

## 1 評価報告概要表

| 全体を通して(特に良いと思われる点)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| このホームの優れているところは、管理者をはじめ全職員がケアの質の向上に積極的に取り組んでいるところである。利用者の内的思いを知るため、1日を通し、言葉の記録を取り、その言葉の中から、『利用者の望むことは』、を理解しようと取り組んでいる。また、ケア計画も1か月ごとに作成しているが、それにとどまらず、1週間単位でウィークリーアクションプランとして見直し、さらに毎日申し送り時、計画に沿ったケアができたかをチェックしている。さらに、安全にも特に配慮し、誤嚥、転倒、骨折など大事故を事故と捉えるだけでなく、『事故』とするのは『ドアから出るのを職員が気付かない』も事故と捉え、予防に努めている。それら、職員の積極性はこのホーム独自の研修体制に起因している。職員の段階に即した研修を受講することで、刺激され、更なる質の向上につながっている。 |                                                                                                                                                                                                             |
| 分野                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 特記事項(特に改善を要すると思われる点)                                                                                                                                                                                        |
| I                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 要改善点は特にない。                                                                                                                                                                                                  |
| 運営理念                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                             |
| II                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 種々の、身体機能を維持するための工夫がされている。トイレは1日に何回も使用し、最もプライベートな空間である。できる限り、自分で用が足せるよう、手すり等についてさらなる工夫を期待する。空調や換気に努め、さわやかな空間づくりに取り組んでいるが、訪問者にとって臭気は気になり、関心を持つところである。利用者の中には場所を選ばず放尿される方などもあり、対応に苦慮されているが、全職員で最良の対策の再検討を期待する。 |
| 生活空間づくり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                             |
| III                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 要改善点は特にない。                                                                                                                                                                                                  |
| ケアサービス                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                             |
| IV                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 要改善点は特にない。                                                                                                                                                                                                  |
| 運営体制                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                             |
| V                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 要改善点は特にない。                                                                                                                                                                                                  |
| 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  | 4          |
| 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  | 4          |
| 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 | 11         |
| 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  | 4          |
| V その他               |      |            |
| ⑮ 火災・地震等の災害への対応     | 1項目  | 1          |

## 2 評価報告書

| 項目番号                |    | 項目                                                                                                                                      | できて<br>いる | 要<br>改善 | 評価<br>不能 | 評価理由<br>(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 |                                                                                                                                         |           |         |          |                                                                                                                                         |       |
|                     |    | <b>I 運営理念</b> 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<br>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。 | ○         |         |          | 開設後5年目に入り、利用者の状態も変化している。4月から、現状にあった新しい理念で取り組んでいけるよう、職員それぞれの介護に対する思いを出し合い再構築中である。現在の理念についても、言葉のひとつひとつに含まれる意味について職員間で具体的に、ほりさげた話し合いをしている。 |       |
| 2                   | 3  | ○運営理念の明示<br>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。                                           | ○         |         |          | 玄関や廊下に明示しており、入居契約時の説明も出来ている。                                                                                                            |       |
| 3                   | 4  | ○権利・義務の明示<br>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。                                                               | ○         |         |          | 利用契約書、重要事項説明書など、契約時に説明し、同意を得ている。                                                                                                        |       |
|                     |    | 2. 運営理念の啓発                                                                                                                              |           |         |          |                                                                                                                                         |       |
| 4                   | 5  | ○運営理念の啓発<br>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)                                                            | ○         |         |          | 運営推進会議を2ヶ月に1回開催し、その会議を通して、地域の人々に理解を得ていただくよう努めている。また、利用者のプライバシーを考慮したホームの様子の紹介や認知症の理解を深めていただく病気・症状・対応などを含む「地域だより」を配布し、説明を行っている。           |       |
| <b>①運営理念 4項目中 計</b> |    |                                                                                                                                         | 4         | 0       | 0        |                                                                                                                                         |       |
|                     |    | <b>II 生活空間づくり</b> 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<br>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)               | ○         |         |          | 玄関前にベンチが置いてあり、ひと休みできる雰囲気である。入り口は階段とスロープの両方が使えるようになっているため、利用者の身体状態に合わせて違和感無く使える。                                                         |       |
| 6                   | 7  | ○家庭的な共用空間づくり<br>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。                                                  | ○         |         |          | 壁には絵画の額が掛けてあり、居間には、季節を感じるお雛様が飾られている。また、利用者が菜園から摘んできた菜の花やすずらん、水仙などがテーブルに生けてあり、すっきりとした家庭的な空間となっている。                                       |       |
| 7                   | 8  | ○共用空間における居場所の確保<br>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。                                                                  | ○         |         |          | 利用者それぞれの身体状態や精神状態により、各自が好みの居場所を確保している。                                                                                                  |       |

