

1 評価報告概要表

| 全体を通して(特に良いと思われる点) | |
|---|---|
| ホームの母体は併設の医療法人「さくら会」である。ホームは住宅地にあり、3ユニットの木造平屋造りである。広々とした中庭には七夕を飾り、おしゃれなテーブルや椅子を置き、ゆったりと寛げる。居間は天井が高く、畳の間もあり、ソファが数個置かれ、観葉植物、お花、人形などを飾り、心が和む。床暖房の設備が整っている。居間は思い思いの生活用品を持ち込み、自分の部屋らしく飾り、落ち着いて生活できる。アセスメントに基づいて詳細な介護計画を立て、利用者や家族の希望を大切にケアの向上につなげている。代表者は医師であり、管理者とは常に連携をとっており、健康管理面で安心した生活を送っている。廊下づたいに母体医療機関のリハビリに毎日出かけて、身体機能の維持・向上に努めている。栄養士が栄養摂取状況をチェックして、安心した美味しい食生活を楽しんでいる。毎月「菜の花だより」を家族や地域の交番、郵便局、消防署、学校、横河原駅などに届け、利用者の生活状況を知らせている。ホームの運営推進会議も6月と8月に開催しており、地域への理解・啓発に努めている。年間計画を立て、納涼祭、お月見会、クリスマス会なども楽しみ、また、季節に応じた場所へ車での外出を楽しんでいる。 | |
| い | |
| I | 居間に掲示している理念の文字が小さくて読みにくい。利用者、家族、来訪者に理念が理解できるように、分かりやすく、見やすい表示をすることが求められる。利用者のプライバシーの問題については十分配慮しながら、近隣に「菜の花便り」を届けて、ホームの理解・啓発活動に活かすことが大切である。 |
| II | 要改善点は特になく(現状の維持、そして更なる充実が期待される) |
| 生活空間づくり | |
| III | 要改善点は特になく、金銭管理の困難な利用者にも、買い物際には代金を支払ってもらい、安心・自信につなげ喜びを感じてもらえるよう、一層の支援をすることが大切である。利用者の自由で安全な外出を見守ってもらう意味から、更に近隣へ理解・協力をお願いしておくことが望まれる。 |
| IV | ケアサービス |
| IV | 成年後見制度について、説明や申立てに対して対応が出来るように学習を行い、利用を希望する者には活用推進の支援をして行くことが望まれる。今後、市との連携を更に深め、家族介護教室などの事業を受入れ、地域へ認知症の理解・啓発を深めて行くことが期待される。地域集會に積極的に出向き、また自治会にも入会し、小、中、高校生の体験学習を受入れ、ホームの理解・啓発に努め、ホームにも気軽に立ち寄ってもらえるよう、一層の交流を深めることが求められる。 |
| V | 運営体制 |
| V | 地域との関わりを更に深め、防災応援協定などの連携体制をしっかりと確立しておくことが望まれる。 |
| その他 | |

| 分野・領域 | 項目数 | 「できている」項目数 |
|---------------------|------|------------|
| I 運営理念 | | |
| ① 運営理念 | 4項目 | 3 |
| II 生活空間づくり | | |
| ② 家庭的な生活環境づくり | 4項目 | 4 |
| ③ 心身の状態に合わせた生活空間づくり | 6項目 | 6 |
| III ケアサービス | | |
| ④ ケアマネジメント | 7項目 | 7 |
| ⑤ 介護の基本の実行 | 8項目 | 8 |
| ⑥ 日常生活行為の支援 | 10項目 | 10 |
| ⑦ 生活支援 | 2項目 | 2 |
| ⑧ 医療・健康支援 | 9項目 | 9 |
| ⑨ 地域生活 | 1項目 | 1 |
| ⑩ 家族との交流支援 | 1項目 | 1 |
| IV 運営体制 | | |
| ⑪ 内部の運営体制 | 11項目 | 10 |
| ⑫ 情報・相談・苦情 | 2項目 | 2 |
| ⑬ ホームと家族との交流 | 3項目 | 3 |
| ⑭ ホームと地域との交流 | 4項目 | 1 |
| V その他 | | |
| ⑮ 火災・地震等の災害への対応 | 1項目 | 0 |

