

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	2372001111		
法人名	医療法人 光生会		
事業所名	グループホーム エバグリーン 光		
所在地	愛知県豊橋市多米町字大門10番地		
自己評価作成日	平成23年11月30日	評価結果市町村受理日	平成24年2月15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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2372001111&SCD=320&PCD=23
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【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	愛知県名古屋市中熱田区三本松町13番19号
訪問調査日	平成24年1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)】

<p>1、ゆったりと暮らしを楽しむ中で、その人らしく自己実現が出来るような自立支援の援助。</p> <p>2、地域の一住人として、日常的に社会参加し、施設も地域の一社会資源として活用される様に努めている。</p> <p>光ユニット</p> <p>1、外出の機会を多くする。</p> <p>2、下肢筋力低下防止に努める。</p>

【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>当ホームは静かな環境に立地し、併設老人保健施設と連携して利用者の暮らしを支えている。「気持ちよく自己実現ができる援助、その人らしく」という理念を掲げ、利用者一人に合わせた生活に向けて、個別ケアを充実させるよう取り組んでいる。また、地域との関わりを重視し、日常的な交流や行事への参加等、双方向の交流がある。合同防災訓練では、救命、AED、消火、炊き出しのほか、地震体験車で地震の様子を経験し、この経験を緊急時対応に活かす取り組みを行っている。また、運営法人が医療機関であるため医療連携体制があり、24時間対応可能で連携し、利用者が重度になっても、ホームでの生活が可能な限り継続できるよう、利用者と家族の安心を守る支援に努めている。</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、活き活きと働いている (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	気持ちよく、自己実現が出来る援助その人になって理解するという理念を掲げ、職員が共有し実践をしている。	職員は、ホーム理念に加え、各ユニット毎にその年度の目標を掲げ、職員全員が共有して日々の実践につなげている。さらに、その状況を1年毎に評価し見直している。	
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	行事等の案内を市民館など地域に配布している。保育園、中学校、近くのお寺、お店等に出かけている。一品寄付、廃品回収、530運動などに参加、協力している。	地域行事への参加、神社の清掃活動、530運動への協力を通じ、日常的に地域住民との交流をしている。ホーム主催の「桜まつり」等の行事や合同防災訓練には、地域の人たちも多数参加し、相互の共有に努めている。	
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	毎月機関紙「エバ通信」を家族・地域に配布し、施設内にも掲示している。		
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	2ヶ月に1回の運営推進会議に利用者、家族の代表者、3校区の民生委員の方々が参加し、話し合いをしている。議事録は全職員が目を通して、サービス向上に生かしている。	会議では、防災体制の見直しについて報告を行い、出席者から周辺地域の状況説明、助言を受けた。この内容を検討し、併設老人保健施設とも協力体制を強化して、非常災害時には地域の人々の拠り所となるよう計画を進めている。	
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	市の相談員が定期的に来訪され意見などを聞いているが、今年度は介護相談員の方が回る事業所が多くなったとことで行われていない。	運営上で不明点や相談したい時などには、必要に応じて市担当部署に出向き、指導や助言を得るようにしている。また、介護事業者連絡協議会に参加し、徘徊対策講習会等に協力している。	
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	身体拘束ゼロ委員会、安全管理委員会を設置しており、職員会議にて勉強会など、全職員が議事録に目を通し、話し合いを行っている。	拘束排除の方針を契約書に明記し、職員研修を実施し、全員がその内容の理解に努め、日々のケアに取り組んでいる。身体拘束に繋がるような事例には、運営推進会議でも検討し助言得るように努めている。	
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	研修報告、事故ヒヤリハット等の事例に基づき、職員会議等で話し合いを行っている。		

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
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	勉強会や、資料を配布し、話し合いの場を設けている。又家族や地域にも情報を提供している。		
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	契約時に細かく説明しているが、不安や疑問など、その都度分かりやすく丁寧に説明する様心掛けている。		
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	運営推進会議が定期的であり、入居者や家族の意見や思いを伝える場としている。又意見や要望など記録し話し合いをしている。	毎月の請求書発送時に、家族等の意見を出してもらうように一筆を入れてあるほか、来訪時にも言ってもらえるようにしている。地域固有の行事について紹介を受け、地域ケアに活用できるよう計画を進めている。	
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	定期的にユニットでのカンファレンスを行い、また月1回グループホーム・デイサービス合同でカンファレンスを行っている。	職員が発言しやすい環境を整え、月1回の職員会議のほか、提案や気づきをいつでも受け止めるよう努め、改善に向けて職員意見を活用している。職員から出された意見や提案は、ホーム施設長が運営法人につなげたりして実現に努めている。	
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	優良職員の表彰、希望休の配慮がある。また5年、10年の勤続年数の職員には休暇旅行等の配慮がある。		
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	法人内外の研修に積極的に参加し、研修報告で話し合いをしている。		
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	研修や勉強会などで積極的に同業者と交流を持つ様になっている。良いものは話し合い、取り入れるよう努めている。		

