

| 分野・領域   |                   | 外部評価項目番号      | 優れている点、独自に工夫している点及び要改善点について   |
|---------|-------------------|---------------|---|
| 運営理念    | 運営理念              | 1<br>・<br>2   | 管理者はグループホームに関する法令の意義を理解しており、運営上の方針や目標を理念に具体化し、職員と共にミーティングなどで話し合い共有化を図っている。入居者の権利・義務については明確に記載されるよう検討されたい。なお、理念等重要事項の明示については額等に入れ掲示するなどの工夫が望まれる。                     |
|         |                   | 3<br>・<br>4   | ホームの建物は2階建てであり、併設施設に並んでいる。居室内は家庭で使い慣れた家具や装飾品が持ち込まれ、その方らしい居室作りがされている。亡くなられたご主人の遺影もあり、主人と一緒にですと言っておられた。共用空間においては、入居者が思い思いに過ごせる居場所が確保されていないため、今後検討されたい。                |
| 生活空間づくり | 家庭的な生活環境づくり       | 5             | リビングには時計やカレンダーが見やすい位置にかけられている。家庭から持ち込まれたタンスなどが置かれきちんと整理されている。居室の入り口の名札は一律の物であったが、一部目印なのか、小動物のぬいぐるみが入り口近くの手すりにつけられていた。   |
|         | 心身の状態にあわせた生活空間づくり | 6<br>・<br>12  | 入居者の個性や希望、心身の状態を把握し、家族の希望、職員の気づき等をもとにケア会議を開き、自立支援の視点で介護計画は立てられている。立てられた介護計画は入居者や家族に説明をし同意をえている。会議や申し送り時などに職員全体に共有化を図り実践している。  |
| ケアサービス  | ケアマネジメント          | 13<br>・<br>18 | 入居者に合わせた言葉かけや名前を呼んでいる。入居者のプライドを傷つけないよう、さりげなく支援している。入居者に応じたさりげないスキンシップもみられた。居室に職員が入室するときは必ず声をかけている。また、本人の得意な面は引き出し、調理、盛りつけ、配膳等にも活躍してもらい、出来たことへの満足感に繋げている。身体拘束はしていない。 |
|         | 介護の基本の実行          | 19<br>・<br>25 | 栄養のバランスを考えた献立は併設施設の管理栄養士がたてている。メインの料理は併設施設で作られている。ゆで卵の殻をむき、盛りつけたサラダの野菜に付け合わせる等すすんで職員と共に行っている。入浴は職員の都合で昼間だけとなっているため、夜間入浴を希望される方や寝付きの悪い方たちが入浴できるような配慮が望まれる。           |
|         | 日常生活行為の支援         | 26<br>・<br>27 | 入居者の力量に応じて少額のお小遣いは持ってもらう、買い物に出かけて希望の品物を買って支払いをしている。それが買い物が出来た事への満足に繋がっている。お小遣いの管理が出来ない方には、ホームで預かっている。しかし、管理方法については、金銭出納簿や家族の確認印がないため、今後検討されたい。                      |
|         | 生活支援              |               |   |

| 分野・領域  |            | 外部評価項目番号      | 優れている点、独自に工夫している点及び要改善点について  |
|--|------------|---------------|--|
| ケアサービス   | 医療・健康支援    | 28<br>・<br>35 | 併設施設が病院であり、緊急時には24時間体制で対応してくれている。入居時には必要な検査をうけ結果は管理保管されている。また、入居者及び家族の希望する医療機関でも受診できるようになっている。散歩、洗濯、食事準備など出来ることをしてもらい身体機能維持に努めている。緊急時の手当について定期的な訓練及び、感染症予防のマニュアルの完備が望まれる。    |
|  | 地域生活       | 36            | 買い物やお花見、散歩等の機会を作り、外に出て地域の方たちとも話が出来るようにしている。ホームの畑にも出て、野菜の手入れをし、食膳にものせている。   |
|  | 家族との交流支援   | 37            | 家族や知人が気軽に出入りができるように説明を行い、面会時間の設定はしていない。家族の方がこられると職員も話しかけ、入居者と家族が気軽に話しかけるように、場所や話し掛け等に配慮している。   |
| 運営体制   | 内部の運営体制    | 38<br>・<br>41 | 法人代表者はサービスの質の向上に熱意をもち、よくホームにこられ気軽に入居者、職員に声をかけている。サービスの質の向上や自己研鑽のために研修などによく参加させているが、研修計画はなく今後、計画的・継続的に受講できるよう配慮されたい。薬品・刃物等の危険物は夜間に事務所の定位置に保管するようにしているが、施設管理はできていないため、検討が望まれる。 |
|  | 相談・苦情      | 42            | 相談や苦情をいってもらえるよう繰り返し話をしている。また、苦情をもらえることがホームの改善につながる等、折に触れ伝えている。意見箱やメモの用意が玄関にされている。  |
|  | ホームと家族との交流 | 43            | 家族会は出来ており、必要時開催している。家族がホームにこられたときなどに入居者の近況報告等をするようにしている。度々こられない方には入居者の近況報告に加えて行事などで撮った写真を同封し郵送している。ホーム便りは作成にむけて検討中である。   |
|  | ホームと地域との交流 | 44<br>・<br>46 | 市町村との協力関係は十分でない。地域の集会などに参加させてもらい、家族介護教室などを通し交流を図りたいと話している。近隣の方たちは気軽に立ち寄りしてくれている。   |
| 全体を通しての特記事項  |            |               |  |
| ホームの近くには公園があり、周辺環境も充実している。特に、認知症ケアについて、介護主任を中心に職員全員が前向きに取り組んでいた。 |            |               |  |

