

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	2373100912		
法人名	株式会社日本介護研究所		
事業所名	グループホームでんばあく		
所在地	安城市横山町石ナ曾根175		
自己評価作成日	平成22年3月26日	評価結果市町村受理日	平成22年4月27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	愛知県名古屋千種区内山1-11-16		
訪問調査日	平成22年3月31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)】

建物は、鉄筋つくりの和風建築で「旅館」と見間違えような風情を漂わせている。鉄筋での建築は、大地震にも万全の備えで倒壊の危険性はないため、安全性は高い。和風の中にも木や土を使った設計で温かみのある環境である。広いリビングは、一人ひとりの居場所つくり最適で、居室以外にも自身の空間を持つことができ、また他の利用者との交流も快適な環境でできる。車いすの方の支援も可能で、グループホームとしては非常に住みやすいケアを提供している。

一人ひとりの状況に合わせた、細やかなケアを実践を目指している。日常生活の中でできることを一緒にやり、役割感を持っていただくことで生活の主体者となっていただくよう心掛けている。特に家事作業(調理、洗濯、掃除など)は、毎日の中で多くの時間を割いて行うので、利用者さんのペースに沿いながらゆっくりと行っている。

【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)】

ホームの建物は日本文化を大切に造り、ゆとりと空間が十分に確保されており「穏やかな居心地の良い家」そのものである。そのため利用者は自宅へ行ってもすぐにグループホームへ帰ると言うことである。ケアは効率を求めないよう個別対応を心がけており、利用者のその日の状況に合わせた1日を送っている。家族の来訪も多く、孫やひ孫を連れてくる家族もいる。今後は家族会を行事と組み合わせる予定がある。市主催の研修にパートも含めて参加する体制をとっている。管理者は福祉の経験をもとに地域密着型に意識して取り組み、自治会などとの連携が取れている。地域の福祉相談や学生の体験の場となる等、地域に根付いてきているホームである。

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 (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)	○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	一人ひとりに合わせたケアの実現を目指し、利用者個々のニーズに合わせケアを提供している。認知症の利用者の支援については、その人のその日その日の症状や状況に合わせたケア、声かけを行い、一人ひとりの尊厳を守るケアに努めている。	利用者の思いをそれぞれに聞いて、個別対応をする支援を心がけている。一日の流れは決めずにその日の利用者の状況に合わせている。職員は理念に沿って、効率を求めない、利用者を抑制しないケアに務めている。	
○	(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	運営推進会議を通して、事業の理解をいただき、町内会への加入、町内会行事へのお誘いや日常的なボランティアでの関わり、また近隣の方との挨拶など、地域の一員として交流させていたっている。	町内のお祭りには出席すると、席の確保をしてもらったり、車の誘導をもらうなどの関わりが持てている。また、町内の防災訓練にも参加している。地域の中学生、高校生の体験学習の受け入れを行ったり、書道や日本舞踊などのボランティアも来所している。	
○		○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	近隣の方、町内会を通じての介護相談等を受けたり、運営推進会議で「認知症の高齢者」についてのご理解をいただいたり、要援護高齢者の支援について協力を依頼されるなど地域の方と交流している。		
○	(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	運営推進会議は、年6回実施。認知症の理解をいただき、「出来ることがあれば協力する」(町内会)との言質を頂いたり、町内会行事のお誘いを受けるなどの協力支援を頂く。また地域の方に協力依頼を積極的に行うことをすすめられる。	運営推進会議から町内とのつながりができて、町内会長にも積極的に関わってもらっている。また、運営推進会議の案内を市長宛に出し、職員に出席してもらっている。会議内容はホームの現状報告やグループホームについての質疑応答や地域の行事等の連絡である。	
○	(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	市内5か所にグループホームが定期的に「部会」で集まり意見交換を行ったり、運営推進会議で市の方との交流、また窓口での相談等日常的に連携を取り、協力関係を築くよう取り組んでいる。	2ヶ月毎の運営推進会議に市の職員に出席してもらったり、わからないことがあればすぐに介護保険課に問い合わせ情報交換をしている。また、市主催の事業者連絡協議会に出席して連携を図っている。	
○	(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	身体拘束禁止マニュアルの閲覧や研修での講義等で身体拘束についての周知を図っている。実際に、施錠についても身体拘束である認識を持っており、施錠しないケアを実践している。声かけについても、認知症の利用者に対しては、留意し、抑制、禁止の会話は禁忌としている。	玄関の鍵はかけていない。エレベーターのロックはしているが、いつでも番号を押すことにより作動でき、番号の認識できる利用者は使用可能である。その他の方は職員が同行する事によって利用可能である。身体拘束についてのマニュアルを活用して職員間で拘束のないサービスの支援に全員で取り組んでいる。	
○		○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	高齢者虐待については、研修で周知を図り、また日頃より「してはいけないこと」としてコミュニケーションの中やマスメディア情報をもとに周知を図っている。		

