

「グループホーム ほほえみの家」の外部評価報告書の
 「A棟ユニット」はここをクリック 「B棟ユニット」はここをクリック

グループホーム ほほえみの家 の概要

1 概要

(平成18年8月20日現在)

グループホームの名称	ほほえみの家				
事業主体名	社団医療法人 池田記念会				
代表者職氏名	理事長 金森 一郎				
入居定員	18名	入居者数	18名	待機者(申込者)数	7名
開設年月日	平成 13年 2月 15日				
所在地 (交通アクセス)	〒 (020-0173) 岩手県岩手郡滝沢村滝沢字高屋敷平 11-39 (JR盛岡駅から滝沢営業所行のバス〔岩手県交通〕で約25分 細谷地停留所 老人保健施設カルモナの隣接地)				
連絡先	電話番号	019 (684) 2606	FAX番号	019 (684) 2630	
	HPアドレス				
	その他				
運営方針・運営理念	認知症対応型共同生活介護の社会的意義と責任を深く認識し、事業経営の安定とサービス水準の維持に努力するとともに、利用者に対してその権利を尊重し、礼節と尊厳をもって接するよう努めます。また、利用者が長期にわたり安心かつ快適に暮らすことのできる共同生活の場として機能するよう努めます。				

2 土地、建物の状況

敷地面積	1.951 m ² (591坪)	権利関係	(賃借契約期間 年 (~))		
建物の構造	木造平屋建(平成13年築)	延床面積	234.0 m ² (71坪)	権利関係	
居室	居室の数	1階 18室	居室の広さ	12.6 m ² (約 7.6 畳) - 9室 (洋室)	
	テレビ回線の有無	有		専用電話回線の有無	無
	居室に備え付けられている備品等	ベット、タンスが備え付けられています。その他入居希望者が家庭でご使用になっていた物、思い出が深い物など、自由に持ち込むことができます。			
食堂居間	面積	43.0 m ² (約26畳) (食堂と居間は兼用です)	浴室	4.1 m ² (約2.5畳)	
その他	トイレ - 2ヶ所 洗面所 - 1ヶ所				
併設施設	同一の敷地内に、同一法人が運営する次の施設等があります。 ①介護老人保健施設カルモナ ②かなもり神経科・内科クリニック ③カルモナケアプラン作成室 (居宅介護支援事業所) ④カルモナ訪問介護ステーション (訪問介護)				

6 職員の状況

区分	総数	内 訳				保有資格等
		男		女		
		常勤	非常勤	常勤	非常勤	
管理者	1名	1名	名	名	名	介護支援専門員、介護福祉士
計画作成担当者	1名	名	名	1名	名	介護支援専門員、介護福祉士
介護職員	11名	3名	名	9名	名	介護福祉士3名、ホームヘルパー2級9名 平均認知症高齢者ケア経験年数 6年
看護師	名	名	名	名	名	
合計	14名	4名	名	10名	名	
常勤換算数	14名				勤務時間を週40時間とした場合の常勤換算数	

7 管理者兼計画作成担当者

氏名	熊谷 圭司		
専任			
資格	介護支援専門員、介護福祉士		認知症高齢者ケア経験年数 10年
痴呆(認知症)介護実務者研修	基礎過程 受講 専門課程 未受講	その他受講済研修	

8 計画作成担当者

氏名	菊地 佳織		
その他資格	介護福祉士		介護支援専門員資格 有
			認知症高齢者ケア経験年数 12年
痴呆(認知症)介護実務者研修	基礎過程 受講 専門課程 未受講	その他受講済研修	

9 職員の配置体制等

時間帯	配置職員
6:00~9:00	4名 (2棟分)
9:00~18:00	6名 (2棟分)
18:00~21:00	4名 (2棟分)
21:00~6:00	2名 (2棟分)

