

### 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	2395700046		
法人名	医療法人 聖会		
事業所名	グループホーム砂川 1階		
所在地	愛知県知多郡武豊町砂川2丁目73番地1		
自己評価作成日	平成21年12月25日	評価結果市町村受理日	平成22年4月12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	愛知県名古屋市中種区内山一丁目11番地16号		
訪問調査日	平成22年1月19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)】

利用者の思いをしっかりと聞くことを基本にしている。日々変化する利用者の方でもしっかりと会話する事により、不安感を軽減し信頼関係を築きレベル低下しても安心してその人らしい生活ができるようにしている。  
 家族・地域との関係にも重点をおいている。

【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)】

医療法人を母体とし、昨年の10月で設立1年目を迎えた新しいグループホームである。武豊町内に同法人のグループホームが他に2事業所あり、グループ内で情報交換を行いながら地域に密着したホームを目指している。運営推進会議には、町の福祉課担当者をはじめ区長、地域包括支援センター職員、民生委員が参加し、利用者の徘徊や災害などの緊急時における連携について話し合い、地域との協力体制作りにも努めている。また職員は『人生の先輩として尊敬の気持ちで接し、個々の持っている力を引き出せるケア』を心がけ、利用者がその人らしくホームで過ごしてもらえるよう取り組んでいる。また家族からは、質問や疑問への回答が早く緊急時的確に対応してくれるとホームへの厚い信頼が察知される。設立1年目ということもあり、今後のより良い発展が期待されるグループホームである。

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. 全くいない
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、活き活きと働けている (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	開所時より事業所独自の理念を毎朝の申し送り時に斉唱を行なっている。各スタッフの支援方針の基礎となっている。	職員は、毎日朝礼で理念を唱和し、理念に基づいたケアが出来るように努めている。また、言葉に出すことで、意識づけと共有を図り、具体的なケアに繋げるように取り組んでいる。	
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、地区の清掃活動に利用者に参加したり、回覧板を利用者が持っていき事もある。近所の方には母体病院との相談窓口として声をかけて来る方もあり。地域の方には受け入れられている。	町内会に加入し、利用者と一緒に清掃活動に参加している。近隣から入居している利用者もいる為、近所の床屋を定期的に利用したり、日々の散歩で挨拶を交わす等交流に努めている。	今後、施設行事等に近所の人を招待したり、ホームへの理解を深めてもらう為に交流の場を多く持てるような取り組みを期待する。
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	在宅で認知症介護している方の介護相談窓口有り。町内の認知症サポーター養成講座で一般の方に講演を行い知識を活かしている。		
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	日中玄関に施錠しないグループホームの取り組みや、不穏時に大きい声が出る可能性あること説明。会議の中でどのようにすれば地域の方に理解してもらえるか意見を出し合って実践に心がけている。	役場の福祉課、区長、地域包括支援センターの担当者等の参加協力を得て会議を定例化している。ホームの現況報告、防災対策、利用者がホームから徘徊した際の協力体制等について話し合い、ホームのサービス向上に取り組んでいる。	
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に取り組んでいる	2ヶ月に1度町内の「ケアマネつどい」に介護保険事業所や行政の参加の会議があり情報交換を行なう。また、役場へ行った際は福祉課に顔を出して現況等の報告を行なう。	日頃からホームの現状報告を頻繁に行っているほか、役場から地域ボランティアの紹介やリフト車の貸し出しをしてもらう等、協力的な連携が図られている。	
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	具体的な禁止項目については認識できている。現在身体拘束は行っていない。	利用者に対し「だめ」等の否定的な言葉での抑制をせず、その人に合わせたケアを心がけている。またホーム内で勉強会を開き、具体的にどんなことが拘束になるのかを話し合い、利用者の尊厳と主体性を大切にしたい支援に努めている。	
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	虐待関連法については施設内で勉強会を行なったりする機会設けている。夜間帯スタッフ1人になることで目が届かない時間帯あるが日頃よりストレスが溜まらないように声かけ等を行ない防止に努めている。		