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	以前に、成年後見制度を活用されているケースがあり、その際に資料等を通して学ぶ機会を設けた。研修においても講義内容に入れている。現在は該当ケースはないが、入所の際にご家族から相談を受けたケースもあり、支援の必要性もあるため、再度支援に向けた事前準備をしている。		
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	契約については、十分な時間(1時間30分~2時間)を要して、重要事項説明および契約締結を行っている。		
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	家族会は現時点ではないが、面会時等を利用して家族と会話を心掛け、サービス利用時に要望、意見を聞き、ケアに反映している。メールや携帯電話等のツールも利用して、気軽にお話しただけのような心掛けている。	運営推進会議のときに家族から出された意見や、面会時に出された要望を職員で話し合い、サービスの提供に活かすようにしている。管理者は家族と携帯電話やメールなどで意見交換もできるよう対応している。	今後は行事と家族会を組み合わせを行ないたいとの意向であるので是非実現されたい。
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	職員の勤務について、希望休をすべて勤務シフトに反映させ、生活と仕事の両立が図れるよう配慮している。そのほか、意見、提案の言いやすい環境に努めている。	職員会議で出た意見や要望は幹部会議にかけ、その結果を職員に伝え、必ず意見や要望はもどすようにしている。職員から利用者の食事についての要望があり、それを食材として取り入れた例もある。	
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	代表者自ら足繁く現場に通い、管理者含め職員の勤務状況を把握し、職員とのコミュニケーションを図り、職場環境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	どんな研修が必要か、そのためにどんな情報を収集するか、など代表者自ら問題意識を持ち、現場のケアの質の向上に努めている。		
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	同業者の集う研修(実践者研修、管理者研修等)に積極的に職員を参加させ、職員のネットワークづくりや質の向上に努めている。		

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
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	利用の事前に、アセスメントを行い、ご本人の希望をお聞きしている。また利用初期には、少し関わりを多くし、不安を取り除くように努めている。		
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	利用の事前に、アセスメントを行い、ご家族との関係を築きながら、利用者にとってより良いサービスの提供を行うために協力関係の形成に努めている。		
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	グループホームの場合は、まずできる限り馴染みの関係づくりから行うが、家族と離れる不安を取り除くためできる限りの面会をお願いしている。いつでも会える環境づくりが逆にホームへの馴染みにつながる。		
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	昼食夕食調理や家事一般等の作業を一緒に行い、暮らしの中でのケアに努めている。また利用者同士の交流の媒体として、家事作業を取り入れている(洗濯物をいい所に干す、置む、掃除を行う、調理をするなど)。		
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	ご本人の様子を 請求書送付の定時、面会時や体調不良の際の行う随時、のお知らせすることで協力関係を築いている。また支援で家族の力が必要な際には、お伝えし協力いただいている。		
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	ご家族の面会には全く制限をせず、自由に来ていただいている。また急な外出や外泊も自由としている。知人の面会等も基本的に自由としており、ホームに入居したことで関係が途切れないよう対応している。	家族がグループホームへ孫やひ孫を連れてきて過ごしていることもある。また、友人が面会に来る事もある。神社や寺へ行き、馴染みの場所として落ち着く人もいる。基本的に家族が行きつけの美容院や墓参りに連れて行っている。	
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	認知症の利用者の方同士の触れ合いには、職員が必ず間に入りながら、できる限り良好な関係を維持できるような環境づくりに努めている。また他の利用者との交流が難しい方の居場所をしっかりと作ることでお互いの生活を確保している。		

