

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	1690500044		
法人名	株式会社メディカルケア		
事業所名	ケアホームあお		
所在地	富山県氷見市阿尾860-1		
自己評価作成日	平成28年1月10日	評価結果市町村受理日	平成28年3月29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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 富山県介護福祉士会		
所在地	939-8084 富山県富山市西中野町1-1-18 オフィス西中野ビル1階		
訪問調査日	平成28年2月26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)】

バリアフリーで建設されており利用者様に優しい構造の建物。スプリンクラーの設置により火災時でもより安全な仕組みになっている。利用者様が慣れ親しんだ氷見の言葉も使い、アットホームであらゆる年代のスタッフがいる為、家族のような環境となっている。

【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)】

「ケアホームあお」は、トップダウンではなく、職員一人ひとりの小さな気付きを大切に日々話し合いを重ね、丁寧にゆっくりとホームを作り上げてきた。利用者の情報をきめ細かく共有するため、週1回のカンファレンスを行い、利用者にあった支援の方法について話し合い、実践につなげている。また、重度化対応に力を入れており、利用者が体調を崩して入院しても事業所に戻ってこれるよう事業所と病院が連携をとり、支援につなげている。さらに、「利用者の重度化した場合における対応に係わる指針」に基づき、医師、看護師、家族、職員が連携をとり、「看取り」もしている。また、阿尾地区の自治会に加入し、地域の行事に参加することや、班長やゴミ当番を担うなど、地域の住人としての役割も果たしている。

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	申し送り時に理念を唱和し、意識を深め、日常のケアにつなげる努力をしています。	理念を玄関に掲示し、利用者・家族、地域の方に周知するとともに、職員の行動指針として、いつでも確認できるようにしている。また、毎朝の申し送りで理念を唱和し、共有を図りながら日々のケアにつなげている。	
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	総会、ゴミ出し、文化祭など地域の活動には参加していますが、相互に行き来する関係にはなっていません。秋祭りでは、青年団による獅子舞を回してもらっています。	阿尾地区の自治会に加入しており、総会、廃品回収、海浜のごみ拾い、草むしり等の行事の参加や、班長を担当するなど、地域の一員としての役割を担っている。さらに、地域の文化祭に作品を出品したり、事業所が主催する納涼祭に氷見高校の学生がボランティアとして参加するなど、地域と日常的に交流がある。	
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	認知症サポーター養成講座はケアホームあおとして開催しています。氷見市が毎年実施している徘徊SOSにも参加しています。認知症の方や家族の思いを知ってもらうイベント(RUN伴2015)に参加しました。		
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	2ヶ月に一度、ご家族様、利用者様、民生委員、市役所の方にも参加していただき、事例などの報告や意見、アドバイスをもらっています。	隔月開催の会議では、事業所の運営状況や活動内容を報告し意見交換を行い、参加者からいただいた具体的な意見を、運営やサービスに反映している。また、参加できなかった家族には、会議録を郵送し、事業所の実状を知っていただいている。	
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	高齢者見守りSOSネットワークの協力団体になっています。市からの困難事例の受け入れも行っています。	運営推進会議にも参加してもらっている市の担当者とは、事業所の運営状況や活動内容などの情報共有ができており、事業所からの困難事例やサービスの質の向上について、いつでも相談、助言をいただく体制が築かれている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	社内研修で拘束について勉強会を行い、拘束のないケアに取り組んでいます。ベッド柵は起き上がりに必要な位置や本数を使用しています。玄関は7～20時まで開錠しています。	身体拘束についての社内研修を、全職員が参加できるよう、2回に分けて実施している。職員は、研修会に参加する前には必ず事前学習を行い、研修内容をより効果的に吸収できるよう努めている。全職員が身体拘束をしないケアについて理解を深め、学びを実践に活かしている。	
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	社内研修で虐待のないケアを学び、言葉遣いや態度も教わっています。入浴時には身体状態など観察し、異常があれば報告しています。		

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
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	社内研修にて勉強し理解を深めています。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	重度化や看取りについても家族が納得いくまで説明を行っています。		
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	意見箱を設置しています。また連絡ノートを記入し、家族様に意見・要望をもらえるような環境作りをしています。	家族からの意見要望は、意見箱や連絡ノートの活用、面会時等に、コミュニケーションをとり直接、意見を聞き取るなどし、把握に努めている。それらの意見は、申し送りや週1回のカンファレンスで全職員で共有し、そのうえで改善できるよう話し合い、日々の支援につなげている。	
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	管理者を通じて意見を聞く機会を設けています。	管理者は、週1回のカンファレンス時や、日常的にも職員とコミュニケーションを図り、意見を聞く機会を設けている。表出された意見は、毎月の定例会にて、管理者から代表者に伝え、検討され、運営やサービスに反映させている。	
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	モニタリング等、スタッフに役割を与え、向上心を持ってもらうようにしています。		
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	月に一度の社内研修、外部研修、メディカルケアの全体研修に参加し、スキルアップを図っています。		
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	外部研修に参加した時には参加者からの情報交換をしています。氷見市主催の事例検討会にも参加しています。		