2 評価報告書

| 項目番号 | 項目 | できて いる | 要 改善 | 評価 不能 | 評価理由 (優れている点や改善すべき点等、評価の根拠) | 改善方策等 |
|------|---|-----------|---------|----------|--|--|
| 外部 | 自己 | | | | | |
| | I 運営理念 1. 運営理念の明確化 | | | | | |
| 1 | 1 ○理念の具体化及び運営理念の共有 管理者は、認知症高齢者グループホーム(以下「グループホーム」という。)に関わる法令の意義を理解しており、これを自らが所属するグループホーム(以下「ホーム」という。)の運営上の方針や目標等に具体化し、介護従業者に日常的に話している。 | ○ | | | 管理者はグループホームの社会的役割を明確に理解しており、毎日の朝礼時に職員が理念を交代で読み上げ、日々のケアに具体的に活かせるよう、常に努力している。 | |
| 2 | 3 ○運営理念の明示 ホームの運営理念を利用案内時の説明文書及びホームの見やすいところに明示し、かつ、利用者及びその家族や代理人等(以下「家族等」という。)に分かりやすく説明している。 | | ○ | | 理念は利用案内時の説明文書に明示しているが、居間に掲示している理念の文字が小さくて読みにくい。 | 居間に掲示している理念の文字を、家庭的雰囲気や損ねないように、一目で分かるような大きい文字で書き換えることが望まれる。 |
| 3 | 4 ○権利・義務の明示 利用者の権利・義務を利用案内時の説明文書及び契約書に分かりやすく示し、かつ、利用者及びその家族等に説明し同意を得ている。 | ○ | | | 法的基準による基本的な権利・義務が利用案内時の説明文に、明確に記載されており、入居時に利用者・家族に十分説明をして同意を得ている。 | 法的な権利・義務に加えて、ホームの理念を更に具体化するために、利用者の暮らしがどのように守られているのか、説明文書に分かりやすく明示しておくことが望まれる。 |
| | 2. 運営理念の啓発 | | | | | |
| 4 | 5 ○運営理念の啓発 ホームの運営理念や役割が地域に理解されるよう、地域に対する運営理念の啓発・広報に取り組んでいる。(ホームの説明会、ホーム便り等) | ○ | | | 毎月ホームだより「菜の花だより」を発行し、地域の交番、消防署、横河原駅、郵便局に届けている。ホームの運営推進会議も6月・8月に開催し、ホームの理解・協力を努めている。 | 利用者のプライバシーの問題について十分配慮し、「ホームだより」を近隣にも届け、啓発活動に活かすことが望まれる。 |
| | ①運営理念 4項目中 計 | 3 | 1 | 0 | | |
| | II 生活空間づくり 1. 家庭的な生活空間づくり | | | | | |
| 5 | 6 ○気軽に入れる玄関まわり等の配慮 違和感や威圧感を感じさせず、利用者や家族が入りやすく、近隣の住民も訪ねやすいよう、玄関まわりや建物の周囲に、家庭的な雰囲気づくりの配慮をしている。(玄関まわりに草花を植える、親しみやすい表札をかける等) | ○ | | | 玄関横の塀には、菜の花に蝶が舞っている楽しい絵が描かれており、心が和む。表札も家庭的で温かみを感じる。中庭は広く、おしゃれなテーブルや椅子が用意されており、ゆったりと寛げる。七夕飾りにスイカ、なすが供えられ季節を感じる。 | |
| 6 | 7 ○家庭的な共用空間づくり 共用の生活空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、いずれも家庭的な雰囲気を有しており、調度や設備、物品や装飾も家庭的である。 | ○ | | | 共用居間からは中庭が一望出来、安らぎを感じる。ピアノや電子オルガンもあり、行事の際の写真や人形等を飾っている。観葉植物や季節の生け花が心を和ませてくれる。 | |
| 7 | 8 ○共用空間における居場所の確保 共用空間の中に、利用者が一人になったり気のあった利用者同士で自由に過ごせるような居場所を確保している。 | ○ | | | 共用居間には、座り心地のよいソファが数か所に置かれ、また、たたみの間もあり、ゆったりと寛ぐことができる。廊下、中庭にも椅子を置いており、自由に楽しめる。 | |

