等があれば即対応している。休憩時間の確保・資格取得の研修会への参加をサポートしたり、日中の人員配置を多くして、職員がゆとりを持って支援ができる配慮をしている。	まだ経験の浅い職員が多い現状があるが、職員の人員確保が落ち着いてきたため、職員間でも意見を出し合いながら、職員のレベルアップを目指すことを期待したい。
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	本年10月より、キャリアパスの導入し、各自の能力に応じた給料体制としている。		
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	施設内の勉強会や外部研修へ参加している。 また、ケアの中で理解できないことは、その都度指導している。		
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	中間管理者が同業者のレクレーションの見学を兼ねながら交流をしている。 社会福祉協議会主催の勉強会へ職員を参加させている。		

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	利用者様の話、訴えに耳を傾け、情報を取り入れる事に努めている。		
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	利用者様の状態により、優先順位の高いことから解決につなげている。 家族様も多くの悩みや介護の辛さを抱えているので、十分に話を聞くようにしている。		
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	認知症の進行度合等を考え、適切な時期に入居となるよう、ご家族様と話をしている。 利用者様の健康状態・精神状態等の情報収集をしている。		
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	利用者様の出来ることを共に行い、役割を見つけ、利用者様に感謝の気持ちを伝え、利用者様の存在が必要であると感じて頂くようにしている。		
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	日常生活においては、職員との関わりが中心であるが、来訪時や電話等で、ご家族様に情報を提供している。		
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	ご家族様、利用者様の希望に合わせ、外泊、外出等の支援に努めている。	利用者の中には、馴染みの喫茶店へ出かける方やや病院へ受診した帰りに外食をする方もいる。家族と一緒に外食、自宅へ帰宅、墓参り、行きつけの美容院等、家族との交流を楽しみにしている方もいる。	
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	利用者様の認知症度合、得意なことを把握し、職員が間を取り持つことで、利用者同士が支え合うことが出来るようなケアに努めている。		

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	現在は、関係が継続する状況にはないが、今後他施設への転居や在宅へ戻られるにあたり、不安が残るご家族様への相談には対応できるようにしている。		
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	日々、利用者様との会話を持ち、思いの把握に努めている。 会話の困難な利用者様には、表情・行動等から思いを把握するようにしている。	本人の様子やこれまでの暮らしを散歩、買い物等、1対1になる時に寄り添って、詳しく聴くようにしている。その内容をセンター方式を活用して、アセスメントシートに記録している。3~6か月に1回、週1回のカンファレンスで話し合いながら見直している。	
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	ご家族様や援助されてた方より、入居前の様子を伺う。また、入居後には利用者様からもお話を伺うようにしている。		
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	生活のリズム、日々の変化を見落とさないよう観察に努め、現状を記録し、共有している。		
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	職員からの情報とご家族様からの要望を聞き、週一度のカンファレンスを開き、情報を交換し計画作成をしている。	職員で担当制を設け、一人の利用者をの担当決めて週1回カンファレンスを実施している。職員の意見を取れ入れ、利用者・家族本位の計画になるように作成している。定期的な見直しは、3~6か月に1回、急変時はその都度見直している。	
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	介護記録やケアプラン・カードックス及び申し送りを通して情報を共有し、変化時にも対応出来るようにしている。		
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	徘徊される利用者様に対しては、止めるのではなく、利用者様のニーズに応じ一緒に歩くようにしている。 ご家族様へ変わり、受診や買い物への付き添いをしてしている。		