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
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	チーム全体で本人を知る為に言葉に耳を傾け、関係を築く努力をしています。		
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、思いを受け止める努力をしています。		
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	家族のニーズを受け止め、カンファレンスを行い、適切なサービス、ケアを行えるようにつなげています。		
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	1人1人に役割を持ってもらい、できることやお手伝いでやりがいを持ってもらい、スタッフが一緒にいるようにしています。		
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	家族とのコミュニケーションをとり、思いを大切に家族とともに暮らしを継続できるように努めています。		
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	本人との付き合いが継続できるように支援しています。	利用者の重度化が進み、これまで大切にしてきた馴染みの場所へ行ったり、馴染みの人に会いに行くことはできなくなってきているが、家族に面会に来てもらえるような機会を作るなど工夫し、家族との関係が途切れないよう支援している。	
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	気の合う方での配席の工夫をしています。誕生会や交流会のイベントを企画し、利用者同士が話し合える場面を作っています。		

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
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	契約終了した家族様からの相談にも応じるよう努めています。		
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	センター方式、会話の中からこれまでの生活の背景を知るようにしています。	日頃の会話や行動から汲み取られる本人の思いや要望を、週1回のカンファレンスにて、全職員で共有している。	
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	センター方式の活用、ご家族様や本人からの会話の中で情報を知り、これまでの暮らしの把握に努めています。		
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	24時間シートの活用や会話の中からの情報をもとに現状把握をしています。それぞれに合ったレクリエーションやできることを提供しています。		
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	週に一度スタッフ全員でカンファレンスを行い、それに基づき介護計画を作成しケアに努めています。	週1回のカンファレンスにて把握した意向をもとに、支援方法を話し合い、現状に即した介護計画を作成している。	より利用者に合った介護計画を作成するために、これまで以上に家族の意見を取り入れて作成されることに期待したい。
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	介護記録やスタッフ間の連絡ノートで情報を共有しケアに努めています。		
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	緊急時の受診に家族様が対応できないときは、スタッフにて受診同行や送迎も行っており、状況に応じて対応しています。		

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
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	阿尾地区の文化祭に利用者様の作成した作品を展示させてもらい、交流を図っています。		
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	本人や家族様の希望を大切に、かかりつけ医を決め、何かあればDrに相談し、適切な医療を受けられるようにしています。週に一度訪問看護に来てもらい、意見をもらいDrとの連携をとっています。	受診は、基本的に家族の同行で行っている。その際、家族には日頃の本人の様子を情報提供し、適切な医療が受けられるように支援している。また、必要があれば、職員が同行支援する場合もある。	
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	週に一度訪問看護に来てもらい、異常の早期発見、気づいたことは伝え、アドバイスをもらったりと相談しています。管理者への報告、看護師である代表へオンコール体制になっています。		
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。	入院時には訪問を行っています。また、サマリーも届けています。退院時には退院カンファレンスに同行し情報をもらい、その後のケアにつなげています。		
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、終末期支援を行っています。家族様の思いを大切に納得できるまで話し合い、主治医と連携し支援しています。	「利用者の重度化した場合における対応に係わる指針」をもとに、医師、看護師、家族、職員で連携を取り、本人と家族の意向に沿った支援ができるよう努めている。	
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	救命講習を受け、事故発生時、緊急時に対応できるようにしています。AEDの設置をしています。		
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	2ヶ月に一度の自主避難訓練、6ヶ月に一度の消防署立ち会いで訓練を行っています。去年は県の原子力防災訓練にも参加しました。	2ヶ月に1回、火災についての自主避難訓練を行っている。また、地域の防災対策についての話し合いに参加し、どのように避難するか等の課題を見つける機会を与えられ、避難方法等について検討している。	事業所だけでの訓練ではなく、地域住民の参加と協力を得ながら訓練されることに期待したい。