| 項目番号                             |    | 項目                                                                                                                           | できている | 要改善 | 評価不能 | 評価理由<br>(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<br><br>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。                                                 | ○     |     |      | シーツは常にしわがないようベットメーカーキングしている方、沢山のぬいぐるみを置くことで落ち着ける方、孫の写真を飾っている方、ベットより床が落ち着く方など、利用者や家族のそれぞれの思いや考え方に即した環境づくりが出来ている。 |                                                                                                         |
| <b>②家庭的な生活環境づくり 4項目中 計</b>       |    |                                                                                                                              | 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<br><br>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) |       | ○   |      | 物干しや脱衣室など安全に配慮した取り組みが出来ている。                                                                                     | トイレは1日に何度も使うので、手すり等の工夫で、身体機能維持・低下の予防につなげることを期待する。                                                       |
| 10                               | 13 | ○場所間違い等の防止策<br><br>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、家庭的な雰囲気をこわさずに、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)             | ○     |     |      | トイレについては「赤のドア」色で判断してもらっているので現在のところ間違えることはない。居室も分かり易い飾りや名札で対応できている。                                              | 個人のプライバシーを尊重し大きな表札を設置しないようにしているが、今後レベル低下時、さらに間違いを防ぐために名札の位置を目線の高さまで下げるなどの工夫を期待する。                       |
| 11                               | 14 | ○音の大きさや光の強さに対する配慮<br><br>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)                                  |       | ○   |      | 職員の声の大きさは利用者に合わせており、不快感や違和感はない。バックグラウンドミュージックが流れており落ち着いた雰囲気を醸し出している。居間は南に面していてベランダ越しに入る日射しは適切でくつろげる明るさである。      |                                                                                                         |
| 12                               | 15 | ○換気・空調の配慮<br><br>気になる臭いや空気のとどみがないように、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。                                       |       | ○   |      | 空調は適切に配慮できている。                                                                                                  | 失禁や部屋のあちこちで放尿する利用者が居る。対応に苦慮され、消臭対策に努めているが、ホーム内に居ると分からない臭いも、外来者には敏感に感じるものである。チーム会議等で話し合い、対策について再吟味を希望する。 |
| 13                               | 17 | ○時の見当識への配慮<br><br>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。                                                                           |       | ○   |      | 手作りの見やすいカレンダーが掛けられており、時計も見やすいところに掛けられている。                                                                       |                                                                                                         |
| 14                               | 18 | ○活動意欲を触発する物品の用意<br><br>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)                             |       | ○   |      | 利用者に収集癖のある方がいるため、目に付くところには用意されていないが、必要時直ぐ提供できるよう準備している。今後さらに多くの物品を整え活動意欲の触発に努める計画である。                           |                                                                                                         |
| <b>③心身の状態に合わせた生活空間づくり 6項目中 計</b> |    |                                                                                                                              | 4     | 2   | 0    |                                                                                                                 |                                                                                                         |

