

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	2371200714		
法人名	医療法人 並木会		
事業所名	グループホーム ほっと館なみき		
所在地	愛知県名古屋市内田橋二丁目4番3号		
自己評価作成日	評価結果市町村受理日	平成24年2月8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	名古屋市東区百人町26番地 スクエア百人町1F		
訪問調査日	平成23年10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)】

「その人らしさ」を大切に、利用者自身が選択した生活が出来るように支援している。利用者の平均年齢が83歳と高齢のため、体調の変化を観察し、近医へは職員介助で通院している。また、建物が病院の改装で閉塞感があるため、季節行事や外出などしていただきながら、楽しく生活出来るよう支援している。

【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)】

当事業所は、法人が経営する病院で、3ユニットのグループホームとして改装し運営している。そのため、ホーム内に段差がみられるが、利用者の安全を考え踏み台を設置するなどの配慮がされている。食堂、廊下の壁面など利用者と職員で作った装飾品を飾り季節感をだしている。毎月のフロアミーティングにおいて、管理者、計画作成担当者と職員の意見交換が行われ、個別ケアへの取り組みが積極的に行われている。管理者が、急変の多い朝の時間帯に毎日出勤し、職員のサポートができるように努め、指導力を発揮している。近隣の専門学校の文化祭に毎年参加し、地元の保育園児の訪問や、継続的なボランティアの受け入れにより、地域との交流を大切にしている。

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)	○ 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、生き生きと働いている (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	事業所の理念を朝礼時出勤職員全員で唱和し共有を図るとともに、介護計画(センター方式)の基本である利用者視点に配慮した「その人らしさの尊重と見守り」を基本に実践している。	毎朝、朝礼時に出勤職員で理念を唱和している。ユニットごとに利用者の自立度に違いもあるが、一人ひとりの個別ケアを大切にしながら、理念に基づく支援を実践している。	
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	事業所から徒歩で行ける範囲を中心に、スーパーや喫茶店を利用する他、運営推進会議やなじみの事業所と情報交換を行っている。	準工業地帯であり、店舗も少ない中、近隣のスーパーや喫茶店に出かけ地域との交流を図っている。近隣の専門学校の文化祭に毎年参加している。琴、落語、コーラス、日本舞踊など様々なボランティアを受け入れ交流を深めている。	
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	運営推進会議の場を活用している他は、直接地域の人々に情報を伝えることはできていない。		
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	ホームからの報告は毎回必ず行き、意見については、検討・実践し、結果を次回会議で報告するようにしている。	2か月に1回開催している。限られた時間の中で、積極的な意見交換ができるよう、毎回ホームからの様々な議題を出している。	市町村職員、又はいきいき支援センターの職員の参加を期待している。
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	市町村への報告書類は遅滞なく提出している。また、業務改善や疑問点の相談をしている。	定期的に生活保護担当者の訪問があり、情報交換をしている。市町村主催の研修や勉強会に参加し、ホーム内の職員研修に活かしている。市町村との連携や相談しやすい関係となるよう努めている。	
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	玄関の内側施錠は重要事項説明書に記載してある他、入居相談段階から十分な説明をしている。施錠は職員や家族付添なしでの無断外出を防止するものであり、利用者の外出要望には職員が対応し、出来ないケースは家族対応を求めている。(入居相談時説明している。)	ホーム周辺の交通量は利用者にとって大変危険であるため、家族の理解を得て、玄関内側のみ施錠をしている。また、自立歩行が不安定な利用者には早めに転倒防止対策をするなど、常に利用者の安全と機能低下防止に努め、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	
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	管理者・計画作成担当者が中心となり、日々の支援状況を把握している。また、外出・外泊終了後の本人状態確認をしている。		