| 項目番号 | | 項目 | できて いる | 要 改善 | 評価 不能 | 評価理由 (優れている点や改善すべき点等、評価の根拠) | 改善方策等 |
|----------------------------------|----|--|-----------|---------|----------|---|-------|
| 外部 | 自己 | | | | | | |
| 8 | 9 | ○利用者一人ひとりにあわせた居室の環境づくり 居室には、使い慣れた家具や生活用品、装飾品等が持ち込まれ、安心して過ごせる場所となっている。 | ○ | | | 居室は洋間と畳の間があり、テレビ、整理ダンス、鏡台、時計など、思いおもいの生活用品が持ち込まれ、また、自分が生けたお花やカレンダー、写真などを飾り、自分の部屋らしく落ち着いて過ごせるようにしている。 | |
| ②家庭的な生活環境づくり 4項目中 計 | | | 4 | 0 | 0 | | |
| 2. 心身の状態にあわせた生活空間づくり | | | | | | | |
| 9 | 11 | ○身体機能の低下を補う配慮 利用者の身体機能の低下にあわせて、安全かつできるだけ自立した生活を送れるようにするための設備や工夫がある。(すべり止めや要所への手すり等の設置、浴槽・便座・流し台等の使い勝手の工夫、物干し等の高さの調節等) | ○ | | | トイレ、風呂などの要所には利用者の状況を捉えて手すり、滑り止めが設置されている。浴室はゆったりとしており、浴槽の両サイドから入浴介助が出来る。 | |
| 10 | 13 | ○場所間違い等の防止策 職員は、利用者一人ひとりがホーム内の場所が分かるかを把握しており、家庭的な雰囲気をごわさずに、場所の間違いや分からないことでの混乱を防ぐための工夫をこらしている。(トイレや部屋の目印等) | ○ | | | 居室には、利用者の視線に合わせた位置に表札が掛けられている。トイレ、風呂が識別できるよう表示がされ、場所間違いのないように工夫している。 | |
| 11 | 14 | ○音の大きさや光の強さに対する配慮 利用者が落ち着いて暮らせるように、音の大きさや光の強さに配慮している。(テレビ、職員の会話のトーン、照明の強度、まぶしさ、日射し等) | ○ | | | 職員の会話は穏やかで静かである。また、日射しはレースのカーテンで調節されている。食堂、居間の天井が高くて開放感があり、中庭から自然の光を採り入れ明るい。 | |
| 12 | 15 | ○換気・空調の配慮 気になる臭いや空気のよどみがないように、換気を適宜行っている。また、冷暖房の温度調節は、冷やし過ぎや暖め過ぎがないように適切に行っている。 | ○ | | | 換気・空調とも適切に管理されており、ホーム内は快適である。室温は利用者の希望を聞きながら調節を行っている。床暖房の設備がある。 | |
| 13 | 17 | ○時の見当識への配慮 見やすく、馴染みやすい時計や暦を、目につくところに設置している。 | ○ | | | 共用空間には文字盤のよく分かる時計とカレンダーが設置されている。中庭には七夕が飾られ、すいか、なす等が供えられ七夕の季節を感じる。 | |
| 14 | 18 | ○活動意欲を触発する物品の用意 利用者の活動意欲を触発する馴染みの物品を用意し、本人の経験や状況に応じて提供している。(ほうき、たらい、裁縫道具、大工道具、園芸用品、趣味の品等) | ○ | | | 利用者の好みや趣味を把握し、習字、生け花、園芸等が何時でも出来るように、物品を用意している。 | |
| ③心身の状態に合わせた生活空間づくり 6項目中 計 | | | 6 | 0 | 0 | | |

| 項目番号 | | 項目 | できて いる | 要 改善 | 評価 不能 | 評価理由 (優れている点や改善すべき点等、評価の根拠) | |
|-------------------------|----|--|-----------|---------|----------|---|--|
| 外部 | 自己 | | | | | | |
| | | Ⅲ ケアサービス 1. ケアマネジメント | | | | | |
| 15 | 20 | ○個別具体的な介護計画 アセスメントに基づいて、利用者主体の目標を立て、利用者一人ひとりの特徴を踏まえた具体的な介護計画を作成している。 | ○ | | | アセスメントに基づいて、家族の要望を取り入れながら、各人の生活経験や状況を捉えた具体的な介護計画を作成している。 | |
| 16 | 21 | ○介護計画の職員間での共有 介護計画を、すべての職員の気づきや意見を採り入れて作っており、すべての職員が計画の内容を知ることができる仕組みを作っている。 | ○ | | | ユニット会、全体会を開き、気づきや意見を取り入れて、利用者の介護計画に反映させている。ファイルに綴って全職員が自由に見ることが出来る。 | |
| 17 | 22 | ○介護計画への利用者・家族等の意見の反映 介護計画を、利用者や家族等とも相談しながら作成している。 | ○ | | | 入居時に、状況や要望を詳細に聞き取り、また、家族の訪問時には利用者の近況を報告し、家族の要望を取り入れて計画に反映させている。介護計画には同意の署名、捺印を得ている。 | |
| 18 | 23 | ○介護計画の見直し 介護計画に実施期間を明示して、その期間が終了する際に見直しを行うことはもとより、状態変化に応じた随時の見直しを行っている。 | ○ | | | 各人の日々の状況をきめ細かく捉えた記録に基づき、3か月に1度の見直しを行っている。また、状況変化に応じた随時の見直しも行っている。 | |
| 19 | 24 | ○個別の記録 日々の介護や介護計画に反映させるため、利用者一人ひとりの特徴や変化を具体的に記録している。 | ○ | | | 各人の状況変化を昼夜を通して詳細に観察し、日誌、各人の健康チェック表などに具体的に記録している。 | |
| 20 | 25 | ○確実な申し送り・情報伝達 職員の申し送りや情報伝達を確実にし、重要な点はすべての職員に伝わる仕組みを作っている。 | ○ | | | 申し送りノートに日々の重要点が記載されており、勤務に入る前に全職員がチェックをし、確認のサインを記入して、情報伝達は確実に行われている。夜勤の職員は翌朝、主治医と連携をとり、アドバイスを朝礼時に申し送りしている。 | |
| 21 | 26 | ○チームケアのための会議 チームとしてケアを行う上での課題を解決するため、すべての職員で、定期的に(緊急案件がある場合にはその都度)会議を開催し、活発に意見交換を行って合意を図っている。 | ○ | | | 月に1度、午後6時30分～8時30分にユニット会を行い、3～4か月に1度は全体会を開いて意見交換を行っている。また、各ユニットのリーダー会や、主治医を囲んだ会などを開いている。緊急案件がある場合は、その都度会議を開き、活発な意見交換を行い合意を得ている。 | |
| ④ケアマネジメント 7項目中 計 | | | 7 | 0 | 0 | | |