| 項目番号                    |    | 項目                                                                                                   | できて<br>いる | 要<br>改善 | 評価<br>不能 | 評価理由<br>(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 |                                                                                                      |           |         |          |                                                                                                                   |                                                    |
|                         |    | <b>Ⅲ ケアサービス</b> 1. ケアマネジメント                                                                          |           |         |          |                                                                                                                   |                                                    |
| 15                      | 20 | ○個別具体的な介護計画<br><br>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。                          | ○         |         |          | 担当職員が1人の利用者をしっかりアセスメントし、介護計画を作成し、さらに計画作成担当者、管理者とも話し合っって計画している。                                                    |                                                    |
| 16                      | 21 | ○介護計画の職員間での共有<br><br>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。                  | ○         |         |          | 各担当者が作成したプランをチーム会議で全職員に説明し、共有を図っている。また変更時は日々の申し送り時に伝えている。                                                         |                                                    |
| 17                      | 22 | ○介護計画への利用者・家族等の意見の反映<br><br>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。                                             | ○         |         |          | 介護計画書は家族に送付し、意見を確認しながらケアを実践している。また、家族がホームに訪問した時に直接意見を聞き、ケアに活かしている。                                                |                                                    |
| 18                      | 23 | ○介護計画の見直し<br><br>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見直しを行っている。                        | ○         |         |          | 1週間単位で見直し、さらに質の高いケアを目指し取り組んでいる。                                                                                   |                                                    |
| 19                      | 24 | ○個別の記録<br><br>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。                                          | ○         |         |          | 1か月ごとのケアプラン、1週間ごとのウィークリーアクションプラン、ウィークリーアクションプランの実践の可否を毎日の記録で、さらに、その日の利用者の気持ちを理解するための言葉の記録と利用者一人ひとりの様子が詳細に記録できている。 |                                                    |
| 20                      | 25 | ○確実な申し送り・情報伝達<br><br>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。                                     | ○         |         |          | 業務日誌、申し送り簿等で確実な情報伝達が出来ている。                                                                                        | 確実な申し送りに努めているために、時間を要しているようであるが、内容の検討や記録物の工夫を期待する。 |
| 21                      | 26 | ○チームケアのための会議<br><br>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2回定期的に開催し、意見交換を行っている。                                                                                            |                                                    |
| <b>④ケアマネジメント 7項目中 計</b> |    |                                                                                                      | 7         | 0       | 0        |                                                                                                                   |                                                    |

| 項目番号             |    | 項目                                                                                                                                               | できている | 要改善 | 評価不能 | 評価理由<br>(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 |                                                                                                                                                  |       |     |      |                                                                                 |                                                                        |
|                  |    | 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<br>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)  | ○     |     |      | 職員は利用者の思いを理解するため、ロールプレイングに取り組むなど、ケアの質の向上に努めている。また、毎日の言葉の記録から利用者の思いを理解するよう努めている。 |                                                                        |
| 23               | 28 | ○職員の穏やかな態度<br>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。                                                                                                     | ○     |     |      | 利用者の目線に合わせて、穏やかな声掛けが出来る。                                                        | 職員間で利用者に対する態度について意見交換を行っているが、今後も継続し、質の向上に取り組むことを期待する。                  |
| 24               | 30 | ○利用者一人ひとりの過去の経験を活かしたケア<br>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。                                               | ○     |     |      | センター方式で利用者の過去の情報を抽出し、利用者に合わせてケアに取り組んでいる。                                        | 情報入手については、家族の考え方等により得られにくい場合もあるが、日頃の会話などからも収集し、さらにケアに活かせるような取り組みを期待する。 |
| 25               | 32 | ○利用者のペースの尊重<br>職員は、職員側の決まりや都合で業務を進めていく態度ではなく、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。                                                                    | ○     |     |      | 意志疎通の難しい利用者に対しても、利用者のペースに合わせて援助できている。                                           |                                                                        |
| 26               | 33 | ○利用者の自己決定や希望の表出への支援<br>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し、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)                                             | ○     |     |      | 食事の量や好みの食材、入浴時間、散歩など日常生活の中で、自然に希望や拒否の表出が出来るよう取り組んでいる。                           |                                                                        |
| 27               | 35 | ○一人でできることへの配慮<br>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)                                                  | ○     |     |      | 利用者が下膳や食器洗い、テーブルの片づけなど自主的に行っているのを職員が見守りながら、さりげなく援助している。                         |                                                                        |
| 28               | 37 | ○身体拘束のないケアの実践<br>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。                                                                               | ○     |     |      | 職員は勉強会で拘束のないケアについて研修し、職員間の共通理解のもと、見守り、注意で拘束のないケアが実践できている。                       |                                                                        |
| 29               | 38 | ○鍵をかけない工夫<br>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) | ○     |     |      | 家族と話し合い、利用者等に心理的負担がかからないよう、鍵を掛けないケアに取り組んでいる。                                    |                                                                        |
| ⑤介護の基本の実行 8項目中 計 |    |                                                                                                                                                  | 8     | 0   | 0    |                                                                                 |                                                                        |