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	自治会主催の運動会の見学や盆踊りへの参加をしている。		
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	看取りの関係で主治医が決まっているが、入居時には、入院先の希望を確認している。また、月2回の主治医往診と状況に応じて受診している。	入居前のかかりつけ医の受診は、職員が付き添っている。提携医は2週間に1回、歯科は週1回、往診の受診支援している。病状が悪化した時には、紹介状を書いてもらい次に繋げている。	
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回の訪問看護と、24時間体制で連絡が取れるようにしている。		
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。	ご家族様から情報を頂いたり、ご家族同席の上医師からの説明を聞き、介護サマリーを作成し、入院先へ情報提供している。ケースワーカーとの連絡も取っている。		
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	重度化対応指針を入居時に説明し、利用者様・ご家族様の希望を確認している。また、状態が変化した場合にも、ご家族様に意思確認をしている。	「重度化対応指針」を説明し、家族・親族から同意書ももらっている。今年初めての看取りを家族・職員の協力で取り組んだ。家族には、様子を見に来たり、場合によっては泊まってもらい、職員は医師等の指示を受けながら、必要な支援を行っている。	ホームの方針は、本人・家族の希望があれば、最期まで看取ることを掲げて実行している。経験の浅い職員も多いことで、知識や経験を共有しながら、次の段階に繋げることを期待したい。
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	消防署の救命講習に毎年2名参加している。また、機会があれば、勉強会にも参加している。		
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	年2回の防災訓練を実施している。また、今年には夜間を想定した避難訓練を実施している。緊急連絡網を作成し、緊急時には職員が職場に駆けつける体制をとっている。	避難訓練を年2回実施している。緊急連絡網に添って実施し、自立の人には声をかけて火元から遠くへ、車椅子の人は2人で階段を使って玄関の外へ誘導した。緊急時には、職員も駆けつけられるように対応の確認も行っている。	夜勤者の勤務体制を踏まえながら、夜間対応の確認について、今後も確認を行われたい。また、地域との協力関係の構築にも期待したい。

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	個人情報の取り扱いに際して、同意書を作成し、ケアの中で尊厳を持った対応をするように指導している。	職員が利用者に話しかける言葉遣いには、常に気をつけるように指導している。「です」、「ます」を使い、不適切な言葉は、その都度注意している。失禁した時は、プライドを傷つけないよう、さり気なく対応している。	
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	利用者様の希望に応じ、買い物・食事・喫茶店に出掛けている。 入浴に関しては、自己決定出来るように意志確認をしている。		
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	入浴の日は決まっておらず、利用者様の状態・気分に応じて、365日いつでも入れるように実施している。		
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利用し、身だしなみを整えている。また、服装に関しても季節に合わせた身だしなみを心掛けている。		
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	食材を切って頂いたり、テーブル拭き・配膳・食器洗い・食器拭き等を職員と共に行っている。	献立・食材は、配食業者に依頼して、職員が交代で調理している。料理は、1階・2階が別々に作って2品を交換している。野菜を切ったり、配膳・下膳等、利用者のできることをやってもらっている。おかゆ・トロミ食等、食べやすい工夫をしている。	職員から休憩時間の要望があり、利用者と共に食事をするところを行っていないことで、食事時間は静かな雰囲気になっている。時には職員も利用者と一緒に食事を楽しむ工夫にも期待したい。
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	職員と利用者様が一緒に食事をし、一人ひとりの嚥下や咀嚼、食欲・好み等を把握している。 食事量や水分量を記録して、一人ひとりの状態を把握している。		
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	義歯や自歯等にあわせた、口腔ケアを実施している。また、毎食後の口腔ケアが習慣的に出来るように指導している。		