| 項目番号 外部 自己 | 項目 | できて いる | 要 改善 | 評価 不能 | 評価理由 (優れている点や改善すべき点等、評価の根拠) | 改善方策等 |
|------------------|--|-----------|---------|----------|--|--|
| | 2. ホーム内でのくらしの支援(1)介護の基本の実行 | | | | | |
| 22 | 27 ○利用者一人ひとりの尊重 職員は、常に利用者一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねるような言葉かけや対応を行っていない。(利用者一人ひとりの違いの尊重、さりげない介助、プライベートな場所での礼儀、本人の返答能力に応じた質問方法、本人が思っている「現実」を否定しない等) | ○ | | | 利用者一人ひとりの生活歴や性格、希望を大切にし、人格を尊重して、さりげない言葉かけや支援を行っている。 | |
| 23 | 28 ○職員の穏やかな態度 職員の言葉かけや態度はゆったりしており、やさしい雰囲気です。 | ○ | | | スタッフは優しく、笑顔を絶やさず、おおらかな雰囲気です。 | |
| 24 | 30 ○利用者一人ひとりの過去の経験を活かしたケア 利用者一人ひとりの生まれてからこれまでの生活歴、本人にとって大切な経験や出来事を知り、その人らしい暮らしや尊厳を支えるためにそれを活かしている。 | ○ | | | 入居前に利用者にとって、各人の生活歴、状況などを把握し、生き生きとした生活を送れるよう支援している。料理の下ごしらえ、習字、お花、お正月飾り、野菜作り、花の水やりなどを生活の中で活かしている。 | |
| 25 | 32 ○利用者のペースの尊重 職員は、職員側の決まりや都合で業務を進めていくのではなく、利用者が自由に自分のペースを保ちながら暮らせるように支えている。 | ○ | | | 利用者一人ひとりの一日のペースに合わせて、ゆったりとケアに当たり、食事もしっかりと時間をかけ、食後も自由にゆったりと楽しんでいる。 | |
| 26 | 33 ○利用者の自己決定や希望の表出への支援 職員は、利用者一人ひとりが自分で決めたり希望を表したりすることを大切に、それらを促す取組を日常的に行っている。(選んでもらう場面を作る、選ぶのを待つ等) | ○ | | | 外出の際の洋服選びや、外食を楽しみたい時などは、利用者の希望や願いを大切にしている。ホームに移動パン屋が来た際には、自由に希望の品を選んで買ってもらっている。 | |
| 27 | 35 ○一人でできることへの配慮 自立支援を図るために、利用者の「できること、できそうなこと」については、手や口を極力出さずに見守ったり一緒に行うようにしている。(場面づくり、環境づくり等) | ○ | | | 食事の後片付け、洗濯物たたみ、花の水やり、入浴時の着脱など、ゆったりと見守り支援している。 | |
| 28 | 37 ○身体拘束のないケアの実践 身体拘束は行わないということをすべての職員が正しく認識しており、身体拘束のないケアを実践している。 | ○ | | | 全ての職員が身体拘束の弊害を十分認識しており、身体拘束のないケアに当たっている。 | |
| 29 | 38 ○鍵をかけない工夫 利用者の自由な暮らしを支え、利用者や家族等に心理的圧迫をもたらさないよう、日中は玄関に鍵をかけなくてもすむような配慮をしている。やむを得ず鍵をかける場合は、その根拠が明白で、その理由を家族等に説明している。(外出の察知、外出傾向の把握、近所の理解・協力の促進等) | ○ | | | 玄関は昼間は施錠していない。各人の外出傾向を把握しており、安全性には十分配慮している。 | 利用者の外出を見守ってもらう意味から、一層近隣へ理解・協力をお願いをしておくことが望まれる。 |
| ⑤介護の基本の実行 8項目中 計 | | 8 | 0 | 0 | | |

