

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	2370301653		
法人名	有限会社 わかば		
事業所名	ウェルケアホーム ふたば 1階		
所在地	愛知県名古屋市北区楠3丁目811-1		
自己評価作成日	平成25年12月19日	評価結果市町村受理日	平成26年4月17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	福祉総合研究所株式会社		
所在地	愛知県名古屋市東区百人町26 スクエア百人町1階		
訪問調査日	平成26年1月15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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・身体拘束ゼロを目標にし、拘束しない。 ・玄関等に施錠せず、自由に外出・散歩が出来るよう心掛ける。 ・協力医療機関と連携をとり、看取りに取り組んでいる。 ・施設内の勉強会や外部研修に積極的に参加している。

【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)】

<p>玄関を入ると利用者が作った作品が飾られており広々とした明るい雰囲気食堂には大きな窓や畳スペースもあり、自由にゆったりとくつろげる。ホーム独自に今年度より『毎日が 笑顔あふれる おもてなし』という理念を打ち出し、職員がより一人ひとりの利用者に近いように担当制にして、その担当者が利用者と病院の問診や認定更新の申請手続きをする新たな試みを始めた。ボランティアや昨年度からの学生による職場体験の受け入れの継続も行っており、特に職場体験は好評価を得ることができた。年2回行われている家族会では参加者が多く、ホームを良くするための色々な意見も出されて職員も貴重な意見と捉え、反映させようとしている。当ホームの近隣にはスーパーマーケットやコンビニ、図書館があり、より一層地域との付き合いや研修等の取り組みを強化していけるよう目指しており、今後の成長が期待できるホームである。</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	各ユニットに掲示しており、会社理念をふまえて独自のスローガンを作成し、実践に努めている。	「毎日が 笑顔あふれる おもてなし」というホーム独自の理念を施設運営理念を基に今年より作成した。誰もがみられるように玄関に掲示している。ケアで何か疑問にぶつかった時、理念に戻ってその都度伝えている。	
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	自治会へ加入し、町内で開催される催し物への参加は毎年行っている。中学生の職場体験を受け入れ地域とのつながりを持つように努めている。	民生委員主催で2か月に1回サロンへ参加したり、散歩の時に挨拶をしたりして、地域との交流を図っている。昨年度より始めた中学の現場体験の評判が良く、今年度も引き続きボランティアの受け入れがある。	
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	年1回の認知症サポーター養成講座を開催し、地域の方に参加してもらっている。		
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	ご家族、いきいき支援センター・老人会・民生委員・職員の参加で年6回開催し、認知症の症例を取り上げ意見交換をしている。	年6回運営推進会議を開いている。いきいき支援センターと老人会は4回、民生委員や家族、職員は毎回参加している。利用者の現状報告や認知症の勉強会を行い、サービス向上に活かしている。	
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	市役所へは書類申請、区役所へは認定更新申請等で出向いている。いきいき支援センターには講習会を開催して頂いたり、情報交換も行っている。	生活保護の申請や認定調査のことで、楠支所と関係を構築している。研修案内の情報は得ているが参加は出来ない。来年度からまた参加していく予定である。	
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	玄関への施錠をしないケアサービスに取り組み、実際のケアを通し指導を行っている。	今年の夏以降、家族の同意を得た上で安全確保が得られない場合は一時的にフロアの鍵をかけている。ケアの中で虐待や拘束が見受けられたらその場で管理者が職員と話し、会議で話し合いの機会をもっている。	
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	日々、ケアの実践のなかで、職員と話し合いを行い、虐待防止に努めている。		

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
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	利用者様のなかで対象となる方がおられるので、職員が全く知らない訳ではないが、全職員が理解しているとは言えない。		
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	入居に際しての質問や疑問には十分な説明を行っている。解約や転居に際しても、ご本人様、ご家族様が納得されるまで面談を重ねている。		
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	ふたば便りの発行と手紙を出したり電話で頻繁に利用者様の状況報告をしている。年2回の家族会を開きご家族様からの意見・要望を聞き職員と共有している。	利用者の意見は1対1になる入浴時に、家族の意見は年2回の家族会や訪問時に主に聞いている。出された意見は職員へ伝え、話し合った上で反映している。	
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	月に1回職員会議を開催し、職員との意見交換を行いレベルアップに努めている。	月1回の会議で職員の意見や提案を話し合っている。ケアの気付きや提案について検討し、改善に繋げている。急変時の対応について少しでも不安を解消するために、今後定期的に練習を行いたい等、職員からの提案がある。	
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	キャリアパスを導入し各自の能力に応じた給料体制にしている。能力に応じリーダー等の役職につける環境に努めている。		
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	キャリアに応じた外部研修への参加を行っている。		
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	中間管理職が、営業を兼ねながら見学を行い交流をしている。		

