

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	2370401461		
法人名	愛の郷有限会社		
事業所名	グループホームえがお		
所在地	名古屋市西区貴生町107番5		
自己評価作成日	平成24年3月11日	評価結果市町村受理日	平成24年5月21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	特定非営利活動法人なごみ(和)の会		
所在地	名古屋市千種区小松町五丁目2番5		
訪問調査日	平成24年3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)】

グループホームえがおではご入居者様お一人おひとりの心に寄り添うケアを心がけています。家族のようになんでも我がままを言って頂けるような環境、雰囲気作りをしています。大切な日々を楽しくすごしていただけるよう、職員一丸となり切磋琢磨して努力していきます。
利用者様が生きがいを持って、イキイキ生活できるために、なにをすればよいかを常に考え接しています。

【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)】

散歩、レクリエーションなど利用者のできる事、やりたいことを可能な限り、支援に努めている。
脱衣所には、清拭用のタオルを温められるように電子レンジを設置している。
診療情報提供表、経過表は記録する項目が詳細に分かれている為、緊急時の処置などの支援に役立てることができる。
徘徊の対策として、顔の判るチラシを準備し、近隣の協力、行政の協力を得やすくする工夫がある。
町内会行事への参加、協力をしながら、推進会議等に、地域住民の参加が多い。
万日の為の心臓マッサージ訓練等、消防から人形を借り、訓練実施している。
入居者や家族の意見、希望を把握するため、推進会議等を利用し、随時に、取り入れ、実践している。
職員同士話し合いながら、日々のレクリエーション、支援の仕方など、入居者の状態、表情等、判断しながら適時対応している。何が入居者にとって良い支援かを考え、できる事を考えながらの支援がある。

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 3. 利用者の1/3くらい 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	利用者が家族や地域の人々とのつながりを大切にしながら、自分らしく生きていけるように支援することを、ホームの理念とし全職員が共有し実践につなげている。	理念を共有する他、今日一日笑顔で接し、丁寧な言葉使い、役割をもって果たすというスローガンを掲示し、毎日唱和し、支援に努めている。	
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	町内会の行事に参加し、地域交流に努めている。	町内会に加入、回覧板の申し送り参加、町内会行事に参加している。又、地域のボランティアの音楽・演奏の訪問などで交流を行なっている。	地域の保育園、子供会等の運動会や施設の催し物への参加呼びかけ等、地域の子供たちや住民との交流を一層を深める機会作りを期待したい。
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	運営推進会議の中で、認知症についてや対応方法などの話をし、認知症の理解を深めていけるよう取り組んでいる。		
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	ホームの様子や取り組みを報告している。運営推進委員	運営推進会議では、関係者の他、利用者、家族も参加している。災害時、徘徊時の緊急時に備え、入居者一人ひとりの写真入りの名札を作成し、緊急の対応、確認に役立てるようにはと、意見をもらい、検討し、作成中である。	
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	市長村担当者と直接交流する機会はない。	いきいき支援センターの担当者とは交流はあるが、市、西区の担当者とは交流を持っていないのが実情である。	市・区の担当者と積極的に交流を持ち、運営推進会議に参加を呼びかけ、意見をもらい、困難事例の相談ができるような関係を築けるよう期待したい。
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	利用者一人での外出による事故防止のため、玄関の鍵のみ施錠している。玄関以外は鍵をかけていないので、事業所内は自由に出入りができる。	玄関は施錠しているが、施設内はエレベーターを使用し、自由に出入りをしている。職員入社時は拘束についての勉強会を開催し、月1回の施設会議、困難事例で、その都度話し、理解をし、認識を深めている。	危険防止の玄関施錠ではあるが、無施錠への取り組みを期待したい。
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	入浴時など身体チェックを行い、見過ごがないようにしている。		

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
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	成年後見制度等について学ぶ機会を持っていない。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約または改定等の際は、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	契約の締結、解約時は利用者や家族等に十分な説明を行い、安心して入居していただけるよう努めている。		
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	施設内には、ご意見箱を設置し、利用者や家族等が意見、要望を表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	家族訪問時など、家族の意見を聞き、業務日誌に記入をし、朝礼時に報告をしている。直接言い出しにくいという配慮から、意見箱を設置している。 2か月1回「えがおだより」を発行している。	
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	定期的に会議を開き、運営に関する職員の意見や提案を施設運営に反映させている。	月1回、施設内会議を行い、意見交換、議題に沿った勉強会、事例についての報告改善策の話し合いを行っている。また、気づいたことなどは、その都度話し合い、改善するよう努めている。	
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	管理者や職員が向上心を持って働けるよう、努力や実績・勤務状況を把握し、評価するようになっている。		
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	職員個々の力量によって研修を受ける機会を確保し、全体会議時に内部研修を取り入れている。		
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	同一法人の施設間の交流や研修を行い切磋琢磨し、相互向上していけるように努力をする。		

