

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	2373100912		
法人名	株式会社日本介護研究所		
事業所名	グループホームでんぱあく		
所在地	愛知県安城市横山町石ナ曾根175		
自己評価作成日	平成22年12月6日	評価結果市町村受理日	平成23年3月1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.kaigo-kouhyou-aichi.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【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	名古屋市千種区内山一丁目11番16号
訪問調査日	平成22年12月20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)】

建物は、鉄筋つくりの和風建築で「旅館」と見間違えような風情を漂わせている。鉄筋での建築は、大地震にも万全の備えで倒壊の危険性はないため、安全性は高い。和風の中にも木や土を使った設計で温かみのある環境である。広いリビングは、一人ひとりの居場所つくり最適で、居室以外にも自身の空間を持つことができ、また他の利用者との交流も快適な環境でできる。車いすの方の支援も可能で、グループホームとしては非常に住みやすいケアを提供している。

一人ひとりの状況に合わせた、細やかなケアを実践を目指している。日常生活の中でできることを一緒に行い、役割感を持っていただくことで生活の主体者となっていたり心掛けている。特に家事作業(調理、洗濯、掃除など)は、毎日の中で多くの時間を割いて行うので、利用者さんのペースに沿いながらゆっくりと行っている。

【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)】

開設より5年たち、利用者が今まで出来ていたことが出来なくなってきているが、職員が細かく気配りをしてその人その人に合ったケアを心がけている。地域からは、徐々に行事参加の声がかかるようになってきており、地域の行事には利用者と共に参加している。目標達成計画に揚げていた防災訓練の充実についても、町内の訓練にも参加しており地域との連携に努めている。家族からの意見や要望には速やかに対応し、職員間での共有も出来ている。家族からの要望に応じてホームの庭でおやつ会を行ない利用者の笑顔を見て、家族からも喜ばれている。

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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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、安心して暮らしている (参考項目:28)		

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	職員向けのガイドを作成し、各職員に配布し、事業所の運営理念、方針の周知に努めている。例えば「利用者の方の主体性や人間として尊厳を守る」という理念については、日頃の介護支援の場を檢討する場で具体的に助言を行うことにより具現化に努めている(声かけや食事等)。	見守りを徹底して行ない、利用者に寄り添う介護を実践している。その日の利用者の状態に合わせてケアを行ない、決して無理強いをしないように努めている。職員は理念に沿ったケアを心がけている。
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	平成18年以降開催を継続している運営推進会議で、当初より町内会長や役員、民生委員に出席いただき、徐々に関係性を深め、現在では町内会行事への毎回の参加、町内会からの配慮もあり、地域とのつながりを深めている。	12月には町内より日を借りて、事業所の庭でもちつき大会を行なった。町内の人も多数来て、80名ほどの人数になった。町内の行事である七夕まつり、秋まつり、盆おどりなどに参加して、席を空けてもらうなどの配慮もある。
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	事業所に見学に来られるご家族や関係者に対し、認知症のケアについて助言させていただいたり、市役所に申し出るようつなげたりなど、あらゆる機会に相談の場を設けている。	
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	運営推進会議に参加されている町内会長、市役所職員、ご家族から意見をいただき、運営につなげるよう努めている。11月度の会議では、地元消防署署員に来所いただき、小規模福祉施設での防災についてお話をいただいた。	2ヶ月ごとに運営推進会議は開催しており、最近では、もし災害が起こった場合には地域が協力体制をとってくれる確約がとれている。運営推進会議に町内会長などの参加があることによって、町内の行事に参加する機会が多くなった。
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	市役所の担当者とは、運営や提出書類等さまざまな点で相談、連絡、報告などの連携を取っている。連携方法として、電話、FAX、訪問のほかメールでのやり取りもある。	安城市介護保険課の職員が運営推進会議に参加しているので、連携はよく取れている。また、空き状況のことなどをホームページに載せてもらうなどメールでの連絡もしている。
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	施錠は、全館において禁止している(ただし、防犯上の観点から玄関については夜間施錠している。またエレベーターはナンバーロックを設定しているが、利用者の外出については、スタッフにて随時対応している)。また認知症の方に対するケアの方法として、禁忌事項を挙げ、周知徹底している。	身体拘束についてのマニュアルに沿って研修を行なっている。外へ出る人にはさりげなく声をかけながら、一緒について出かけている。利用者に対して、「ちょっと待って」などの言葉は言わないよう徹底している。
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	高齢者虐待について、研修を行うとともに、配布しているケアガイドに掲載し、周知に努めている。日ごろから管理者と介護職員とが連携を深め、介護支援について検討する中で、虐待防止の意識の向上に努めている。	