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
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	24時間シートやセンター方式を活用し、利用者様の話・訴えに耳を傾け情報収集を行い、職員と共有している。		
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	ご家族様の要望、困っていること、不安など十分に話し合い優先順位の高いことから解決につなげ順次報告している。		
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	利用者様の健康状態、精神状態等の情報収集、認知症の進行度合を考慮し支援している。		
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	利用者様の出来ることを共に行い役割を見つけ、利用者様に感謝の気持ちを伝え、一人一人が必要であることを感じて頂けるように支援している。		
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	来訪時に日常生活等の近況報告を行う。来訪出来ないご家族様へは、電話や手紙などで情報の提供を行っている。		
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	友人の来訪や図書館、喫茶店、外食と本人の希望に応えるように支援している。	近所の喫茶店や飲食店へ出かけている。図書館へ行って本を借りたり、家族と食事へ行ったりしている。日常のコミュニケーションの中から馴染みの人や場所について希望を聞きながら関係継続を支援している。	
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	利用者様の認知症度合いを把握し、レクや家事を通し職員が間を取り持ちながら関わりあえるように支援している。		

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	退去後も交流のあるご家族様はおり、地域の催し物に参加しながら関係を続けている。		
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	散歩・買い物等で1対1になれる時間をつくり、本人の思いや希望を把握するように努めている。 会話の困難な利用者様には、表情・行動等から思いを把握するようにしている。	職員は、日頃から散歩・買い物・入浴時等にこちらから声をかけコミュニケーションをとることに努めており、一人ひとりの意思表示を見逃さない様、意識してケアに当たっている。	
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	入居前にご家族様や援助者様からの生活歴の聞き取りを行う。入居後はご本人との会話のなかから情報を伺うようにしている。		
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	日々の生活の様子や心身状態の変化を見落とさないように観察・記録に残し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	利用者様の担当を決め担当者を交えてのカンファレンスを実施している。 また、ご家族様からの要望等を伺い計画に取り入れている。	現在、月1回カンファレンスをしながらモニタリングを行っており、介護計画は1年での見直しとなっていて、変化があればその都度対応している。職員が担当制でアセスメントシートを作成し、理解した上で目標・ケアプランにつなげていく形をとっている。	
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	介護記録やカンファレンス・毎日の申し送りを通じて情報を共有し、変化時にも対応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	帰宅願望のある利用者様に対して「止める」のではなく、利用者様のニーズに応じ一緒に出掛けるように努めている。ご家族様にかわり受診や買い物への付き添いをしている。		

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	自治会主催の運動会の見学・盆踊へ参加したり 興味のある利用者様には、図書館の利用の支援をしている。		
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	月2回の主治医の往診があり、状態によっては専門医(皮膚科等)への受診を行っている。入居時には入院先の希望確認をしている。	協力医の往診が月2回あり、週1回訪問歯科もある。1ヶ月おきに血液検査も行われている。整形外科・皮膚科・眼科等の専門医の受診は職員が付き添っている。また、必要があれば紹介状を出してもらい、家族にもその都度報告をしている。	
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	看護記録を活用し、月4回の訪問看護師に利用者様の状態を相談しており、必要があれば受診をしている。24時間体制で連絡が取れるようにしている。		
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。	定期的にご家族様から情報を頂いたり、ご家族様同席の上医師からの説明を聞いている。介護サマリー・看護サマリーを作成し相互の情報提供に努めている。		
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	入居時に重度化対応指針を説明し、ご家族様・親族様の希望を聞いている。また状態に変化があった場合はご家族様の意志確認を行い、ご家族様や医師 職員とで情報を共有し支援に努めている。	家族には入居時にホームとしての指針を説明しており、重度化したり状態に変化があった場合には、家族・医師・職員間で最善策を考え、連携を取りながら支援をしている。	
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	急変・事故発生に対するマニュアルはあるが実践出来る職員は少ない。今年は気道確保の勉強会を行った。		
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	年2回の防災訓練を実施している。6月には消防署立合の訓練を実施。訓練後の評価をいかし、自主訓練に役立てている。3日分の備蓄の用意をしてある。	6月に北消防署員立ち合いのもと、地震災害による避難経路の確保の訓練を行い、蘇生方法・気道確保・AEDの使い方等のアドバイスを受けた。12月には火災を想定した避難誘導の訓練を行い、次につながる課題も見つかった。備蓄品は3日分の用意がある。	