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	サービス終了時には、いつでも相談対応できるように、関係づくりに努めている。		
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	利用開始時のアセスメントにて、ご本人及びご家族の希望、要望をお聞きし、サービス計画に反映のうえ、ケア実践につなげている。ご本人からの要望が難しい場合は、ご家族から、もしくは代弁機能を活用するよう努めている。	職員は利用者の生活歴を大切にしている。それを考慮して日常生活の中で表情や会話からも思いや意向を汲み取り、その人に合うケアサービスが出来る様に努めている。また、入居後は家族からも過去の情報をもらい思いや意向の把握に努めている。	職員の交替のため、利用者の把握がおろそかにならないように、日常生活の中で表情や会話から、利用者に向合うケアサービスを全職員が共有出来ることを望んでいる。
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	利用開始時や、再アセスメント時に、ご本人の自宅での生活ぶり、またこれまでの暮らし等についてご本人ご家族とお話し、把握につとめている。		
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	複数の職員によるケアが行われるので、随時職員間の連携を図り、一人ひとりの利用者の状況に関わる職員が把握できるように努めている。申し送りノート(日誌)、ケース記録の記入にて状況の記録に努めている。		
26	(10) ○	○チームでつくる介護計画とモニタリング 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	モニタリングは、定期的な段階は介護保険証の更新時、サービス計画書の期間満了時、また日頃のケアの中で随時、見直ししながらより良いケアの提供に努めている。	モニタリングは利用者の状況により3ヶ月と6ヶ月になっているが、状態変化が見られる場合は随時見直しをしている。介護計画は毎日の申し送りノートやケース記録を参考にして、本人、家族、医師、職員と話し合い現状に即した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	個別記録の記入、お便り長の記入を行い、1日どう過ごされたか、心身状態等を記録し、現状の把握に努めるとともに、介護サービス計画の内容に反映できるよう努めている。		
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	通院によるご家族の負担軽減のため、かかりつけ医の紹介を行い、往診による健康管理に切り替えたことでご家族の負担が減り、自由な面会訪問が逆に増えたケースがある。		

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	運営推進会議により、町内会との密接な関係作りができてきたことで、町内会行事への参加や、地域との触れあう機会が増えた。地域住民の一員として、地域から受け入れていただいている。		
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し、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	かかりつけ医と協力医療機関の連携に努めている。ある利用者は、入居と同時にかかりつけ医を近隣のクリニックに変更し、協力医療機関との連携も視野に入れた医療体制を整えたケースもある。	利用者はホームのかかりつけ医の月2回往診がある。入居前の専門医受診は家族と協力し通院を行っている。かかりつけ医と専門医の連携はできており安心して生活が送れるように支援している。	
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	かかりつけ医クリニックの看護師や、訪問看護の看護師とは、密に連携をとり、情報の共有等を行い、適切な受診や看護を受けることができ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。	協力病院への入院の場合、かかりつけ医からの紹介状も手配できる体制となっており、スムーズな医療ケアへの移行を行っている。		
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、事業所です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	過去にグループホームでは、2例看取りに向けたケースに対応している。かかりつけ医との連携、家族との協力のほか、職員のケアやフォローも含め、実践した。今後は、書面による看取りの方針を立案する方向で進めている。	入居時に家族には重度化や終末期に向けて、ホームとして出来ることを説明している。利用者の状態変化に応じて家族とは話し合いをしているが、その中で、医療が必要な時には訪問看護師、家族、医師、職員で話し合いホームでできる精一杯のことはしている。	重度化や終末期に向けた方針を立案される方向とのことで、是非とも作成して職員間で共有されることを期待している。
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	消防署員によるAEDの訓練、また応急手当の訓練のほか、通報訓練や通報方法の周知徹底を図り、緊急時の備えに努めている。		
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	今年度は2度の防災訓練の実施、町内会の防災訓練の参加、また地震災害に備えての訓練を実施。防災訓練では、近隣の消防署や地域の方も参加いただき、地域での協力体制をとっている。また緊急連絡網を確立し、緊急時に備えている。	ホームで夜間想定避難訓練を実施している。その時に、利用者は消火器を使用して消火訓練もしている。また、9月には職員と利用者と一緒に安城市の防災訓練に参加している。	地域住民の参加で防災訓練を行っているものでそれが定期的な訓練になることを望んでいる。

