

### 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   | 2376300246          |            |            |
| 法人名     | (有)ネクストサプライ         |            |            |
| 事業所名    | グループホーム 東栄の家        |            |            |
| 所在地     | 北設楽郡東栄町大字本郷字久保田10-7 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成21年11月10日         | 評価結果市町村受理日 | 平成23年1月11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.kaigo-kouhyou-aichi.jp/kaigosip/Top.do">http://www.kaigo-kouhyou-aichi.jp/kaigosip/Top.do</a> |
|----------|---|

【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1丁目11番16号 |  |  |
| 訪問調査日 | 平成21年11月 8 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)】

ゆったり楽しく・自由にありのまま・仲間と一緒に暮らすの理念に基づいて、職員1人一人が、利用者が穏やかな日々を送れるように、ありのままの利用者さんを受け入れ、ゆったり楽しく家族のように過ごせるよう努めています。職員のチームワークもよく利用者さんの安全を見守りながら、明るい笑顔の絶えない、家族的な雰囲気の中で安心して生活できる援助を行っています。健康、体力維持として体操をしたり天気の良い日は外に出ています。職員一同これからもいろいろな事を利用者の方々に教えて頂きかつ個々での勉強も重ねながら、介護に生かしていきたいと思えます。

【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)】

職員同士仲が良くそれが利用者にも反映しており、居心地の良さが伺えるホームである。職員は利用者の思いを受け止め、利用者本位で過ごせるよう日々工夫しながらその日に合う支援をしている。昨年の目標の災害対策の中で心肺蘇生法や救命講習は受け、達成している。また、ホームの避難訓練に消防団の参加があり、地域と密着してきている。職員は家族が求めているものは何かを理解する努力は惜しまず努めており、家族アンケートでも相談しやすいとの声があり、もらった要望や意見は早い対応をしており、信頼関係が構築されている。

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<br>↓該当するものに○印 |   | 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓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<br>(参考項目:23,24,25)       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<br>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<br>(参考項目:9,10,19)   | ○                     | 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>4. ほとんどできていない    |
| 57 | 利用者職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)              | ○                     | 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>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<br>(参考項目:2,20)                     | ○                     | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>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<br>(参考項目:38)                   | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:4) | ○                     | 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>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<br>(参考項目:36,37)    | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66 | 職員は、活き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○                     | 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:49)                  | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:30,31)         | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>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、安心して暮らしている<br>(参考項目:28) | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>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  | 常に理念を頭に入れ、職員1人ひとりが理念に基づき利用者さんに接している。玄関先に掲示・ありのままに記載されている                                    | ホーム理念である「ありのまま」は職員に浸透している。日常業務の中で利用者と一緒に接する時に迷いがある場合は理念を振り返りぶれないようにしおり実践できている。                    |                   |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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  | 散歩や買い物などに出かけたり畑仕事の際に近所の人たちと会う時は挨拶を交わしたりしている。地域の文化祭やお祭りには利用者さんと一緒に参加している。とれた野菜を持ってきてくれる方もいる。 | 食材を地域の店で買っており、利用者と一緒に買い物に行っている。歌など地域のボランティアの受け入れが増えた。   |                   |
| 3                  |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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  | 運営推進会議にてホームの理解・支援の取組み等を発信している。その中で地域からの情報も入り、困って見える利用者さんへの情報の取組みを行っている。                     |   |                   |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実践、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                                     | 2~3ヶ月に一回行っている。ホームからの実際の報告と共に参加委員からの要望や意見、他地域の実情等を交換し、サービスの向上に活かす努力をしている。                    | 運営推進会議は年6回行っている。会議をかさねていくうちに話がし易くなり、認知症に関する相談を受けることが増えた。  |                   |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者とは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   | 市町村担当者とは常に情報交換が出来る。定期的な運営推進委員会で実情を理解して頂きながら、支援して頂けるよう働きかけている。又、講習会等に参加している。                 | 役場に利用者の区分変更時など福祉に関することは相談をしている。市長村主催の認知症に関する研修は参加している。  |                   |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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 | 身体拘束によって入居者が受ける身体的、精神的な弊害について理解し、拘束のないケアを目視している。転倒等の入居者が抱えているリスクに対して、身体拘束をしない、介護上の工夫を行っている。 | 身体拘束や高齢者虐待の研修は1年に1度定期的に研修を行っており、周知している。また、スピーチロックや言葉使いで気になる時には職員間で注意しあえる関係ができており、職員の意識は高く身体拘束はない。 |                   |
| 7                  |     | ○虐待の防止の徹底   | 研修等により、高齢者虐待関連法について   |   |                   |

| 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 |
|    |    | 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 | 全職員が学ぶ機会を持っている。職員はこれからも常に虐待に関することを意識し、もしも虐待が行われていたらお互いに注意が出来るよう努めている |      |                   |