| 項目番号 外部 自己 | 項目 | できて いる | 要 改善 | 評価 不能 | 評価理由 (優れている点や改善すべき点等、評価の根拠) | 改善方策等 |
|---------------|---|-----------|---------|----------|---|--|
| | (2)日常生活行為の支援 1) 食事 | | | | | |
| 30 | 43 ○馴染みの食器の使用 家庭的な食器を使っており、茶碗や湯呑み、箸等は、利用者一人ひとりが使い慣れたものになっている。 | ○ | | | いずれも家庭的な食器を使用しており、温かみを感じる。 | 利用者の食の安心感に繋がるので、利用者の馴染みの食器を使用することが大切である。 |
| 31 | 44 ○利用者一人ひとりにあわせた調理方法・盛り付けの工夫 利用者一人ひとりの咀嚼・嚥下等の身体機能や便秘・下痢等の健康状態にあわせた調理方法としつつ、おいしそうな盛り付けの工夫をしている。 | ○ | | | 栄養バランスのとれた献立で、薄味できれいに盛り付け、美味しい料理である。水分摂取の観点からも毎食事に汁物が用意され、デザートに果物が添えられている。利用者の状況により、特別なメニューを考え、食材が分かるよう刻み食が準備されている。 | |
| 32 | 45 ○個別の栄養摂取状況の把握 利用者一人ひとりの摂取カロリーや水分摂取量、栄養バランスを、一日全体を通じておおよそ把握している。 | ○ | | | 毎回の食事量を記録しており、水分摂取にも気をつけている。また、母体医療機関の栄養士による専門的観点から、毎日の栄養摂取状況のチェックがされており、安心した食生活の管理が出来ている。 | |
| 33 | 47 ○食事を楽しむことのできる支援 職員も利用者と同じ食事を一緒に楽しんで食べながら、食べ方の混乱や食べこぼし等に対するサポートをさりげなく行っている。 | ○ | | | 食事介助の必要な利用者には職員が隣に座り、さりげなく支援を行い、一緒に食事を楽しんでいる。 | |
| | 2) 排泄 | | | | | |
| 34 | 48 ○排泄パターンに応じた個別の排泄支援 おむつをできる限り使用しないで済むように、利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。 | ○ | | | 各人の排泄チェックが記録されており、職員はそれを基に自立に向け、トイレへの誘導を行っている。 | |
| 35 | 50 ○排泄時の不安や羞恥心等への配慮 排泄の誘導・介助や確認、失禁の対応は、不安や羞恥心、プライバシーに配慮して行っている。 | ○ | | | プライバシーや羞恥心に十分配慮し、さりげない声かけをして排泄時の支援に当たっている。 | |
| | 3) 入浴 | | | | | |
| 36 | 53 ○利用者一人ひとりの希望にあわせた入浴支援 利用者一人ひとりの希望にあわせ、くつろいだ入浴ができるように支援している。(時間帯、長さ、回数等) | ○ | | | 利用者に合わせて、ゆったりと入浴が出来るよう支援している。入浴前には、健康状態には十分気をつけている。 | |
| | 4) 整容 | | | | | |
| 37 | 56 ○理美容院の利用支援 利用者一人ひとりの希望にあわせて、理美容院の利用を支援している。(カット、パーマ、染め、セット等) | ○ | | | 利用者の希望に合わせて、外部の介護支援・送迎付きの理美容院を利用したり、また職員が調髪する時もある。 | |

| 項目番号 外部 自己 | 項目 | できて いる | 要 改善 | 評価 不能 | 評価理由 (優れている点や改善すべき点等、評価の根拠) | 改善方策等 |
|------------------------|--|-----------|---------|----------|---|--|
| | | | | | | |
| | (6)心身の機能回復に向けた支援 | | | | | |
| 45 | 76 ○身体機能の維持 認知症の人の身体面の機能低下の特徴(筋力低下、平衡感覚の悪化、嚥下機能の低下等)を理解し、買い物や散歩、調理、楽しみごと等の日常生活の中で自然に維持・向上するように取り組んでいる。 | ○ | | | 散歩、調理の下ごしらえ、花の水やりなどが楽しく出来るよう支援している。また、毎日、併設の母体医療機関へリハビリに出向き、身体機能の維持向上につなげている。 | |
| | (7)利用者同士の交流支援 | | | | | |
| 46 | 78 ○トラブルへの対応 職員は、利用者同士のけんかやトラブルの原因を把握し、必要な場合にはその解消に努め、当事者や他の利用者に不安や支障を生じさせないようにしている。 | ○ | | | 大きなトラブルはない。トラブルが発生した場合は双方の言い分を十分聞き、解決に当たっている。 | |
| | (8)健康管理 | | | | | |
| 47 | 80 ○口腔内の清潔保持 利用者の力を引き出しながら、口の中の汚れや臭いが生じないように、口腔の清潔を日常的に支援している。(歯磨き・入れ歯の手入れ・うがい等の支援、出血や炎症のチェック等) | ○ | | | 食後に歯磨きをすることが習慣となっており、さりげなく支援を行っている。また、入れ歯は毎日、洗浄剤を使用し、清潔保持に努めている。 | |
| 48 | 83 ○服薬の支援 職員は、利用者が使用する薬の目的や副作用、用法や用量を承知しており、利用者一人ひとりが医師の指示どおりに服薬できるよう支援し、症状の変化を確認している。 | ○ | | | 医師の指示通り、各人の服薬票に従って支援を行っている。1日分の薬を朝、昼、夕と個人のケースに保管し、投薬後は投薬チェック表にサインをしている。薬が代わった場合は日誌に記載し、症状変化に十分注意を払っている。 | |
| 49 | 85 ○緊急時の手当 利用者のけが等の緊急時に、職員は応急手当を行うことができる。(けが、骨折、発作、のど詰まり等) | ○ | | | 緊急時マニュアルが作成されている。応急手当が出来るよう、消防署の協力による研修を行っている。 | 緊急事態が生じた場合には、全職員が瞬時に的確な対処ができるよう、尚一層、学習と訓練を重ねておくことが大切である。 |
| 50 | 86 ○感染症対策 感染症に対する予防や対応の取り決めがあり、実行している。(インフルエンザ、疥癬、肝炎、MRSA等) | ○ | | | マニュアルが作成されている。利用者全員がインフルエンザの予防接種を受けている。玄関には消毒液を置き、手拭はペーパータオルを使用している。母体医療機関で、毎月1回開催される感染症予防の学習会に参加し、予防対策に取り組んでいる | |
| ⑧医療・健康支援 9項目中 計 | | 9 | 0 | 0 | | |
| | 3. 利用者の地域での生活の支援 | | | | | |
| 51 | 90 ○ホームに閉じこもらない生活の支援 利用者が、ホームの中だけで過ごさずに、積極的に近所に出かけて楽しめるような雰囲気を作っている。(買い物、散歩、近隣訪問、集会参加等) | ○ | | | 散歩や買い物を楽しみ、また年間計画に沿って納涼祭、お月見、クリスマス会等を行い、また季節に応じて車での外出を楽しんでいる。 | |
| ⑨地域生活 1項目中 計 | | 1 | 0 | 0 | | |