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
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	利用者様を尊重し一人一人にあった言葉使いをしている。ケアのなかでは居室のドアのノック・トイレを開けっ放しにしない。失禁したときにはプライドを傷つけないよう対応している。	居室に入る際にはノックをしたり、トイレや風呂のドアを閉める等、プライバシーを損ねない様心掛けると共に、一人ひとりの人格を尊重しその人に合わせた対応に努めている。個人情報書類は事務所の中で保管している。	
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	利用者様の希望に応じ買い物・食事・喫茶店に出掛けている。 入浴に関しては、自己決定出来るように意思確認をしている。		
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、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	入浴の日は決まっておらず、利用者様の状態・気分に応じて365日いつでも入れるように実施している。起床・食事なども本人の状態にあわせるように支援している。		
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	2～3ヶ月に1回の訪問理美容を利用し身だしなみを整えている。 服装に関しても、季節に合わせた身だしなみを心掛け、ご自分で選べる方には選んで頂く支援をしている。		
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	食事の準備・盛り付け・片付けなどを一緒に行ったりしている。手作りのおやつを用意したり、食事形態も利用者様の状態にあわせ、おかゆ・トロミ・ミキサー食と食べやすい工夫をしている。	献立と食材は業者に委託しているが、届いた食材をアレンジして変更する工夫もしている。端午の節句・雛祭り・七夕・クリスマス等には行事食があり、おかゆ・トロミ・ごく刻みといった対応もしている。利用者は座って出来る準備の手伝いをしている。	
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	職員と利用者様が一緒に食事をし、一人ひとりの嚥下・咀嚼・食欲・好み等を把握している。 また、食事量・水分量を記録して一人ひとりの健康状態の把握に努めている。		
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	義歯や自歯に合わせた歯ブラシ等で毎食後の口腔ケアを実施している。 週1回往診にくる歯科医に指導を頂いている。		

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	排泄パターンを把握するため記録を取り、2～3時間毎のトイレ誘導を行い失禁がないようにトイレでの排泄を支援している。	排泄チェック表を活用し、一人ひとりの排泄パターンを把握すると共に、タイミングをみて声をかけトイレ誘導している。尿意・便意の無い場合でも状態を見て必ず個々で気配りをしている。	
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	毎日のラジオ体操・水分量の確保と必要に応じて腹部マッサージを行っている。		
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	毎日入浴出来るようにしているが、利用者様の体調に合わせた入浴を実践している。汚染などがある場合は優先的に入浴することがある。皮膚の保湿の為に、入浴後のスキンケアを行っている。夏はローション・冬はオイルで対応している。	概ね1日おきの割合で入浴している。入浴剤は使用していないが、シャンプー・ボディソープ等それぞれに好みの物が置かれている。入浴を嫌がる場合は無理強いせず、声をかける方法を変えたり、時間・日にちをずらしたりすることで対応している。	
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	就寝時間は利用者様のペースにあわせている。居室は個室で利用者様の好み・状態に合わせてベッドの方・畳の方がおられる。睡眠導入剤はなるべく使用しないようにしている。		
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	個人ファイル・カードに薬情報があり、利用者様がどのような薬を服用しているか確認している。薬の変更、追加等があれば申し送り時に職員に伝え様子観察をしている。		
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	喫茶店に出掛けたりビールを飲まれたりと、今までの生活を継続できるよう支援している。利用者様の中には、洗濯物をたたんだり、干したりすることを、役割とされている方もいる。		
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	近隣の公園に花見にでかけたり、デパート・喫茶店・図書館など外出支援に努めている。また、ご家族様の協力で外食される方もいる。	近隣への散歩やスーパー、ドラッグストアへの買い物、喫茶店、外食、図書館等への外出支援をしている。桜や藤、紅葉見物といった季節ごとの行事も、その年々で職員が場所を決めて実行されている。	

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
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	買い物を希望される方には職員と一緒に出掛け、好きな物を購入された後、支払いをして頂いている。 支払いの困難な方には、職員が支払いの代行をしている。		
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	ご家族様への連絡は、ご家族様の了承を頂き電話をしてお話ができるようにしている。 しかし、視力・機能低下に伴い文字を書ける方が少ない為手紙のやりとりはない。 ただし、年賀状の宛名書きはしている。		
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	共用空間は広く日当たりが良い環境となっている。天井や壁等に季節感を取り入れた飾り付けをするように工夫している。キッチン是对面式で利用者様の様子が伺えるようになっていいる。	リビングの壁面には貼り絵、塗り絵、折り紙の作品や「ふたば便り」が掲示されていて、ゆったりした空間の中で利用者はソファでテレビを見たり新聞を折ったりと思いいに過ごしていて、畳スペースには利用者がたたんだ洗濯ものが置いてあったりして、居心地の良さが窺え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	リビングには食事用のテーブル・ソファ・テレビ等が設置してあり、利用者様がいつでも使用できるようにしている。		
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	居室には馴染みの家具・生活用品を持ち込み、ご自分の好みの空間作りをされている。冬場は濡れタオルをかけたり、洗面台に水を張ったりと乾燥防止をしている。	全体的にスッキリした居室が多いが、仏壇・家族や孫の写真・テレビ・衣装ケース等、個々の馴染みの物が置かれていて、冷蔵庫の中にビールやチョコレートが入っている利用者もいる。畳のある部屋も少なくなく、介護ベッドの設置されている部屋もあり、一人ひとりが居心地良く過ごせる工夫がされている。	
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	台所は火を使わないIHクッキングヒーターのため、利用者様と一緒に調理が出来、リビング・浴室・トイレには手すりを設置している。 また、居室やトイレがわからない利用者様のために表札・室内板をつけている。		