| 項目番号 |    | 項目                                                                                               | できて<br>いる | 要<br>改善 | 評価<br>不能 | 評価理由<br>(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 |                                                                                                  |           |         |          |                                                                                                |                                                          |
|      |    | (2) 日常生活行為の支援 1) 食事                                                                              |           |         |          |                                                                                                |                                                          |
| 30   | 43 | ○ 馴染みの食器の使用<br>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。                                   | ○         |         |          | 家庭的な食器を使っており、湯呑みや箸などは利用者個人の好みの使い慣れた物である。                                                       |                                                          |
| 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<br>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。 | ○         |         |          | 高齢者に馴染みの調理法で、盛りつけも良く、食材の工夫で排泄にも配慮している。援助が必要な利用者には、職員がそばでさりげなくカバーしている。                          |                                                          |
| 32   | 45 | ○ 個別の栄養摂取状況の把握<br>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。                              | ○         |         |          | 食事摂取量や水分摂取量は確認している。又検査結果でもチェックしている。                                                            | 関連施設か市の管理栄養士等にメニュー表を提示し、栄養バランスやカロリーについてチェックを受けることも期待したい。 |
| 33   | 47 | ○ 食事を楽しむことのできる支援<br>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。                   | ○         |         |          | ご飯は利用者自身が好みの量を盛りつけ、お代わりも自由にでき、食事を楽しんでいる。又介助が必要な方には利用者のペースに合わせて出来るところは利用者にしていただきながら適切な援助が出来ている。 |                                                          |
|      |    | 2) 排泄                                                                                            |           |         |          |                                                                                                |                                                          |
| 34   | 48 | ○ 排泄パターンに応じた個別の排泄支援<br>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。       | ○         |         |          | 月間研修会で排泄委員会を立ちあげて勉強し、排泄援助の重要性(「便秘＝下剤」という考えがなくなった)を全職員が理解している。このことは他の介護全般にも好影響をもたらしている。         |                                                          |
| 35   | 50 | ○ 排泄時の不安や羞恥心等への配慮<br>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。                                 | ○         |         |          | 居室で排泄援助をした方のおむつをさりげなく始末できている。トイレ介助の場合も安全やプライバシーにも配慮し援助している。                                    |                                                          |
|      |    | 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<br>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)                      | ○         |         |          | 希望に合わせた時間に入浴できる体制が出来ている。希望に合わせて実践している。                                                         |                                                          |
|      |    | 4) 整容                                                                                            |           |         |          |                                                                                                |                                                          |
| 37   | 56 | ○ 理美容院の利用支援<br>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)                                 | ○         |         |          | 希望に合わせた援助が出来ている。                                                                               |                                                          |