## 2. 評価報告書(判断理由・根拠欄省略)

| 外部<br>評価 | 自己<br>評価 | 項 目   | 評価の着眼点(事実情報・根拠)                                      | できて<br>いる | 要改善 | 評価<br>不能 |
|----------|----------|---|--|-----------|-----|----------|
|          |          | <b>運営理念 1. 運営理念の明確化</b>   |  |           |     |          |
|          |          | 運営理念の具体化及び共有化と明示  |  |           |     |          |
| 1        | 1        | <p>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、介護従事者に日常的に話している。</p> <p>また、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、入居者及びその家族等に分かりやすく説明している。</p> | 管理者は、認知症高齢者共同生活介護事業の社会的役割やそのグループホーム独自の理念を認識し明確に言える。  |           |     |          |
|          |          |   | 管理者は、ミーティング等で理念や方針、目標を職員に具体的に伝え、話し合っている。<br>回数( )回/月 |           |     |          |
|          |          |   | ホームの運営理念を利用案内文(パンフレット等)に分かりやすく表記している。                |           |     |          |
|          |          |   | 運営理念を、ホーム内の見やすい場所に分かりやすく掲示している。                      |           |     |          |
|          |          |   | 入居者及びその家族に、運営理念について十分な説明をしている。(とくに入居時)               |           |     |          |
| 2        | 3        | <p>権利・義務の明示</p> <p>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、入居者及びその家族等に説明し同意を得ている。</p>   | 重要事項説明書、契約書等に入居者の権利・義務が明確に書かれている。                    |           |     |          |
|          |          |   | 入居者及びその家族にとって分かりやすい内容になっている。                         |           |     |          |
|          |          |   | 入居時に十分な時間をとって説明し、内容について同意を得ている。                      |           |     |          |
|          |          | <b>生活空間づくり 1. 家庭的な生活空間づくり</b>   |  |           |     |          |
| 3        | 5        | <p>家庭的な共用空間づくり</p> <p>共用の生活空間(玄関まわり、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。</p>   | 入居者や訪問者にとって馴染みやすく、入りやすい配慮をしている。                      |           |     |          |
|          |          |   | 建物自体のデメリットをカバーする工夫をしている。(威圧的・冷たい感じ等)                 |           |     |          |
|          |          |   | 共用の生活空間が入居者にとって使いやすい環境になっている。                        |           |     |          |
|          |          |   | 馴染みの物を取り入れる等、入居者にとって家庭的で温かい環境を作る配慮をしている。             |           |     |          |

| 外部<br>評価 | 自己<br>評価 | 項目  | 評価の着眼点(事実情報・根拠)   | でき<br>ている | 要改善 | 評価<br>不能 |  |
|----------|----------|---|---|-----------|-----|----------|--|
|          |          | 共用空間における居場所の確保及び居室の環境づくり  |   |           |     |          |  |
| 4        | 6        | 共用空間の中に、入居者が一人になったり気のあった入居者同士で自由に過ごせるような居場所を確保しており、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。                                     | 共用空間で人の気配を感じながら、少し離れて安心して過ごせる居場所が確保されている。                 |           |     |          |  |
|          |          |   | ホーム内のちょっとした空間を利用して、入居者が思い思いに過ごせる居場所を複数か所作っている。            |           |     |          |  |
|          |          |   | 家族の協力も得ながら、馴染みの物を活かしてその人らしく過ごせる居室づくりをしている。                |           |     |          |  |
|          |          |   | 持ち込み品が少なく、家族の協力を得ることが難しい場合には、その人らしい環境づくりを職員が入居者と一緒に行っている。 |           |     |          |  |
|          |          | <b>2. 心身の状態にあわせた生活空間づくり</b>   |   |           |     |          |  |
|          |          | 場所間違い等の防止策及び時の見当識への配慮   |   |           |     |          |  |
| 5        | 10       | 職員は、入居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)<br>さらに、見やすく、馴染みやすい時計や暦を、目につくところに配置している。 | 職員は、入居者一人ひとりがホーム内の場所が分かるかどうか、把握している。                      |           |     |          |  |
|          |          |   | 目印等は入居者一人ひとりの状態に応じて工夫し、入居者が安心して自分の力で動ける環境づくりに取り組んでいる。     |           |     |          |  |
|          |          |   | 入居者一人ひとりの見当識の力を見極め、それを活かして暮らしやすくするために、本人に馴染みの暦や時計を使っている。  |           |     |          |  |
|          |          |   | 時を感じられるもの(食品や季節のもの、風物)を暮らしの中に採り入れ、入居者の見当識を補強する配慮をしている。    |           |     |          |  |