夜間の体制	夜勤 2名 専任
-------	----------

10 入居者の状況

入居者数	18名 (男性 1名、女性 17名)		
入居者の年齢	平均年齢 85.7歳	最少年齢 77歳	最高年齢 96歳
入居者の要介護度	要支援2 (0名)	要介護1 (3名)	要介護2 (7名)
	要介護3 (4名)	要介護4 (3名)	要介護5 (1名)
入居者の入居前における住所地	滝沢村5名、盛岡市9名、矢巾町1名、仙台市1名、川崎市1名、宮城県富谷町1名		

11 協力医療機関の状況

医療機関名	診療科目	協力状況
かなもり神経科内科クリニック	精神科、心療内科、神経科、内科	協力医療機関として契約（週1回往診）
八幡歯科医院	歯科	協力医療機関として契約（週1回往診）

12 面会時間等

面会時間	9:00～20:00
面会者の宿泊	入居者の部屋へ宿泊が可能です。

13 年間の主な行事等（主な行事を記載）

行事名	実施時期	特記事項
春の小旅行	5月	日帰り温泉（家族の参加可能）
外食	7月、9月	（家族の参加可能）
バーベキュー	7月	ホームの敷地にて（家族参加可能）
流しそうめん	8月	ホームの敷地にて（家族参加可能）
秋の小旅行	10月	紅葉見学（家族参加可能）
誕生会		入居者の誕生月に実施

14 苦情・相談の受付体制等

グループホーム 内の体制等	苦情・相談受付担当者	管理者 熊谷圭司、又は計画作成担当者 菊地佳織
	電話番号及びFAX番号	電話 019(684)2606 FAX 019(684)2630
	メールアドレス	
その他の受付先	滝沢村役場 介護保険課	電話 019(684)2111 FAX 019(684)1517
	岩手県国民健康保険団体連合会	電話 019(604)6700 FAX 019(604)6701

15 家族会の状況

家族会の有無	無
--------	---

16 損害賠償保険の加入状況

損害賠償保険の加入状況	加入している	内容	1事故当りの補償上限額 対人(利用者) 10,000万円 対物(利用者の財産) 150万円
-------------	--------	----	---

17 その他

広報等の発行	2ヶ月1回	広報スマイルを発刊し、家族及び関係機関に送付します。
家族アンケートの実施	実施予定	年1回程度家族にアンケートをお願いする予定です。
市町村との連状況	(事業を受託している場合の事業名等具体的に記入してください)	
介護相談員等の受入状況	(有の場合、受入頻度等を具体的に記入ください) 滝沢村基幹型在宅支援センター相談員（月1回程度）	

戻る

（注）「評価の基準」欄の「□」に、すべて黒「■」チェックがついているときは、「できている」欄に○印を、また空白の「□」が1つでもあるときは、○印は付いておりません。

II 岩手県 : グループホームほほえみの家（A棟ユニット）

平成18年12月1日

岩手県認知症高齢者グループホーム外部評価調査票（適否の確認方法・特記事項欄省略）

分野・領域	項目	できている	評価の基準
I 運営理念	1 運営理念の具体化と共有・明示	○	■ 入居者・家族に対し、グループホーム独自の運営理念を文書で明示し、説明している。
			■ 運営理念は、見やすい場所に掲示している。
			■ 全職員は、運営理念を日常の介護に活かしている。
II 入居者の尊厳	2 身体拘束のないケアの実践	○	■ 入居者・家族に対し、身体拘束を行わないことを文書で明示し、説明している。
			■ やむを得ず身体拘束を行う場合、理由及び期間を明記した書類があり、家族の同意が得られている。
			□ 職員は、身体拘束廃止の研修会に参加し、又はグループホーム内で学習会を行っている。
II 入居者の尊厳	3 入居者一人ひとりのプライドの尊重	○	■ 入居者との会話に指示、命令、子ども扱いなどを行なわないよう配慮している。
			■ 排泄・入浴・更衣に関する誘導の声かけなどは、羞恥心に配慮している。
II 入居者の尊厳	4 個人情報の保護と開示	○	■ 入居者・家族の個人情報の取扱いについて明文化している。
			■ 入居者に対し、本人の介護記録が閲覧できる旨を説明している。
			■ 個人情報を第三者に開示する場合、入居者・家族の同意を得ている。
			■ 入居者・家族の個人情報に係る記録やメモは、人目に触れないように保管している。
II 入居者の尊厳	5 入退居時の基本情報の提供	○	■ 入居希望者・家族に対し、サービス内容、利用料、入退去基準のほか、グループホームでの生活における留意事項等についての説明を行い、同意を得ている。
			■ 退居を求める場合、入居者・家族に退居の理由を説明し、同意を得ている