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	法人内事業所(小規模多機能)にて、日常生活自立支援事業を利用している方がいるので、事例を通して、スタッフと情報の共有、制度の理解に努めている。		
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	契約書、重要事項説明書、個人情報の利用目的及び個人情報同意書について説明の上、了解いただければ、記名捺印をいただく。		
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	重要事項説明書に「問い合わせ、苦情の窓口」として、事業所のほか、市、国保連を明記している。	家族の訪問時や運営推進会議で意見や要望を聞き、職員間で共有し、ケアに活かすようにしている。意見や要望には速やかに対応している。メールで対応している家族もいる。	
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	毎日の申し送り、引き継ぎの場面を設けない分(介護人員の配置上)、介護支援の合間に頻回にスタッフとコミュニケーションをとっている。その中で運営に関する意見(物品の発注、利用者支援方法など)を聞き、反映している。	職員会議は特に設けてはいないが、管理者は各フロアの職員の意見や要望を頻繁に聞いている。改善できる意見は運営に反映させている。	職員会議や申し送りを、今後は行なわれることを期待している。
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	社員やそれに準ずる勤務状況のものには、責任を与え、そこからやりがいの感じられるような業務分掌を行い、また給与体系にも反映させている。全職員から、翌月の勤務希望を聞き、生活と仕事の両立ができる環境作りに努めている。		
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	代表者自ら、現場に対する意識の高さから宿直対応も担う場面もあり、職員及び現場に対する把握に努めている。その上で、必要な研修等の提案や問題定義がなされている。		
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	実践者研修、管理者研修等へ積極的に職員を参加させ、職員のネットワークづくりや質の向上に努めている。		

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
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	入居前面談や入居契約時にご本人からこれまでの生活の状況や要望などを傾聴し、これからの支援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	入居前面談や入居契約時にご家族からこれまでの生活の状況や要望などを傾聴し、これからの支援関係作りに努めている。		
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	入居前面談や入居契約時にお聞きした(アセスメント)内容から必要なニーズや課題を捉え、サービスの提供に努めている。		
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	生活の主体者として利用者を捉え、食事や整理整頓、洗濯など家事作業のひとつひとつの作業工程の中でできることを一緒にさせていただくよう声かけやお誘いをして、一緒に過ごす時間、空間作りを行っている。		
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	利用申し込み時の状況は、ほとんどの御家族が限界を感じられている状況で、家族の絆を考える余裕もない状況もしくはそこにジレンマを感じられている状況であるので、介護と家族の絆を切り離し、絆が再構築できるようお話し、入居後もいつでも会いに来ていただけるようお勧めしている。		
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	馴染みの方との交流については、御家族を通して、「いつでも会いに来ていただいて構いません」とお願いしている。御家族より「あまり会いに来ると里心がついていけないのでは」との誤解がある様子(数人の家族より)。いつでも会いに来ていただけることで馴染みの記憶になり、いつでも会うことのできる安心感につながることをお話ししている。	親戚の人たちが他で集まった後に立ち寄ることもある。また、自宅へ行ったり墓参りなどにも連れて行っている。近くの公園へ行き、昔を懐かしんでいる人もいる。	
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	日中、リビングで過ごされることが多い利用者の方みなさんなので、複数(2人以上)でできる作業(洗濯や調理などの家事作業が主)を提供し、協力しながら行っていただく環境作りに心がけている。		