| 外部<br>評価 | 自己<br>評価 | 項 目   | 評価の着眼点(事実情報・根拠)  | できて<br>いる | 要改善 | 評価<br>不能 |
|----------|----------|---|--|-----------|-----|----------|
|          |          | <b>ケアサービス 1. ケアマネジメント</b>   |  |           |     |          |
|          |          | 個別具体的な介護計画  |  |           |     |          |
| 6        | 16       | <p>アセスメントに基づいて、入居者主体の目標を立て、入居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。</p>       | <p>入居者一人ひとりに対して個別、具体的な介護計画を作成している。</p> <p>画一的な介護計画ではなく、入居者一人ひとりの個性や生活リズムなどを尊重したケアを実現できるように作成している。</p> <p>介護計画には、長期的目標とそれを達成するための短期的目標を盛り込んでいる。</p> <p>ホームの職員のみでの関わりではなく、家族や地域との関係諸機関、資源を活かすことも視野に入れた、暮らしを豊かにするための介護計画になっている。</p> |           |     |          |
|          |          | 介護計画の職員間での共有  |  |           |     |          |
| 7        | 17       | <p>介護計画を、すべての職員の気づきや意見を取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。</p> | <p>介護計画の作成には日々本人に接する職員全員が参画し、職員の気づきや意見を取り入れて行っている。</p> <p>介護計画の内容について、職員全員に周知し、共通認識を得られるようにしている。</p> <p>介護計画を職員が日常的に目にし、日々のケアに活かしていけるような意識づけ、保管の工夫がされている。</p>  |           |     |          |
|          |          | 介護計画への入居者・家族の意見の反映  |  |           |     |          |
| 8        | 18       | <p>介護計画を、入居者や家族とも相談しながら作成している。</p>                                    | <p>日常的に入居者と接する中で、意識的に本人が求めていることを引き出しながら介護計画を作っていくよう努めている。</p> <p>家族の意見や希望をとらえる機会を作り、介護計画に具体的に活かしている。</p> <p>作成または見直した介護計画について、本人や家族に分かりやすく説明し、同意を得て渡している。</p>  |           |     |          |

| 外部<br>評価 | 自己<br>評価 | 項 目  | 評価の着眼点(事実情報・根拠)  | できて<br>いる | 要改善 | 評価<br>不能 |
|----------|----------|--|--|-----------|-----|----------|
| 9        | 19       | 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。                | 作成した介護計画には、入居者の状態や計画内容に応じた実施期間が明記されている。                  |           |     |          |
|          |          |  | 介護計画は設定した期間に応じて見直すほか、本人の状態や希望の変化、家族の希望に応じて柔軟に見直しを行っている。  |           |     |          |
|          |          | 見直しの内容や結果を具体的に記録している。  |  |           |     |          |
| 10       | 20       | 個別の記録  |  |           |     |          |
|          |          | 日々の介護や介護計画に反映させるため、入居者一人ひとりの特徴や変化を具体的に記録している。                                | 入居者一人ひとりの個別ファイルがあり、本人の状態の変化を継続的に見ることができる。                |           |     |          |
|          |          |  | 介護の手がかりや危険防止に直接的に活かせるように、日常の様子が具体的に記録・保存されている。           |           |     |          |
| 11       | 21       | 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。                                  | 入居者への支援に必要な情報を職員で共有化・活用するため、申し送りや情報伝達の仕組みが確立され、かつ機能している。 |           |     |          |
|          |          |  | 不在の職員にも重要なことが確実に伝わるための仕組みを作っている。                         |           |     |          |
| 12       | 22       | チームケアのための会議  |  |           |     |          |
|          |          | チーム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。 | チームケアのための会議を定期的に設けて話し合っている。                              |           |     |          |
|          |          |  | 会議は、全職員を参加対象とし、実際に業務に差し支えない範囲でできるだけ多くの職員が参加できる仕組みを作っている。 |           |     |          |
|          |          |  | 参加できない職員にも会議の内容が伝わる仕組みを作っている。                            |           |     |          |
|          |          | 会議で出た職員の気づきや提案、決まったこと等は記録・保存されている。   |  |           |     |          |

