

### 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	2070400359	
法人名	社会福祉法人 共立福祉会	
事業所名	グループホーム高尾	
所在地	長野県岡谷市川岸上4-3-4	
自己評価作成日	平成25年3月11日	評価結果市町村受理日

※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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/">http://www.kaigokensaku.jp/</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	株式会社マスネットワーク 医療福祉事業部	
所在地	長野県松本市巾上13-6	
訪問調査日	平成25年3月21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)】**

センター方式を取り入れて、個々のニーズに答えられるよう心掛けて対応しています。家族と連絡を取り合いながら長年の生活習慣が途切れることの無いように少しでも慣れ親しんだ日々が送れるようにと考え、積極的に外に出かけたり、季節感が味わえるように行事等を行い、支援しています。

**【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)】**

グループホーム高尾は、岡谷の高尾山のふもとに位置し、カモシカが出没する豊かな自然環境に恵まれた中に設置されており季節感を満喫されている。社会福祉法人「共立福祉会」を母体を持ち隣接するケアハウスと日常的なケアサービス(広い浴槽利用や行事参加、行食事や菜園で収穫された野菜等のおすそ分けを頂く等)提供時の連携が図られている。管理者は職員との良好な関係性に努めグループホーム高尾の職員の内構えを基盤にして安心と信頼に向けた関係づくりと支援に当たられている。また介護支援専門員は利用者が日々その人らしい暮らしを続けるための適切なケアマネジメントの作成に努力をされている。事業所自体が地域の一員として日常的な交流の中で、ホーム周辺の地すべり発生時には地主やご家族等の協力を得て防止策がとられ大事に至らなかったことを伺った。今後事業所が積み重ねてきた認知症ケアの専門性、実践力を活かし、介護の不安や負担軽減につながるアドバイスを気軽に提供されるなど地域貢献に向けた取組みに期待する。

**V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№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**

ユニット名( )		項目		項目			
		取り組みの成果 ↓該当するものに○印			取り組みの成果 ↓該当する項目に○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
<b>I.理念に基づく運営</b>					
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	模造紙に書き、目の付く所に貼り出している。職員会議等で意識的に読み合い実践につなげている。	<グループホーム高尾の職員の心構え>を作成し利用者へのケア指針を基にサービス提供に当たられている。しかし地域密着型サービスの役割を目指した内容の理念の作成に至っていない。	地域密着型サービスとしての役割(利用者が地域の中でその人らしく暮らし続けることを支えていくサービス)を理解し、果たすべき役割を反映した理念となるよう職員全員で作り上げ、職員への意識付けやケアで迷ったときに拠りどころになるような理念の作成に期待する。
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	隣接するケアハウスで小学生との交流があり、全員ではないが、数名は参加したり、その他健康まつり等に参加している。散歩の時には近所の方と挨拶を交わす。	ストレスに弱く、馴染みの関係が大切な利用者の特性に十分配慮しつつ、ホームに地域の方々が来訪して頂けるよう場面づくりを積極的に行っている。(地域ボランティアによる余興、入浴時の協力等)なお隣接のケアハウスに小学生が来所の折や地域の敬老会への招待・参加して交流を持たれている。また日常的な散歩や地域の文化祭に利用者の作品を展示するなど交流のきっかけづくりに努力をされている。	
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	地域の方々と認知症の勉強会をしたりしている。		
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	その場で事例を挙げて解決方法や広域全体の情報を受け、知恵等を借りて向上につなげている。	運営推進会議は3ヶ月に1回の頻度で開催し、ご家族、行政、自治会等の参加を得て、ホームよりの利用者状況報告や参加者による質疑応答が行われ双方向的な会議となっている。	
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取り組んでいる	毎月月初め、市役所に提出書類を持ちながら赴き、不明な事等、市町村の担当者に聞くなどコンタクトをとっている。	市から派遣される介護相談員2名が定期的に訪問して意見・要望を聞き取りノートに記載して頂き全職員が目を通しケアの実践に活かされている。介護認定の更新時には利用者の情報提供を行うとともに、利用者の区分申請代行を行う等市担当者との協働関係が築かれている。	

