

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	うえるケアホームふたば 1階		
所在地	愛知県名古屋市中村区楠3丁目812番地		
自己評価作成日	平成21年12月8日	評価結果市町村受理日	平成22年2月4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.aichi-fukushi.or.jp/kaigokouhyou/index.html
----------	---

【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1丁目24番地 S101号室
訪問調査日	平成21年12月23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、拘束をしていない ・玄関に施錠をせず、自由に外出、散歩が出来るように心掛けている
--

【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)】

<p>ホーム管理者(代表者)は、全く違う分野で活動していたが、介護事業に着手してみたところ、その社会的意義の大きさ、責任の重さ、奥深さに魅了され、今ではライフワークの1つとなっている。新人職員が半数いる中で、法人の統括部長が職員の研修に来所し、ケアについて一つひとつ具体的に説明し、実践につなげている。また、現場を任された主任は、職員の定着率をあげるために、業務の提案やプライベートの相談まで対応し、職員からは話しやすく信頼を得ている。日々のケアについても、帰宅願望等の思いがあって行動を起こす場合は、職員は、止めるのではなく寄り添って一緒に歩くことを指導し、実践されてきている。地域に対しても交流を密に図って行きたい、と現在試行錯誤している。また、医療連携体制をとり、看取りに取り組む姿勢もできている。</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)	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)	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)	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)	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)	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)	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)		

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	ホーム内に掲示し、勉強会等で説明し、職員が理解できるよう努めている。就職して日が浅い職員も多いため、今後介護の実践を通して教育をしていきたい。	現在法人の理念を掲げているが、ホームとしての理念をつくる計画が予定されている。新人が多い中で、理念を掲げるだけで言葉が独り歩きしないように、共有化を目指しながら「利用者主体」でと伝えている。	理念は、ケアの実践にあたり、ホームの根幹となるものであるため、関係者で検討しながら作成を期待したい。
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	自治会に加入し、催し物に参加できるように取り組んでいる。日々の挨拶はしている。	町内会の会費は払っているが、近隣のボランティア以外はあまり地域との交流は図れていない。現在、ホームを知ってもらうことを最優先に、主任が段階的に取り組んでいる。	
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	地域に認知症を理解したいというニーズがあるか？勉強会の開催等はできていない。今後の課題である。		
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	職員の定着率が課題であった職場であったため、その取り組みと現状報告、また介護の質を上げるための取り組みについて報告している。	この1年の開催回数は5回で、全てに地域包括支援センター職員が出席している。ホーム職員の定着について問題提起があり、対策として、統括部長が新人教育に入り、定着率が伸びている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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には指導をうけており、地域包括支援センターには入居希望者等の事で情報交換を行っている。防災訓練は、消防署とともに実施している。	市担当者とは、ホーム内の日常的な報告や、インフルエンザについての情報提供を求めるなど、困ったときには相談するようにしている。	
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「介指針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	身体拘束にあたる行為については職員は理解している。実際のケアと結びつけて指導をしている。玄関に施錠しないことも今年一年、職場一丸となって取り組み、施錠しない介護が出来るようになった。	職員に身体拘束とは何か、拘束するとどうなるのかについて具体的に伝えている。ユニットの出口を施錠をしないで様子等で把握し、利用者とともに歩くなど、一緒に行動することを意識づけ、実践できている。	
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	日々のケアの実践の中で職員と密に話している。内部研修や外部研修への取り組みは今後積極的に行っていきたい。		

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
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の方がおられるので、職員も全く知らないわけではないが、十分ではない。中間管理者にあたる職員が外部研修に出たので、今後職場内で勉強会等を開催し、説明していきたい。		
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	入居に際しての疑問や質問には十分答えている。解約や転居に際しては、利用者の希望を踏まえた上で、ご本人・ご家族が納得できる結論となるよう、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	ご家族の来訪時には、声をかけて利用者様の近況報告をしている。ご希望や意見も取り入れるようにしている。家族会でも意見を伺っているが、この一年の変化については、非常に頑張っていることを評価いただいた。	家族会が年2回開催されている。職員も参加し、家族との信頼関係ができてきており、日々の食事のことなど、率直な意見が出されている。また、ホーム便り「ふたば便り」が年2回発行されている。	今後に向け、ホーム便りの発行回数を増やし、行事以外の報告をしながら、家族との交流に活用されることを期待したい。
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1回の職員会議を開き、職員の意見を聞いて、運営に反映させている。	月1回は、職員から業務について提案が出来る仕組みがある。さらに、自己評価を全員が記入し、それをもとに主任が中心となって、話し合いを持ち纏めている。その際、主任は職員より多くの気づき、意見を吸い上げるように努めている。	
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	職員の個々の能力に応じてスキルアップできるように支援し、資格取得に挑戦していけるような職場風土を目指している。また、資格に応じて昇給するシステムである。		
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	姉妹施設での研修や施設内勉強会を実施している。新入職員は、先輩職員とのペアでの仕事を取り入れている。		
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	管理者及び中間管理者が相互交流をしていく、とっかかりの研修に出始めている。職員に拡げていくのは来年度に向けてしていきたい。		