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
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	事前の訪問調査で不安や要望を聞き、情報を把握し、本人の気持ちを第一に考え、不安が軽減できるよう、話し合いをしている。		
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	家族の希望、不安、要望にも配慮し、様子を細かく説明すると共に話し合いの場を設けている。		
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	家族・本人の希望・要望を把握し、他職種に相談しながらサービスの提供をしている。		
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	食事作り、洗濯物干し、畑仕事など、1人ひとりのADL、特技を生かしながら、一緒に行うことで喜びや楽しみを共にしている。		
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	来訪時、月間評価を通じて、現状報告をしながら、日常的な会話や表情なども伝えている。		
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	家族・友人等の関係、継続は入所後も出来ている。	ホームでは、利用者のこれまでの関係を大切にして継続できるよう支援している。家族が訪問した際には、一緒に馴染みの店に出かけている方もいる。さらに、古くからの友人が訪れ、一緒にお茶を飲みに出かけることもある。	
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	利用者同士が楽しんで過ごせる環境作りを心掛け、他ユニットからも気軽に会いに来られるようにしている。又、職員が間に入り、輪を広げている。		

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
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	共用型通所介護、ショートステイなどを組み合わせながら継続的に相談・支援を行っている。		
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	趣味や意向の把握に努め、生活の中に取り入れ、個別に対応できるようにしている。	職員は、一人ひとりの思いや希望、困っていること等を引き出すように努めている。困難な場合には、家族にその人の生活歴、趣味等を聞いて、その結果をシートに記入し、職員全員が情報共有して本人本位に検討している。	利用者の重度化が進んでいることもあり、一人ひとりの思いを実現することが困難になりつつあるという課題を感じている。今後も継続して利用者の思いの把握をチームとして取り組まれることを期待したい。
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	生活歴や馴染みのものなど、本人・家族から話を聞き、情報収集し、個別に支援してあげる様に話し合いを行っている。		
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	一日の過ごし方や心身状態を詳細に記録し、情報の共有や意見交換を行い、現状の把握に努めている。		
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	必要に応じて随時、本人、家族を交え、カンファレンスを行い、介護計画の作成、見直しに活かしている。	本人、家族の意見を聞いて、本人の希望を計画書に書いてもらい、カンファレンスで検討して計画作成している。職員は担当制で、その利用者の変化や職員の気づきを記録、伝達し、毎月の会議で話し合い、計画に反映させ、6ヶ月毎に見直している。	定期的なモニタリングを行いながら、大きな変化が無い利用者についても隠れたニーズがないかを考える為にも、毎月の会議のほかに、随時対応できる取り組みを継続されることを期待したい。
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	日常の様子や気づきを個人記録、連絡ノートに細かく記録し、情報共有するとともに、カンファレンスを行い、介護計画の作成見直しに活かしている。		
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	デイサービスや共用型通所介護、隣接の老健や包括支援センターと連携し、サービスの受け入れ体制が出来ている。		

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	保育園や小学校の行事や、町内の行事に積極的に参加したり、ボランティアやヘルパーの学校の実習生を受け入れ、社会との触れ合いを大切にしている。		
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	本人や家族の希望に沿った受診を大切にしている。本人の状態や家族の希望等定期的に受診している。	本人、家族の希望により、受診する医療機関を選択することができる。併設老人保健施設の医師のサポート、協力医療機関の定期受診等を実施している。通院には、職員が介助しているが、家族が付き添う場合もある。必要に応じて歯科の受診をしている。	
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	24時間を通じての詳細な記録を残し、日中は常に看護師が常勤しているため、指示を受けながら対応している。家族への情報伝達も看護師の指示で行っている。		
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。	詳細な記録を残し、看護師の指示を聞きながら対応している。医療機関との情報交換も看護師の指示で行っている。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	本人・家族との重度化を含む、今後の話し合いを行い、医療との連携を図りながら、希望に沿った支援を提供できるようにしている。	申し込み時に、本人、家族にホームの方針を説明し、希望や意向を聞いて話し合いに努めている。ホームでは、検討を重ねた結果、法人全体で支援することを主体に行い、ホームでの看取りは行わないこととしている。	
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	常に看護師がおり、(夜間は隣接の老健看護師が指示)、全職員がAED使用方法の訓練や急変時の勉強会に参加している。		
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	定期的に訓練を実施し、地域の訓練にも参加している。災害時用の水や食料も保存している。	ホーム内の訓練の他に併設老人保健施設との合同訓練も実施しており、避難方法、経路、場所を確認している。さらに、地域との合同訓練を年1回実施し、地域との協力関係も築いている。また、災害用備蓄として、水、食料を3日分程度確保している。	