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	排泄パターンを把握するために、記録を付け、必要に応じて、声かけしトイレ誘導を行っている。	排泄パターンを把握し、2～3時間毎にトイレ誘導を行っている。夜中も様子をみながら、2時間毎に誘導する方もいる。排泄状況が改善され、紙オムツから布パンツになった人もいる。	
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	毎朝のラジオ体操、水分量の確保。また、必要に応じた腹部マッサージを行っている。		
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	毎日の入浴好きな時間に入浴出来るようにしている。	2日に1回入浴する方が多いが、毎日の入浴が日課の方もいる。時間帯は午後から夕方、お湯は一人ひとり入れ替えている。入浴後全員のスキンケア(ワセリン・ベビーオイル・ローション)を重視して、皮膚の保湿に気を配っている。	
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	居室は個室であり、ベッドの方、畳の方がいる。 睡眠導入剤等はなるべく使用しないようにしている。 日中の活動レベルをあげるようにしている。		
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	個人ファイル・カードに薬情報があり、利用者様がどのような薬を服用しているか確認している。また、薬の影響を踏まえ、様子観察している。		
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	喫茶店に出掛けたり、ビールを飲まれたりと、今までの生活を継続し、楽しんでいる。 利用者様の中には、食事の片付け等を役割としておられる方もいる。		
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	利用者様の要望に応じ、散歩・買い物に出かけている。また、ご家族様の協力により、外泊される方もおられる。	散歩はほぼ毎日交代で、2～3人ずつ出掛けられている。好みの物を買いにスーパーへ散歩を兼ねて出掛ける方もいる。花見の季節には、3日間かけて全員が桜見を楽しんでいる。	今後に向けた取り組みとして、家族の協力も話し合いながら、普段行けない場所への外出の頻度を増やす取り組みも期待したい。

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
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	買い物をされる方には、ご自分の財布を渡し、好きな物を買ったりされている。また、支払いが困難な方には、職員が精算のみを代行している。		
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	ご家族様への電話は、ご家族様の上承を頂き電話し、お話が出来るようにしている。しかし、視力・機能低下に伴い、字を書ける方がいないため、手紙の行き来はない。		
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	共用空間には、利用者様が不快な思いをされないように、季節感ある飾り付けをしている。	日当たりの良いリビングには、季節の飾りつけがなされている。キッチン是对面式でIHコンロで、リビング内の様子を見ることができ、利用者も参加できるスペースが確保されている。また、ベランダにも自由に出入りできる構造である。	
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	リビングには、食事用テーブル、ソファ、TVが設置してあり、利用者様がいつでも使用出来るようにしている。		
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	居室には、馴染みの家具・生活用品を持ち込み、ご自分好みの空間作りをされている。	居室は、備え付けのベッド・洗面台があり、テレビ・タンス・椅子・家族の写真・人形・小物等を持ち込み、整理整頓されている。冬場は、夜職員が各部屋の洗面台に水を張ったり、濡れタオルかけたりして、乾燥防止の工夫を行っている。	
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	台所は火を使わないIHクッキングヒーターのため、利用者様と一緒に調理ができ、リビング・浴室・トイレには、手すりを設置している。 また、居室やトイレがわからない利用者様のために表札・案内板を付けている。		

(別紙4(2))

事業所名 うえるケアホームふたば

目標達成計画

作成日: 平成 23 年 2 月 14 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	11	経験の浅い職員が多く、介護が利用者様主体で行なれていない。	個々のレベルを向上させ、コミュニケーションをとりながら、チームで介護にとりくむことができるようにする。	・ 年間の研修計画を立てる。 ・ 経験年数にそった勉強会を行う。 ・ 同業者や他施設との交流をはかる。	24ヶ月
2	35	地域・近隣の方の参加で防災訓練が、実施できていない。	・ 地域・近隣の方の協力で、防災訓練が実施出来るようにする。 ・ 「助け合いの仕組みづくり」にそった地域・近隣との協力体制の確立	地域・近隣の方に施設のことを知って頂くよう回覧を活用し、自治会主催の年中行事に積極的参加する。 (地域交流Gを中心に活動する。)	24ヶ月
3	40	利用者様のみでの食事となっており、職員が業務優先となっている。	利用者様と会話をしながら、家庭的な雰囲気の中で食事をたのしむ。	利用者様と職員が、同じ料理を一緒に食卓で頂くようにする。	6ヶ月
4	49	限られた利用者様への外出支援しか行えてない。	ご家族様と一緒に、利用者様全員参加の外出ができるようにする。	・ レクGを中心に年間計画をたてる。 ・ 季節毎の外出計画をたてる。	12ヶ月
5					ヶ月