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	利用者に対して不利に判断している家族は現在いないと思われる。利用者の中には後見制度を利用している方はいる。スタッフ全体ではまだ勉強不足の部分である。		
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	契約の時点ではなく、事前に説明は済ませて当日に再度確認をするようにしている。		
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	利用者同士のちょっとした会話の中に意見等があった場合内容を確認するようにしている。家族には面会時に声をかけて要望を聞くようにはしている。玄関に意見箱を設置し機会を増やすようにしている。運営推進会議では利用者は必ず参加してもらっている。	家族が来所した際は、利用者の近況報告や介護計画について話し合い意見を聞くように努めている。また、利用者や家族に運営推進会議に参加してもらいホームへの要望を聞く場としている。	
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	毎月の定例会議で利用者の処遇や運営面でのこと話し合っている。議事については朝の申し送り時や個別で確認するようにしている。議事録を代表者に提出報告している。	毎月の定例会議で、業務体制の変更や改善等の意見を管理者に出し、話し合っている。管理者は、それらの意見について、改善可否の理由や優先順位を含め職員に説明を行っている。	開設一年を迎え、より良いホーム作りに向け、更に深く職員の意見を聴く事で、サービスの向上に繋げていくことを期待する。
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	日々の勤務状況を管理者は総括し法人に報告している。個別でスタッフが法人幹部と心身面で面談する場面も必要に応じてセッティングし職場環境・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	毎年度各個人の目標をあげてもらい、それに対する具体的な計画やアドバイスを行なう。随時届く研修案内は個々のレベルに応じて振り分けるようにしている。OJTを意識しながらベテランスタッフが新しいスタッフを育成できるようにしている。		
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	同法人のグループホーム他2施設とは行事での交流がある。互いに施設内サービス向上するように意識して情報交換して連携。		

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	生活歴を含めてアセスメントを行い信頼関係を築く。初期の段階では互いに慣れるまで接する時間を多く持つようにしている。センター方式の一部活用で生活歴の細かいところが把握でき信頼関係が築きやすくなった。		
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	キーパーソンを確認し、家族の思いを確認する。センター方式の一部活用でキーパーソン以外の方の話を聞く事も出来やすくなった。		
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	担当ケアマネと情報交換し入居申し込みから実際に入居まで待機があるため、その間の計画について本人・家族と一緒に相談に乗る。支援事業所が決まっていない場合や、介護認定ない場合は今後の流れを説明した上で適当な機関等の紹介を行なっている。その後も必要であれば		
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	生活の一場面では昔の知恵を活用したり、過去の出来事を共有している利用者等スタッフが上手に関係を築けるように配慮したり、食事作りも共同で作業できるように能力を判断し分担している。		
19		○本人と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	毎月様子報告の手紙を送付し、面会時に各家族がどういった情報が欲しいかを確認し、本人と家族の絆が保たれるようにしている。利用者の様子を見て、家族だからできる支援についても話をする。		
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	事前に家族と馴染みの関係や面会者についての注意等確認。面会に来る方に認知症理解してもらったり、本人外出時に以前の知人等に会うときも、必要なときは認知症について事前に説明行なったりし、交流の大切さ理解してもらう。認知症ということ関係が途切れないように依頼している。	町内から入居した利用者が多い為、近所の友人が遊びに来たり、以前から利用していた床屋へ通う等、今まで築いてきた関係を大切にしている。時には、面会者に認知症についての説明を行い理解を得るよう努めている。	
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	互いに病気であることを必要に応じて判りやすく説明し、一緒に生活することで相互援助できるように配慮している。		

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	退居された場合でも、その後の家族の相談に乗ったり、本人への面会も行なう。在宅復帰した方は担当者から情報を確認する。		
<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	計画作成時以外でも普段の生活のコミュニケーションの中で献立のことから生活全体のことまで何気ない場面も大切にしている。そういったことから本人の思いを把握している。	日々の関わりの中で表情を見ながら言葉をかけ、その時々様子や行動等から思いの把握に努めている。職員は日々の変化等を申し送りノートに記録し、情報を共有することで意向の把握に努めている。	
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	本人・家族・ケアマネ・サービス事業所に経過・サービス利用の状況等を事前に確認し把握行なっている。		
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	毎朝の申し送りで利用者の心身状態を把握している。日々変化があり必要な情報は小まめにその都度、スタッフ間で伝達している。		
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	計画が実行され有効か、定期的にモニタリングを行なう。その結果を本人・家族・スタッフに伝え現状に即した計画になるように心がけている。	モニタリングの結果を家族に伝え、本人の希望を尊重し、医師のアドバイスを参考にして介護計画を作成している。状態に変化があった時には随時見直しをしている。	
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	記録するスタッフは自分で共有したい情報を判断しそれについてしっかり記録してもらう。各スタッフ毎日の記録に目を通し情報共有している。気付いた点は意見を出し合い検討を行なう。計画作成スタッフともどういった視点で記録が欲しいか確認している。		
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	現状ではサービスの多機能化への取り組みは行なわれていない。利用者は日々訴えに変化ある。タイムリーに対応必要になるのでその都度ホーム内で柔軟に出来る支援で取り組む。		