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
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	玄関の施錠はせず、身体拘束をしないケアに全員で取り組んでいる。	職員採用時に、法人より説明があり、身体拘束によって利用者が受ける身体的・精神的弊害について理解されている。なお管理者より身体拘束をしないケアに向けた説明を受け実践に取り組まれている。現在ご家族の了解を得て、夜間のみ初動動作感知センサーを使用されている様子を伺った。	
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逃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	各職員異常がないか、更衣時入浴時の身体確認など含め連絡を密に取り合い注意している。		
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	数名の職員が成年後見制度について学ぶ機会を持ち、少しでも活用できるように努力している。		
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	説明を行い、理解・納得を図っている。		
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	意見箱を設置している。 また、ご家族の訪問時や毎月のお便りで個々の家族に問いかけを行っている。	日々の関わりの中で利用者の言葉に耳を傾け意向の把握に努めるとともに、ご家族の訪問時(年2回開催の家族会等)や毎月の「利用者の写真入り便り」にコメントを載せホームでの暮らしの状況を伝え、意見や要望を受けケアサービスに反映されている。	
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	職員会や機会を設けて面接等を行っている。	運営者や管理者による年2回の個別面談が行われ提案やアイデアを受け反映されている。また管理者とケアマネにより職員の身体的・精神的な状況把握に努め話し合いの機会を持たれている。今後メンタルヘルスに向けた指導などを考えている旨を伺った。なお毎月行われている職員会議や「毎日見ようノート」を活用し意見を運営に活かされている。	

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
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	月1回の経営協議会を開く等、職員との話し合う場を密にし声を聞く等、努力はしている。		
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	研修等については機会が与えられている。法人内で各委員会を設置し、委員同士が情報交換する等の活動を通じ交流し向上につなげている。		
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	地域民医連絡会の学習会など交流の場に参加している。		
<b>II.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	不安要望に耳を傾け、本人の安心を確保する関係作りに努めている。		
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	不安なこと要望を家族に聞き、安心してもらえるように努めている。		
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	他のサービス利用も含めて、本人と家族の要望に努めている。		

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
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	常に対等であるという気持ちで、暮らしを共にするもの同士としての関係を築いている。		
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	電話をもらったり、こちらから電話を入れる等、情報の共有を図り、家族との連携を心がけている。		
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	外出の機会は常に心がけ、手紙のやり取りや、電話は自由にできるよう支援に努めている。	知人・友人が近隣にこられた際に立ち寄られたり、知人に手紙を書いたり、電話や携帯電話での連絡を取り持つ等つながりを継続できるよう支援されている。またご家族の支援により美容院やお墓参り等に出かけられている。	
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	利用者同士でレクリエーションや調理等一緒に行う機会を作ったり、トラブルが起きないように見守り、フォローしている。		
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	こちらから連絡を取ることは少ないが、相談等があれば応じている。		
<b>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</b>					
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・家族等から得た情報を用紙に記入し、職員同士共有している。	食事や外出、入浴など日常的なことについての思いや要望を献立や外出等に活かされている。思いや希望等の表出ができない方には日常の会話や仕草の中での推測やご家族からの情報を基に把握に努めている。	

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
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	情報を収集し、利用者の把握に努めている。		
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	日々の変化状況は毎日の記録を共有し、職員同士が把握に努めている。		
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	介護計画に基づいたケアに心がけ、毎日のサービス内容評価の記録を共有している。	日常的な関わりの中で利用者の思いや、ご家族の意見や希望をとらえて利用者主体の介護計画書が作成されている。なお職員が記載する日々のサービス内容評価をもとに、月1回月末にモニタリングも行われている。介護計画の見直しが概ね6ヶ月に1回行われている。	利用者一人ひとりにそったきめ細かいケアを本来の役割としているグループホームでは、何ら状態に変化が見られなくても最低3ヶ月に1回程度は見直しを行われることが望まれる。
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	センター方式を取り入れて日々の様子や気づき等しっかりと記録している。		
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	臨時で職員会議や内部学習会を行い、その時々問題に対して常に模索し、アイデアを出し合って対応している。		
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	町のお祭りや花見、湖畔公園等に出かけて、季節感を味わっている。		