| 項目番号                      |    | 項目                                                                                                             | できて<br>いる | 要<br>改善 | 評価<br>不能 | 評価理由<br>(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 |                                                                                                                |           |         |          |                                                                                      |       |
| 38                        | 57 | ○プライドを大切にした整容の支援<br>整容の乱れ、汚れ等に対し、プライドを大切にできさげなくカバーしている。(髭、着衣、履き物、食べこぼし、口の周囲等)                                  | ○         |         |          | 整容の乱れはなく、着衣も利用者それぞれにあった物を着用できている。                                                    |       |
|                           |    | 5) 睡眠・休息                                                                                                       |           |         |          |                                                                                      |       |
| 39                        | 60 | ○安眠の支援<br>利用者一人ひとりの睡眠の 패턴を把握し、夜眠れない利用者には、1日の生活リズムづくりを通じた安眠策を取っている。                                             | ○         |         |          | 「寝させる」というスタッフの考え方を改めて「寝るのを待つ」という考えで接すると変化してきた。利用者サイドから捉え無理強いしないケアに取り組んでいる。           |       |
| <b>⑥日常生活行為の支援 10項目中 計</b> |    |                                                                                                                | 10        | 0       | 0        |                                                                                      |       |
|                           |    | (3)生活支援                                                                                                        |           |         |          |                                                                                      |       |
| 40                        | 64 | ○金銭管理の支援<br>利用者が自分でお金を持つことの大切さを職員が分かっており、日常の金銭管理を本人が行えるよう、利用者一人ひとりの希望や力量に応じて支援している。                            | ○         |         |          | 利用者で金銭管理が出来る方に対しては、自分で支払うことの楽しみを、出来ない方に対しては職員が対応するなど利用者の状態により対応できている。                |       |
|                           |    | (4)ホーム内生活拡充支援                                                                                                  |           |         |          |                                                                                      |       |
| 41                        | 66 | ○ホーム内の役割・楽しみごとの支援<br>ホーム内で利用者一人ひとりが楽しみごとや出番を見い出せるよう、場面づくり等の支援を行っている。(テレビ番組、週刊誌、園芸、食器洗い、掃除、洗濯物たたみ、小動物の世話、新聞取り等) | ○         |         |          | 利用者の能力に合わせそれぞれ出来ることを楽しんでいる。食事摂取時には時間がかかり援助を要する方もギターを引いている時は別人のように活き活きと楽しんでいた。        |       |
| <b>⑦生活支援 2項目中 計</b>       |    |                                                                                                                | 2         | 0       | 0        |                                                                                      |       |
|                           |    | (5)医療機関の受診等の支援                                                                                                 |           |         |          |                                                                                      |       |
| 42                        | 68 | ○医療関係者への相談<br>心身の変化や異常発生時に、気軽に相談できる医療関係者を確保している。(医師、歯科医師、保健婦、看護婦等)                                             | ○         |         |          | 運営推進会議等で提携医、かかりつけ医、訪問看護ステーションと医療連携を図っている。                                            |       |
| 43                        | 73 | ○早期退院に向けた医療機関との連携<br>入院した場合、早期退院のための話しあいや協力を医療機関と行っている。                                                        | ○         |         |          | 現在まで入院した方は死亡退院となっている。入院中は定期的に訪問し、必要な支援があれば行き、訪問看護ステーションの看護師とも連携を取り、家族や医師と話し合いを行っている。 |       |
| 44                        | 74 | ○定期健康診断の支援<br>年に最低1回は、健康診断や医師の指導を受けられるように支援している。開設間もないホームは、健康診断を受けられる準備や体制を整えている。                              | ○         |         |          | 年2回(4月・10月)提携医による定期健康診断を受け、提携医から検査結果をホーム及び家族に報告してもらっている。                             |       |

| 項目番号                   |    | 項目                                                                                                     | できて<br>いる | 要<br>改善 | 評価<br>不能 | 評価理由<br>(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 |                                                                                                        |           |         |          |                                                                                                                      |                                                                                           |
|                        |    | (6)心身の機能回復に向けた支援                                                                                       |           |         |          |                                                                                                                      |                                                                                           |
| 45                     | 76 | ○身体機能の維持<br>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。 | ○         |         |          | 日々の生活の中で身体機能が維持できるよう、ケアプランを作成し実践している。また、月1回定期的に作業療法士からアドバイスを受けている。                                                   |                                                                                           |
|                        |    | (7)利用者同士の交流支援                                                                                          |           |         |          |                                                                                                                      |                                                                                           |
| 46                     | 78 | ○トラブルへの対応<br>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は不安や支障を生じさせないようにしている。                  | ○         |         |          | 利用者の個性を把握し、トラブルが生じないように努めている。                                                                                        | 大きなトラブルにならないよう、全職員が自信を持って対応できるよう、チーム会議で、対応策の共有が望まれる。                                      |
|                        |    | (8)健康管理                                                                                                |           |         |          |                                                                                                                      |                                                                                           |
| 47                     | 80 | ○口腔内の清潔保持<br>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)        | ○         |         |          | 職員が口腔ケア研修会に参加、口腔ケアの重要性をチーム会議で伝えている。職員はケアの大切さを理解し、実践している。                                                             | 誘導や声かけなどの方法について、職員間でアドバイスしあってさらなる徹底を希望する。                                                 |
| 48                     | 83 | ○服薬の支援<br>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。                 | ○         |         |          | スタッフ室に薬、薬の説明書が個別に保管してある。当日与薬の薬は、その日のリーダーが袋(首から提げられるようになっている)に保管し、利用者に合わせた、服薬支援を行っている。薬の変更は受診記録で申し送り時に報告、職員に周知を図っている。 | 薬の説明書が添付されているので、職員が個々に研鑽しているが、専門的知識はチーム会議等で研修すると互いに質問や疑問など、意見交換ができ、理解が深まり、効果的研鑽に繋がると思われる。 |
| 49                     | 85 | ○緊急時の手当<br>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)                                             | ○         |         |          | マニュアルが作成されていて職員はそれに基づき対応している。また、消防署の研修を受講するなどして、緊急時対応できるよう努めている。緊急連絡網も周知できている。                                       | 研修を受け、理解しているつもりでも、いざとなると誰も慌てることはあるので、自信を持って対応できるよう、研修の継続を期待する。                            |
| 50                     | 86 | ○感染症対策<br>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)                                            | ○         |         |          | マニュアルが作成できており、実行されている。                                                                                               | マニュアルが作られていて、直ぐに対応できる仕組みになっているが、予防的に日常行うものと、個別疾患に対する対策とに分けるなど、ファイルの仕方を工夫される事を期待したい。       |
| <b>⑧医療・健康支援 9項目中 計</b> |    |                                                                                                        | 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<br>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)                | ○         |         |          | 買い物や散歩などに日常的に出掛けている。散歩が出来ない利用者は近くの提携病院へリハビリに出掛けるなどホームに閉じこもらない生活に努めている。                                               |                                                                                           |
| <b>⑨地域生活 1項目中 計</b>    |    |                                                                                                        | 1         | 0       | 0        |                                                                                                                      |                                                                                           |