分野・領域	項目	できている	評価の基準
Ⅲ 家庭的な生活空間	6 共用空間における居場所づくり	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 共用の空間に、ソファ、畳の間、小上がりなどがあり入居者が集うことができる。 ■ 共用空間には、ひとりでも過ごせる場所が用意されている。 ■ ホーム内の、みやすい場所に暦や時計がある。
	7 入居者一人ひとりの希望に合わせた居室の環境づくり	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 家具、仏壇、装飾品など私物の持込が可能であることを、入居時の説明書に記載し、説明している。
Ⅳ 生活の質の向上を目指した介護計画	8 個別具体的な介護計画の立案	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ アセスメントに基づいて入居者一人ひとりの特徴をふまえた具体的な介護計画を立てている。 ■ 介護計画は、全ての職員の意見を取り入れて作成している。 ■ 介護計画は、入居者・家族の希望や意見を取り入れて作成している。
	9 介護計画の実施記録	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 入居者1人ひとりの介護計画に基づいてサービスを提供し、かつ日々の状況変化を記録している。
	10 介護計画の評価・見直し	○	<ul style="list-style-type: none"> □ 少なくとも3ヶ月に1回は、介護計画の実施状況の評価を行なっている。
			<ul style="list-style-type: none"> □ 評価は、全ての職員の意見を取り入れて行っている。 ■ 評価結果に基づいた介護計画の見直しをしている。
Ⅴ 利用者本位の生活支援	11 食事の楽しみと栄養バランスの工夫	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 毎日の献立、買い物、調理、後片付けに、入居者が参加している。 ■ 身体状況や、咀嚼能力に応じた献立になっている。 ■ 定期的に栄養士等により栄養バランスがチェックされている。
	12 排泄サイン、パターンに応じた個別の排泄支援	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 排泄の自立に向けた支援を基本にした介護を行っている。 ■ 入居者個々の排泄パターン・サインを職員が把握している。 ■ 入居者個々のおおよその水分摂取状況を職員が把握している。

分野・領域	項目	できている	評価の基準
V 利用者本位の生活支援	13 入居者一人ひとりの身体状況と希望に合わせた入浴支援	○	■ 入浴日、時間、頻度について本人の希望に配慮している。
			■ 入居者のプライバシーに配慮した介護職員の配置をしている。
			■ 入浴可否の判定基準があり、その基準に沿った介助をしている。
	14 入居者1人ひとりの暮らしの尊重	○	■ 入居者や家族から得られる情報や希望を取り入れて支援している。
			■ 入居者1人ひとりの意思を尊重し、自己決定や希望を引き出す場面を具体的に作っている。
			■ 化粧、整髪、衣服、装身具などのおしゃれは本人の好みに配慮して支援している。
			■ 理美容院の利用は本人の希望に配慮して必要な支援をしている。
	15 一人でできることへの配慮	○	□ 入居者の「できること、できそうなこと」の能力について、職員が共有している。
			□ 「できること、できそうなこと」については本人の能力を引き出すようにしている。
	16 ホーム内の役割・楽しみごとの支援	○	■ 日常生活において入居者一人ひとりが役割を果たす場面がある。
			■ 生活歴や本人の好みを尊重しながらも、新しい役割や、やりがいの発見にも努めている。
	17 ホームに閉じこもらない生活の支援	○	■ 決まりごとや日課として職員が連れ出すのではなく、入居者の状況に応じて外出支援している。
■ 日常の外出とは別に、地域行事への参加、季節ごとの遠出などを実施している。			
■ 一人ひとりの特別な場所、お墓参り、ふるさと訪問、特別な催しへの参加などについて、実現に向けた取り組みをしている。			