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
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	定期的に受診を行っている。 また、利用者さんの病状に合わせて各医療を受けている。	ホーム利用時に利用者、ご家族と話し合い、受診する医療機関をきめられており、利用者一人ひとりに合わせ定期的な受診が確保されている。なお受診時の通院支援はご家族あるいは職員によって行われ、通院によって変化が見られた折には電話にて報告が行われている。	
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	身体の状態や変化などに常に気を配り、担当看護師に相談したり、適切な受診や看護を受けられるよう支援している。		
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。	関係者と密に連絡を取り合いカンファレンスを行っている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	家族等の意向も踏まえた上で、看護指針、意思の確認書等取り交わし、チーム連携をとって支援に取り組んでいる。	事業所として「重度化した場合における看取り指針」や「看取り介護についての同意書」を作成し、事業所が対応し得る最大のケアについて説明をされている。過去に1回看取りを行ったことを伺った。	
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	急変時や事故発生時に対応できるようにマニュアル作りをしており、定期的な勉強会を計画している。		
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	定期的に避難訓練を行い体制を築いている。 地域との協力体制は完全ではなく、計画進行中である。	年2回の防災訓練を実施し、消防署、自治会、地元消防団の協力を得て、通報連絡訓練、初期消火、消火(器)訓練、避難・誘導訓練等が行われている。なおホーム周辺の自然災害(土砂崩れ)の防止策が地主やご家族等協力のもと築かれ利用者、ご家族、職員の安全・安心に繋がっている。4月には事業所独自のマニュアルを作成されることを伺った。	先ごろ厚生労働省 老健局 高齢者支援課より「認知症高齢者グループホームにおける防火安全体制の徹底及び点検について」通達があり、その中で地域住民との連携が掲げられており、避難、救出その他の訓練の実施に当たって、できるだけ地域住民の参加が得られるよう努めることと明記されている。職員だけの誘導の限界を具体的に確認して地域の協力体制づくりに取組まれるよう期待する。

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
<b>Ⅳ. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	常に尊敬の念を持ち「〇〇さん」と”さん”をつけて呼ぶことを心掛け、言葉使いにも気をつけている。	法人で行われている「なんでも学習会」に職員が参加し、接遇研修を受け月1回の事業所会議時に報告して職員間で共有されており、利用者一人ひとりの誇りやプライバシーを損ねない対応の徹底を図られている。なお日常のケアの中で気づきがあった場合は管理者より職員にさりげない指導にあたられている。	
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	買い物等に出かける時も本人の意向を優先し、自分の意思を伝えやすいようにしている。		
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ながら生活して頂く努力はしているが、全員の希望をすべて一度には難しく支援しかねる時もある。	一人ひとりのペースを大切にしながら生活して頂く努力はしているが、全員の希望をすべて一度には難しく支援しかねる時もある。		
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	清潔を意識し、本人の好みの身だしなみを整えるよう気配りしている。		
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	食事作りを利用者と共にしている。 片付けも利用者同士でトラブルが無いよう見守り、一緒に行っている。	食事のための買い物や調理に関する一連の作業(下ごしらえ、調理、配膳、下膳、片付け、茶碗拭き等)を職員と一緒にを行い職員も一緒に食事を取り言葉かけやさりげないサポートにより和やかな雰囲気が見られた。時には利用者の好みを聞いたり、身体状況に合った食事形態に配慮されている。	
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	各個人ファイルに毎日記入し心掛けている。		