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
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	利用者様の話されること、訴えることに職員は耳を傾け、情報を取り入れ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	入居時に利用者様の状態により優先順の高いことから解決につなげている。また、同時に家族も多くの悩みや介護のつらさを抱えているため、家族の話を十分に聞くように努めている。		
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	認知症の進行の度合い等を考えて適切な時期の入居となるように家族と話をしている。利用者の健康状態、精神状態にも配慮して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	介護経験が浅い職員は十分理解しているとはいえないが、利用者様の出来ることを共に行い、感謝の気持ちを伝え、利用者様の存在が必要であることを感じていただけるようにしている。		
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	日常生活の援助については職員の関わりが中心であるが、ご家族との対面や会話を楽しみにされており、来訪時や電話で情報を共有し、ご家族様への協力を依頼している。		
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	ご家族との外出や外泊などの支援に努めている。	親族の訪問時に、元住んでいた所まで外出したり、以前関わりのあった方が訪問することもある。また、本人の希望で家族の協力を得ながらお墓参りに行くなど、馴染みの関係が継続できるように支援している。	新人が多く、利用者との馴染みの把握が一部のみになっている。今後少しでも多くの利用者との馴染みの関係が支援できることを期待したい。
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	利用者一人ひとりの認知症の進行の度合いや得意なことなどを把握するとともに、関係性を把握し、そこを職員が取り持つことで、利用者同士が支え合うことができるケアに努めている。		

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	これまでの介護経験では、関係が継続することはなかった。ただし、他施設への転居や在宅へ戻られることで不安が残る利用者やご家族にはフォローアップの関わりをしていきたいと考える。		
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	日々の利用者様の会話や表情・行動などの把握に努めている。センター方式のアセスメントの活用は十分出来ていないので、今後の課題である。	日常生活の中や、散歩中の時を見計らって、思いを引き出すようにしている。言い表すのが困難な場合は、表情を読み取ったり、アセスメントや家族から聞き取ったりしている。	
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	入居前にご家族から、入居前の様子について伺うと共に、入居後にご本人からも傾聴し、把握に努めている。		
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	生活のリズム・日々の変化を見落とさないよう観察につとめ、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	日常的に情報を交換し、利用者様とご家族の希望を元に作成している。	職員は担当制になっており、認定期間にあわせ、職員からの情報と家族からの要望を聞き、モニタリング・アセスメントし、カンファレンスを開催し、計画書を作成している。また、変化時にも対応している。	今後の改善に向けて、介護計画書の評価を、認定の更新以外にも期待したい。
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	介護記録やケアプラン、カードックス、申し送りを通して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	グループホームの機能としては、当たり前かもしれないが、徘徊される方に対して、外出を止めることなく、利用者様のニーズに応じて歩くようにしている。また、受診にいけないご家族にかわり、受診への付添をしている。		

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
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	自治会や敬老会やその他の地域資源を活用するまでには至っていない。		
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	看取りの関係で受診は利用する医療機関が決まっているが、入居時には入院先の希望は確認している。利用者様の状態に応じて適切な時に往診や受診が出来るようにしている。	ホーム嘱託医が月2回往診し、訪問看護も週1回訪問し、緊急時の24時間連携があり、利用者は適切な医療が受けられる。以前からのかかりつけ医への通院も、家族が行けない時には、職員が対応している。	
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回の訪問看護、24時間体制での連絡が取れる体制をとっている。		
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、ご家族同席のうえ、医師からの説明を聞き、介護要約の作成をし、入院先への情報提供をしている。		
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	入居契約の時に、利用者の希望やご家族の希望を確認している。また、状態が変化された場合にも再度、意思の確認をしている。	重度化の対応指針を入居時に家族に説明し、同意を得ている。緊急時の延命・搬送先も聞き取っている。医師、看護師、家族等の協力が必要であり、希望時は段階的に話し合い、看取りを行っていく方針である。	
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	勉強会や講習会への参加をしている。		
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とともに、職員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示している。	年2回、昼の火事を想定して避難訓練が行われている。一度は、消防署の指示のもと、エレベーターを使用している。緊急時職員が駆けつける体制を作っているが、近隣の働きかけや備蓄に関して、現在取組み中である。	利用者が車椅子を使用していることや2階建てでもあり、職員が訓練を習慣とすることが必要である。そのため、夜間想定や備蓄の確保、近隣の協力体制を充実させていくことを期待したい。

