

### 1 自己評価及び外部評価結果 (ユニットA)

**【事業所概要(事業所記入)】**

事業所番号	2371501020		
法人名	株式会社在宅看護センター愛		
事業所名	グループハウス愛		
所在地	名古屋市名東区八前二丁目1820番		
自己評価作成日	平成25年9月1日	評価結果市町村受理日	平成26年1月6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)		
所在地	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25年9月27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)】**

「安全・安楽・安心」を基本理念とし、実践するよう努めている。
--------------------------------

**【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)】**

利用者とのふれあいを大切にした事業所名の『愛』を充分に感じることのできる事業所である。「安全・安楽・安心」を常に目指した介護ができるように『カンファレンス・勉強会を出ましよう運動』を掲げて職員間の情報共有やレベルアップに努めている。定期的な避難訓練実施や食糧や水・簡易トイレ等を整備して災害対策やホーム3階を緊急避難場所にする等、地域との協力連携もしている。職員は利用者一人ひとりの生き方や思いを尊重して笑顔で自分らしく生活できるように、本人のペースで、レクレーションの参加や趣味の発表の機会を設けるなど、寄り添えるように努めている。重度化や終末期に向けたチームケアでの取り組みも行なっている。

**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
<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	理念は開所時のスタッフが作成した。【安全・安楽・安心】を理念の根幹としている。基本理念を常に意識して取り組めるようスタッフルームに掲示し、実践につなげている。	安心・安楽・安全の3本柱を10項目に細分化した理念がスタッフルームに掲示しており職員は毎日確認を行う事で理念に添ったケアが出来るように努めている。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	現状では日常的な交流は難しい。地域の中学生の職業体験による訪問や、なじみのスーパー、美容院の利用など交流の機会を増やしている。1週間に1度、近隣の傾聴ボランティアの訪問がある。	週1回の傾聴ボランティアの他バンド演奏やフラダンスチームの訪問がある。コミュニティセンターに出かけて行事の確認や地域の人々への呼びかけにも力を入れたり、近隣の造園会社の庭での蛍鑑賞も定着して来ている。	
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	ホームページを公開している。又、ハウスでのボランティアコンサート開催時には玄関に告知を掲示しているが、いずれも認知されているとは言い難い。更に多くの働きかけを行う必要がある。		
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	利用者家族代表、学識経験者、民生委員、地区婦人会会長、いきいき支援センター職員、ハウススタッフが参加し3ヶ月に1度開催。情報交換を行っている。	3ヶ月に一度行われている。学識経験者、民生委員、地区婦人会会長、いきいき支援センター職員、ホームの地域交流委員が参加して意見交換が行われている。家族にとっても相談のできる場所となっている。認知症講座や餅つきイベントには地域の運営推進委員にも参加を呼びかけている。	
n	(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	市主催の会議・研修へ施設長他が参加し、情報交換等行い、サービス向上がなされるよう努めている。	市主催の会議には必ず出席している。市役所へは頻繁に出向いて情報交換に努めたり、区役所主催の講座にも積極的に参加して協力関係に取り組んでいる。	
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	交通事故防止の為、玄関側の扉は施錠している。勉強会等で拘束の具体的事例を確認し、理解するよう努めている。	身体拘束についてのマニュアルが整備され研修も行っている。外部研修にも参加して身体拘束をしないケアに取り組んでいる。立地環境での事故防止の為に玄関が施錠されているが、家族の同意を得ている。	
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	勉強会、外部研修へ参加し、理解と防止に努めている。スタッフ同士が特に注意を払い、声をかけ合っている。		

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
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	現在、後見人制度を利用している入居者がいる為、実態をよく理解している。		
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	施設長対応：契約前に十分な説明を行い、納得を得るよう努めている。加算の改訂等については、その都度文書を発送し同意を得ている。		
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が投書はない。家族の来所時に意見を聞き運営に反映させている。	ホーム便りに代わるホームページで利用者の日常の様子が発信できる取り組みを行っている。家族からの要望や希望は、申し送り時や職員会議で情報の共有が行われ、業務に反映できるように努めている。	
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1回のカンファレンスや申し送り時等に意見・提案を聞く機会が設けられているが、「反映されるとは限らない」という意見もあり、今後更なる努力が必要。	月1回の職員会議だけではなく、日常的に職員が意見や提案がしやすい雰囲気作りに努めている。会議前には議題の提案シートで職員の意見を把握して、運営にも職員の意見が反映できるように取り組んでいる。	
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	個人面談等の機会を設け、意見を聞きながら職場環境・条件の整備に努めている。		
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	経験年数やレベルに合わせて市認知症介護実践研修、内部及び外部研修に参加している。。		
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	会議出席・研修会場での交流等があり、情報交換等を行いサービスの向上につなげている。		