| 項目番号                    |     | 項目                                                                                                                                                               | できている | 要改善 | 評価不能 | 評価理由<br>(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  |                                                                                                                                                                  |       |     |      |                                                                                                           |                                   |
|                         |     | 4. 利用者と家族との交流支援                                                                                                                                                  |       |     |      |                                                                                                           |                                   |
| 52                      | 94  | ○家族の訪問支援<br>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)                                                                      | ○     |     |      | 利用者の状況により訪問回数は異なるが、訪問しやすい雰囲気である。家族訪問時は利用者との交流の時間に当てていただくと共に、家族のケアに対する意見や期待を知るチャンスと捉えている。                  |                                   |
| <b>⑩家族との交流支援 1項目中 計</b> |     |                                                                                                                                                                  | 1     | 0   | 0    |                                                                                                           |                                   |
|                         |     | <b>IV 運営体制</b> 1. 事業の統合性                                                                                                                                         |       |     |      |                                                                                                           |                                   |
| 53                      | 96  | ○責任者の協働<br>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。                                                                                              | ○     |     |      | 法人代表者、管理者、職員が共にサービスの質の向上を目指し、その目標達成のため協働している。                                                             |                                   |
| 54                      | 97  | ○職員の意見の反映<br>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。                                                                                                     | ○     |     |      | 法人代表者は職員の意見を積極的に聞き入れている。                                                                                  |                                   |
| 55                      | 101 | ○成年後見制度等の活用推進<br>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。 | ○     |     |      | 機会があるごとに研修会に参加し、家族会や訪問時に説明し、協力体制が整っている。                                                                   | 全職員が対応できるよう、機会を捉え研鑽を継続されることを期待する。 |
|                         |     | 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<br>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。                                                                                               | ○     |     |      | 利用者の状態に合わせた対応ができる職員数の確保が出来ている。利用者の状況にあわせ柔軟にローテーションを工夫している。                                                |                                   |
| 57                      | 104 | ○継続的な研修の受講<br>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。                                                                                              | ○     |     |      | ホームの運営規定に職員の研修について明記され、独自の研修体制が出来ている。採用時研修、継続研修と職員の段階に合わせて受講し、受講者はチーム会議等で報告、全職員に周知する仕組みになっている。            |                                   |
| 58                      | 106 | ○ストレスの解消策の実施<br>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)                                                                             | ○     |     |      | 管理者に相談したり、職員同志で話し合ったりして、ストレス解消につなげている。またこのホームの関連ホーム等との交流があり、互いに話し合うことにより解消できている。趣味のギタークラブなどもあり、解消に繋がっている。 |                                   |