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	なるべく外に出かける場面増やせるように、本人のなじみの店には小まめに出かけるようにしている。		
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	本人・家族の了解の下、同法人病院の訪問診療を行なっている。受診希望あれば随時受診援助を行なっている。すばやく対応連携で安心感を提供できている。	入居時に本人や家族の了解の下、同一法人病院をかかりつけ医としている。2週間に1度の往診と、1週間に1度は看護師が訪問し、状態変化があった場合には、医師の判断を受け対応しており、連携が図られている。	
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	利用者の状態変化あれば連携病院の看護師に報告し医師の判断をすばやく仰げるようにしている。往診や訪問看護で近くにいる場合は直接診に来る事もある。		
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。	入院時病院側に日常生活の情報提供をし利用者が入院による環境変化で混乱がおきにくいように配慮できるようにする。安定したら早めに退院できるように情報をもらい、退院後は経過を報告しフォローアップも対応している。		
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	医療の事前指定書でできるだけ家族・本人と確認したうえで、主治医に報告し緊急時の処置の目安としている。終末期については主治医から家族へ説明してもらう。家族より方針変更あったら申し出ってもらう。事業所でできる範囲は伝えている。	入居の際に、本人や家族の希望を事前指定書で確認をしている。現在は終末期の支援は行わない方針であるが、職員に周知できていない所がある。	本人や家族の希望に沿えるよう、医師や訪問看護師、職員等を交え話し合い、ホームでできる支援について、検討、共有することを願っている。
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	急変時のマニュアルは作成してあるが、定期的な訓練はできていない。急変時には、慣れたスタッフが対応しながら別のスタッフに指導し経験を積んでもらっている。		
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	年に2回消防の立会いで避難訓練を行っている。スタッフも随時交代で訓練に参加している。3日分の水・食料の備蓄があり。推進会議では災害時に互いに協力できるように話し合いをしている。	年2回、消防署の協力を得て避難訓練を実施している。夜間想定訓練では夜勤職員が一人で18名の利用者を避難誘導する体制になっており、他部署や地域の協力体制の必要性を感じている。防災台帳へ記入し避難誘導の際の参考になるよう区へ提出している。	

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>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	スタッフ間の日常の会話は利用者・家族に失礼のないように心がけている。利用者の性質を踏まえプライド傷つけないようにスタッフ言葉かけを行なう。	職員は利用者を人生の先輩として、尊敬の気持ちを持ち接するように心がけている。相手に目線を合わせ、失礼のない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 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	思いや希望をダイレクトに確認しても答えが出にくい方には、日常の好みなどをスタッフが把握しながら、その時々で本人が選択しやすいように配慮している。		
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	ホーム内の日課はあるが利用者一人一人のペースがあるので、無理に合わせるのではなく、声かけで誘導を行なう。また、そのときにスケジュールの希望が無い確認している。		
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	起床時にモーニングケアを行なう。散髪は近所の床屋へ個別にスタッフが随時対応している。なじみの店がある方はその関係を切らないようにしている。新しい衣類等の購入は利用者とは出かけ選んでもらう。		
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	食材の買物と一緒に出かけようとしている。利用者の希望で急に献立を変更する事もある。利用者同士で準備や片付けをする事も有る。昼食は同じテーブルにスタッフも入り一緒に食べる。	利用者の好みを、摂取量等も参考にして把握するように努めている。また、病状により食事内容に配慮している。食事の準備や片付け等、利用者ができることを一緒にいき、同じテーブルで食事をしている。	
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	全体的な栄養バランス取れた献立を作成。咀嚼能力によって食事形態を変え摂取出来るように配慮する。毎日水分摂取量も確認している。排泄状況や毎月の体重も確認している。		
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	朝食前にうがいを実施。歯磨きは毎食後行なう。認識力によって声かけによる支援や一部介助など行なう。義歯については週に1度洗浄液での洗浄も実施。		