| 外部<br>評価 | 自己<br>評価   | 項目   | 評価の着眼点(事実情報・根拠)                                       | できて<br>いる | 要改善 | 評価<br>不能 |
|----------|--|--|---|-----------|-----|----------|
|          |  | <b>2. ホーム内でのくらしの支援 (1)介護の基本の実行</b>   |   |           |     |          |
|          |  | 入居者一人ひとりの尊重  |   |           |     |          |
| 13       | 23   | 職員は、常に入居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ない言葉かけや対応を行っている。(入居者一人ひとりの違いや尊重、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) | 本人にとっての誇りやプライバシーが見極められ、その人にあわせた言葉かけや対応が行われている。        |           |     |          |
|          | つねに入居者やその家族の視点に立って適切な呼び方を考えている。                            |  |   |           |     |          |
|          | 入居者ののプライドを傷つけないよう、目立たずさりげない介助を心がけている。                      |  |   |           |     |          |
|          | 私物や郵便物の扱い、居室への職員の出入りに当たっては、入居者のプライバシーに配慮している。              |  |   |           |     |          |
|          |  | 職員の穏やかな態度  |   |           |     |          |
| 14       | 24   | 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。   | 職員は、穏やかでゆったりとした言葉かけや態度を心がけている。                        |           |     |          |
|          | 職員の言葉かけ、態度、関わりのスピードやトーンがきつくなったり速すぎたりして、入居者が萎縮している場面はみられない。 |  |   |           |     |          |
|          | 指示、禁止、命令、教え諭すような口調、子ども扱いした口調等をしていない。                       |  |   |           |     |          |
|          |  | 入居者のペースの尊重   |   |           |     |          |
| 15       | 28   | 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、入居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。   | 入居者が本来持っているペースや望んでいるペースにあわせて柔軟に対応し、見守りながら一緒に生活を送っている。 |           |     |          |
|          | 業務をこなすことを優先するのではなく、なるべく入居者と向きあうように努力、工夫をしている。              |  |   |           |     |          |

| 外部<br>評価 | 自己<br>評価   | 項目  | 評価の着眼点(事実情報・根拠)                                      | でき<br>て<br>い<br>る | 要<br>改<br>善 | 評<br>価<br>不<br>能 |
|----------|--|---|--|-------------------|-------------|------------------|
|          |  | 入居者の自己決定や希望の表出への支援  |  |                   |             |                  |
| 16       | 29   | 職員は、入居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、それらを促す取り組み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) | 日常生活の中で、一人ひとりの能力に応じて入居者自身が決定する場面を具体的に作っている。          |                   |             |                  |
|          | 職員は入居者の希望、関心、嗜好を見極め、それをもとに日常の中で本人が選びやすい場面づくりをしている。                   |   |  |                   |             |                  |
|          | 入居者が言葉では十分に意思表示できない場合であっても、表情や全身での反応を注意深くつかみながら、本人の希望や好みを把握し支援している。  |   |  |                   |             |                  |
|          | 訪問時や電話、家族会等の機会を通じて、家族から本人の嗜好や関心事、意見や希望を聞くことを積極的に行っている。               |   |  |                   |             |                  |
|          |  | 一人でできることへの配慮  |  |                   |             |                  |
| 17       | 31   | 自立支援を図るために、入居者の「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) | 入居者一人ひとりが持っている力を見出し活かそうという姿勢が職員にみられる。                |                   |             |                  |
|          | 職員がむやみに手を出したり、口を出したりしていない。   |   |  |                   |             |                  |
|          | 職員は本人の動きや言葉を急がせたりせずにゆったりと待ち、必要に応じてさりげなくサポートしている。                     |   |  |                   |             |                  |
|          | 食事、排泄、歩行、着替え、家事や楽しみごと等の生活場面で、なるべく一人でできるようなお膳立てや配慮をしている。              |   |  |                   |             |                  |
|          |  | 身体拘束のないケアの実践  |  |                   |             |                  |
| 18       | 33   | 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。                               | 職員全員が身体拘束によって入居者が受ける身体的・精神的弊害について理解し、拘束のないケアをめざしている。 |                   |             |                  |
|          | 入居者が抱える転倒等のリスクに対して、身体拘束をしない介護上の工夫を行っている。                             |   |  |                   |             |                  |
|          | 安全確保等、緊急かつやむを得ない事情で何らかの拘束が行われる場合、その理由、方法、期間等を明記した記録、家族等への説明、同意書等がある。 |   |  |                   |             |                  |