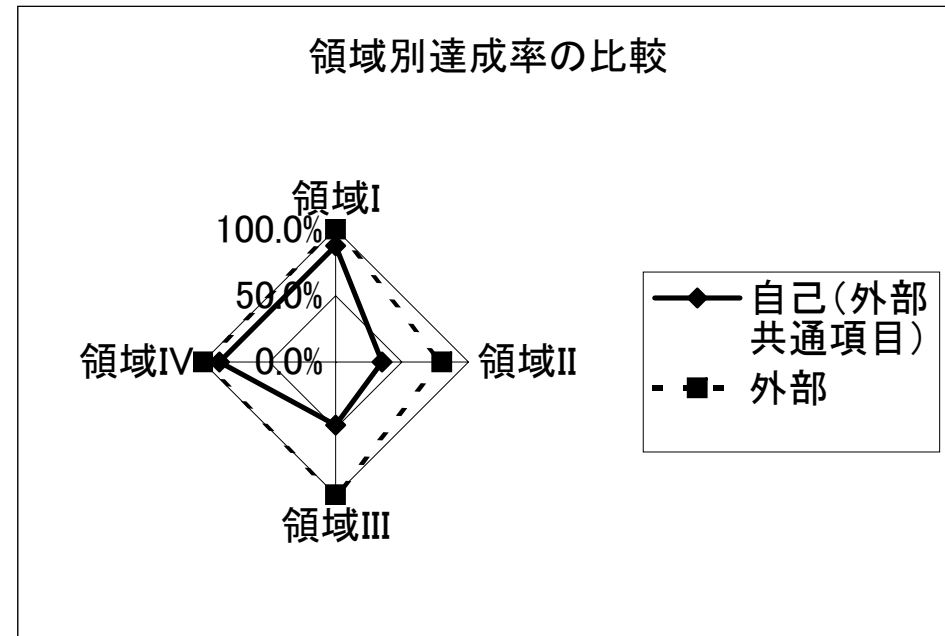
| 項目番号                    |     | 項目                                                                                                    | できて<br>いる | 要<br>改善 | 評価<br>不能 | 評価理由<br>(優れている点や改善すべき点等、評価の根拠)                                                                                | 改善方策等 |
|-------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 外部                      | 自己  |                                                                                                       |           |         |          |                                                                                                               |       |
|                         |     | <b>3. 入居時及び退居時の対応方針</b>                                                                               |           |         |          |                                                                                                               |       |
| 59                      | 108 | ○利用者の決定のための検討<br>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)          | ○         |         |          | 利用者決定のための重要視点を「その方にとってホームが必要か？」に置いている。その結果、入居時点で重度の方も受け入れている。                                                 |       |
| 60                      | 110 | ○退居の支援<br>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。 | ○         |         |          | 退去者は体調不良等で入院した方等であるが、いずれも家族に十分説明、納得した上での退去であり、適切な支援が出来ている。                                                    |       |
|                         |     | <b>4. 衛生・安全管理</b>                                                                                     |           |         |          |                                                                                                               |       |
| 61                      | 113 | ○ホーム内の衛生管理<br>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)                                               | ○         |         |          | 台所は清潔に保たれており、ホーム内の衛生管理は出来ている。                                                                                 |       |
| 62                      | 115 | ○注意の必要な物品の保管・管理<br>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、管理方法を明確に取り決め、かつ、そのとおりに実行している。                          | ○         |         |          | 注意の必要な物に関しては保管場所が決められていて、職員がその都度気をつけて管理している。                                                                  |       |
| 63                      | 117 | ○事故の報告書と活用<br>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、今後に活かす意義づけ等)      | ○         |         |          | 誤嚥や転倒、意識不明等のみを事故と捉えるのではなく、職員が気付かない間に「ドアから出る」事も広く事故と捉えて記録に残している。記録は当事者が何故起こったかを整理して記載、ミーティングで話し合い、再発防止につなげている。 |       |
| <b>⑪内部の運営体制 11項目中 計</b> |     |                                                                                                       | 11        | 0       | 0        |                                                                                                               |       |
|                         |     | <b>5. 情報の開示・提供</b>                                                                                    |           |         |          |                                                                                                               |       |
| 64                      | 119 | ○調査等の訪問に対する対応<br>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。                                                    | ○         |         |          | 家族や利用者の同意を得て、管理者、職員からそれぞれに積極的な情報の提供があった。                                                                      |       |
|                         |     | <b>6. 相談・苦情への対応</b>                                                                                   |           |         |          |                                                                                                               |       |
| 65                      | 120 | ○相談・苦情受付の明示<br>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。                         | ○         |         |          | 重要事項説明書に、相談・苦情の受付について明記しており、入居契約時説明している。                                                                      |       |
| <b>⑫情報・相談・苦情 2項目中 計</b> |     |                                                                                                       | 2         | 0       | 0        |                                                                                                               |       |