分野・領域	項目	できている	評価の基準
VI 入居者・家族の要望の反映	18 家族の意見・要望を引き出す働きかけと結果の開示		<input type="checkbox"/> 少なくとも年に1回は家族アンケートを実施している。
			<input type="checkbox"/> 定期的に家族が集う場などを企画し、意見・要望を聞いている。
		■	ホーム便りなどでホームの状況や意見・要望の結果を家族に知らせている。
	19 相談への対応・	○	<input checked="" type="checkbox"/> 相談の窓口が整備され、担当の職員が決まっている。 <input checked="" type="checkbox"/> 相談の受付及び対応結果の状況が記録されている。
20 苦情への対応		<input checked="" type="checkbox"/> 苦情の窓口や投書箱が整備され、担当の職員が決まっている。	
	○	<input checked="" type="checkbox"/> 公的な苦情受付窓口の案内を行なっている。	
	○	<input checked="" type="checkbox"/> 苦情の受付及び対応結果の状況が記録されている。	
VII サービスの質を確保する運営	21 責任者の協働、職員の意見の反映	○	<input checked="" type="checkbox"/> 法人代表者及び管理者は、グループホームの運営方針、事業計画等について話し合いをしている。 <input checked="" type="checkbox"/> 運営方針、入退去、職員の採用などは、職員の意見も反映する仕組みになっている。
	22 職員間の連携	■	<input checked="" type="checkbox"/> 入居者の状態変化など、必要な情報が全職員に伝わる仕組みが確保されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 事故・怪我などが発生した緊急時に、全職員が協力できる体制にある。

分野・領域	項目	できている	評価の基準
VII サービスの質を確保する運営	23 改善課題の実現に向けた取り組み	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 改善課題が生じた場合、すみやかに職員全員で取り組む仕組みがある。
	24 入居者の状況に応じた勤務体制の確保	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 課題改善後、必要に応じて入居者・家族に説明している。
	25 継続的な研修の受講	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 職員の急病や急な休みに対応できる勤務体制が確保されている。 ■ 夜間に介護が必要な入居者がいる場合は、夜勤体制が確保されている。 ■ 入居者の生活リズムにあわせた職員の配置になっている。
	26 安全管理、安全の確保 (緊急時の手当、感染症対策、食中毒など)	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 採用時研修をはじめ、それぞれの段階に応じた研修が実施されている。 ■ 県や各種団体等が主催する外部の研修会などに職員を派遣している。 ■ 職員個々の研修受講履歴が整理、保管されている。 ■ 体調の急変、怪我などに対応できる知識(救急救命を含む。)を習得するホーム内での学習会を年1回以上開催し、かつ、マニュアルを作成している。 ■ 感染症対策に関するホーム内での学習会を年1回以上開催し、かつ、マニュアルを作成している。 ■ 食中毒対策に関するホーム内での学習会を年1回以上開催し、かつ、マニュアルを作成している。
	27 災害対策	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 地震、水害、火災などの災害発生時の対応が定められている。 ■ 避難訓練を少なくとも年1回は行なっている。

