

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	2373800396		
法人名	シルバーサービス株式会社		
事業所名	グループホーム 安心樹 1		
所在地	愛知県小牧市池之内388番地		
自己評価作成日	平成25年12月20日	評価結果市町村受理日	平成26年5月15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 スクエア百人町1F		
訪問調査日	平成26年1月25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)】

木造平屋建ての2ユニット。小牧市で第1号。静かな環境の中豊かな自然や四季を感じ小山の頂上にあるGHの夜景は最高です。敷地一帯を「いきいき村」と称し居宅、有料老人ホーム、ヘルパーステーション、高齢者マンション、家庭料理「やすらぎ庵」があり利用者は敷地内を散歩や喫茶で楽しんだり、2ユニットを自由に行き来しています。職員は、開所当初からの理念を大切にされた支援に取り組んでいます。職員と利用者が常に協働し会話や笑いの絶えない施設です。

【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)】

職員は理念を基にして、年間目標を掲げて実現に向け支援している。毎日の散歩や排泄に力を入れており、トイレ誘導を徹底して行い状況の改善をしたり、家事を役割分担したり、掃除を一緒に行うことで認知症の進行が緩やかになり、入居時と変わらない状態で生活している。職員と協力しながら、日常生活をしており、会話や笑顔が絶えない大家族のような一体感が感じられる。家族は施設に協力的で面会も多く、家族会やバス旅行など行事への参加率も高く、利用者も喜ばれている。町内会と協賛して、夏祭りをおこなっており、地域との交流は根づいている。

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ます (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	開所より理念を変えることなく継続している。毎朝全員で唱和しケアの実践につなげよう意識している。GHの年間目標も定めケアの反映に努めている。	理念は、事務所など見やすい場所に掲示して、毎朝理念の唱和を継続しており、職員は周知徹底している。また、理念を基にした、毎年年間目標を掲げ、日々の生活に取り入れて実践している。	
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	町内会に入り、行事はできるだけ参加している。敷地内には住民の畑があり散歩時には作物の差し入れがあり旬の物が提供できる。定期的な幼稚園児の訪問は楽しみのひとつとなっている。	幼稚園の定期訪問や地域住民から、旬の野菜の差し入れがあったり、夏祭りなど地域行事を通して、地域との交流に努めている。また、今年度は地区の避難訓練に参加している。	
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	「やすらぎ庵」が窓口となり、介護の不安や、認知症の理解や接し方の相談やアドバイスを提供している。		
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	年6回開催しホーム内の現状を報告、意見をもらうようにしている。議事録は職員に回覧しケアの向上に実践している。家族へは「やすらぎ新聞」の中で内容を報告している。	市や地域住民が協力的で、毎回参加者が多い。会議では、地域の話題や介護問題、施設の取り組みを伝えている。毎年、外部評価結果を参考に、意見や助言を貰い、サービスの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	毎月、介護相談員を受け入れ、利用者の意向や思いにつなげている。困難事例があれば相談に対応してもらっている。	職員は、市から派遣される、介護相談員との意見交換をしたり、市主催の研修等に参加している。介護保険更新の認定調査時、家族と共に面談し、施設の様子を市職員に伝えている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	勉強会にて身体拘束の具体的内容についての理解や知識を深めている。見守りや声かけ連携で玄関は施錠なく開放。入所時家族にも拘束に関する説明をし理解を得るようにしている。	昨年10月まで、家族の希望によりつなぎ服を使用していたが、行政の指導がきっかけとで、職員間で検討して、つなぎ服の使用を中止することができた。身体拘束防止に関する勉強会を行い、言葉の拘束や薬の使い方にも注意している。	
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	勉強会にて、虐待防止法に関する理解を浸透し取り組んでいる。管理者は職員のストレスがケアに影響しないよう職員の健康状態も把握するよう心掛けている		