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	利用者様に敬意を払い丁寧な言葉遣いで対応しています。ケア時にもプライバシーを損なわないようにしています。	社内研修の「接遇マナーについて」の研修で、対人援助の基本を学んでいる。日々のケアの中で、不適切な対応があった場合など、その都度、職員間で確認し合い、学びをケアに活かしている。	
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	押し付けるような言葉は使わず、利用者様の要望に応じています。		
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	居室で休まれたり、ホールでテレビを見たり話をされたりと自由に利用者様が一日の流れを進めるよう支援しています。		
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	入浴後に髪の毛のセット、爪切り、髭剃り等できる方にはしていただいています。できない方には支援しています。2ヶ月に一度美容師が来られ、好きなようにカットしてもらっています。		
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	スタッフが同じテーブルで会話しながら一緒に食事し、季節感のある料理の提供をしています。	毎日の献立は、職員が「基本の献立」をもとにして考えている。食材を職員と利用者が一緒に買いに出かけたり、野菜の皮むきや食器拭きを利用者にしてもらう等している。また、2週間に1回利用者のリクエストにそった献立にしたり、お寿司やお好み焼きの出前を取ったりする等、楽しく食事ができるよう工夫している。	
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	利用者様の状態により、食事形態を変えています。スプーンや箸も使い分けています。食べやすいように空いた皿を入れ替えて食事をしてもらっています。		
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	食事後には利用者に合わせて口腔ケアを行っています。		

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
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	排泄表を活用し、各自の排泄パターンを知り、声掛けやトイレ誘導を行っています。	できるだけトイレでの排泄を目指し、排泄表を活用し、利用者の排泄パターンに合わせてトイレ誘導している。誘導する際には、周りに聞こえないよう耳元で声をかけるなど、プライバシーの配慮にも気を付けている。	
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	便秘にならないように牛乳や手作りのR-1入りヨーグルトを提供しています。代表の手作りの塩麴を食事に使用しています。腹部マッサージをしています。		
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	入浴には声掛けし、各自の希望やタイミングに合わせてしています。体調を考慮し誘導しています。気の合う方同士で入浴してもらっています。	基本的には週3回(火・木・土)にお風呂を沸かしているが、利用者の希望があった時には、いつでも入浴できるよう準備されている。入浴中は職員と会話をしながらゆっくり入浴してもらうように配慮している。	
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	利用者が希望する畳など自由に使って休んでもらっています。夜間は冷暖房の温度に注意しこまめに温度調整しています。湯たんぽも希望に応じ使用してもらっています。		
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	どのような薬を服用しているのか薬事で確認しています。時に薬の変更があった場合や新規の方には注意を払って理解するよう努めています。カンファレンス等でスタッフ全員に情報共有しています。		
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	それぞれの得意な事を見つけ、洗濯物たたみ、食器拭きなどの役割を持ってもらい、お手伝いを協力してもらっています。季節ごとのちぎり絵を皆さんでゆっくりと作っています。		
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	企画を立て、花見やドライブに行ったりしています。ゆっくりと散歩したいという方にはスタッフが一緒に散歩に出かけています。	暖かい季節には、外食に出かけたり、おやつを食べに出かけたりする機会や、季節に応じた外出(花見等)をする機会を作っている。また、日常的にも散歩や日光浴など気軽に出かけ、気分転換を図っている。	

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	本人の金銭を事業所で管理していますが、外出する機会が少ないのが現状です。		
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	年末には家族様へ年賀状を書く支援をしています。家族様へ電話を希望されている方には取次ぎを行っています。		
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	アロマや床暖、空気清浄機を設け、快適に過ごせるようにしています。季節感ある利用者様の作品を壁に掲示しています。	共用空間の一角に畳が敷いてあり、足をのばしてくつろげるようになっている。また、床暖のため、足元が温かく、寒い季節でもくつろげるようになっている。さらに、利用者の動線を考えたテーブル等の配置になっており、居心地良く過ごせるよう工夫している。	
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	畳スペースでは、横になったりと利用者様の希望に合わせて自由に利用してもらっています。		
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	家族の写真を飾ったり、自宅から畳、テーブルを持ってきてもらい安らぎの場になるように工夫しています。	ベッド、タンス、テレビは備え付けのものであり、それ以外は利用者の使いやすい物を持ち込んでいる。居室内に畳を敷いたり、出入りしやすいベッドの配置にしたりし、利用者が過ごしやすいよう工夫している。	
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	安全な歩行の為、手すりを利用してもらったり、夜間には足元灯の設置により一層歩行しやすい環境となっています。		

(別紙4(2))

事業所名 ケアホームあお

作成日: 平成 28年 3月 14日

目標達成計画

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	週に1回のカンファレンスを行い、スタッフ間で情報共有し介護計画を作成していたが、家族の意見を取り入れていなかった。	家族の意見を積極的に聞く場を作る。	面会時に家族の希望やニーズを聞き、介護計画に取り入れる。	12ヶ月
2	35	2ヶ月に1回自主避難訓練を行っているが、事業所だけでの訓練で終わっている。	地域住民の一員として共に暮らす、支え合う。	ご近所の方々に避難訓練を行う日時を伝える。参加までとはいかなくても見学だけでもしてもらえそうな関係を築く。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入して下さい。