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
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	権利擁護関係者とは交流の機会を持ち、相談したりしている。また、入居後の家庭(本人)状況変化により、必要に応じ活用を勧めるようにしているが、研修の機会を作ることは出来ていない。		
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	入居契約の際の説明や、入居後の改定については事前の説明文配布(担当者名・連絡先記載)をしている。		
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	意見箱の設置、運営推進会議出席や、介護計画書説明の場が機会の場となっている。	それぞれの家族の状況に配慮して行動するように心がけている。家族面会時に、悩みや意見などを積極的に聞き、利用者からは日頃の会話の中から様々なニーズが引き出せるよう努力している。	
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	毎月の各ユニットフロアミーティングや計画作成担当者打ち合わせ会を意見・提案の場とするほか、個人的意見も聞くようにしている。	管理者が専任で常駐しているため、日頃から相談しやすい環境ではある。職員間においても、毎週のユニット交流や毎月のミーティングなどで意見交換や企画提案がなされ、ホーム運営や利用者サービスへの反映に努めている。	
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	経営母体である法人の就業規則に準じ、人事考課による職員個々の評価をするほか、委員会活動を通じた環境整備も進めている。		
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	法人内研修(委員会等)の開催や、年1回の法人主催の研究発表会を催し、法人職員のレベルアップを図っている。		
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	法人内の各介護サービス事業担当者の交流の機会を設けている。(研究発表会・懇親会等)		

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	入居契約前に本人面接を行い、本人の希望や不安を聴くようにしている。		
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	入居相談や入居時当日などに家族と面談し、今までの生活やこれからの要望、施設を利用することへの不安など、十分に聴くようにしている。また、認知症が原因で関係悪化している場合は家族に対応のアドバイスをすることもある。		
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	本人と家族等の要望を聞き、グループホーム入居という選択だけでなく、家庭での生活支援を可能にするようなサービスの相談に乗っている。		
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	本人の体調などを考慮し、掃除や食事の準備、片付けなどを職員と共に行なっている。また、年長者としての意見などが生活の場に反映され、信頼関係を築いている。		
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	家族への連絡は密にしており、要望等を常に確認している。本人と家族のみの受診に不安を持つ場合は職員が同行し、安心していただいている。		
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	家族に面会や外出を依頼し、本人の馴染みのある場所や人との交流をお願いしている。しかし、認知症という病気の特性もあり、馴染みの関係も薄れていく状況である。	家族の協力度や利用者の自立度によって、馴染みの継続が厳しい現状もある。日常生活の中で、新たな知人や場所を築き、関係継続に繋げられるよう取り組んでいる。	
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	利用者同士と一緒に家事をしたり、会話が難しい利用者同士は職員が間に入るなど、お互いに関わり合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	重度化などにより医療機関・老健・特養などが退去先となっている場合が多く、生活等の情報提供は行っている。こちらから、特に働きかけはしていないが、再入居等の相談には対応している。		
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	普段の会話から希望することを把握するように努めている。本人からの要望が困難な利用者には職員が声かけし、活動に参加していただくようにしている。	利用者とのコミュニケーションを大切に、日頃の会話や表情・行動で思いや意向を汲み取るよう努めている。また、これまでの生活歴や趣味・嗜好なども職員間で共有し、支援に反映している。	
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	入居時に家族などから情報をいただいている。本人の話からも今までの生活を把握するようにしている。		
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	カルテの記録や「センター方式」の24時間シートを活用し、本人の心身の状態やできることを把握している。		
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	「センター方式」を活用し、アセスメントを行っている。本人や家族などに今までの暮らしや要望を聞き、毎月会議で意見を出し合い、より良く暮らせるような介護計画を作成している。	毎月の会議や日頃のカルテや記録、24時間シートなどを有効に活用し、職員間で情報共有・交換がなされている。家族の意見・要望も訪問時に伺い、利用者のその時々に合わせて介護計画を作成している。	
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	個々のカルテに日々の記録をしたり、申し送りノートで申し送りをし、職員間で情報の共有を行っている。ケアの実践や結果に基づき、介護計画の見直しを行っている。		
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	医療連携体制を生かして、内科を中心に隣接しているクリニックへの受診の付添いを行っている。また、緊急時や家族が対応できない場合は、近隣の病院の付添いも行っている。		