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
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	サービス終了の要因が重篤になられ入院やご逝去の場面が多く、終了後支援の事例は少ないが、在宅への復帰されたケースについては、御家族がいつでも連絡できるようお声かけし、相談の体制をとっている。		
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	入居にあたってのアセスメントの際に、ご本人の思いや意向をお聞きする。ただし認知症の方の場合、御家族からも伺い把握に努めている。その際もご本人の思いを組むように努めている。	日々の利用者の表情やしぐさなどから、その人その人の希望や意向の把握に努めている。家族からもできる限り意向を聞くようにしている。	
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	入居にあたってのアセスメントの際に、ご本人の生活歴や馴染み等の把握に努め、サービス利用の経過については、事業所にも情報の提供を依頼し、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	利用者の1日の過ごし方や心身の状況、有する力等について、日々のかかわりや介護・支援の場面で現状の把握に努め、記録することで職員間で情報共有し、支援につなげている。		
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	計画作成担当者を中心に、ご本人、家族、必要に応じ関係者(主治医など)と話し合ったり、意見調整しながらサービス計画書の立案を行っている。	モニタリングは3ヶ月毎に行ない、事前に連絡して家族に来てもらい話し合い、要望が出ればそれに合わせて変更している。利用者に変化があった場合はその都度プランの変更をしている。	
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	記録用紙を1週間見開き型とし、左に記号・数値で記入することで、状況の把握をしやすくし、右ページに特記事項(介護面、健康面、交流面、夜間各項目について記述形式)に記録するようにし、情報の共有、計画の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	認知症対応型共同生活介護では、包括的なサービスの提供となっているため、「既存のサービスにとらわれない柔軟な対応」などは該当しにくいですが、不穏の状況で外に出られる方については、一緒に付き添って外出したり、散歩したり、食事摂取状況に応じて調理形状を工夫したりしている。		

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	地域との連携では、町内会との良好な関係ができており、行事参加や回覧板の閲覧等、一人ひとりが町内住民という位置づけで支援を行っている。		
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	かかりつけ医については、特段の理由がない限り、ご本人家族の了解のもと、地域のクリニック医師に担っていただき、往診にて随時の対応が可能となっている。体調についての相談ごと「携帯電話」でのホットラインを持ち、常に相談している。	ホームの協力医は往診があるので入居の際殆どの人が、ホームの協力医に変更している。総合病院やそれぞれのかかりつけ医とは、先生同士の連携ができています。	
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	認知症対応型共同生活介護事業内では、看護師有資格者の配置がないが、別事業所の看護師、また医療保険により訪問看護の導入の際には、連携を取っている。		
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。	入院病院は、市内2か所の病院がほぼ9割以上の状況であるため、その2か所のMSWとは、随時連携を取っている。先方からの入居問い合わせや介護サービスによる相談を受けることもある。		
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	終末期のケアについては、当該事業所で2事例実績あり。本人の意向はなかなか把握できないが、主治医を含めて御家族と話し合う中で意向を確認し、一緒に支援していくことを共有して取り組んだ(医療保険による訪問看護のほか、御家族の日常的な付き添い支援等協力体制で看取らせていただいた)。	終末期に向けた方針はあり、入居の時に説明している。最終的にホームで看取って欲しいという家族の意向をくみ、医師、家族、ホーム側とよく話し合い、協力のもと実行できた。そのときは日中家族がずっと見ていた。職員とのホットラインの確立も出来た。	
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	急変時対応マニュアルを作成し、各ユニットに配布。初期対応のほか、24時間の連絡ルートを明記。特に夜間帯については、複数のメール・携帯によるホットラインを確立し、急変時、事故に備えている。		
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	年2回の避難訓練の実施を行うとともに、運営推進会議にて市消防署職員に参加いただき、福祉施設の防火防災についての話をうかがうなど防災意識の向上に努めている。	運営推進会議で災害のときの協力を得られる話し合いが出来ている。また、町内の避難訓練には参加している。水や米は本部で備蓄されている。	