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	本人との面談時、時間をかけ、本人の要望、不安なことを充分把握し、できるだけ早くホームの雰囲気に馴染めるよう、関係づくりに努めている。		
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	サービスを導入する段階で、本人、家族等が希望すれば、お試して仮入居して頂き、充分納得していただいてから本入居していただくサービスを行っている。		
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	本人と家族等の希望に沿って、訪問看護、訪問リハビリ、訪問歯科等他のサービスとの併用も積極的に取り入れている。		
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	一つの大きい家族との意識のもと、何でも我がままを言い合える関係を築けるよう、職員に周知し支援している。		
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	職員は家族との連携を大切に、共に支えあう関係であるということを理解していただけるよう努め、利用者と家族の絆を大切にしていけるよう支援している。		
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	利用者や家族の希望に沿って、これまで築いていた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、要望を叶えるよう支援している。	カラオケ喫茶、公園の花見、清州城など馴染みの支援を行っている。又、入居後の新しい馴染みとして、近隣の美容院へ行く支援、地域のカラオケの練習の参加などの支援を行っている。友人への年賀状、電話、FAXの支援もある。	
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	利用者同士が孤立せず仲良く生活していただけの橋渡しの存在に職員がなり、全ての利用者がお互いに支えあえるよう支援している。		

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	サービス利用が終了しても、いつでも相談していただける存在になれるよう、職全員が自覚できる教育に努めている。		
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	日々の会話、表情、行動からご本人様が何をしたいのかを気づけるよう努めている。	フェイスシートで情報を収集をし、職歴、趣味など家族に聞き取りを行い、入居者が何をしたいのかの気づき、会話の中からの読み取り、申し送り、朝礼で報告をそ、以遠に努めている。又、レクリエーションは入居者のやりたいことを聞き取り、折り紙、塗り絵など、毎日のレクリエーションに取り入れている。	
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	家族、利用者、前ケアマネージャー、ケースワーカー等からの情報をもとに生活歴、職歴、病歴等充分把握するよう努めている。		
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	日々の状態を観察し、日誌等に記録して状態の把握に努めている。申し送り等で情報を共有している。		
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	介護計画作成時、会議等で意見を出し合い検討し、入居者様の意向やご家族の希望等も含め介護計画に反映できるよう努めている。	ケアプランの見直しは半年に1回行い、変化のあった場合はその都度ケアマネージャーがモニタリングを行い、家族の意見は面会時、電話で聞き取りをし、管理者、職員から情報収集をし作成している。	
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	バイタル測定や、食事摂取量、気になる言動やケアの状況はカルテに細かに記録し、申し送りなどで情報共有に努めている。		
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	問題が発生したらそのつど検討し、実現可能なことは柔軟に対応している。		

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	町内会の行事に参加できるものは参加し、地域の方との関わりを持つようにしている。		
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	本人や家族の要望に沿ってかかりつけ医を決定している。定期的及び病状に応じての受診、適切な医療が受けられるよう支援している。	協力医は2週間に1回訪問診療を行い、歯科医はつき4回の口腔ケア、月1回の検診を行い、マッサージは週に3・4回行っている。専門医は基本家族同行であるが、困難な場合は職員同行で支援している。又、受診記録は看護ファイルに記入し、処方箋は、医師の指示で処方され薬局から届けられ、看護師が管理している。	
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	薬についての情報や処置の継続、中断の指示を仰いだり、日々の変化等を早めに報告し、適切な指示受け対応が出来るよう努めている。		
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。	入院時には情報交換を行い、ご家族様や病院関係者と連絡をとりあっている。病院関係者・ご家族との話し合いにより、早期退院に繋げている。		
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	重度化した時の確認書(重度化対応指針)を契約時にお渡しし説明を行っている。重度化した場合でも、医師から見解を話して頂き、ご家族から希望をお聞きし、希望に沿うよう努めている。	容態が重度化し、医療行為が必要となった場合は入院し、医師、家族と話し合い、入居者の意向を踏まえ希望に添えるよう支援に努めている。又、延命治療をしない入居者を医師の指示を受けながら看取りの支援を行った事例がある。	
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	看護師による心肺蘇生法やAED使用方法について学び訓練を行っている。		
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	消火器の設置場所や避難場所の把握などにつとめ、火災を想定した防災訓練を年に1度行っている。	年1回の防災訓練を行っている。避難訓練は、玄関まで消火訓練、通報訓練を行い、混乱を避けるために手順表を作成している。又、推進会議で課題となった備蓄は整っていないのが実情であるが整備に向けた準備がある。広域避難場所は近隣の小学校で、避難経路は確認済みである。緊急時での名札、名簿作り等がある。	備蓄は、水、食料など早急に準備することが期待される。また、緊急連絡網は掲示してあるだけでなく、常時持ち、外出先での対応など、常時にも利用が望まれる。