| 項目番号 外部 自己 | 項目 | できて いる | 要 改善 | 評価 不能 | 評価理由 (優れている点や改善すべき点等、評価の根拠) | 改善方策等 |
|------------------|---|-----------|---------|----------|---|--|
| | | | | | | |
| | 4. 利用者と家族との交流支援 | | | | | |
| 52 | 94 ○家族の訪問支援 家族が気軽に訪問でき、訪問時は居心地よく過ごせるような雰囲気を作っている。(来やすい雰囲気、歓迎、関係再構築の支援、湯茶の自由利用、居室への宿泊のしやすさ等) | ○ | | | 家族の来訪時には暖かく迎え、利用者の状況を伝え、ゆったりと過ごしてもらっている。宿泊も何時でもしてもらえよう寝具の用意をしている。 | |
| ◎家族との交流支援 1項目中 計 | | 1 | 0 | 0 | | |
| | IV 運営体制 1. 事業の統合性 | | | | | |
| 53 | 96 ○責任者の協働 法人代表者及び管理者は、ケアサービスの質の向上に熱意を持ち、それぞれの権限や責任をふまえて、共に取り組んでいる。 | ○ | | | 代表者と管理者とは常に連携し、利用者のケアサービスの向上に熱意をもって共に取り組んでいる。 | |
| 54 | 97 ○職員の意見の反映 介護従業者の採用、運営方法、利用者の受入れや入居継続の可否については、職員の意見を聞いている。 | ○ | | | 月に1度の会議の中で意見を十分述べ合い、職員の意見を大切にしてケアサービス全般に亘って反映させている。 | |
| 55 | 101 ○成年後見制度等の活用推進 利用(予定)者やその家族による、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の活用を推進している(制度概要等の説明、申立手続に関する専門機関や相談窓口の紹介等)。また、専門機関等は認知症高齢者の特性やグループホームをよく知っており、利用者や家族等並びにホームを支えていく協力体制が確保されている。 | | ○ | | 制度の説明や申立て手続きに関する対応が不十分である。 | 制度を希望する者には説明や申立てに関して対応が出来るよう学習を行い、活用推進の支援をしていくことが望まれる。 |
| | 2. 職員の確保・育成 | | | | | |
| 56 | 102 ○利用者の状態に応じた職員の確保 利用者の状態や生活の流れを支援するために、これに即した職員の勤務ローテーションを組んでいる。 | ○ | | | 利用者の生活に合わせた勤務ローテーションを組んでいる。 | |
| 57 | 104 ○継続的な研修の受講 職員が、採用時、フォローアップ等それぞれの段階に応じた研修を受講し、その内容をすべての職員に周知している。 | ○ | | | 保健所主催の食中毒、ノロウィルス予防対策学習会に参加し、また、グループホーム連絡協議会の研修にも職員が順次参加している。受講後はその報告を職員に周知している。 | |
| 58 | 106 ○ストレスの解消策の実施 職員の業務上の悩みやストレスを解消する方策を採り入れている。(外部者と接する機会、職員相互の親睦、悩みの聴取、スーパーバイザーの導入等) | ○ | | | 親睦会が年に5～6回あり、職員間で気兼ねなく話し合い、ストレス解消に努めている。また、管理者とも十分話し合っ解消に努めている。 | |