| 外部<br>評価 | 自己<br>評価 | 項 目  | 評価の着眼点(事実情報・根拠)   | できて<br>いる | 要改善 | 評価<br>不能 |
|----------|----------|--|---|-----------|-----|----------|
|          |          | <b>(2)日常生活行為の支援 1)食事</b>   |   |           |     |          |
|          |          | 入居者一人ひとりの個別の栄養摂取状況の把握等に基づいた調理方法・盛り付けの工夫  |   |           |     |          |
| 19       | 40       | 入居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。また、入居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を行いつつ、おいしそうな盛り付けの工夫をしている。 | 入居者一人ひとりの摂取総量が残食量等からも大まかに把握、記録されている。                              |           |     |          |
|          |          |  | 献立の栄養バランスに配慮している。   |           |     |          |
|          |          |  | 定期的に、栄養の専門的な観点からチェックしてもらっている。                                     |           |     |          |
|          |          |  | 入居者が水分不足にならないように配慮している。   |           |     |          |
|          |          |  | 職員はおいしい味付け、食べやすく飲み込みやすい調理方法、食欲をそそる盛り付けについて学んでいる。                  |           |     |          |
|          |          |  | 入居者の好みの味付けや咀嚼力・嚥下状態等の身体機能や慢性疾患、日々の体調を把握して、一人ひとりに適した調理方法や味付けをしている。 |           |     |          |
|          |          | 食事を楽しむことのできる支援   |   |           |     |          |
| 20       | 42       | 職員も入居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。   | 職員も入居者と共に同じ内容の食事をとり、楽しい雰囲気づくりを心がけている。                             |           |     |          |
|          |          |  | 食べ方が分からなくなったり、ひたすら同じものだけを食べている入居者への支援や、失敗があったときのフォローをさりげなく行っている。  |           |     |          |
|          |          | <b>2)排泄</b>  |   |           |     |          |
|          |          | 排泄パターンに応じた個別の排泄支援  |   |           |     |          |
| 21       | 43       | おむつをできる限り使用しないで済むように、入居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。  | 家族らの理解を得ながらその人が元気な頃の排泄習慣を伝えてもらい、排泄を困難にしている背景を探り、改善につなげている。        |           |     |          |
|          |          |  | 個々の排泄パターンを把握し、一人ひとりにあった排泄支援をしている。                                 |           |     |          |
|          |          |  | 排泄チェックシート等を活用し、自立支援に向けた取り組みを行っている。                                |           |     |          |



| 外部<br>評価 | 自己<br>評価   | 項目   | 評価の着眼点(事実情報・根拠)                                       | でき<br>て<br>い<br>る | 要<br>改<br>善 | 評<br>価<br>不<br>能 |
|----------|--|--|---|-------------------|-------------|------------------|
|          |  | 排泄時の不安や羞恥心等への配慮  |   |                   |             |                  |
| 22       | 45   | 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。                | 人前での尿意・便意の確認やあからさまなトイレ誘導をしていない。                       |                   |             |                  |
|          | 排泄の誘導や介助は、本人のプライドを傷つけないような言葉かけや対応を心がけている。                  |  |   |                   |             |                  |
|          | 失敗してしまった場合の対応は、本人が傷つかないように手早く、なるべく周囲に気づかれない等の配慮をしながら行っている。 |  |   |                   |             |                  |
|          |  | <b>3)入浴</b>  |   |                   |             |                  |
|          |  | 入居者一人ひとりの希望にあわせた入浴支援                                       |   |                   |             |                  |
| 23       | 48   | 入居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)          | 個々の今までの生活習慣にあわせて、また希望があれば、毎日入浴できるように工夫している。           |                   |             |                  |
|          | 職員のローテーションの都合で、入浴時間が日中のみとなっていない。                           |  |   |                   |             |                  |
|          | 入浴を拒む人に対して、言葉かけや対応の工夫、チームプレイ等によって一人ひとりにあわせた入浴支援をしている。      |  |   |                   |             |                  |
|          | 浴室内での入居者の状態を把握しており、適切な声かけや支援がなされている。                       |  |   |                   |             |                  |
|          |  | <b>4)整容</b>  |   |                   |             |                  |
|          |  | プライドを大切にした整容の支援  |   |                   |             |                  |
| 24       | 52   | 整容の乱れ、汚れ等に対し、プライドを大切にしたり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) | 髪や着衣の乱れ、履き物の乱れ、食べこぼしの乱れ、口の周り等の汚れを放置せず、職員がさりげなく対応している。 |                   |             |                  |
|          | 本人の習慣、希望、持てる力を最大限尊重しながら、整容に配慮している。                         |  |   |                   |             |                  |