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	排泄介助必要な方はパターンをチェックしそれを基に支援方法を定める。本人の意向も確認し自尊心傷つけないように行なう。	排泄介助が必要な利用者は、排泄チェック表を参考にして、状況を見ながらさりげない誘導を心がけている。リハビリパンツやパッドを利用し、生活リズムを把握しながらの支援に努めている。	
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	利用者ごとに排便間隔確認する。食事や水分、体操等でなるべく自然排便促している。どうしても出ないときは、処方されている下剤を使用する。服薬時本人に内服するか確認する。		
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	週3回は入浴できるように支援している。入浴好きでない方は声かけのタイミング等調整。入浴回数は意向を確認できるが時間帯については対応が困難なため聞き取り行っていない。	週3回は入浴できるように支援している。また、失禁時等はシャワー浴で対応している。1階浴室は広く、車椅子の利用者にも対応しやすい。暖房も完備され入浴剤等を利用し、気持ち良く入ってもらえるようにしている。	ホームの都合で曜日や時間を決めるのではなく、利用者のその日の希望や習慣に合わせた支援を期待する。
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	消灯等は決めず各利用者の様子を見て声をかけ、眠りに誘導する。日中も自由に居室で休めるようにしている。日中居室で閉じこもりがちな方は、声かけレクリエーション参加促したりする。		
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	利用者個人の服薬一覧を確認する事で理解している。内服はスタッフが確実にできるように管理している。新しく処方された薬については申し送り等で伝達し情報共有している。状態変化あった時は医師と相談行なっている。		
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	利用者の残存能力を活かした楽しみや役割をしてもらう。飲酒も管理の支援を行っている。囲碁が好きな方は地域の大会に参加するなど有り。		
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	買物に行く際は一緒に行く方のなじみの店に出かけるようにしている。季節の移り変わりを感じてもらえるように外へ散歩する機会はある。家族と外出する際は体調面で配慮する事あれば伝え不安の無いように支援している。	スーパーへの買物や近所への散歩等で、日常的に外出をしている。また、花見の季節等には、弁当を持ち出掛けることを楽しんでいる。家族と外食にでかける等、家族の協力も得られている。	



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
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	家族と事前に話をし、自己管理できる方については、普段の買物できる程度のお金を持つ事はできる。		
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	電話は事前に家族と協議した上でどこまで掛けて良いか確認し、個別対応している。家族の承諾があれば電話は自由に使用してもらっている。自己管理できる方は携帯電話の持ち込みもある。		
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	利用者に環境面で不満が無い話を聞き、それについて改善行なう。季節ごとの飾りをスタッフと一緒に飾る事で季節感の採り入れ行なう。	リビングや食堂は自然の光が差し込み、明るくゆったりとしている。また、食事時には食欲をそそる匂いが心地良く、過ごしやすい雰囲気である。外出時の写真等も飾られ、落ち着いた暮らしてもらえるように配慮している。	
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	食事の席は決まってはいるが時々配置を変えている。くつろぐ時間にみんなが一箇所に集い団欒を過ごす事もある。		
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	居室はプライベート空間として、本人の嗜好や好みを尊重し、持ち込みの対応や配置にも考慮している。	使い慣れた家具や小物が持ち込まれ、家族の写真等も飾られている。シンプルで落ち着いた居室である。	
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	利用者の身体能力を把握し残存能力を活用できるように配慮して支援する。		

### 外部評価軽減要件確認票

【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
	自治会に加入し利用者と一緒に地区の清掃活動に参加したり、散歩や買い物の際に挨拶を交わし地域との交流を大切にしている。また、防災訓練を消防の立ち会いのもとに行う等緊急時の支援体制にも力を入れている。	○
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ヶ月に1回定例化し実施している。町役場福祉課、区長、地域包括支援センター職員等の参加協力を得て、同法人の3事業所が合同で行いそれぞれの現状報告と情報交換を行っている。利用者の徘徊や緊急災害時における地域との協力体制について話し合い、利用者が安心して暮らせる環境作りに取り組んでいる。	○
重点項目③		評価
	定期的に区で行われる行政参加の会議に管理者が参加し情報交換を行っている。役場へ出かけた際は担当者にホームの現状報告を行い、質問や相談があった場合はすぐに連絡ができるような関係づくりに努めている。	○
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
	家族には面会時にこちらから積極的に言葉かけを行い、相談しやすい雰囲気作りに努めている。運営推進会議に利用者、家族共に参加してもらいホームに対する意見や要望を定期的に聞くようにしている。利用者の日々の生活の様子を便りとして発送している。	○
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		○

【外部評価で確認されたこの事業所の特徴】

毎回実施されている運営推進会議では、役場担当者から武豊町の高齢者の現状や今後の高齢人口増加予測の報告もあり、これから地域と共に助け合えるグループホームの在り方やより密な連携と協力体制への取り組みを進めている。  
また同法人の3事業者が地域に対し認知症への理解を深めてもらえるよう意見交換を行った。地元に着したホーム作りに積極的に努めている。

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り組み	(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。