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
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	特に、入浴や排泄においては、プライバシーの保護を行っている(遮蔽された空間づくりなど)。また呼称は、〇〇さん付けで統一している。	職員は利用者を尊重しており、特に言葉使いには気を付けている。衣服の着替えの服を選択する場合も自己決定し易い言葉をかけており、プライバシーの確保に努めている。	
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	「はい」「いいえ」の閉ざされた質問に終始するのではなく、開かれた質問を活用したコミュニケーションを行い、思いをうかがうよう努め、自己決定の尊重に努めている。		
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、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	認知症の利用者の方にとって、抑制、禁止は、不穏・不安の増大につながるため、してはいけないケアである。必ず利用者のペースに合わせたケアを行うように努めている。		
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	1日2回の着替え(朝、夕)を実施。そのほか朝には必ずくしを通したり、ひげそりなどの整容支援を行っている。		
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	食事の準備には、利用者の方と一緒に、楽しみながらの食事に努めている。また行事食(七夕、敬老の日、クリスマス、正月、ひな祭りなど)では季節に合わせた手作りの料理を提供している。	職員は利用者の能力が発揮できるように、その人に合った調理、盛り付け、片づけなど一緒に行っている。食事中は利用者の食べこぼしなどのさり気ないサポートをしている。また、家族と外食を楽しむ人もいる。	
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	食事摂取量や水分量は、毎回記録し、状況の把握を行い、排泄やその他身体の状態など、健康に留意している。		
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、口腔ケアをお勧めしている。介護の必要な方については、必ず行っている。		

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
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	排泄は、紙パンツ等を使用している方であっても、必ずトイレに誘導し、トイレでの排泄に心掛けている。認知症の方の場合、尿意便意を伝えることができない方もいるので、動作や表情を見たり、タイミングをはかって、トイレ誘導を行っている	基本的にトイレでの排泄を大切に考えており、実践している。他施設より、ホームにもどった場合でも利用者の表情や行動から察して、トイレでの排泄の支援をして早い段階で排泄パターンを把握している。	
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	排便の間隔の把握に心掛け、ご家族とも連携し情報の共有に努めている。食材の工夫や水分の確保、また便秘の際にはかかりつけ医の指示も仰ぎながら対応している。		
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	個々の状況により、午前、午後を問わず、対応している。認知症の方については、不穏・不安な状況を鑑み、入浴のタイミングをはかっている。1人あたり週3～4回の入浴を心掛けている。	入浴時間は決めていないが午後に入浴することが多い。入浴拒否の人にはタイミングを見計らい声をかけたり、職員を代えて声をかけるなどの工夫をして無理強いをしないように努めている。	
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	夜間は、夜を認識していただくよう、パジャマ等に替えていただき、室内の電気も明るさを落として対応している。ただし、睡眠を無理強いすることなくご本人のペースに合わせている。		
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	アセスメントの際、また受診により服薬処方に変更になった際には確認の上対応している。またかかりつけ医とも連携し、日常の情報を共有することにより、相談しながら対応している。		
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	日常生活の中での役割として、家事作業で職員と一緒にするように努めている。また他の利用者との交流を図るために、ボランティアの方による書道教室、利用者同士のカラオケ等の楽しみや気分転換を図っている。		
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に支援している	日常的には、散歩や庭に出る等、戸外に出るようにしている。また市内の公園やイベント等への外出など、ボランティア、家族とも協力しながら取り組んでいる。	1日1回は戸外に出る支援に努めている。洗濯物干しや取り込みなどで外に出る機会は良くある。また、玄関前から花壇まで散歩したり、近隣を散歩している。	