| 外部<br>評価 | 自己<br>評価   | 項 目   | 評価の着眼点(事実情報・根拠)   | できて<br>いる | 要改善 | 評価<br>不能 |
|----------|--|---|---|-----------|-----|----------|
|          |  | <b>5)睡眠・休息</b>  |   |           |     |          |
|          |  | 安眠の支援   |   |           |     |          |
| 25       | 55   | 入居者一人ひとりの睡眠の 패턴を把握し、夜眠れない入居者には、1日の生活リズムづくりを通じた安眠策をとっている。                                  | 入居者一人ひとりについて個々の記録や睡眠チェックシート等で睡眠パターンを把握している。   |           |     |          |
|          | 環境や生活の過ごし方に配慮して個々に合わせた生活のリズムづくりを意識的に行い、安定した眠りが導けるよう支援している。               |   |   |           |     |          |
|          | 眠れない入居者については、原因を見極めて、その人本来のリズムを取り戻せるような支援の工夫をしている。                       |   |   |           |     |          |
|          |  | <b>(3)生活支援</b>  |   |           |     |          |
|          |  | 金銭管理の支援   |   |           |     |          |
| 26       | 59   | 入居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、入居者一人ひとりの希望や力量に応じて支援している。                   | 職員は、入居者がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの力量に応じて支援している。(少額でも、買い物に行く時だけでも力量や状況に応じて支援するよう取り組んでいる。) |           |     |          |
|          | 入居者が小遣いを持つことができないようなきまりがなく、全面的な管理をしていない。(小遣いは家族から預かっているが、本人にはいっさい持たせない等) |   |   |           |     |          |
|          | お金の額が分かるか、所持金の管理ができるか等の把握をしており、できる部分はしてもらっている。                           |   |   |           |     |          |
|          |  | <b>(4)ホーム内生活拡充支援</b>  |   |           |     |          |
|          |  | ホーム内の役割・楽しみごとの支援  |   |           |     |          |
| 27       | 61   | ホーム内で入居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) | 各自の習慣、希望、持てる力をふまえて、何が一人ひとりの楽しみごと、役割、出番になるのか把握している。                                      |           |     |          |
|          | 日常の中に一人ひとりの楽しみごと、役割、出番を作り出す取り組みをしている。                                    |   |   |           |     |          |
|          | マンネリ化したり、職員主導による楽しみや役割づくりをしていない。   |   |   |           |     |          |

| 外部<br>評価 | 自己<br>評価 | 項目   | 評価の着眼点(事実情報・根拠)  | できて<br>いる | 要改善 | 評価<br>不能 |
|----------|----------|--|--|-----------|-----|----------|
|          |          | <b>(5)医療機関の受診等の支援</b>  |  |           |     |          |
|          |          | 医療関係者への相談  |  |           |     |          |
| 28       | 63       | 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、保健師、看護師等)                                       | 職員が気軽に相談できる医療関係者がいる。<br><br>24時間相談が可能で、緊急時に対応してもらえる協力医療機関がある。  |           |     |          |
|          |          | 定期健康診断の支援  |  |           |     |          |
| 29       | 69       | 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。                        | 老人保健制度に基づく基本健康審査の利用等を積極的に行っている。<br><br>入居者一人ひとりの検診の仕方について本人・家族等と相談し、確実に検診を受けられるようにしている。  |           |     |          |
|          |          | <b>(6)心身の機能回復に向けた支援</b>  |  |           |     |          |
|          |          | 身体機能の維持  |  |           |     |          |
| 30       | 71       | 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。 | 一般的な老化に加えて、身体の緊張やバランスの崩れ、嚥下機能の低下等、認知症の人の身体的特徴について全職員が理解している。<br><br>身体機能維持の視点をもって、入居者一人ひとりが買い物や散歩、家事等日常生活行為を主体的に行えるような支援をしている。<br><br>訓練的なやり方ではなく、日常生活場面を活かしてさりげなく行っている。 |           |     |          |
|          |          | <b>(7)入居者同士の交流支援</b>   |  |           |     |          |
|          |          | トラブルへの対応   |  |           |     |          |
| 31       | 73       | 職員は、入居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、当事者や他の入居者に不安や支障を生じさせないよう配慮している。                   | トラブルの状況を職員全体で把握し、トラブルに対する受け止め方や対応が統一されている。<br><br>入居者同士のトラブルを問題としてのみとらず、入居者同士の関係や力を活かす大事な機会として前向きに対応している。<br><br>必要な場合に限り、当事者同士の調整や、ぶつかることへの予防策、他の入居者への配慮等を行っている。        |           |     |          |