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、指導している。	入室時のノックの他、私物に触れる際は必ず本人の許可を得ている。明らかな思い違いによる言動等であっても、打ち消すのではなく、本人の気持ちに沿い、人としての尊厳を守っている。	
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	希望に応じ、散歩や外出をしている。更衣時はご自分で洋服を選んだり、入浴の希望等を自己決定出来るように、利用者様の意思を確認している。		
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	入浴等は決まった曜日に入るのではなく、利用者様の状態や気分に応じて入れるように365日実施している。		
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	希望の美容院に行かれる方もいらっしゃるが、施設外での散髪等が困難な方には訪問理美容を利用し、身だしなみを整えている。		
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	施設で育てた野菜を利用したり、食材をきっていただいたり、食器の洗い上げや拭き上げ、食器棚への収納を職員とともにしている。	食材は配食サービスを利用している。利用者は下ごしらえ、配膳、下膳等に参加している。個人的に好みに合わないメニューの時には、調理を工夫し、メニューを変えて出している。また、個人の病気や身体的な配慮もあり、形態に気をつけている。	
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	職員と利用者様が一緒に食事を食べ、一人ひとりの嚥下や咀嚼、食欲等の把握をしている。食事量や水分量の確認をし、記録を取っている。		
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、個々の状態に合わせて口腔ケアを定期的実施している。全員の毎食後ができていないため、今後の課題である。		

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
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、記録をつけ、そこから必要な時間に声をかけ、トイレ誘導をしている。	排泄記録活用により、トイレ誘導が行われている。職員が排泄を全介助することで、利用者を不穏にする場合もあることを理解し、一部介助にして、トイレでの排泄につながった事例もある。	
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	散歩を積極的に行い、入浴時や更衣時に腹部の状態を観察し、必要に応じて腹部のマッサージや水分の補給をしている。		
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	毎日の入浴、好きな時間に入浴ができるようにしている。	毎日、夕方までの時間に入浴可能である。拒否傾向の利用者については、無理強いすることなく、トイレと合わせて誘導する等工夫している。座位がとれない利用者については、2人介助態勢で支援している。	
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	居室は個室であり、ベッドの方や畳部屋の方がいる。睡眠導入剤などはできるだけ使用しなで済むように、日中の活動レベルをあげている。眠れない訴えの方には、夜間でもホットミルクを出したり、話を聞くようにしている。		
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	カードックスに薬情報を記入し、誰がどのような薬を内服されているか確認している。薬の変更時等は、その薬の影響を踏まえて観察をし、受診時に医師に報告をしている。		
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	喫茶店への外出やビールを飲まれたりと、それまでの生活を中断することなく、楽しみを継続している。食事の後片付けや物干しなどを自分の役割として生き生きと生活されている。		
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	希望に応じ、散歩や買い物に出掛けている。家族の協力により、遠出の外出が出来る方もおられる。	天候が許す限り、散歩の機会をつくっている。希望者は、車で10分程度の大型スーパーへのショッピングも楽しんでいる。個人的旅行については、家族に本人の希望を伝え、叶えられるよう支援している。	体調面を考慮しながら、利用者の気分転換に、季節の外出や外食の機会を増やしていけることを期待したい。

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	自分の財布を持って、一人で買い物される方もいる。支払いが難しい方は、買い物に職員が付き添うが、好きな物を自分で購入し、精算のみを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	家族の了解を待たず、希望があればいつでも電話することができる。自分でダイヤル出来る方は少ないため、ダイヤルを職員がしている人もいる。視力や記憶の問題で字を書ける方がいないため、手紙のやりとりはない		
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	共用部にはカーテン等で光の調節をしている。フロアの壁には季節の飾り付けをして、変化を付けている。	台所は対面式になっており、利用者が集まりやすい工夫がある。また、1階にはウォーターベッドやカラオケ機が置かれ、利用者は夕食後カラオケを楽しんでいる。建物の周りが全てベランダになっているため、2階であっても開放的である。	
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	リビングにソファ、テレビを設置し、随時使用できるようにしている。1階の利用者様の間では、カラオケも人気で、3~4人で楽しんで過ごされる。		
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	居室に馴染みの家具や生活用品を持ち込まれ、ご自分の好みにあう空間作りをしている。	ベッド以外に布団対応の利用者もいる。居室は、仏壇や冷蔵庫・タンスなど、利用者が好きなようにレイアウトし、動線を確保している。利用者によっては、個人用の加圧機を使い、居室でリハビリするなど、自由に過ごせている。	
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IHクッキングヒーターで安全に調理が出来るため利用者と食事づくりができる。フロア、トイレ、浴室には手すりを設置し、転倒予防に心がけている。居室やトイレが解らない利用者のために表札や案内板を付けて明示している。		

(別紙4(2))

事業所名 うるケアホームふたば

目標達成計画

作成日: 平成 22 年 1 月 28 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	カンファレンスが定期的に実施出来ていない。	1週間に1度はカンファレンスを実施したい。	朝の申し送り後にカンファレンスを実施する時間を作る。	12ヶ月
2	10	年2回のホーム便りの発行しかできてない。	3ヶ月に1度の割合で発行できるようにしたい。	クリスマス会、家族会以外の行事の計画を立てる。	12ヶ月
3	35	消防署員、施設職員での防災訓練の実施。	近隣の方、地域の方の協力のもと、防災訓練が実施できるようにしたい。	施設のことを、近隣の方に知って頂くように回覧等を活用したい。自治会主催の年中行事に参加できるように努める	12ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月