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
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	勉強会にて学習し理解を深めている。制度を利用している利用者があるため周知する機会がある。対応が必要となった家族の相談があり支援に結びつけた。		
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	時間をとって丁寧に説明している。重度化や看取りについての対応、医療連携は詳しく説明し同意を得ている。ケアに関する取り組み、対応可能な範囲についての説明、契約解除に至る事は、十分説明し納得を得られるように努めている。		
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	年2回家族会を開催、その日は一日家族と過ごしてもらう。家族会の後で現状報告を兼ねた懇親会を開き意見交換をしている。内容は会議にて話し合いをしている。家族の面会も多く何でも言ってもらえるよう留意している「やすらぎ新聞」にて一カ月の様子を報告している	家族からは、日頃の面会時や年に2回の家族アンケートで、意見や要望を聞き取り、改善内容を「やすらぎ新聞」で報告している。利用者には団欒の中で、さりげなく聞き取り、随時対応している。	
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	代表者には管理者がパイプとなり施設内の現状を常に報告している。。月1回の会議には代表も参加し職員の意見や要望を聞くよう心がけている。職員が主体であり代表、管理者は現場職員からの意見や情報を取り入れ、一緒に話し合い調整している	管理者・主任は、職員が元気がない時や、業務に支障がある時に声をかけ様子を聞いている。代表者と管理者は常に情報交換し、備品の修理や補充など迅速に対応している。代表者と職員は年1回、個別面談の時間を設けており、意見や提案を聞く機会がある。	
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	年2回人事考査を行い、向上心を持って働けるよう働きかけている。年2回の健康管理の実施。職員同士の間関係の把握にも心がけている。「いいねカード」を発行し職員同士のケアの向上やモチベーションアップ、やりがいにつなげている。		
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	外部研修の情報を回覧し、自主受講や推薦受講させている。外部研修受講者は、職員会議で講師となって発表し全員が情報共有ができる。新人職員には、マンツーマン体制をとり指導を実施している。		
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	管理者は他施設との交流があるが職員はできていない。管理者の情報として他施設の情報を得、自施設のケアに活かしている。		

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	事前面談は、施設にて行い、生活状態を把握するように努め、本人とゆっくり話し、会話の中から思いや不安を受け止めるようにしている。		
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	入居相談は、施設にて家族、本人に現場や職員を紹介しながら、今、困っているを受け止め、対応法を事前に話し合っている。		
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	ゆっくり段階を踏んで徐々に馴染み、心配なく安心して過ごせるよう、支援している。何かあれば家族と連絡し合ったり、ケアマネジャーにも相談している		
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	理念を基に利用者と共に暮らす、思いの共感を理解し関係を築いている。利用者の力を発揮してもらい感謝の言葉を心かけ、利用者から教えてもらいながらお互いが協働し、和やかな生活ができるよう支援している		
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	面会時や新聞にて情報を伝え、家族にも協力関係が築けるようにしている。		
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	知人や友人の面会が多い。食事や親戚宅訪問もある。入居前の習い事の先生がボランティアで定期教室を開いている。電話の取次ぎもしている。	知人や友人が協力的で、認知症状が進行しないように、頻繁に面会に来ている。一緒に喫茶店や入浴施設、買い物に出かけ、利用者との交流を継続している。	
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	利用者の生活の場は居間。毎日のお茶や食事時間は職員も一緒に時間を共有し会話を持つようにしている。役割分担は利用者同士で築かれている、職員は調整役。		

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	他の施設へ移られた方に、仲良し利用者との面会にいたり情報の提供をしている。以前入居していたが介護がなくなり退居されたが定期的に情報交換を継続し介護がで入居された。		
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	日々の関わりの中で、常に声をかけ、会話の中や表情、しぐさなどから本人の思いや希望をさりげなく確認するようにしている。家族の面会や外出後にも本人の様子や会話を聞きケアに活かすようにしている	日頃の関わりの中から思いを聞く様になっている。利用者がリラックスしている時に思いを確認する事も多く、口数が少ない人には家族からの情報も大切にしている。それらを事業所独自の記録シートに盛り込み、職員間で共有しケアに活かしている。	
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	プライバシーに配慮し、入居時、生活歴や個性の情報を得、職員も情報を共有化しケアに努めるようにしている。親戚や知人の面会時にもバックグラウンドを聞き新しい情報も得ながら関わりに活かしている。		
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	申し送りの継続、記録の確認を徹底している。1日の生活リズムを理解し行動や言動などから変化や状況を把握し職員は、状況把握の継続を行っている。		
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	本人や家族の思いや意見を聞き、プランを反映させている。月1回のモニタリング・カンファレンスを行い、必要であればプランの見直しをしている。身体状況の変化やケアの変更が生じた時は、計画を作り直している。	本人、家族と話し合いプラン作成をしている。職員は3か月ごとの担当制にして、ケアの在り方についての報告書を元に、毎月モニタリングを行っている。今後は更に理解を深める様にアンケート用紙を作る等、より良く生活できるプラン作りを考えている。	
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	申し送りは記録を基に行い、情報を共有している。個々の記録には様子や会話、身体状況を記録している。プランを評価しながら記録を基に計画書の見直し、評価を実施している。		
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	利用者や家族の状況や要望に応じ、何かあれば柔軟に対応するようにしている。通院や付添、事務手続きなどは柔軟に対応している。		