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	買い物に行きたいというニーズが出た際に、小遣いを持っていただき、店での購入動作を支援している。		
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	ご家族に電話したい、手紙を書きたい、などのニーズがある場合には、対応している。特にご家族との電話は、サービス利用の際に事前にご家族に了解を得ているので、快く対応いただいている。		
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	家庭的な雰囲気や心掛け、木のぬもりを大切にしたい和風の設計にしているため、利用者の方からも居心地がいいと好評いただいている。	リビングは2ユニット共に椅子やソファの配置が利用者個々の居心地の良い場所となるよう工夫している。また、トイレから浴室にスムーズに行ける配置になっており、失禁など羞恥心を配慮した対応をしている。光りにも気をつけてカーテンなどを活用して利用者が不快にならないように努めている。	
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	職員から見ると、一見死角になるような設計や家具等の配置についても、利用者の目線からすれば、居場所の確保につながる。死角対策は、職員の動線(動くことによる確認)で対応している。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	生活の継続に心掛け、入所時には、馴染みの家具や寝具等の持ち込みをお願いしている。またご家族と一緒に買い物に行き、調度品を購入いただくなどの馴染みを工夫している。	居室はスッキリしているが写真や絵などを飾り、本人にとって寛げて居心地の良い部屋となっている。	
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	全面バリアフリーの構造にしており、移動についてはご自身でできるよう努めている。またトイレのドア、居室のドアについても、生活の中で馴染みとなってきており、ほぼ迷わずに活用いただいている。		

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
	町内会に加入しており、地域の行事には参加している。また、町内の防災訓練にも出かけている。ホームの行事のときのボランティア（車イスの移動）や農園ボランティア（草取り）など応援してもらっている。その他には地域の中学生・高校生の体験学習の受け入れも行なっている。	○
重点項目②		評価
	運営推進会議は、2ヶ月毎に年6回実施している。出席者は市の介護保険課の職員、町内会長、家族、ホーム職員などである。運営推進会議により町内会ともつながりが持てるようになり、地域の行事にも参加できるようになった。	○
重点項目③	市町村との連携（外部評価項目：4）	評価
	市の介護保険課の職員が運営推進会議に出席していることと、何かかわからないことがあればすぐに問い合わせるので、連携は十分取れている。市主催の事業者連絡協議会や認知症の実施者研修に参加している。	○
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
	家族の面会時には職員は意見や要望を言いやすい雰囲気心を心がけており、運営推進会議でも話しを聞くようにしている。それらの意見、要望は職員で話し合い、ケアに反映するようにしている。家族より利用者が自宅へ帰宅する時に排便の時間を教えてもらいたいとの意見があり、その後は時間も伝えるようにした。	○
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】

運営推進会議を実施したことにより、町内との連携が良く取れるようになり地域との関わりが深まってきているグループホームである。市の介護保険課の職員とも運営推進会議に出席してもらっているため情報交換が出来ている。市主催のグループホーム連絡協議会や研修に参加している。また、家族からの意見や要望があれば速やかに対処し、家族との関係も良好なグループホームである。

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。