

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 3F		
所在地	愛知県名古屋市中村区枇杷島四丁目10番地5号		
自己評価作成日	平成21年11月1日	評価結果市町村受理日	平成21年12月18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11月27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)】

各利用者の能力、生活歴に合わせた支援をし、一人ひとりに目を向け、その方が望む事を実現できるように努めています。

【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)】

ホームは、住宅街の静かな環境にある。開設以来5年になるが、管理者の異動はなく、職員の異動も少なく、利用者との関係は安定している。「自分にされていやなことは、しない」を大切に、職員は利用者に接している。提携医の往診があり、24時間対応の看護師がいるので、医療面での心配はない。ターミナルケアも経験し、その体制もつくっている。認知症の症状を落ち着かせるのには、外出が大切との考えから、利用者は頻繁に外出をしている。ホームでは、健康管理、食事等も細やかに配慮され、一人ひとりを大切に思うケアが実現されており、利用者、家族等も満足しているように思われる。

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、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	常に理念を確認できるよう、玄関、事務所、フロア入り口に掲示し、実践に繋がるようにしている。	「自分にされたいいやなことは、決して他人にはしない」を最も大切にして、地域福祉の構築を目指して、管理職や職員は日々利用者 に接している。	
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	喫茶店やスーパーへ利用者と外出したり、地域のボランティアの皆様とイベントを通じて交流し、近所の皆様からお花やタオルなどをいただき、交流している。	ホームの行事(七夕祭り、秋祭り、クリスマス会など)に地域住民を招待し、花火見物にはホーム屋上を開放している。オカリナと大正琴のボランティアが定期的に来て、演奏に合わせて利用者たちは歌っている。	
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	イベントの際に民生委員や地域の方に起こし頂けるように手紙を配布するなど、わかばの理解や御支援いただ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、そこでの意見をサービス向上に活かしている	二ヶ月に1回ほのぼの会(運営推進会議)を開き利用者、利用者家族、地域の民生委員といった参加者から意見を頂き、サービスにつなげている。	運営推進会議は言葉が堅いので「ほのぼの会」として、開催している。民生委員の方が地域とのパイ役となって、家族から活発な意見や要望が出ている。最近インフルエンザについてやホームの看板についての話なども行った。	運営推進会議に行政関係の職員、地域包括支援センター職員の出席についても働きかけをされたい。
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	介護保険に関わることを中心として、名古屋市の担当者が示しているFAXの様式を使用して、問い合わせや指示を頂いている。必要に応じて直接市役所に出向く等、協力関係を築けるように努力している。	区役所へは、介護保険更新手続などで頻繁に出向いているが、通常担当者とは市指定のFAX様式で依頼して、電話で回答を得ている。	
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	昼間の施錠については、施設内、玄関を含めて一切施錠していない。全ての具体的な禁止行為を、全ての職員が事細かく把握しているわけではないが、日々のカンファレンス等を通じて、周知に努めている。	職員は身体拘束の弊害を研修で習得して、拘束の悪循環で症状を悪化させることを理解している。玄関を含めて一切施錠していないことで、利用者が外出されたが、地域の方より連絡があり地域で見守られている。	
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	法律の内容を知っているわけではないが、日常のケアを通じて職員全員が虐待防止について話し、実践につなげている。		

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	理解及び活用できない職員もいるが、理解できる職員が増えるように学ぶ機会をもてるようにしていきたい。		
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	契約時のみならず、改訂等の際も、職員が口頭で直接内容を具体的に説明し、理解してもらうようにしている。		
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	利用者の訴え、家族等の意見をほのぼの会や個別でできている。	2か月に1回の家族会では、家族から活発な意見が出ている。また、利用者家族の多くがホームの近隣に住んでいるので、頻繁に来所され、その折に聞いている。	
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	管理者は日頃から職員の意見を聞き、管理者は全体会議にて代表者に職員の意見を伝えている。	定期的には月1回の会議で(当日休みの職員も出て)意見や要望を聞いている。職員は管理者や同僚に伝え易い環境にあるので、些細な事でも不満は解消できている。	
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	本部とわかばは別の所在地にあるが、本部の職員の担当が、週に1回必ずわかばを訪問し、現状把握や指示に努めている。		
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	事業所において研修は実施されている。テーマを決めてそれに対する一般知識や対応などの説明を受けている。		
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	系列の施設とは交流を持っている。また、交流会等に管理者等が参加する予定である。		