分野・領域	項目	できている	評価の基準
VII サービスの質を確保する運営	28 事故の記録・報告と再発防止	○	■ ヒヤリハット・事故報告等に関する記録が整理保存されている。
			■ 事故後再発防止のための話し合いを職員全体で行なっている。
			■ 事故防止に関するホーム内での学習会を年1回は開催している。
	29 入居者の金銭管理	○	■ 金銭管理の方法が明確にされている。
■ 入居者・家族に対し、金銭管理の方法をあらかじめ説明している。			
■ 入居者・家族に対し、ホームで預かっている金銭について、出納帳を作成し、定期的に報告している。			
VIII 医療・健康支援	30 医療機関との連携	○	■ 緊急時の協力医療機関との連携体制がある。
	31 定期健康診断の支援	○	■ 年に1回以上の健康診断を実施している。(ただし、加療中で、健康診断に相当する内容のものを受けている入居者は、除く。)
	32 口腔清潔・服薬支援	○	■ 口腔清潔について個々の課題を整理し、個別に対応している。
			■ 薬は個別に管理され、所定の場所に保管されている。 ■ 用量、用法、副作用を把握し、内服チェックがされている。
33 心身機能の低下を補う配慮	○	■ 手すり・トイレ・浴室などの設備については入居者の心身機能に応じた工夫をしている。	
IX 地域との連携	34 地域との交流		<input type="checkbox"/> 少なくとも年1回は最寄の交番、消防署にグループホームの状況を説明している。
			<input type="checkbox"/> 少なくとも年1回は、学校、自治会、商店街組合等にグループホームの広報等を配布し、行事などの連携について働きかけている。
			<input type="checkbox"/> 地域の人が参加可能な行事を年2回以上計画し、開催内容を地域の人々に知らせている。
			■ 地域のボランティア(個人含む)を受け入れている。
10	34	29	86

岩手県認知症高齢者グループホーム外部評価調査票（適否の確認方法・特記事項欄省略）

分野・領域	項目	できている	評価の基準
I 運営理念	1 運営理念の具体化と共有・明示	○	<input checked="" type="checkbox"/> 入居者・家族に対し、グループホーム独自の運営理念を文書で明示し、説明している。
			<input checked="" type="checkbox"/> 運営理念は、見やすい場所に掲示している。
			<input checked="" type="checkbox"/> 全職員は、運営理念を日常の介護に活かしている。
II 入居者の尊厳	2 身体拘束のないケアの実践	○	<input checked="" type="checkbox"/> 入居者・家族に対し、身体拘束を行わないことを文書で明示し、説明している。
			<input checked="" type="checkbox"/> やむを得ず身体拘束を行う場合、理由及び期間を明記した書類があり、家族の同意が得られている。
			<input type="checkbox"/> 職員は、身体拘束廃止の研修会に参加し、又はグループホーム内で学習会を行っている。
II 入居者の尊厳	3 入居者一人ひとりのプライドの尊重	○	<input checked="" type="checkbox"/> 入居者との会話に指示、命令、子ども扱いなどを行わないよう配慮している。
			<input checked="" type="checkbox"/> 排泄・入浴・更衣に関する誘導の声かけなどは、羞恥心に配慮している。
II 入居者の尊厳	4 個人情報の保護と開示	○	<input checked="" type="checkbox"/> 入居者・家族の個人情報の取扱いについて明文化している。
			<input checked="" type="checkbox"/> 入居者に対し、本人の介護記録が閲覧できる旨を説明している。
			<input checked="" type="checkbox"/> 個人情報を第三者に開示する場合、入居者・家族の同意を得ている。
			<input checked="" type="checkbox"/> 入居者・家族の個人情報に係る記録やメモは、人目に触れないように保管している。
II 入居者の尊厳	5 入退居時の基本情報の提供	○	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者・家族に対し、サービス内容、利用料、入退去基準のほか、グループホームでの生活における留意事項等についての説明を行い、同意を得ている。
			<input checked="" type="checkbox"/> 退居を求める場合、入居者・家族に退居の理由を説明し、同意を得ている