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
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	全国認知症グループホーム協会に加入するとともに、同会の倫理綱領を採択し全職員に配布、人格の尊等倫理綱領に則った対応に心がけている。	利用者を傷つけるような声かけや対応はしていない。お互いを思いやる心で利用者の立場に立ち、支援するように心がけている。また、プライバシーの保護にも努めている。	
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	少人数ケアであることの長所を活かし、一人ひとりの思いやニーズにできる限り対応するように心がけている。たとえば、朝食の時間差対応や不穏症状のある方への個別対応など、職員間での連携で対応している。		
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	介護業務の流れを日課にせず、その日のすべき介護・支援を利用者に合わせて組み立てるように心がけている。たとえば、入浴については、認知症の方はなかなか設定時間に入ることのできない方もいるので、その際は午前の予定を午後にししたり、調子のいい時にお声かけするなどの対応をしている。		
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	基本的に、1日2回の着替えを基本としている。寝衣と日常着の更衣を朝と夜に行い、1日の区切りとメリハリをつけている。そのほか日常着では、できる限り清潔で色合いの合うものを選んできていただき、食事等で汚れたら速やかに着替えていただく。		
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	調理は、基本的に利用者と一緒にすることとしているが、認知症の方の症状により調理行為の出来ない方もおられるので、その方については、調理作業を細かく分け、できる作業と一緒にやっていただくよう心がけている。たとえば野菜等を切る、から食器を並べる、とりわけ、味見をするなど何か一つの行為でもできるように心がけている。	食事の準備や後片付けなどは、できる人は職員と一緒にこなしている。介助が必要な人には職員が寄り添い、話しをしながら食事をしている。	
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	食事については、外部に食材を委託し、バランスのとれた食事を提供している。水分量は、こまめに記録し水分量の確保に努めている。		
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	口腔ケアについては、近隣歯科医の協力を得て、月1回歯科衛生士の来訪を受け、口腔ケア指導を受けている。その上で、毎食後、また少なくとも夕食後の歯磨きはできる限りお勧めしている。		

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	
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	一人ひとりの排せつパターン(例えば、ホーム内をそわそわとし始めるとトイレにお誘いする、時間でお誘いする等)を把握し、その上で記録をして状況の把握に努めている。またパットの交換についてもできる限りトイレで行うなど排泄行為の場所を設定することで生活では当たり前の「排泄＝トイレ」を心がけている。	排泄チェック表を作成し、職員はそれぞれ把握して誘導している。夜は夜勤者が定期的に見回り、声をかけている。		
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	利用者のほとんどの方が、高齢に伴い、運動の場が少ないことで、便秘傾向にある。まず水分量の確保、乳飲料の摂取、便秘の際には、便秘薬の処方を受診しと相談し服用し対応している。			
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	利用者の方は、設定時間での入浴がなかなか難しい方もおられる。拒否されたら無理強いせず、気分の安定しているときに入浴を勧めている。入居当初拒否の意向に強い方もホームの生活に慣れ、スタッフと馴染むことで拒否なく入っていたり傾向もある。	午後から夕方にかけて、1日おきの入浴となっている。入浴を嫌がる利用者には無理強いはせず、時間や日を変えるなど安心して入浴できるよう取り組んでいる。		
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	日中は、部屋でくつろがれる方はなかなか見えない。誰か人がいるところでの安心感もある様子。そこで、リビングに様々な居場所(椅子、ソファなど)を作り、いつでも座ってリラックスできるような環境にしている。			
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	服用されている薬の効能等を一覧表にして、確認できるようにし、毎日の服用確認を怠らないようにしている。また、症状の変化については、主治医との密な連携で処方の変更等も速やかに対応していただいている。			
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	楽しみについては、天候にもよるが、できる限り外に出ることを優先している(散歩や屋外での茶話会、また洗濯物干しやごみ出しなども)。そのほか生活の主体者との視点から生活上の作業(洗濯、掃除、調理など)を生活活動の中心におきつつ、一緒に行うようにしている。			
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	日常的には、ホームの周囲近隣の散歩を楽しむことが多い。そのほか、車でのドライブも時に行っている。そのほか、町内会さんからの誘いもあって、毎回の行事には、積極的に参加している。	天気の良い日には散歩に出かけている。近くの公園にお茶とおやつを持って行って食べたり、ホームの庭にテーブルを出して、お茶会を行ない唄を歌うこともある。	季節ごとの行楽に出かけたり、時には外食の楽しみを味わうことも期待する。	