| 項目番号 外部 自己 | 項目 | できて いる | 要 改善 | 評価 不能 | 評価理由 (優れている点や改善すべき点等、評価の根拠) | 改善方策等 |
|-------------------------|--|-----------|---------|----------|--|---|
| | 3. 入居時及び退居時の対応方針 | | | | | |
| 59 | 108 ○利用者の決定のための検討 グループホームに適した入居対象者であるか、十分に検討している。(介護保険被保険者証、診断書、入居申請に至る経過、生活や対人関係、利用者・家族の希望等) | ○ | | | 管理者が面接を行い、利用者の希望を十分聞き取り、「入居時介護要約」にまとめて入居が適しているかどうか検討している。医師からは利用者に関する情報をもらい、入居後のケアに活かしている。 | |
| 60 | 110 ○退居の支援 退居は、契約に基づくとともにその決定過程が明確である。また、利用者や家族等に十分な説明を行った上で、納得のいく退居先に移れるように支援している。退居事例がない場合は、その体制がある。 | ○ | | | 本人や家族とは十分話し合い、退居時には「退居確認書」をとり、「退所時介護要約」を作成して納得のいく転居先に移れるように支援している。 | |
| | 4. 衛生・安全管理 | | | | | |
| 61 | 113 ○ホーム内の衛生管理 ホーム内の清潔や衛生を保持している。(食品、布巾、包丁、まな板、冷蔵庫、洗濯機等) | ○ | | | 調理場に関する「点検表」を備え、調理用具の消毒は特に気をつけて衛生管理に努めている。 | |
| 62 | 115 ○注意の必要な物品の保管・管理 薬や洗剤、刃物等の注意の必要な物品については、保管場所、管理方法等を明確に取り決め、かつ、そのとおりに実行している。 | ○ | | | 薬、刃物、洗剤などは特に気をつけて、安全な場所に保管するよう徹底している。 | |
| 63 | 117 ○事故の報告書と活用 けが、転倒、窒息、意識不明、行方不明等の緊急事態が発生した場合、事故報告をまとめており、サービスの改善につなげている。(再発防止の話しあい、今後活かす意義づけ等) | ○ | | | 事故報告書を作成しており、事故の状況、対応の概要、事故原因の分析などが記載され、再発防止に繋がっている。 | |
| ⑩内部の運営体制 11項目中 計 | | 10 | 1 | 0 | | |
| | 5. 情報の開示・提供 | | | | | |
| 64 | 119 ○調査等の訪問に対する対応 介護相談員や評価調査員等の訪問時には、情報を積極的に提供している。 | ○ | | | 訪問調査時、調査員を歓迎し、情報を積極的に提供し、大変協力的である。調査を今後のケアに役立てようという気持ちが感じ取れた。 | |
| | 6. 相談・苦情への対応 | | | | | |
| 65 | 120 ○相談・苦情受付の明示 相談や苦情を受け入れるホーム側の窓口及び職員が明確であり、利用者及び家族等にその利用の仕方を文書と口頭で繰り返し伝えている。 | ○ | | | 相談・苦情窓口を重要事項説明書に明記し、利用者及び家族に十分伝えている。玄関広間には相談箱を設置している。 | 重要事項説明書に、公的な相談・苦情窓口と連絡先を明示しておくことが大切である。 |
| ⑪情報・相談・苦情 2項目中 計 | | 2 | 0 | 0 | | |