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 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	入居前のモニタリング・アセスメントにより、本人の意思を尊重している。入居後はスタッフ全員が常に「本人の安全・安楽・安心」を意識し、課題・ニーズの把握に努めている。		
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	利用前、利用開始後において家族への聞き取りを行い、安心を得よう努めている。		
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	利用相談時に現在の状況をたずね、近隣の他施設の見学も勧めている。		
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	『利用者と介護者』と前提を置きながらも、協力しながら家族に近い関係になるよう努めている。		
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	来所時、ケアプラン説明時等に情報交換を行い、新たなニーズ・問題点等について話し合っている。		
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	求めに応じて知人との交流機会が保たれるよう努めている。	利用者行きつけの美容院へは家族の協力でも出掛けている。利用者の話から聞き取った懐かしい場所へのドライブ、喫茶店や回転寿司等にも出かけるなど利用者の関係が途切れないような支援を行っている。	
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が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	集団のレクリエーションや会話の輪の中に入りやすいよう支援している。集団レクを好まない利用者、認知症症状の進行により関わりが難しくなっている利用者には個別に対応している。		

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	利用終了後も本人の経過をフォローし、家族からの相談を受ける等の関係を維持するよう努めている。		
<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・家族からの聞き取りや、カンファレンス等でスタッフが話し合い本人の立場に立って検討している。	意思疎通が困難な利用者に対しては、家族から聞き取りを行っている。本人の何気ない会話やいつもと違う表情からも読み取れるように努めている。毎日のカンファレンスで担当者を中心とした情報共有を行っている。	
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	入居前の聞き取りや入居後家族の来所時に聞き取りを行い把握に努めている。		
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	日々の生活、バイタル測定値、様子観察から把握に努めている。細かい変化を記録に残し、申し送りを行っている。		
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	3ヶ月に1度計画の評価、6ヶ月に1度再アセスメントを行っている。1ヶ月に1度重点ケアの項目を挙げ評価をしている。更新前に事例検討シートを配布し全員で評価を行っている。	生活の中で気づいた事をミーティングやカンファレンスで話し合い、家族や医師の意見を踏まえた介護計画を作成している。3ヶ月ごとに評価し見直しを行っている。スタッフルームのホワイトボードに重点ポイントを記入してチームケアに取り組んでいる。	
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	気づいたことは毎朝の申し送り時に話し合い、すぐに実践出来るよう努めている。各利用者の担当者が重点ケアの項目を挙げ、それに沿った介護を実践し記録に残すよう意識している。		
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	状況に応じて柔軟に対応出来るよう努めている。通所サービスを併設していたが、帰宅願望の強い入居者との兼ね合いからサービスを開始出来ず、8月1日付で廃止とした。		

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	近隣のスーパー、理美容院、飲食店を利用し、認知症に対する一定の理解を得ている。又、消防等公共機関との協働により防災避難訓練や救急救命訓練を実施している。		
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	入居前からのかかりつけ医に継続して受診出来るよう家族から協力を得ている。主治医との連絡を密に行い急変時の対応にも備えている。	受診は希望する医療機関を選択できる。各専門医による定期的な往診が行われ主治医を通して連携ができています。変化のある場合や緊急時は家族に連絡して適切な医療が受けられるように努めている。	
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	身体的異常等見られた場合はただちに看護職に報告・相談し適切に処置を行ったり受診が出来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。	入退院時は利用者の状態と情報を詳細に文書化し提供している。入院中は管理者看護職が訪問し主治医・病院関係者と連携している。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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	本人の意思疎通が困難なケースが多い為、主に家族と話し合い、意向に沿った支援が出来るよう努めている。	重度化や終末期に向けた方針は家族に説明して同意を得ている。利用者や家族の要望に添った最善策を全職員で検討している。利用者が最後まで安心してホームで過ごすことが出来るようチームケアに取り組んでいる。	
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	年1回、勉強会のテーマとして取り上げ、スタッフ全員が冷静に対応出来るよう意識付けを行い、実践につながるよう努めている。スタッフルームにマニュアルを常備している。		
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	避難訓練を年4回実施している。消防設備点検の際には近隣に「お知らせを配布し、高齢者施設が近くにあることをしてもらえよう努めている。	地域の協力依頼や地震対策についても安全対策委員会を設置して対応している。利用者と一緒に夜間を想定した自主訓練を年3回行い、消防署員による訓練は年1回行っている。防火安全対策マニュアルや非常食料や備品も整備できている。	

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>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	本人の意思にそぐわないことをしない。子供扱いするような声かけをしない等カンファや申し送り時に議題として取り上げている。	利用者の誇りを尊重できるような言葉かけに努めている。そぐわない対応の時にはスタッフ同士で注意したり、カンファレンスで話し合い改善に努めている。	
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	本人に直接尋ねている。意思疎通が難しい場合は表情・所作から思いを汲みとって希望に近づけるよう努めている。		
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、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	本人の希望や体調を考慮し、それぞれのペースで過ごせるよう支援をしている。		
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	家族や本人が用意したものを着ている。色の好み等も把握するよう努めている。理美容については家族・スタッフが同行、あるいは出張理美容を利用し定期的に行っている。		
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	スタッフの声かけ・見守りにより盛り付けや配膳等の準備、食器拭き等の片付けを一緒に行っている。メニューボードを作成し、食への関心を保ち会話を引き出せるようにしている。	毎日のメニューと食事作りはスタッフ一人ひとりが日替わりシェフとなり、利用者の好みも考慮して楽しい食事が出来るように支援している。職員は利用者ができる食材切り・盛り付けや配膳等の支援を行っている。行事食や誕生日会では利用者が喜ぶ心を込めたメニュー等工夫している。	
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	水分チェック表を作成、その他排便や口腔内の状況等により、一人ひとりに合わせて食事を提供し支援している。		
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	毎食後に口腔ケアを行っている。家族の同意により訪問歯科による往診・口腔ケアを受けている利用者もいる。		