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
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	運営推進委員に地域包括、市役所、民生委員が参加し地域周辺の状況や支援への情報、協力関係を築いている。ボランティアの協力も得ている。		
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	利用者は協力医が主治医となっている。月2回の訪診と訪看を受けている。専門医の受診が必要であれば情報の提供を施設と協力医からし、連携を取っている。歯科受診は連携医の往診がある。	協力医が主治医であり2週間に1度、内科、歯科、認知症専門医が往診にきている。利用者の眼科など専門医へは家族、職員で協力しあい通院の付き添いをしている。協力医との連絡は24時間可能で情報は電話で報告している、医師から家族へ状況説明する事もある。	
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	月2回の訪問看護を受け入れている。利用者に身体状況の変化があれば看護師に連絡し、適切な医療につなげている。敷地内の有料に看護師が配置されているため何かあれば対応できる。		
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。	支援方法に関する介護サマリーを提供している。入院による環境の変化でストレスや不穏の軽減が図れるよう定期的に見舞うようにしている。家族と協力医との連絡を図り早期退院に結びつけるようにしている。		
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	重度化に伴う意思確認書を作成し、入居時説明し同意を得ている。身体状況が重度化した場合は家族、主治医、施設が十分話し合い、連携体制を整え対応していく。	「重度化した場合における対応に関わる指針」があり、入居時に説明して同意を得ている。医師、家族、事業所で状況に合わせて十分話し合い支援を行っている。また、家族、本人が望めば事業所での看取り対応も可能である。	
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	日中・夜勤時の緊急対応を整備し周知の徹底を図っている。		
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	マニュアルを作成し年2回利用者、地域住民と共に避難訓練を行っている。災害に備えた備品の準備もある。消防署の協力を得避難訓練、消火器の使い方の訓練を行った。町内会の協力も得ている。	消防署の協力を経て利用者、町内住民、高齢者マンション住人も参加して避難訓練を実施している。緊急時の家族への連絡体制を整備したり、災害時に備えて水など備蓄している。	

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	基本理念を周知し、誇りやプライバシーを損ねるような言葉かけをしないことの徹底をしている。利用者の情報の守秘義務を理解し管理を徹底。常にさりげない言葉を使うよう心がけて対応している。	書類などプライバシー保護については常に注意を払い、事務所の目の付かない所に保管している。言葉掛けでは、利用者が自己決定しやすい言葉掛けをするよう努めており、利用者の人格を尊重している。	
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	利用者の表情やしぐさを観察しながら、声をかけるように努めている。問いかけや選択肢できるように言葉をかけをしている。外出機会は自己決定の場となっている。		
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	1日の流れはあるが、本人の生活のペースを重視し個別性のある対応を行っている。利用者のペースにそって、見守り、話をしながら生活を送っている。		
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	着替えは基本的には本人が決めている。年1度、ホテルの食事は利用者も職員もおしゃれをし出かける楽しみである。整容の乱れにも配慮するよう心がけている。		
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	日曜日の弁当日は目先が変わり楽しい食事の日。食事準備や片づけは職員も一緒に行い、利用者同士は役割分担ができています。旬の野菜や果物の差し入れがあり季節感の味わえる食事が提供でき皆で楽しく食事ができている。季節感のある手作り菓子作りも楽しい時間である	管理栄養士が献立をたて、利用者と職員で共同して食事作りを分担しながら行っている。食事の時間は「頂きます」「ご馳走様」を言い、心地良い音楽を聴きながら職員と食べる楽しい時間作りの工夫をしている。食器洗いや片付けも共に行っている。	
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	一人一人の体調と1日の摂取量を把握し関わっている。食事量は個々に合わせて提供している。本人の体調や食事のタイミング、介助法を工夫し食が進むよう支援している		
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	毎食後は、洗面所にて個々に合わせたケアをしている。義歯は毎晩食後に消毒の為管理し、起床時に本人に渡している。		