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
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	入居前に訪問調査や施設見学をしていた だき、本人・家族と十分に話し合い信頼関係を築けるよう努めている。		
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	家族の要望を聞き取るように努め、できることのみならず、できないことや、うまくいかないことも説明して、共に本人を支えていけるように促している。		
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	本人がわかばで生活していくことができるかどうか見極める事に努め、あわせてわかば以外のサービス利用が望ましいかどうかを検討するようにしている。		
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	調理や掃除など日常生活の中で職員が分からないこと聞いたり、職員の話を聞いて頂いたり、外出やレクリエーションで共有の時間を持つことで信頼関係を築けるよう努めている。		
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	職員は、本人と家族の関係を大切にするだけでなく、職員と家族が信頼できる関係を築くことができ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	各利用者の馴染みの場所は把握しているが、なかなか行ける機会が少ない。家族・知人いつでも来設して頂けるようにしている。	家族・知人の来設はいつでも受け入れ、ホームへは家族以外に近くの方が時々寄ってくれ親交をあたためてくれている。近所の喫茶店、居酒屋、ファミレス、理容院など職員と一緒に行くことを通じ、馴染みの場所への外出、継続の支援を行っている。	
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	利用者同士の関係を把握し、トラブルになりそうな場合は職員が間に入り、フォローにはいり、会話が円滑になるように努めている。リビングのテーブルやソファにて利用者同士関わりやすい環境を提供している。		

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	家族に契約終了後も困ったことがあれば、相談にのる旨をお伝えし、連絡があれば、フォロー・支援するよう努めている。		
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	本人の希望や意向を会話の中より把握し、困難な場合は家族や職員で話し合い、その人らしい暮らしが送れるよう検討している。	センター方式で1年に1度、家族の意見をも含め、毎日のカンファレンスで気付いた点などを基本に見直している。把握の困難な利用者は、家族や表情、動作から職員が推測して対応している。	
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	本人やご家族から聞いていることを基にアセスメントシートの作成を行ったり、使い慣れたあんどん、布団、仏壇などを居室内に配置している。		
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	本人の一日の言動や、気づいた点をケース記録やチェック表に記録して、本人の現状を把握できるように努めている。		
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	カンファレンスでの話し合い内容を記録し、それに基づいた介護計画をたてるように努めている。	カンファレンスでの話し合い内容を記録し、家族と相談を交え職員で話し合いを行い、介護計画を作成している。3か月に1度計画の見直しや状態が変わった時には、いつでも変えるよう努めている。	
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	個別の記録を書くだけでなく、気づきや提案などをケース記録に残すようにしている。カンファレンスで話し合い、共有できるようにしている。		
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	本人や家族の要望などに応じて、職員で話し合い検討している。		

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	イベントなどで民生委員の皆様や地域ボランティアのかたと交流を結んだり、喫茶店やスーパーに出掛けたりして交流している。		
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	本人及び家族の希望を確認して、協力医療機関以外への通院も検討している。通院については、施設で全て行なうのではなく、家族と協力して実施するようにしている。	整形外科、神経科以外は、ほとんどの利用者が提携医の診察を受けている。往診は随時(週2～3回)あり、健康チェックをしている。また、訪問看護ステーションと24時間連携体制にある。	
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	訪問看護ステーションから訪問看護師が来所し利用者を把握してもらっている。あわせて指示を受け、相談にのっていただいている。前日に職員でカンファレンスを実施している。		
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。	入院中も本人の状態を把握するように努め、早期退院に備えるようにしている。あわせて退院後のケアについても相談するようにしている。		
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	入居前に重度化指針を基に説明をしている。実際のところ早すぎてもご家族の理解が薄いこともあるので、本人の状態や家族からの要望に応じて周知するようにしている。	ホームで医師、家族の協力により最期を看取った。入居時に本人、家族には、重度化対応指針を提示して、同意を得ている。現在高齢化と共に介護度も高くなり職員は研修をして、重度化に対応する体制を整えている。	
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	急変時に対応ができるような書類を個別に作成している。実際の応急手当等を全ての職員が実施できるわけではない。		
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	非常食及び飲料水の備蓄はあり、避難訓練も実施しているが、地域との協力体制は構築できていない。	年2回消防署の協力で避難経路の確認と通報訓練をした。現在出来ることは、防火扉の外へ避難することであるが、今後利用者を安全な場所に避難させるための訓練を検討する予定である。また、非常食及び飲料水の備蓄はできている。	夜間を想定して利用者を、安全な場所に避難させるような訓練、消防署や地域との協力体制について、継続的に取り組まれない。