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	利用者様個人の性格を踏まえ、適切な言葉使いや介助を行なうよう心掛けている。	呼び名は、苗字、名前に「さん」付けで呼んでいる。声掛けは入居者の尊厳を損なわないよう敬語を使うよう心掛けている。居室の鍵を自身で管理している入居者がいるので、入室時には配慮に心掛け、声かけを行っている。トイレ誘導は配慮しての声かけ、入浴介助は異性介助を拒む入居者には、同性介助で支援を行っている。	
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	ご利用者様の話に傾聴し、希望実現可能なものは実施し、難しいものは他の方法をみつけ対応するように努めている。		
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	本人の意に沿った対応を心がけている。		
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	以前から身につけられていたものは、引き続き身につけて頂けるようお手伝いさせて頂いている。		
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	それぞれの苦手なもの、好物など職員が把握し、家庭的な手料理を提供できるよう努めている。 お盆ふきなどそれぞれのレベルにあった役割を分担して食事の準備、方付けをしている。	10日前に献立を決め、食材は発注して調理は施設で行っている。入居者から要望があれば献立変更は可能である。おやつは手作りのたこ焼き、ホットケーキなど、行事食はちらし寿司、クリスマスには、おでん、ケーキなど、バイキング形式で行っている。食事の量をチェック表に記入し、食事量が少ない入居者には味付けに工夫をするなど支援に努めている。	
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	一日の水分摂取量、食事量を個々に記録し、一人ひとりの食べる量や栄養バランスを考慮して食事を提供している。		
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	能力に応じて声かけ・見守りや介助・確認を行っている。希望者には外部の口腔ケアのサービス提供し口腔内の清潔保持に努めている。		

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	トイレ誘導し、できるだけトイレでの排泄習慣を維持できるよう支援している。	トイレ誘導はチェック表に記入しながら行っている。昼間はリハビリパンツを使用し、夜間は紙おむつを使用している。おむつ交換は、3・4時間置きに行っている。夜間2階の入居者には、物音に気配りをしながら定期的な巡視を行っている。又、覚醒誘導が必要な入居者を把握して支援を行い、ナースコールも活用している。	
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	排便回数を個々に記録し、排便習慣を把握し、個々に応じた対応をしている。		
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	入浴拒否や体調不良・汚染などがあった場合は、適宜入浴予定を変更している。	入浴は週2回午前中に行ない、チェック表に記録している。温度差をなくす為、脱衣所はエアコン、浴室はよく暖で対応している。感染予防として、足拭きマットはその都度交換し、水虫の入居者は毎日足湯を行い清潔保持に努めている。水分補給はスポーツドリンク、お茶で対応している。	
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	一人ひとりの生活習慣に応じた休息が安眠ができるよう個々に対応している。		
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	薬の説明書を個別にファイリングし、すぐに調べられるようにしている。薬の追加、変更時には特に症状の変化に注意している。		
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	利用者様一人ひとりのできることを把握すると共に、利用者のできることを生活の中で発揮することができるよう、場面づくりをしている。		
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	利用者の希望に沿って、外食、喫茶、散歩や買い物に出かけるなどの支援をしている。	毎日30分から40分行ける範囲の散歩、月1回、徒歩で4、5分の喫茶店へ、近隣の大型ショッピングモールへ外食の支援を行い、遠方の外出は2・3回に分け、車での外出支援を行っている。	

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
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	自己管理できる方にはしていただいている。自己管理困難な方は、家族と話し合いし小額をお持ち頂くかホームでお預かり管理している。 個々の希望や力に応じ支援に努めている。		
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	本人自らが電話をかけることや電話の取次ぎ、手紙やFAXのやりとり等、個々の状況に応じて支援をしている。		
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	2ユニットのホームは開放感があり、利用者様が自由に交流できる構造になっている。空調管理に気をつけ、BGMを流しリラックスできるような空間作りを努めている。	テレビが壁面にあり、動線の確保をしている。日付け、曜日が分かるように手作りカレンダー、季節の飾り付けが飾られ、加湿器、エアコンで温度・湿度調節をしている。昼間は、共有の空間に集まりカラオケなどを行い、交流を深める空間となっている。	
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	リビングにソファやテレビを用意し、会話を楽しんだり、くつろげる共用空間作りを行っている。		
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	馴染みの家具を持ち込んでいただき、自宅での生活感を継続していただけるよう支援している。	居室は仏壇、タンスなど馴染みの物の持ち込みは可能である。冷蔵庫は家族との話合いで持ち込み可能となる。換気扇が設置され、空気の入替えを行っている。又、角部屋は夜間は冷え込む為、24時間エアコンで温度調整を行うなど状況に合わせた対応がある。	
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	個々の居室には、分かりやすく名前が書かれ、共用部分のトイレ、浴室、洗面部分にものれんや張り紙を張って迷わない工夫をしている。		

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	18	利用者様の残存能力を生活の場で発揮し切れていない。	利用者様の、残存能力の維持に努める。	おやつ作りや、自分の居室の掃除など、利用者様に出来ることを、もっと参加してもらうよう働きかけたり、機会や場の提供をする。	2ヶ月
2	19	利用者様の暮らしぶりを家族様へしっかり伝えきれていない。	利用者様の、暮らしぶりなどを家族様へ伝え、問題点などを共有していく。	面会時に近状の報告を密にし、“えがおだより”へ個別に暮らしぶりなどを書いていく。	4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。