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	毎食事前、おやつ前は自立の方も皆でトイレに行くようにしている。利用者のしぐさや行動から察知しさりげない誘導を心がけてトイレでの排泄を支援している。日中と夜間帯のバット類も検討し状況に合わせて対応している。	排泄チェックシートを活用したり、仕草や行動で排泄のタイミングが分かり排泄の支援を実施するなど、声掛けと誘導を徹底しており、自立に向けて支援している。	
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	排便パターンを把握。便秘の方は朝一番に牛乳を提供。毎朝のラジオ体操や水分チェック表にて水分補給の徹底を行っている。戸外や施設内の散歩を行い、できるだけ体を動かすよう便秘の予防に努めている		
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、午後に入浴を実施している。気の合う利用者同士一緒に入ったり、夕食後にしか入らない習慣の利用者は、夜、入浴を提供することもある。職員と利用者が一対一でゆっくり話ができる時間となるよう提供している。	入浴の時間を昼から実施し、夜の入浴希望があれば希望に沿える様に支援している。週3回は入浴しており、入浴時の会話から利用者の気持ちや変化を記録に残している。	
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	日中、活動し生活リズムを整え安眠に努めている。寝付けない利用者には飲み物を提供したり、話を聞くなど安眠につなげている。眠剤を飲まれている利用者はいない。		
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	職員全員が、薬の内容を勉強会にて把握している。薬が変わった時は、処方内容を申し送り、分かるように徹底している。薬の内容や往診時の医師の報告は家族に連絡している。		
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	利用者同士が役割分担を作っている。職員ができないことと、決めつけず何気なく誘ったり、色々働きかけや工夫し、仕事はお願いし感謝の言葉をかけている。神社の祭りや餅つき、柿採りも楽しみとなっている。		
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支援している	外出チェック表より、外出者が偏らないよう配慮し出かけている。屋上散歩を日課とし戸外でのコーヒータムは気分転換となる。家族との日帰りバス旅行や初詣の後のホテルの食事は楽しみである。敷地内の散歩も地域住民との交流の場となっている	施設の庭と高齢者専用マンション屋上繋がった作りとなっており、屋上散歩が毎日の日課となっている。利用者全員が外出できる様に記録表を活用したり、年に1度はお洒落をしてホテルでの食事会を企画している、また、家族参加で日帰りバス旅行も実施している。	

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
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	家族の協力を得てお金を持っている利用者もいる家族よりお金を預かり、事務所が管理しているが買い物や喫茶店ではお金を渡し自分で払ってもらうこともしている。		
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	家族や友人への電話、手紙は歓迎している。利用者の希望があれば電話の取次ぎもしている。遠方の娘さんへの近況報告の電話を本人がすることもある		
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	食堂と居間は一体し全体が見やすい環境にある。廊下にはソファがあり仲良し利用者の憩いの場所であり、日の当たる廊下では、椅子を用意し読書されたり、居眠りしてくる利用者もいる。季節感のある生け花を利用者と一緒に飾ってある	明るい居間にはソファが並び好きな場所に座り各自好みのテレビをみたり、雑誌をみるなど自然と集まる場所となっている。職員は利用者の好きな番組を録画しておき皆の意見や雰囲気に合わせて楽しむ時間を作っている。廊下にもテーブルとイスが有り一休み出来るくつろぎの場所となっている。	
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	玄関ホールにはソファを置き、1人で過ごせるスペースがある。廊下に椅子を置き、読書される利用者の居場所である。		
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	家族にはできるだけ馴染の家具や思い出の品を持ち込んでもらっている。レイアウトは家族と相談し本人が生活しやすく安心できる部屋作りに努めている。	居室清掃は利用者と職員が一緒に行い、清潔感があつた。居心地良く生活が送れる様に使い慣れた家具や用品を持ち込み安心できる部屋作りとなっていた。ベットはセミダブルサイズが備え付けとなっており、ゆったりと休む様に配慮されている。	
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	身体状況の変化に応じ環境整備を家族と相談し改善に取り組んでいる。必要であれば目印をつけたり、物の配置の工夫をしている。		

外部評価軽減要件確認票

事業所番号	2373800396
事業所名	グループホーム 安心樹

【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、今年度は地区の避難訓練に参加することができた。近隣にある幼稚園、地域のボランティア (折り紙・大正琴など) とは定期的に交流している。	○
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
	会議開催に合わせて、案内状を郵送や手渡しで配布し、年6回開催している。市や地域が協力的であり、参加者も多い。話し合った内容は、議事録に残し職員に伝え、意見や要望等があれば随時対応している。	○
重点項目③	市町村との連携 (外部評価項目: 4)	評価
	市の研修に定期的に参加、傾聴ボランティアの受け入れ、困難事例や苦情相談など、市と連携して対応している。市から派遣される、介護相談員と意見交換し、サービスの充実を図っている。	○
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
	年2回 (5月・9月) 家族会を開催し、同日に家族アンケートも実施している。苦情・要望等については、入居時に施設としての仕組みを説明し、面会時やアンケートで、随時聞き取っている。ホーム便り「やすらぎ新聞」を毎月発行し、家族へ利用者の様子や改善内容を伝えている。	○
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
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、実現に向けた取り組みを行っている。
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。