分野・領域	項目	できている	評価の基準
Ⅲ 家庭的な生活空間	6 共用空間における居場所づくり	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 共用の空間に、ソファ、畳の間、小上がりなどがあり入居者が集うことができる。 ■ 共用空間には、ひとりでも過ごせる場所が用意されている。 ■ ホーム内の、みやすい場所に暦や時計がある。
	7 入居者一人ひとりの希望に合わせた居室の環境づくり	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 家具、仏壇、装飾品など私物の持込が可能であることを、入居時の説明書に記載し、説明している。
Ⅳ 生活の質の向上を目指した介護計画	8 個別具体的な介護計画の立案		<ul style="list-style-type: none"> ■ アセスメントに基づいて入居者一人ひとりの特徴をふまえた具体的な介護計画を立てている。 □ 介護計画は、全ての職員の意見を取り入れて作成している。 ■ 介護計画は、入居者・家族の希望や意見を取り入れて作成している。
	9 介護計画の実施記録	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 入居者1人ひとりの介護計画に基づいてサービスを提供し、かつ日々の状況変化を記録している。
	10 介護計画の評価・見直し		<ul style="list-style-type: none"> □ 少なくとも3ヶ月に1回は、介護計画の実施状況の評価を行なっている。
		<ul style="list-style-type: none"> □ 評価は、全ての職員の意見を取り入れて行っている。 ■ 評価結果に基づいた介護計画の見直しをしている。 	
Ⅴ 利用者本位の生活支援	11 食事の楽しみと栄養バランスの工夫	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 毎日の献立、買い物、調理、後片付けに、入居者が参加している。 ■ 身体状況や、咀嚼能力に応じた献立になっている。 ■ 定期的に栄養士等により栄養バランスがチェックされている。
	12 排泄サイン、パターンに応じた個別の排泄支援	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 排泄の自立に向けた支援を基本にした介護を行っている。 ■ 入居者個々の排泄パターン・サインを職員が把握している。 ■ 入居者個々のおおよその水分摂取状況を職員が把握している。

分野・領域	項目	できている	評価の基準
V 利用者本位の生活支援	13 入居者一人ひとりの身体状況と希望に合わせた入浴支援	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 入浴日、時間、頻度について本人の希望に配慮している。 ■ 入居者のプライバシーに配慮した介護職員の配置をしている。 ■ 入浴可否の判定基準があり、その基準に沿った介助をしている。
	14 入居者1人ひとりの暮らしの尊重	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 入居者や家族から得られる情報や希望を取り入れて支援している。 ■ 入居者1人ひとりの意思を尊重し、自己決定や希望を引き出す場面を具体的に作っている。 ■ 化粧、整髪、衣服、装身具などのおしゃれは本人の好みに配慮して支援している。 ■ 理美容院の利用は本人の希望に配慮して必要な支援をしている。
	15 一人でできることへの配慮		<ul style="list-style-type: none"> □ 入居者の「できること、できそうなこと」の能力について、職員が共有している。 □ 「できること、できそうなこと」については本人の能力を引き出すようにしている。
	16 ホーム内の役割・楽しみごとの支援	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 日常生活において入居者一人ひとりが役割を果たす場面がある。 ■ 生活歴や本人の好みを尊重しながらも、新しい役割や、やりがいの発見にも努めている。
	17 ホームに閉じこもらない生活の支援	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 決まりごとや日課として職員が連れ出すのではなく、入居者の状況に応じて外出支援している。 ■ 日常の外出とは別に、地域行事への参加、季節ごとの遠出などを実施している。 ■ 一人ひとりの特別な場所、お墓参り、ふるさと訪問、特別な催しへの参加などについて、実現に向けた取組みをしている。

分野・領域	項目	できている	評価の基準
VI 入居者・家族の要望の反映	18 家族の意見・要望を引き出す働きかけと結果の開示		<input type="checkbox"/> 少なくとも年に1回は家族アンケートを実施している。 <input type="checkbox"/> 定期的に家族が集う場などを企画し、意見・要望を聞いている。 <input checked="" type="checkbox"/> ホーム便りなどでホームの状況や意見・要望の結果を家族に知らせている。
	19 相談への対応・	○	<input checked="" type="checkbox"/> 相談の窓口が整備され、担当の職員が決まっている。 <input checked="" type="checkbox"/> 相談の受付及び対応結果の状況が記録されている。
	20 苦情への対応	○	<input checked="" type="checkbox"/> 苦情の窓口や投書箱が整備され、担当の職員が決まっている。 <input checked="" type="checkbox"/> 公的な苦情受付窓口の案内を行なっている。 <input checked="" type="checkbox"/> 苦情の受付及び対応結果の状況が記録されている。
VII サービスの質を確保する運営	21 責任者の協働、職員の意見の反映	○	<input checked="" type="checkbox"/> 法人代表者及び管理者は、グループホームの運営方針、事業計画等について話し合いをしている。 <input checked="" type="checkbox"/> 運営方針、入退去、職員の採用などは、職員の意見も反映する仕組みになっている。
	22 職員間の連携	○	<input checked="" type="checkbox"/> 入居者の状態変化など、必要な情報が全職員に伝わる仕組みが確保されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 事故・怪我などが発生した緊急時に、全職員が協力できる体制にある。