| 外部<br>評価 | 自己<br>評価 | 項目   | 評価の着眼点(事実情報・根拠)  | できて<br>いる | 要改善 | 評価<br>不能 |
|----------|----------|--|--|-----------|-----|----------|
|          |          | <b>(8)健康管理</b>   |  |           |     |          |
|          |          | 口腔内の清潔保持   |  |           |     |          |
| 32       | 75       | 入居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、口腔内の清潔を日常的に支援している。<br>(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) | 口腔内の清潔保持の必要性を職員全員が理解し、毎食後何らかの支援を行っている。                     |           |     |          |
|          |          |  | 一人ひとりの習慣や、できること・できなくなったことを把握し、個別に必要な働きかけをしている。             |           |     |          |
|          |          |  | 入れ歯の管理、手入れが確実になされている。                                      |           |     |          |
|          |          | 服薬の支援  |  |           |     |          |
| 33       | 78       | 職員は、入居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、入居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。           | 入居者個々が使用している薬剤の治療目的、用法、用量、副作用等を職員が把握しており、正しく服薬できるよう支援している。 |           |     |          |
|          |          |  | 服薬が本人の心身の安定につながっているか、服薬による副作用がないか等の確認を日常の中で行っている。          |           |     |          |
|          |          |  | 薬の服用によって入居者に変化や課題がみられる場合は、その事実情報を家族や医師に連絡している。             |           |     |          |
|          |          | 緊急時の手当   |  |           |     |          |
| 34       | 80       | 入居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)  | すべての職員が、けが、骨折、発作、のど詰まり、意識不明等の対処方法、救急救命法等の学習や訓練を行っている。      |           |     |          |
|          |          |  | 訓練は定期的に行っている。  |           |     |          |
|          |          |  | 一部の職員や母体法人に頼る体制になっていない。                                    |           |     |          |

| 外部<br>評価               | 自己<br>評価 | 項目  | 評価の着眼点(事実情報・根拠)  | できて<br>いる | 要改善 | 評価<br>不能 |
|------------------------|----------|---|--|-----------|-----|----------|
|                        |          | <b>感染症対策</b>  |  |           |     |          |
| 35                     | 81       | 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)                               | 感染症の予防と早期発見、早期対応に関する取り決めが明文化され、全職員に周知されている。                    |           |     |          |
|                        |          |   | 感染症に対する予防や対策が新しい知識、技術によって更新されている。                              |           |     |          |
|                        |          |   | 地域の保健所や行政、医療機関と連携を図りながら、季節、地域の感染症発生状況の情報収集に努め、感染症の流行に随時対応している。 |           |     |          |
|                        |          |   | 予防と早期発見、早期対応が実践できるように、職員に定期的な学習や訓練を行っている。                      |           |     |          |
| <b>3. 入居者の地域での生活支援</b> |          |   |  |           |     |          |
|                        |          | <b>ホームに閉じこもらない生活の支援</b>   |  |           |     |          |
| 36                     | 85       | 入居者が、ホームの中だけで過ごすことなく、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)            | 入居者一人ひとりにあわせた楽しみや張りあいになることをみつけて、外に出る機会を積極的に設けている。              |           |     |          |
|                        |          |   | 梅雨時や冬期等など、距離のある外出が困難な場合でも、玄関先やご近所等、外に出かける機会を作っている。             |           |     |          |
|                        |          |   | 本人が歩行困難になってきているケースでは、とくに車、車いす等を利用し戸外へ出ることを積極的に行っている。           |           |     |          |
| <b>4. 入居者と家族との交流支援</b> |          |   |  |           |     |          |
|                        |          | <b>家族の訪問支援</b>  |  |           |     |          |
| 37                     | 89       | 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) | 家族がいつでも気軽に来やすい雰囲気を作っている。                                       |           |     |          |
|                        |          |   | 面会時間を設けている場合は、その時間設定の理由が入居者本位のもので、各家族の事情に応じた柔軟な配慮がある。          |           |     |          |
|                        |          |   | 家族が入居者と私的で親密な時間を過ごせるよう配慮している。                                  |           |     |          |
|                        |          |   | 家族が本人にどう対応していいかわからない場合は、職員がさりげなく間を取り持つような対応をしている。              |           |     |          |

| 外部<br>評価 | 自己<br>評価 | 項目   | 評価の着眼点(事実情報・根拠)  | できて<br>いる | 要改善 | 評価<br>不能 |
|----------|----------|--|--|-----------|-----|----------|
|          |          | <b>運営体制 1. 事業の統合性</b>                                      |  |           |     |          |
|          |          | 責任者の協働   |  |           |     |          |
| 38       | 91       | 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。   | 法人代表者がケアサービスの質を理解しており、質の向上について管理者または現場責任者と十分話し合い、意見の統一が図られている。<br><br>代表者や管理者の間で、考え方の相違がみられても、互いの意見を尊重しあい、理念をふまえて最善策を見出すための前向きな姿勢がある。                          |           |     |          |
|          |          | <b>継続的な研修の受講</b>   |  |           |     |          |
| 39       | 98       | 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。      | 年間の研修計画を立て、職員が研修を計画的・継続的に受講できるように配慮している。<br><br>職員のグループホームケアの習熟度、体験等の段階に応じて必要な研修が受けられるような組織的な体制を作っている。<br><br>研修内容を全職員が共有しあってケアの向上に活かしていけるよう、報告や話し合いの機会を作っている。 |           |     |          |
|          |          | <b>3. 衛生・安全管理</b>  |  |           |     |          |
|          |          | 注意の必要な物品の保管・管理   |  |           |     |          |
| 40       | 109      | 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。 | 薬や刃物等の夜間の保管・管理方法について明文化され、適切に実行されている。<br><br>入居者一人ひとりの状態を十分に把握しながら施錠をする等危険を防ぐ検討と取り決めがなされている。   |           |     |          |