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	
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	ホーム内での日常生活上では、お金の所持は基本控えていただいている(物盗られ妄想等の防止)が、少しの現金を再ふん身持っていることで落ち着かれる方もいるので、ケースバイケースの対応をしている。買い物や屋外行事でお金を使う場面ではその都度お渡しして使える場面作りをしている。			
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	手紙の支援はなかなか難しい方が多いが、電話については、御家族とも了解のうえ、希望のあるたびにつなぐようにしている。			
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(居間、食堂、浴室)は南向きの設計になっており、また必要以上に外から見えることのないような設計で、くつろげる環境となっている。トイレは、個人のプライバシーは守られる設計であり、また汚染の状態に応じて、トイレから直接浴室に行ける動線も確保している。	ゆったりとした共有空間で、窓が大きく日当たりが良い。ソファやテーブルを上手く配置して、寛ぎやすい場所となっている。	季節感を採り入れる工夫を期待する。	
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	共用空間は、居間と食堂があるが、特に居間には、可動式の腰高の棚があり、空間を仕切ることのできるため、利用者の状況に応じて、空間を仕切ることのできる居場所を作っている。			
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のもをを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	落ち着いた色合いにしており、ドアを閉めれば、個室の空間を確保しているため、利用者御家族でゆっくりお話いただける環境となっている。	使い慣れたタンスやテレビ、冷蔵庫が持ち込まれ、また、好きなぬいぐるみや家族の写真も飾られて、それぞれに過ごしやすい工夫がされている。寝相が悪い人のために補助ベッドを入れている居室もある。		
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	字は読めるが、自室がわからない方のために、名札を張り付けたり、トイレの位置をフロアの両端に設置していることで、トイレの位置がわからず、ソワソワしながら他者がいる居間から出てフロアの端に行くことでトイレ位置を認識できるようになっているので、誘導もスムーズである。			

外部評価軽減要件確認票

事業所番号	2373100912
事業所名	グループホーム でんばあく

【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
	自治会に加入しており、町内の秋まつり、流しソーメン、盆おどり、七夕まつりには参加して、席の確保などしてもらっている。町内の防災訓練にも出かけ、非常食の作り方の研修を行なった。行事の際には婦人会の人が車イスを押してくれたり、小中学生のボランティアも1年に1回来訪している。	○
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
	2ヶ月ごとの運営推進会議には、町内会長、市役所介護保険課職員、家族、利用者、職員の参加がある。現状報告や地域交流についての助言などをいただいている。また、運営推進会議で災害のときの対応についての話し合いもされて、協力体制が出来ている。	○
重点項目③	市町村との連携 (外部評価項目：4)	評価
	市の担当者に、ホームの空き状況や現状を報告したりして連携を図っている。また、最近では利用者の事故のことで相談をして、意見をもらっている。	○
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
	家族から利用者をなるべく動かして欲しいと言われ、ホームの庭でテーブルを出しておやつ会を行なった。利用者の笑顔を見て、家族からも喜ばれている。意見や要望には速やかに対応するように努めている。	○
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り組み	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。