分野・領域	項目	できている	評価の基準
VII サービスの質を確保する運営	23 改善課題の実現に向けた取り組み	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 改善課題が生じた場合、すみやかに職員全員で取り組む仕組みがある。 ■ 課題改善後、必要に応じて入居者・家族に説明している。
	24 入居者の状況に応じた勤務体制の確保	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 職員の急病や急な休みに対応できる勤務体制が確保されている。 ■ 夜間に介護が必要な入居者がいる場合は、夜勤体制が確保されている。 ■ 入居者の生活リズムにあわせた職員の配置になっている。
	25 継続的な研修の受講	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 採用時研修をはじめ、それぞれの段階に応じた研修が実施されている。 ■ 県や各種団体等が主催する外部の研修会などに職員を派遣している。 ■ 職員個々の研修受講履歴が整理、保管されている。
	26 安全管理, 安全の確保 (緊急時の手当、感染症対策、食中毒など)	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 体調の急変、怪我などに対応できる知識(救急救命を含む。)を習得するホーム内での学習会を年1回以上開催し、かつ、マニュアルを作成している。 ■ 感染症対策に関するホーム内での学習会を年1回以上開催し、かつ、マニュアルを作成している。 ■ 食中毒対策に関するホーム内での学習会を年1回以上開催し、かつ、マニュアルを作成している。
	27 災害対策	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 地震、水害、火災などの災害発生時の対応が定められている。 ■ 避難訓練を少なくとも年1回は行なっている。

分野・領域	項目	できている	評価の基準
VII サービスの質を確保する運営	28 事故の記録・報告と再発防止	○	■ ヒヤリハット・事故報告等に関する記録が整理保存されている。
			■ 事故後再発防止のための話し合いを職員全体で行なっている。
			■ 事故防止に関するホーム内での学習会を年1回は開催している。
	29 入居者の金銭管理	○	■ 金銭管理の方法が明確にされている。
			■ 入居者・家族に対し、金銭管理の方法をあらかじめ説明している。
			■ 入居者・家族に対し、ホームで預かっている金銭について、出納帳を作成し、定期的に報告している。
VIII 医療・健康支援	30 医療機関との連携	○	■ 緊急時の協力医療機関との連携体制がある。
	31 定期健康診断の支援	○	■ 年に1回以上の健康診断を実施している。(ただし、加療中で、健康診断に相当する内容のものを受けている入居者は、除く。)
	32 口腔清潔・服薬支援	○	■ 口腔清潔について個々の課題を整理し、個別に対応している。
			■ 薬は個別に管理され、所定の場所に保管されている。
33 心身機能の低下を補う配慮	○	■ 用量、用法、副作用を把握し、内服チェックがされている。	
IX 地域との連携	34 地域との交流		□ 少なくとも年1回は最寄の交番、消防署にグループホームの状況を説明している。
			□ 少なくとも年1回は、学校、自治会、商店街組合等にグループホームの広報等を配布し、行事などの連携について働きかけている。
			□ 地域の人が参加可能な行事を年2回以上計画し、開催内容を地域の人々に知らせている。
			■ 地域のボランティア(個人含む)を受け入れている。
10	34	28	86

特定非営利活動法人 いわたの保健福祉支援研究会

戻る