| 外部<br>評価             | 自己<br>評価 | 項目   | 評価の着眼点(事実情報・根拠)   | できて<br>いる | 要改善 | 評価<br>不能 |
|----------------------|----------|--|---|-----------|-----|----------|
| 41                   | 111      | 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。(再発防止の話し合い、今後に活かす意義づけ等) | 事故発生を管理者や事業者が前向きに受け止め、再発防止に向けた組織的な対応策をとっている。                                |           |     |          |
|                      |          |  | 事故の経緯や対応策、改善策が明確に記入された事故報告書があり、整理、保存されている。                                  |           |     |          |
|                      |          |  | 問題点を探り、再発防止のための話し合いが行われている。   |           |     |          |
|                      |          |  | 事故にまで至らなかったが、職員がヒヤリハットした場面についても報告がなされている。                                   |           |     |          |
|                      |          | 事故発生の状況を正確に伝えることが職員に徹底され、事故を今後活かしていこうとする組織の雰囲気ができている。                              |   |           |     |          |
| <b>4. 相談・苦情への対応</b>  |          |  |   |           |     |          |
| 42                   | 114      | 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、入居者及び家族にその利用の仕方を文書と口頭で繰り返し伝えている。                      | 相談や苦情を、入居者や家族が伝えやすい配慮がされた窓口や、担当職員の明示がされている。                                 |           |     |          |
|                      |          |  | 契約の段階から折に触れて、入居者や家族に相談や苦情を気軽に伝えてほしいこと、伝え方を繰り返し説明するなどの働きかけをしている。             |           |     |          |
|                      |          | 相談や苦情を伝えても、決して不利にならないこと、前向きに活かすことを繰り返し伝えている。                                       |   |           |     |          |
| <b>5. ホームと家族との交流</b> |          |  |   |           |     |          |
| 43                   | 118      | 家族への日常の様子に関する情報提供  |   |           |     |          |
|                      |          | 家族に、入居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)                       | 入居者の家族と形式的な連絡だけでなく、本人の暮らしぶりやその人らしい生き生きとした姿が見られた場面等を、定期的に手紙や写真等をおして伝えている。    |           |     |          |
|                      |          |  | プライバシーに配慮しながら、入居者のホームでの暮らしぶりやエピソード等を盛り込んだホーム便り等を定期的に発行し、家族に見てもらおう取り組みをしている。 |           |     |          |

| 外部<br>評価 | 自己<br>評価 | 項 目  | 評価の着眼点(事実情報・根拠)   | できて<br>いる | 要改善 | 評価<br>不能 |
|----------|----------|--|---|-----------|-----|----------|
|          |          | <b>6. ホームと地域との交流</b>   |   |           |     |          |
|          |          | 市町村との関わり   |   |           |     |          |
| 44       | 122      | 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。   | 市町村との連絡を密にとり、グループホームの実状やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築く取り組みをしている。   |           |     |          |
|          |          |  | 個別のグループホームからの働きかけにとどまらず、事業者ネットワークを通して働きかけを行っている。                  |           |     |          |
|          |          |  | 家族介護教室等の市町村事業を積極的に受け入れ、日常のグループホームで培った気づきや技術を、具体的に地域に伝える役割を果たしている。 |           |     |          |
|          |          | 地域の人たちとの交流の促進  |   |           |     |          |
| 45       | 125      | 地域の人たちが、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。   | ふだんの暮らしの中で、近隣や地域の人たちに、声かけや交流のきっかけづくりを積極的に行っている。                   |           |     |          |
|          |          |  | ホーム便り等を通じて、地域の人たちにホームでの日常の暮らしぶりを伝え、関わる際のきっかけづくりに活かしている。           |           |     |          |
|          |          |  | 地域の人たちが来てくれた時には、入居者と地域の人たちが中心となって楽しく過ごせるよう、職員は見守り支援を行っている。        |           |     |          |
|          |          | 周辺施設等の理解・協力への働きかけ  |   |           |     |          |
| 46       | 127      | 入居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) | 買い物、散歩、外食等、あたりまえの暮らしができるよう、近所と顔見知りの関係を築こうとする取り組みをしている。            |           |     |          |
|          |          |  | グループホームの近隣で、地域の資源を活用できるようにふだんから連携を図っている。                          |           |     |          |
|          |          |  | 消防署や警察署等にも働きかけ、入居者の安否の見守り等を頼んでいる。                                 |           |     |          |
|          |          |  | 災害などの緊急時に対応する、職員及び消防署等関係諸機関の連絡網がある。                               |           |     |          |