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	排泄チェック表により失禁・失便が少なくなるようパターンの把握に努めている。リハパン・パットの使用についてはカンファ等で話し合い、又、家族と相談している。	排泄チェック表で一人ひとりのパターンを職員が把握して、自立に向けた支援を行っている。夜間帯は利用者に合わせたトイレ誘導やポータブルでの排泄支援に努めている。	
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	水分摂取や乳製品を提供している。排便状況を申し送り、腹部マッサージ等行っても排便がない場合は看護師・主治医に相談し、薬の服用を行っている。		
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	一人ひとりの希望や状況によりスタッフが順番を決めている。勤務状況により希望に沿えない場合がある。	13時から入浴となっている。毎日、一日おき二日おきと利用者の希望に合わせた対応を行い、週3回は入浴できるように支援している。体調不良時は清拭を行う等利用者の状態や状況に応じた対応を行っている。	
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	傾眠強い場合や疲労感強い場合は昼寝を勧めたり早めに就寝してもらう等、一人ひとりに合わせて支援している。		
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	薬剤師を招き勉強会を行う等理解に努めている。症状の変化があれば、すぐに看護師や主治医に報告し指示を仰いでいる。		
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	それぞれの趣味の物・事を発表出来る機会を設ける等、支援に努めている。		
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	スタッフの勤務状況により、その日の外出希望に沿えない時もあるが、調整し外出の機会を設けている。外出時、家族の協力は得ているが、地域の人々との協力は難しいが、今後も協力できるよう努力していきたい。	本人の希望に応じた外食や外出支援が行われている。また、行事にあわせた外食会で回転すしなどへも出かけている。近隣の散歩は毎日行われており、蛍鑑賞など四季を通じた行事や事業所の屋上では芝生やコスモス鑑賞も楽しめる。	



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	紛失の恐れがある為、家族からの依頼によりハウスで管理している。外出時等に本人の希望があった場合、お金を使えるよう支援している。		
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	本人から電話をかけたいと希望がある時は支援している。携帯電話を所持し家族と連絡を取り合う利用者もいる。		
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	毎月、共用空間に季節に合った貼り絵やモビール等を飾り付けている。各階で異なる色の照明を使用し、明るさに配慮している。	玄関は純和風の造りで、共有空間は1階が掘りごたつのある和室、2階は洋間でソファが置かれ利用者がくつろげる空間となっている。ゆったりとした食堂には季節の壁飾りが飾られ、全体に掃除が行き届いた清潔なつくりとなっている。	
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	共用空間にソファ、長椅子を置き、くつろげるようになっている。和室(1階)ふれあいルーム(2階)があり、自由に使えるようにしている。		
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	仏壇や家族の写真等を置き、居心地よく過ごせるよう配慮している。	それぞれデザインが違うドアで利用者が部屋を間違わないように工夫されている。仏壇や筆筒が持ち込まれ、趣味の手作りの品や入所時からの写真が利用者にとって居心地のいい空間となっている。	
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	各所に手すりを設置し、自立歩行が出来るよう支援している。又、【便所】【お風呂場】等、わかりやすいよう紙を貼っている。		

外部評価軽減要件確認票

事業所番号	2371501020
事業所名	グループハウス愛

【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
	自治会に加入して回覧板も回している。近隣の農園での蛍鑑賞やコミュニティセンターでの地域の人達との交流を大切にしている。施設3階のフリースペースではバンド・フラダンス・オカリナ・シャンソンショー等のボランティアによるレクリエーションが行われている。施設で開催の認知症講座や餅つきイベントには地域の運営推進委員にも参加を呼びかけている。	○
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
	3ヶ月に一度、学識経験者・地域代表やいきいき支援センター職員も参加して意見交換が行われている。家族にとっても二人の代表が順番に参加する事で相談できる場所にもなっている。地域の人達に向けてホームで開催される講座やイベントの参加呼びかけの場にもなっている。	×
重点項目③	市町村との連携 (外部評価項目: 4)	評価
	市主催の会議には必ず出席している。市役所に情報の交換に行ったり区役所主催の講座にも積極的に参加して協力関係に取り組んでいる。	○
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
	ホーム便りにかわるホームページで利用者の日常の様子が発信できる取組みを行っている。家族の来所時にさまざまな意見交換ができる取組みを行い、家族からの要望や希望は申し送り時や職員会議でも情報の共有が行われて、業務に対応でき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。