| 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 |
| 8  |     | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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    | 管理者はもちろん理解し、一部の職員も理解している。権利擁護に関する制度に関しては個々に学び、活用できる部分に関しては支援をしていく考えている。                  |   |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>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                        | 契約書は時間をかけ読み上げ、わからない事、質問等はその都度聞いて頂き、納得の上で契約を結んでいる。  |   |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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                     | 御家族には来訪時に何でも言ってもらえるような雰囲気作りに留意している。又、サービス計画書を渡す際には、直接説明した後、意見などを伺っている。ホームの便りを年4回は発行している。 | 家族が来訪して出た要望や意見は申し送りノートに書いて全職員伝達出来るになっている。ホームから家族に連絡する機会がある場合にも要望や意見は聞いている。家族からの要望や意見は早い対応に心がけている。 |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                      | 毎月職員会議を行い、その中で意見や提案を聞く機会を設けている。  | 毎月職員会議は行っているが、日常的に話し合いができており、管理者を含め職員同士仲が良く全職員でホームを支えていく姿勢がみられ離職率が少ない。                            |                   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>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      | 年3回個々の研修を評価してしてくれる。  |   |                   |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>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         | 職員各自に応じた段階的・計画的な学びの機会の確保がされている。A・B・AA・E課程等がある。   |   |                   |
| 14 |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 管理者は他の施設・関係者との交流する機会はある。職員も他施設の勉強会に参加している。   |   |                   |

| 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 |
| <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<br>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 | 入居について相談があった場合は、自宅を訪問したり、施設の見学をして頂いたり、利用者さんや御家族の思いを受止め信頼関係作りにも努力している。                  |  |                   |
| 16                         |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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            | それぞれの御家族が求めているものを理解し、求めている事に近づけるよう努力している。  |  |                   |
| 17                         |     | ○初期対応の見極めと支援<br>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        | 早急な対応が必要な相談には、可能な限り柔軟な対応を行い、関連施設と連携をとり、方策を考えている。                                       |  |                   |
| 18                         |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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                        | 職員は生活の中で、本人の思いや不安、喜びなど暮らしの中で分かち合い、出来る事、好きなことをやってもらえるようにしている                            |  |                   |
| 19                         |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>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         | 家族が訪問された際には、フロア及び居室にある本人の作品や、写真を紹介させてもらったり、日々の様子を負担にならないように伝えたり、支援の方法を相談し理解して頂いている。    |  |                   |
| 20                         | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                     | 本人の希望により、入居前に利用していた美容院やかかりつけの医者との関係が途切れないように支援している。又、近所だった顔馴染みの人との面会等もゆっくり出来るよう支援している。 | 近隣の店で買い物している時に入居前の知人に会ったり、病院受診で待合室などで知人に会うこともある。お墓参りなどは家族と一緒にしている。 |                   |
| 21                         |     | ○利用者同士の関係の支援<br>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                 | 利用者同士の関係を注意深く見守り情報を共有し、利用者同士が無理なく関わり合える様に努めている。  |  |                   |

| 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 |
| 22                                 |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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                    | 退去された利用者さん、家族にはサービスは行っていないが、退居後の施設に立ち寄りして関係をつなげている。                                     |  |                   |
| <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<br>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   | 職員は日々の生活の中で、1人ひとりに必ず声をかけたり、利用者様の態度から思いの把握に努めている。又、職員同志で情報を共有し、把握に努めている。本人本位でサービスを行っている  | 常に利用者の行動や言葉に注意して把握するようにしているので、職員は利用者の思いを理解してケアに努めている。                        |                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                       | 入居前には詳しく生活歴等聞き取りも行い、職員全体が承知している。入居後には本人からの話や家族、知人の訪問の際などに少しずつ話を伺い把握するように努めている。          |  |                   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>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   | 利用者様一人ひとりの一日の過ごし方や心身の状態などの現状を記録や申し送り、ミーティング等で把握するよう努めている。日々穏やかに生活できるよう努めている             |  |                   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | 本人や家族には、日常関わる中で希望や意見を聞き、反映させるよう努めている。アセスメントを含め職員全員で意見交換やモニタリング、カンファレンスを行っている            | 3ヶ月ごとのモニタリングを行ない、計画書の見直しは6ヶ月ごとに意見交換をしながら実行している。わかりやすい計画書であり、現状に即した計画を作成している。 |                   |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | 個別の介護記録に、日々の様子等を記入している。勤務前には介護記録、申し送りノートに目を通し、情報の共有をしている。職員が工夫しながら介護の実践し、介護計画の見直しをしている。 |  |                   |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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               | 本人の状態等、その時々ニーズに合わせて柔軟な支援を行っている。   |  |                   |