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 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	近隣の保育園児との交流や踊りや落語のボランティアの来訪を受けている。運営委員会の委員には民生委員に出席いただき、地域での生活の助言をいただいている。		
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	事業所の協力医の他、近隣の協力病院の受診にも同行している。協力医以外は家族対応だが、不可能な時は職員が同行している。歯科、皮膚科については往診していただいている。	ホームの目の前には協力医、1階には訪問看護ステーションがある。歯科・皮膚科は往診応需で、利用者一人ひとりの医療体制は安心で充実している。	
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	週1回の訪問の際、主に計画作成担当者が中心となって入居者個々の問題点等を相談している。また、緊急時についても訪問看護に相談、指導を受けている。		
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。	お互いに協力できることはしている。稼働率、在院日数、ADL低下などの問題はありますが、利用者や家族が困らないようにグループ施設も含めて相談に応じている。		
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	入居相談時より、看取りはしないこと、重度化する前にグループを含む他施設に移っていただくことを説明し、入居後は少ない変化についても連絡することにより、情報の共有化を図っている。	終末期対応が困難であることは家族に説明し、理解が得られている。重度化や医療行為が必要になった場合は同医療法人内や他施設などに移る準備や情報共有の支援に取り組んでいる。	
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	対応マニュアルの作成の他、半年ごとに職員研修を開催している。		
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	火災以外は、施設での生活継続を原則としている。非常食の備蓄や、隣接の並木クリニックと相互協力を進めている。(津波避難ビル登載)	ホーム内訓練は毎年4月・10月に開催している。今年は津波避難ビル指定となり、夜間の津波や地震、職員が一人の時などを想定した災害訓練を実施している。	

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
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	朝礼時やフロアミーティングの折に、利用者に対して適切な声かけや対応をするように話し合っている。	利用者に応じ、話し言葉が方言であったり、その時々で適切な声かけや対応をしている。慣れ合いなサービスや声かけにならないよう、職員間で随時、話し合いの場を設けて改善に努めている。	
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	日頃の会話の中から本人の思いや希望を言えるように声かけしている。可能な希望は早めに行えるようにしている。自分で決めることが困難な内容についてはさりげなく助言している。		
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	散歩などの外出はその都度対応している。自分の希望を表せない方には、日頃の様子や以前の暮らしから、できることや楽しみを見つけて支援している。		
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	毎日の整容は自らは行なえない方には声かけ、援助を行っている。服装は本人の好みで選んでいただくが、迷われたり、わからなくなっている方には適切なものを援助する。		
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	月曜～土曜は厨房で作ったものを利用者とともに盛り付け、配膳している。日曜日は調理から片付けまで一緒に行っている。日曜日の献立は利用者の好みを聞いて、一緒に考える。	平日の食事は併設の法人の厨房で作られ、各ユニットで盛り付けてしている。日曜日は、利用者と一緒に出立から片付けをしている。季節料理や手作りおやつ、お寿司を出前するなど、食に関する楽しみが豊富である。	
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	食べる量については個々の希望や状況に合わせて盛り付けしている。水分の摂取量が少ない方にはこまめに提供するなどの工夫を行っている。固い物が困難な方には粥や刻みなどの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、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	夕食後には利用者全員に声をかけ、歯磨き等している。自分で難しい方や義歯の方は職員が援助している。		