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
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	1人ひとりの人格を尊重した声掛けや対応を心掛けている。	職員は、一人ひとりの人格を尊重し、一人ひとりに配慮した言葉かけ、対応に努めている。さらに、本人、家族が他の人に知られたくない事柄等は、その人の尊厳を守り、知られないように工夫している。	
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	利用者の話や希望を傾聴するよう心掛けている。利用者が自己決定できるよう声掛けに配慮している。		
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し、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	利用者一人ひとりの意思や希望を尊重した支援を心掛けていく。		
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	利用者一人ひとりに着たい服を選んでいただき、希望があれば化粧品購入の為に買い物に出ている。		
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	管理栄養士の作る献立が主にあるが、それぞれの方に合わせ現場で調理方法を変更したりしている。また一人ひとりできる範囲での食事作り等に参加していただいている。	管理栄養士の作成したメニューを基本に、同じ材料で変化をつけて好みに合わせ、利用者と職員と一緒に食事をしている。準備、後片付けには、その人の残存能力を活かし、出来ることを職員と一緒にしている。	現状の調理スタイルを維持しながらも、時には利用者の希望を把握しながら材料の買い出しから調理まで、一貫してホーム内で行えるかどうか検討されることを期待したい。
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	1人ひとりの状態に合わせて、栄養・水分摂取を栄養士、看護師と連携を図りながら記録している。		
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に、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	毎食後に声掛け、見守り、介助等を1人ひとりに合わせ行っている。夜間は義歯を外し、洗浄剤を使用し清潔を保っている。		

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
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	1人ひとりの排泄パターンを把握し、声掛けや誘導を行い、トイレでの排泄を促している。日中は異常ない限り、布パンツ着用での排泄で対応している。	利用者の状態に合わせて、声かけ、トイレ誘導し、状況を記録している。おむつ使用の人が生活リズムの安定に伴ってパンツに切り替えた事例もあり、一人ひとりに合わせ、排泄の自立に向けた支援をしている。	
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	毎日排泄の有無を確認し、栄養士、看護師と連携を図りながら、水分摂取や食物繊維の豊富な食品を出すよう工夫している。又、散歩や体操で腸の活動を促したり、主治医からの下剤の指示を受けている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	本人の希望時や声掛けにより、入浴されている。拒否のある時は、時間をずらして声掛けし工夫している。	毎日、入浴できるよう準備して、概ね午後に入浴している。身体機能の低下した人には、補助具の使用、職員2名での介助等の工夫をしている。また、入浴剤を使用することもあり、温泉気分で気持ちよく入浴してもらえるようにしている。	ホーム利用者の重度化が進んでいる中で、職員による入浴介助が負担になってきていると考えられる。今後に向けた設備や職員体制の検討に期待したい。
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	空調や照明などの調節、又日中の活動量を増やす様になっている。眠れない時は落ち着くまでゆっくり話を傾聴している。		
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	服薬中の薬の目的や副作用を一覧にし、職員全員が把握している。看護師に状態の変化等細かく記録し報告している。		
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	本人の好きなこと(書道、創作、計算など)を1人ひとりに合わせて取り入れている。又、食事作り、洗濯など日常生活活動への参加を声掛けしている。		
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	希望や声掛けで、施設周辺や近くの公園、神社等に出掛けている。外食や遠足、買い物へも本人の希望を聞き、出掛けている。	天候の良い日には、外に出て散歩や寺社に続く境内を散策することもあり、時には利用者と買い物に行くこともある。また、梅、桜、紅葉を見に出かけたり、市外の一泊旅行の際には家族とも協力しながら楽しむ取り組みも行っている。	

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	買い物や欲しいものがある時、いつでも使えるよう事務所で管理している。本人が管理出来る方は、定期的に残金の確認を、本人と職員2名で行っている。		
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	本人自ら電話をしたり、自分でかけられない方には職員がおかけして、本人とかわって話をしている。		
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	玄関をはじめ共有空間には花や小物、共同で作成した壁画等を取り入れ、季節感を感じられるように工夫している。	ホーム内は、所々に季節の花を飾り、壁面には共同制作の作品、写真等を掲示して、ユニット毎に工夫して特徴のある雰囲気をつくっている。また、リビング入り口にはソファを配置し、利用者が快適に過ごすことができるよう配慮している。	
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	エレベーター前、テレビ前等にソファを設置し、利用者がゆったり過ごせるようにしている。		
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	本人の愛用品等を設置し、自宅からスライドした家庭的な雰囲気を感じられるように家族と話をし対応している。	居室には洋室と和室があり、ベッド等を備えている。居室内はその人の好みに合わせて家具、テレビ、DVD、書籍等を持ち込み、本人の好みの配置をして、居心地よく過ごせるように工夫している。	
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	1人ひとりの状態に合わせてベッドの高さや家具等、自立できるところは自立できるように、その都度本人と相談しながら環境整備を行っている。		

(別紙4(2))

事業所名 エバグリーン 光ユニット

目標達成計画

作成日: 平成 23年 11月 23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	25 26	下肢筋力低下	下肢筋力低下防止	・下肢筋力体操や散歩を行う ・サイクルマシーンを行う	6ヶ月
2	24 26 38	一人ひとりの楽しみに合わせた生活の充実	一人ひとりの生活を見直す	・一人ひとりに合わせた外出や趣味を増やす	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月