| 項目番号 外部 自己 | 項目 | できて いる | 要 改善 | 評価 不能 | 評価理由 (優れている点や改善すべき点等、評価の根拠) | 改善方策等 |
|---------------------------|---|-----------|---------|----------|--|--|
| | 7. ホームと家族との交流 | | | | | |
| 66 | 123 ○家族の意見や要望を引き出す働きかけ 家族が、気がかりなことや、意見、希望を職員に気軽に伝えたり相談したりできるように、面会時の声かけ、定期的連絡等を積極的に行っている。 | ○ | | | 家族が来訪した際には、声かけをして意見や要望を十分聞き取るよう努めている。また、随時連絡を取り、要望を聞き取っている。 | |
| 67 | 124 ○家族への日常の様子に関する情報提供 家族に、利用者の暮らしぶりや日常の様子を定期的、具体的に伝えている。「たより」の発行や行事ビデオの上映、写真の送付等) | ○ | | | 家族が来訪時に生活状況を具体的に伝えている。来訪出来ない家族には、月に1回「菜の花だより」を送付し、写真や、一筆書きを添えて様子を知らせている。 | |
| 68 | 127 ○利用者の金銭管理 利用者が金銭の管理ができない場合には、その代替方法を家族等と相談の上定めており、利用者側に定期的にその出納を明らかにしている。 | ○ | | | 5名の利用者が自分で管理をしている。金銭管理が出来ない利用者は2～5万円をホームで預かり、個人別の金銭出納簿に各人の収支明細が正確に記載している。各人の出納簿をコピーし、領収書を添えて家族へ渡し、サインを得ている。 | |
| ㊸ホームと家族との交流 3項目中 計 | | 3 | 0 | 0 | | |
| | 8. ホームと地域との交流 | | | | | |
| 69 | 128 ○市町村との関わり 市町村との連絡を密にとり、家族介護教室等の市町村事業を積極的に受託している。 | | ○ | | 市の家族介護に関する事業は現在、受諾していない。 | 今後、市との連携を更に深め、市から家族介護事業を受入れるよう努めることが望まれる。 |
| 70 | 131 ○地域の人達との交流の促進 地域の人達が、遊びに来たり立ち寄ってくれたりするよう取り組んでいる。 | | ○ | | 北吉井小学校の運動会に参加したり、地方祭では神輿を迎え入れている。、地域の人には外出の際に声かけをしてコミュニケーションをとっているが、交流は不十分である。 | 地域集会にも積極的に向き、また、自治会にも入会し、ホームへ気軽に立ち寄ってもらえるよう、交流を更に深めることが求められる。 |
| 71 | 133 ○周辺施設等の理解・協力への働きかけ 利用者の生活の安定や拡がりのために、周辺地域の諸施設から協力を得ることができるよう、理解を拡げる働きかけを行っている。(商店、福祉施設、警察、消防、文化教育施設等) | ○ | | | 交番と消防署、横河原駅、郵便局、学校には「菜の花だより」を届けて連携を深め、理解・協力を得られるように働きかけている。ホームの運営推進会議も6月と8月に開催し、理解・啓発に努めている。 | |
| 72 | 134 ○ホーム機能の地域への還元 ホームの機能を、利用者のケアに配慮しつつ地域に開放している。(認知症の理解や関わり方についての相談対応・教室の開催、家族・ボランティア等の見学・研修の受入れ等) | | ○ | | 医療福祉専門学校の研修生の受入れや、三味線、ギター、大正琴のボランティアの受入れはしているが、ホームの機能を地域へ十分還元できていない。 | 認知症に関わる教室を開催したり、小、中、高校生の体験学習を受入れるなど、地域に対して認知症への理解・啓発を深めて行くことが望まれる。 |
| ㊹ホームと地域との交流 4項目中 計 | | 1 | 3 | 0 | | |
| | V その他 1. その他 | | | | | |
| 73 | 144 ○火災・地震等の災害への対応 利用者や施設の状況を考慮に入れ、夜間も念頭においた防火対策を講じている。(災害発生時の職員、家族、その他関係機関(母体法人等)との連絡体制の確保、防災応援協定など地域との連携体制の確保、これらの連絡・連携体制を踏まえた災害に対応するための手引書等の作成、避難・誘導等定期的な訓練の実施等) | | ○ | | 防災マニュアルを作成し、年に2回、東温消防署の指導と訓練を受けて、夜間に出火したことを想定した防災訓練(通報、防火、避難)を行っている。また、消防署への火災通報装置を設置しているが、地域との防災応援協定などの連携が取れていない。 | 地域との関わりを更に深め、防災応援協定などの連携体制をしっかりと確立しておくことが望まれる。 |
| ㊺その他 1項目中 計 | | 0 | 1 | 0 | | |

ホームID 38109

| 評価件数 | |
|------|----|
| 自己 | 3 |
| 外部 | 1 |
| 家族 | 14 |

| 評価項目数 | 領域I | 領域II | 領域III | 領域IV | 計 |
|------------|--------|--------|--------|-------|-------|
| 自己(全項目) | 5 | 13 | 77 | 40 | 135 |
| 自己(外部共通項目) | 4 | 10 | 38 | 20 | 72 |
| 外部 | 4 | 10 | 38 | 20 | 72 |
| 家族 | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | 13 |
| 達成率 | 領域I | 領域II | 領域III | 領域IV | 計 |
| 自己(全項目) | 100.0% | 94.9% | 97.4% | 94.2% | 96.3% |
| 自己(外部共通項目) | 100.0% | 93.3% | 96.5% | 91.7% | 94.9% |
| 外部 | 75.0% | 100.0% | 100.0% | 80.0% | 93.1% |
| 家族 | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | 83.0% |

★ グラフの解説:
 (1) 評価件数について
 * 自己 … 自己評価はユニット毎に行います。自己評価を実施したユニット数を表しています。グラフに使用する達成率(「できている」と回答した率)は、複数ユニットの場合では平均値を採用しています。
 * 外部 … 外部評価はユニット全てを調査しますが、評価結果は、一事業所として行うので「1」となっています。
 * 家族 … 家族アンケートは利用者ご家族全員にお願いしています。記載されている数字は、返送頂いたアンケートの有効回答数を表しています。
 (2) 評価項目数について
 評価項目の領域は、Ⅰ 運営理念・Ⅱ 生活空間づくり・Ⅲ ケアサービス・Ⅳ 運営体制で構成されています。
 自己(全項目)の領域Ⅰでは5項目あり、全項目の合計は134項目となります。同様に、自己(外部共通項目)は、外部評価項目と同じ項目なので、4項目で、合計は71項目となります。家族アンケートは、特に領域に分けていないので、NAと表示されています。合計は13項目です。
★ グラフの見方:
 * レーダーチャート … 自己評価のうち、外部評価の共通項目(71項目)を抽出し、外部評価との達成率を比較しています。
 * 棒グラフ … 自己評価(134項目)、外部評価(71項目)、家族アンケート(13項目)におけるそれぞれの達成率(「できている」率)を比較しています。