外部評価軽減要件確認票

事業所番号	2370301653
事業所名	ウエルケアホーム ふたば

【重点項目への取組状況】

重点項目①	事業所と地域とのつきあい (外部評価項目: 2)	評価
	民生委員主催で2か月に1回楠コミュニティセンターで行われるサロンへ出掛けたり、散歩の時に挨拶をしたりして地域との交流を図っている。自治会への参加があり、地域の盆踊りや敬老の日の催しに行っている。クリスマス会や七夕会では歌をうたったり、ピアノや琴の演奏のボランティアが来ている。昨年度より始めた中学の現場体験が好評で今年度も引き続きボランティアの受け入れがある。今後は回覧板で案内されている町内の防災訓練にも参加予定である。	○
重点項目②	運営推進会議を活かした取組み (外部評価項目: 3)	評価
	年6回運営推進会議を開催している。いきいき支援センターと老人会は4回、民生委員や家族、職員は毎回参加している。利用者の現状報告や認知症の勉強会を行い、サービス向上に活かしている。運営推進会議で認知症の方の相談を受けたり、レクリエーションにボランティアの活用について提案を受けたりしている。来年度から利用者家族全員に参加の呼びかけをし、案内状を送付するように検討している。	○
重点項目③	市町村との連携 (外部評価項目: 4)	評価
	生活保護や認定調査で楠支所と関係を築いている。研修案内の情報は得ているが参加は出来ていない。来年度からまた参加していく方向性である。	○
重点項目④	運営に関する利用者、家族等意見の反映 (外部評価項目: 6)	評価
	利用者の意見は1対1になる入浴時に、家族の意見は年2回の家族会や訪問時に主に聞いている。洗濯物の返却の仕方や職員の名前が分かるようにと名札の提案、経過記録を自由に閲覧したいとの意見が出された。出た意見は職員へ伝え、話し合った上で反映している。	○
重点項目⑤	その他軽減措置要件	評価
	○「自己評価及び外部評価」及び「目標達成計画」を市町村に提出している。	○
	○運営推進会議が、過去1年間に6回以上開催されている。	○
	○運営推進会議に市町村職員等が必ず出席している。	○
総合評価		○

【過去の軽減要件確認状況】

実施年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度
総合評価	×	○	○	○	○	

1. 外部評価軽減要件

- ① 別紙4の「1 自己評価及び外部評価」及び「2 目標達成計画」を市町村に提出していること。
- ② 運営推進会議が、過去1年間に6回以上開催されていること。
- ③ 運営推進会議に、事業所の存する市町村職員又は地域包括支援センターの職員が必ず出席していること。
- ④ 別紙4の「1 自己評価及び外部評価」のうち、外部評価項目の2、3、4、6の実践状況 (外部評価) が適切であること。

2. 外部評価軽減要件④における県の考え方について

外部評価項目2、3、4については1つ以上、外部評価項目6については2つ以上の取り組みがなされ、その事実が確認 (記録、写真等) できること。

外部評価項目	確認事項
	(例示)
2. 事業所と地域のつきあい	① 自治会、老人クラブ、婦人会、子ども会、保育園、幼稚園、小学校、消防団などの地域に密着した団体との交流会を実施している。 ② 地域住民を対象とした講習会を開催若しくはその講習会の講師を派遣し、認知症への理解を深めてもらう活動を行っている。
	(例示)
3. 運営推進会議を活かした取組み	① 運営基準第85条の規定どおりに運用されている。 ② 運営推進会議で出された意見等について、実現に向けた取り組みを行っている。
	(例示)
4. 市町村との連携	① 運営推進会議以外に定期的な情報交換等を行っている。 ② 市町村主催のイベント、又は、介護関係の講習会等に参画している。
	(例示)
6. 運営に関する利用者、家族等意見の反映	① 家族会を定期的 (年2回以上) に開催している。 ② 利用者若しくは家族の苦情、要望等を施設として受け止める仕組みがあり、その改善等に努めている。 ③ 家族向けのホーム便り等が定期的 (年2回以上) に発行されている。

(注) 要件の確認については、地域密着型サービス外部評価機関の外部評価員が事実確認を行う。