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
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	本人に配慮したさりげない声かけを心がけている。また、例えば妄想的な発言があったとしても誇りを損なわないような応答ができるように気を配っている。	理念にある、「尊敬」と「敬意」をもって利用者に接している。特に言葉遣い、自室での着脱時、入浴時などには、一人ひとりの尊厳を傷つけないように十分に配慮している。	
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	服や飲み物、外出先など希望等を表しやすくするような声かけができるように心がけている。		
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	居室で過ごしたり、フロアで団らんしたりと、本人のペースを大事にしている。見守りや声かけにて様子を確認している。		
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	服を選んだり、自分で髪の毛の乱れを直してもらったりと、本人の能力に応じたおしゃれができるように支援している。		
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	本人が食べられないメニューは変更するようにしている。また、食事準備や片付けができる方にはやって頂いている。	利用者の希望を取り入れたメニューを含め、食材業者に依頼して納入してもらっている。行事に合わせて赤飯、お寿司のメニューなどがあり、職員が調理しながら一緒に野菜の皮を剥く利用者がある。	時には、利用者、職員で食材の買い物に行き、一緒に作って食べるような取り組みにも期待したい。
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	利用者の好みや状況に応じて、テーブルや小さい机、カウンターなどで食事を取っている。できる方は食器ふきなどを行ってもらっている。		
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	全員に対して毎食後の口腔ケアはできていないが、少しずつでも実施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
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	本人の排泄リズムに合うようにトイレに誘導している。本人にあう介助を心がけて、安易なオムツ使用を避けている。	排泄について自立している方も入るが、リハビリパンツを使用している方もいる。全利用者の排泄チェック表があり、一人ひとりのパターンを把握することで、自然な形で寄り添い誘導するようにしている。	
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	朝の牛乳提供や、医師の処方による下剤の使用を行っている。下剤は本人の体調は排泄リズムに合わせるようにしている。		
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	本人のやりたいこと等の時間に重ならないようにタイミング良く声を掛けて、入浴を促している。	その方に合わせた時間やタイミングで入浴を行えるように、湯を朝7時から入れ、毎回お風呂の湯を新しく替え清潔にしている。車イス利用者には2人に対応しても充分な、広さがある。利用者の生活リズムに合った入浴を心掛け、タイミング良く声を掛けて入浴を促している。	
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	本人の習慣やその日の体調に即して、日中でも休息を促している。また、就寝中、居室の温度を調整するといった配慮も行っている。		
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	誤薬がないように、投薬前に日にちや服用時間、服用する利用者の氏名を本人の前で復唱している。		
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	レクリエーションや季節の行事を行い、一人ひとりの利用者の力に合わせて、本人にできる事を支援しています。		
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	本人が行きたい場所へ出掛けるように努めている。特に知らない場所へ行くことに不安を強くする利用者が多いため、本人の安心して出掛けるところが中心となっている。	短い時間でも散歩を心掛け、本人が行きたい場所に出掛けるよう努めている。その日の天候や健康状態により、ホーム周辺の神社、公園へ車椅子利用者も出かけている。また、月2回車で飲食や買い物にも出かけている。	

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	お金の個人所持は、本人の希望や能力や希望に応じて所持してもらっている。家族の了解を合わせて確認している。		
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	家族の協力を得て、本人が電話できるように支援しています。本人が困難な場合は職員が代行して支援しています。		
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	刺激を与えないような落ち着いた色調に造られている。また、全体的に手すりが取り付けられている。季節感のある物を置くように努めている。	共用空間は広く、明るく、全体を見渡せる作りになっていて、開放感があり落ち着いた雰囲気である。写真や塗り絵、折り紙などが飾ってあり、季節の花や置物があり、利用者は多種多様な椅子に腰かけて、穏やかに過ごしている。	
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	テーブルの座席は各利用者に合わせた配置にしている。ゆったりとタバコを吸う場所も設定している。		
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	居室には本人や家族と相談し、使い慣れた布団、タンス、机、椅子などを配置し、今まで暮らしてきた環境に近づけるように工夫している。	各居室には洗面所と鏡、ベッドが設置してあり、ベランダには自由に出られる。使い込んだベビーたんすやソファ、仏壇、テーブルとイスを持っていたりしている。また、ベッドではなく、畳様の敷物に布団を敷いている利用者もいる。	
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	キッチンが高齢者に合わせた高さで設置してある。風呂場、トイレは歩行しやすい手すりを設置している。		

(別紙4(2))

事業所名 うえるケアホーム わかば 3F

目標達成計画

作成日: 平成 21年 11月 1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	全ての利用者のモニタリングができていない。	介護計画を見直すときに、モニタリングを実施することができる。	事前に評価日を決めておいて、カンファレンスでモニタリングを実施する。	12ヶ月
2	42	全ての利用者に口腔ケアができていない。	口腔の清潔を保持できる。	口腔ケアの実際についてカンファレンスで話し合い、どうやったらできるのか検討し、実施する。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月