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	トイレの場所がわからなかったり、長時間トイレに行かれない方には声かけしている。紙パンツやパットの交換のできない方は排泄のたびに、トイレに案内し、見守りや清拭の援助を行なう。	トイレ誘導や便秘予防など、排泄チェック表を用いて、排泄リズムや声かけのタイミングなどを把握している。利用者一人ひとりに合わせた見守りや個別ケアの支援ができています。	
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	おやつに乳製品を食べていただいたり、体操や散歩で体を動かしていただき、排便を促している。		
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	利用者が一日おきに入浴していただけるようにしている。体調などから、断られる場合は無理強いせずに様子を見る。	利用者の入浴率は大変良い。どのユニットも浴室・脱衣所での安全面を重視し、段差などは改善されている。浴室内は転倒防止に注視し、一人ずつでの入浴対応をしている。	
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	夜間に安眠できるように、昼間の活動を活発にしている。体調や前日の睡眠状態に合わせて、昼寝をしていただいたり、消灯後に眠れない方は食堂で話を傾聴している。		
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	利用者全員がどのような薬を飲んでいるか、副作用は何かなどの一覧表を個々のカルテに付けている。職員が預かり、服用のたびに手渡しし、飲み込みまで確認している。症状の変化などがあれば、主治医に報告している。		
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	食事の支度や掃除などの家事や工作に、それぞれが役割を持って関わっていただいている。外出やレクに参加していただくなどの楽しい時間を過ごせるように支援している。		
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	天候や体調に応じて、散歩や買物に出かけていただいている。本人の希望を伺い、家族との外出や外泊を依頼している。	利用者の自立度によって、要望や外出先はまちまちであるが、買い物や近所の喫茶店へ出かけるなど、居室にこもらないように支援している。季節によっては花見や水族館などにも出かけている。また、家族の協力を得ながら、利用者の希望にそえられるよう取り組んでいる。	

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	現金を持っている利用者はなくならないように見守っている。支払いは必ず近くで見守り、場合によっては支援している。		
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	電話の希望がある場合は家族の同意を得て、かけていただいている。手紙のやり取りも切手やはがきの購入をしに付き添うなどしている。		
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	食堂や廊下、エレベーターの出入り口に利用者と職員で作成した装飾を飾ったりして、季節感を出している。	居間や廊下には利用者の書いた書道や手作りの季節作品が飾られている。浴室やトイレは段差や手すりなどで改装されて、安全面が重視されている。また、談話室にはカラオケ設備があり、みんなで楽しむことがある。利用者一人ひとりが思い思いに過ごせる工夫がされている。	
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	談話室や廊下のイス、食堂のソファなどで利用者が思い思いに過ごしている。		
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	使い慣れた家具などの持ち込みをお願いしている。家族などの写真や好みの花を飾っていただくなど、馴染みの空間を作っている。	利用者の使い慣れた品や好みの衣類などが持ち込まれ、居室内は整理整頓されている。転倒防止や居室間違いなどにも配慮され、利用者が自立した生活が送れるように支援している。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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	トイレや居室がわからないことがあるので、目印を付けたりしている。廊下に手すりを付け、足元の不安定な利用者が安全に歩けるようにしている。		

外部評価軽減要件確認票

事業所番号	2371200714
事業所名	グループホーム ほっと館なみき

【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） 近隣の専門学校文化祭への参加が、毎年恒例行事となり、利用者や学生にとって安定した交流となっている。またホーム1Fには地域交流の場としてホールの利用ができるため、近隣の保育園児や地域ボランティアなど招き、ホーム全体で交流を深めている。	評価 ○
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） 年6回の運営推進会議には、職員・家族・利用者・地域住民で開催され、ホーム側と地域との意見交換・情報提供などが積極的に行われている。しかし、今年もいきいき支援センター・市町村などの関係職員の出席はなかった。来年に向けて、会議に参加してもらえるよう取組み中である。	評価 ×
重点項目③	市町村との連携（外部評価項目：4） 定期的に市町村窓口へ出向いたり、ホームの近況報告や情報交換をしている。市町村との連携や相談しやすい関係づくりに努めている。	評価 ○
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） ホーム玄関先に意見箱を設置しているが、家族や利用者からは直接、伺うことが多い。普段の面会や会話の中から意見・要望などを聞き取り、運営やサービスに反映している。今年は休止していた運動会を再開し、大いに盛り上がった。	評価 ○
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) 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。
3. 運営推進会議を活かした取組み	(例示) 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、実現に向けた取組みを行っている。
4. 市町村との連携	(例示) 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。
6. 運営に関する利用者、家族等意見の反映	(例示) 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。

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム ほっと館なみき

目標達成計画

作成日: 平成 23 年 11 月 22 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	4	市町村担当者の運営推進会議参加がない。	年6回開催のうち、2回は参加していただく。	地域支援センターからの入居相談の折、運営推進会議参加のお願いをしたところ、承諾いただけたので、来年参加を調整中。	3ヶ月
2					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。