| 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                                  |
| 29 |      | ○地域資源との協働<br>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                                      | 警察・消防・図書室など地域の資源を活用できるよう連携をとっている   |   |  |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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                                  | 入居時に本人家族と話し合い、受診する医療機関を個別に決めている。別の医療機関での受診が必要になったり、希望される方は家族の協力を得て受診している                   | 利用者のこれまでのかかりつけ医が往診に来る場合もある。ホームの協力医とそれぞれのかかりつけ医とは紹介状を書くなどの情報の交換はできている。                                     |  |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>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                          | 利用者様の状態の急変などの際は、対応についての判断を相談している   |   |  |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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・見舞い、洗濯物など支援を行いながら、病院関係者との情報交換や相談をしている   |   |  |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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  | 本人や家族の意向、他の利用者様への影響も踏まえながら、重度や終末期の利用者様を支えるために、チームの連携、職員の心構えを急変時に対応して頂けるように医療機関と密に連携をとっている。 | 重度化に対する方針を入居時に家族には伝えている。しかし、年数を重ねるうちに家族から最期までホームで見て欲しいという要望が出るようになり、医療との連携がとれれば看取りができるかもしれないと職員間で話し合っている。 | それぞれの利用者に対する方針を決めておくことは大切なことなので、今後も一層の話し合いを期待している。 |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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  | 消防署の協力を得て、職員は応急手当や救命訓練を受けている。また、職員会議で勉強する機会をもち、多くの職員が参加している                                |   |  |
| 35 | (13) | ○災害対策<br>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  | いろいろな災害についての対策法を勉強したり防災訓練を定期的に行っている。   | 年2回消防署の協力で、初期消火や消火器の手順を確認しながら、訓練を行なっている。  | 日頃から利用者の災害に対する意識を高めるためにも、内部訓練の回数を増やしてはどうかと思う。      |

| 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<br>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                   | 排泄・更衣・口腔ケアなど日々の関わりの中で利用者さんのほこりやプライバシーを損ねないよう言葉かけ等の対応の徹底を図っている。個人情報の取り扱いも留意している。               | 個人情報の書類は机に鍵をかけて保管している。利用者の尊厳を損なうことのないよう言葉かけや対応に努めている。  |                   |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                     | 飲みたいもの、食べたい物・入浴希望等やりたい希望をあらわしたり、自己決定ができるように支援している   |  |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 基本的には一日の流れはあるが時間を区切った過ごし方ではなく、利用者様のペースに合わせている。職員は個々の利用者様のペースを把握しており、無理強いすることなく希望に添って支援している。   |  |                   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                  | 起床時にはその日の服装を選んだり、整容をしてフロアに出るよう支援している。乳液・クリーム等も好みの品を使用している。定期的に美容院にも通っている。                     |  |                   |
| 40                               | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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     | 季節行事の時は献立(おはぎ作り等)や誕生日には好みの献立を取り入れ、一緒に楽しめるようにしている。女性利用者が中心に片付けも一緒に行う事が日課となっている。                | 食事の準備や後片付けは手伝える人は日課となっで行なっている。野菜の皮むき、もやしのひげ取り、食器拭きなど一緒に行なっている。食事の時に利用者が他の利用者の世話をしている光景が見られた。 |                   |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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          | 職員は1人ひとりの食事量の状態を理解しており又、その日の体調も考え支援を行っている。時に水分量を確保できるようフロアからカウンターにお茶等を用意していつでも飲んでもらえるようにしている。 |  |                   |
| 42                               |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                   | 職員は口腔内の清潔保持の必要性を理解しており、毎食後、本人の力に応じた口腔ケアに努めている。本人の理解を得て入れ歯洗浄も定期的に使用している。                       |  |                   |



| 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<br>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                              | 食前・入浴前・就寝前・外出前等の時間帯をみてトイレへの声かけ誘導を行っている。又個々に合わせての声かけ・誘導の支援を行っている。  | 排泄は個人のパターンに合わせ、誘導しながら介助している。夜はセンサーが反応したら見に行くようにしている。自分でトイレに行けない人は職員が部屋まで行き、誘導している。 |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>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  | 便秘傾向にのある方には牛乳を提供し食事にも食物繊維の多い物や腸を動かす作用のあるものを心掛けている。又、毎日の運動、マッサージ等への働きかけもしている                               |  |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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                             | 行事等で入浴できない日がある時は前もって利用者に声をかけ希望があれば前日、翌日にも入って頂いています。時間帯は決まってしまうが皆さん入浴を楽しみにされています。                          | 入浴は週3回を目標に支援しているが、状況により臨機応変に対応している。ゆっくりと寛いで入ってもらうように心がけている。                        |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>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   | 日中でも一休みできるようソファ、コタツを置いている。又、心身の状態に応じて1人部屋の居室で休んでいる利用者さんもいる。安心して休息できるよう環境を整えている。                           |  |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>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  | 職員は処方箋の確認をして、利用者さん個々の薬の目的を理解しており、服薬支援と症状の変化の確認をしている。薬が変わった時は特に副作用等の把握を行い変化がある場合は家族と医師に相談している              |  |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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                             | 一日ごと1人ずつ当番を決め食前の挨拶をしてもらっています。その人にあつた役割があつたり趣味の大正琴を持ってきて、皆さんの前で又居室で弾いて楽しんでいます。自宅で育てた花鉢を世話したりしています。         |  |                   |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>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 | 利用者さんと相談しながら、日用品や好みの物を買に出かけたりしている。本人の希望で家に向われる時は、家族に協力して頂く事もある。日常的な外出を好まない利用者さんも少なくない。今年の夏は猛暑で外出の機会が減っている | 日常的に買物に出かけている。自宅に帰りたい人は連れて行き、自宅から何か物を持って帰ることで安心している利用者もいる。外食を楽しみにしている人が多い。         |                   |