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
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	毎食後一人ひとりの口腔状態に応じた口腔ケアをしている。 歯科受診は必要時に対応している。		
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	パッドの試供品を取り寄せる等、その方に合った物を使用している。 排泄の訴えの無い人には、時間をみてトイレでの排泄を促している。	個人カルテの中で利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、サインを見逃すことなくさりげない声掛けなどにより排泄の自立に向けて支援をされている。	
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	水分補給、寒天、野菜中心のメニューを考えたり、消化の良いものを工夫している。 また、一日数回体操等で体を動かしている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	本人の希望通りの日程にはなっていないが好きなよう自由に入浴してもらえる様に配慮している。	週2回の入浴(夏場は3回)支援が行われている。入浴を拒まれる方には無理強いすることなく言葉掛けや対応の工夫により、1日の中でゆったりと気持ちよく入浴ができるようきめ細かい配慮がされている。	
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	希望するときに休息できるように支援している。		
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	個々のファイルにて薬の内容表を管理し、誤薬がないように二人以上で確認し、症状の変化の確認に努めている。		

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
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	ドライブ、塗り絵、編み物、針仕事など、個々に合わせた支援をしている。		
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	散歩やドライブに出かけ対応している。希望に沿うようないろいろな方面に出かけ対応している。	ホーム近隣に広がる農園の道を散歩したり、買い物や地区の行事に参加をされている。なお利用者がテレビより知り得た情報の実現に配慮して、周辺の名所旧跡季節感が得られる場所(高島城、諏訪湖、八重桜見学、やまびこ公園、ガラスの里、紅葉狩り等)へのドライブを楽しむ支援に努めている。	
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	お財布にお金を入れて所持している利用者もいる。 全員にはあてはまらない。		
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	知人に手紙を書いたり、携帯電話を所持し連絡を取り合っている利用者もいる。		
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	季節感を味わえるように、花や行事で作ったものを飾り、共用の空間を清潔にして居心地良く過ごせるよう努めている。	居間、台所はホームの中央に配置し、天窓のある空間の壁面には利用者が制作された大きな貼り絵や書道作品等が飾られ全体的に殺風景ではなく、いるだけでほっと安らぐような家庭的な温さが得られるよう配慮されている。また台所から漂ってくる匂いが生活感や安心感のある場所となっている。	
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	玄関ポーチで一人で外を眺めたい方、ホール内でソファに座りたい方など個々に過ごせるスペースがある。		

外部評価(グループホーム高尾)

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
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	居室には使い慣れたものを置き、家族の写真・家具等を置いて工夫している。	居室にはベット以外は利用者が持ち込まれた馴染み深い家具等を配置して家族写真や趣味の作品を飾りつけ居心地よいスペースになるよう工夫をされている。なお利用者にとって大切に守ってこられた仏壇や遺影を安置して安心して過せる場所となっている。	
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	バリアフリーになっている。 手すりをつけ安全に生活できるように、また危険物は置かないように工夫している。		

## 目標達成計画

作成日: 平成25年3月27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	(1) 1	理念の捉え方が異なっており(視点の違い)、職員本位のみの難しい理念で、利用者さんと共に位置付けられていない。	4月中には理念を作り上げる。	4月初めの職員会議で意見を出し合い、4月中には決定し、利用者さん、ご家族、職員間で確認し合う。	1ヶ月
2	(10) 26	介護計画の見直しが6ヶ月に1回である。	介護計画の見直しは3ヶ月に1回する。	利用者の身体面、精神面から1ヶ月毎にモニタリングを行い、3ヶ月目にサービス計画の見直しを順次していく。	3ヶ月
3	(13) 35	防災訓練は消防署の協力を得ているが、地域住民(区消防団含む)の方々と連携が図られていない。	有事の際の協力体制作りをする。	防災訓練に三沢区消防団、区長さん、町内会長さんの参加を依頼する。	3ヶ月
4					
5					

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、行を挿入してください。