| 項目番号                      |     | 項目                                                                                                                                                                 | できて<br>いる | 要<br>改善 | 評価<br>不能 | 評価理由<br>(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  |                                                                                                                                                                    |           |         |          |                                                                                                                |       |
|                           |     | <b>7. ホームと家族との交流</b>                                                                                                                                               |           |         |          |                                                                                                                |       |
| 66                        | 123 | ○家族の意見や要望を引き出す働きかけ<br>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。                                                                           | ○         |         |          | 家族から希望や意見を言ってもらえるよう面会時など積極的に働きかけている。面会の少ない方に対しては手紙などで伺っている。職員は家族からの希望や意見をケアの質の向上に繋がるものと受け止め、希望に添えるよう努めている。     |       |
| 67                        | 124 | ○家族への日常の様子に関する情報提供<br>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)                                                                                 | ○         |         |          | ホームの日常の様子を、表情も分かり易く写真も入れた「ホーム便り」で定期的に報告している。                                                                   |       |
| 68                        | 127 | ○利用者の金銭管理<br>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。                                                                                       | ○         |         |          | 家族と話し合いの上、金銭管理を代替えている。出納内容は定期的に家族に報告し、確認してもらっている。                                                              |       |
| <b>⑬ホームと家族との交流 3項目中 計</b> |     |                                                                                                                                                                    | 3         | 0       | 0        |                                                                                                                |       |
|                           |     | <b>8. ホームと地域との交流</b>                                                                                                                                               |           |         |          |                                                                                                                |       |
| 69                        | 128 | ○市町村との関わり<br>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。                                                                                                                | ○         |         |          | 運営推進会議などで、市職員達と交流を深め連携を取っている。                                                                                  |       |
| 70                        | 131 | ○地域の人達との交流の促進<br>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に取り組んでいる。                                                                                                               | ○         |         |          | 夏祭りなどのイベントの参加呼びかけやボランティアの受け入れなどを通じ、ホームに対する理解を深めていただきながら、交流を図っている。                                              |       |
| 71                        | 133 | ○周辺施設等の理解・協力への働きかけ<br>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)                                                           | ○         |         |          | 消防署とは防災訓練や救急法等の研修などで連携が取れている。又その他の施設にも機会があるごとに協力を働きかけている。                                                      |       |
| 72                        | 134 | ○ホーム機能の地域への還元<br>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)                                                                  | ○         |         |          | 認知症介護の講師として地域に出向き、ホームで培った知識や対応の仕方などを地域の人々に伝えている。またボランティアの受け入れや見学、研修の受け入れなども積極的に行っている。今回、「高齢者介護実態調査」の受け入れも実施した。 |       |
| <b>⑭ホームと地域との交流 4項目中 計</b> |     |                                                                                                                                                                    | 4         | 0       | 0        |                                                                                                                |       |
|                           |     | <b>V その他</b> 1. その他                                                                                                                                                |           |         |          |                                                                                                                |       |
| 73                        | 144 | ○火災・地震等の災害への対応<br>利用者や施設の状況を考慮に入れ、夜間も念頭において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(夜間・日中)と分けて作成しており、訓練も実施している。また、地域の支援については運営推進会議で話し合い、協力体制が得られている。                                       |       |
| <b>⑮その他 1項目中 計</b>        |     |                                                                                                                                                                    | 1         | 0       | 0        |                                                                                                                |       |

ホームID 38175

|      |    |    |
|------|----|----|
| 評価件数 |    |    |
|      | 自己 | 2  |
|      | 外部 | 1  |
|      | 家族 | 15 |

| 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)    | 80.0%  | 38.5% | 55.2%  | 82.5%  | 62.6% |
| 自己(外部共通項目) | 87.5%  | 35.0% | 47.4%  | 87.5%  | 59.0% |
| 外部         | 100.0% | 80.0% | 100.0% | 100.0% | 97.2% |
| 家族         | N.A.   | N.A.  | N.A.   | N.A.   | 89.2% |



**★ 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。