| 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<br>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  | 自己管理が可能な利用者さんは財布を持っている。又、ホームで預かっている方でも買い物時にはお金を渡し、本人が支払う機会を作るようにしている。                                   |  |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | 希望があればご家族・知人と電話で話せるように支援している。又家族から手紙も受け渡しをしている。手紙を希望され書く人はいない   |  |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 季節感のある作品等を作る工夫をしている。今夏は猛暑だったため扇風機を増やし、快適に過ごせるようにした。昨年に続き緑のカーテンをしました。                                    | ユニットごとに季節の壁飾りを職員と利用者と一緒に作り、飾っている。畳スペースに大きなこたつがあり、みんなで集まり、テレビを見たりおやつを食べている。           |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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  | フロアにはテーブルとイス、畳の間には掘こたつとソファがあり、それぞれがテレビ、新聞を見たりおしゃべりをしたりしています。又、お腹がすいちゃったと台所の陰でお茶等をこっそりとりに見える方もある場所があります。 |  |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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  | 利用者さんと家族の意向を確認しながら馴染みのものや好みのものをいかして居心地良く過ごせるよう工夫をしている。又、花や写真も飾ってあります。                                   | 昔から自宅で使用していた桐タンスやブリキのタンスを持ち込み、馴染みのある居室作りに配慮している。また、若い頃の写真や孫の写真を置いて、居心地良く過ごせるようにしている。 |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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   | それぞれの利用者さんへの状態を把握して、必要なものを見極めながらドア等にわかりやすく張り絵等をしている。車イス、シルバーカーも自走できる空間を確保している。居室も安全な配置・敷物のすべり止め等を使用している |  |                   |

外部評価軽減要件確認票

|       |              |
|-------|--------------|
| 事業所番号 | 2376300246   |
| 事業所名  | グループホーム 東栄の家 |

【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）<br>地域の夏祭りに参加や地域の文化祭に利用者と職員が一緒に作った作品を出展している。消防団にはホームの避難訓練に参加してもらっている。歌のボランティアなど受け入れも増えている。   | 評価<br>○           |
| 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）<br>運営推進会議は年6回開催している。出席者は役場住民課職員、民生委員、家族代表である。今年から2ヶ月に1回開催できるようになった。会議をかさねていく内に顔馴染みとなり、認知症の相談を受けることが増えたり、地域の人で日常生活が困難な認知症の人のホーム入居となったケースもある。 | 評価<br>○           |
| 重点項目③ | 市町村との連携（外部評価項目：4）<br>役場には、利用者の区分変更をかける時など良く相談している。他にも介護保険に関することや福祉にかんすることは良く相談したり情報をもらっている。  | 評価<br>○           |
| 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）<br>年4回発行の「ありのまんま」はユニットごとのホームの様子が良くわかるものになっている。職員は利用者家族とも良好な関係で要望や意見は言いやすい雰囲気である。もらった要望や意見は真摯に受け止め改善している。家族アンケートでも満足度の高い評価をもらっている。       | 評価<br>○           |
| 重点項目⑤ | その他軽減措置要件<br>○「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。<br>○運営推進会議が、過去1年間に6回以上開催されている。<br>○運営推進会議に市町村職員等が必ず出席している。  | 評価<br>○<br>○<br>○ |
| 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  |
|-----------------------|---|
| 2. 事業所と地域のつきあい        | (例示)<br>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。<br>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。 |
| 3. 運営推進会議を活かした取り組み    | (例示)<br>① 運営基準第85条の規定どおりに運用されている。<br>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。   |
| 4. 市町村との連携            | (例示)<br>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。<br>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。  |
| 6. 運営に関する利用者、家族等意見の反映 | (例示)<br>① 家族会を定期的（年2回以上）に開催している。<br>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。<br>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。

