

1. 評価報告概要表

| 全体を通して(※このホームの優れている点、独自に工夫している点など)   |   |
|--|---|
| <p>住宅地ではないが、歩いて買い物や食事に出かけることができる立地にあり、それを毎日の活動や娯楽の中に生かし、積極的なサポートが行なわれている。経営者や管理者は、「自分の親が入居するとしたらどんなグループホームにしたいか」を念頭に置き、職員は「個々人の望んでいることを大切に、できることは何でもしよう」とケアの実践を心がけている。隣にデイサービスセンターがあり、棟の造りは1階と2階との2ユニットになっていて、植木鉢で飾られた共通の玄関を入ると、エレベーターで2階に上がることができる。それぞれが独立したケア体制になっており、管理者の持ち味が生かされ、調度や雰囲気にも異なる特色が見られている。</p> |   |
| 分野   | 特記事項(※優先順位の高い要改善点について)  |
| I  | <p>運営方針や目標について職員に周知を図る取り組みはされているが、地域に対する啓発・広報が十分にはなされていない。グループホームに入居することによって、認知症でも地域であたりまえの暮らしが可能であることを、便りや説明会等で、地域の方々に理解してもらえるような広報や啓発活動等、なお一層の取組みが期待される。</p>  |
| 運営理念   |   |
| II   | <p>広いリビングがあり、家族や住民が訪ねやすいような家庭的な生活空間や雰囲気作りがなされている。見晴らしの良い大きな窓があるが、その窓から差し込む光は少々強く感じられ、2階リビングのこまめな温度管理と、換気対策が望まれる。また、現在はカバーできているが、将来的には身体機能の低下を補う手すりの増設についても検討が望まれる。</p>  |
| 生活空間づくり  |   |
| III  | <p>個々のアセスメントにより介護計画が作成され、入居者の状態変化に応じて見直しはなされているが、基本的には3ヵ月ごとの見直しが望まれる。また、食事については、入居者の食後の行動パターンに合わせて、いつでも片付けができるように流し台の片づけを優先されており、スタッフも入居者と一緒に食事を楽しむ事ができない状況であった。入居者と一緒に食卓を囲み、楽しく食事をする時間を設ける工夫が望まれる。</p>                     |
| ケアサービス   |   |
| IV   | <p>ユニットでそれぞれ独自のケア体制がとられ、様々な行事についても個別に企画され実施されていた。ユニットにはそれぞれ持ち味があるが、一つのグループホームとして捉えた場合、夏祭りや七夕など共同で取り組むことができるものもあると感じられた。お互いの良いところを持ち寄るなどして、可能な部分は統一的に取り組んでいかれる事を期待する。また、地域の警察や消防署などとの連携は、緊急時のスムーズな対応のためにも日頃からの働きかけが望まれる。</p> |
| 運営体制   |   |

| 分野・領域               | 項目数  | 「できている」項目数 |
|---------------------|------|------------|
|                     |      | 外部評価       |
| I 運営理念              |      |            |
| ① 運営理念              | 4項目  | 3          |
| II 生活空間づくり          |      |            |
| ② 家庭的な生活環境づくり       | 4項目  | 4          |
| ③ 心身の状態に合わせた生活空間づくり | 6項目  | 5          |
| III ケアサービス          |      |            |
| ④ ケアマネジメント          | 7項目  | 6          |
| 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 | 9          |
| 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           | 10項目 | 10         |
| ⑫ 情報・相談・苦情          | 2項目  | 2          |
| ⑬ ホームと家族との交流        | 3項目  | 3          |
| ⑭ ホームと地域との交流        | 4項目  | 2          |

## 2. 評価報告書

| 項目番号               |    | 項目  | できている | 要改善 | 評価不能 | 判断した理由や根拠  | 改善すべき点等の特記事項   |
|--------------------|----|---|-------|-----|------|--|--|
| 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。 | ○     |     |      | カンファレンス等の機会あるごとに、基本的な考え方の話がなされ、管理者は各ユニットごとに具体化した方針を明示して浸透を図られていた。      |  |
| 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、入居者及びその家族等に分かりやすく説明している。  | ○     |     |      | 運営理念を入居案内文書とホーム内に明示し、家族にも入居時の説明の中で伝えられている。                             |  |
| 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、入居者及びその家族等に説明し同意を得ている。   | ○     |     |      | 契約書・重要事項説明書に分かりやすく明示し、説明済み同意書を家族からもらっている。職員は、採用時に個人情報保護について研修を受けている。   |  |
|                    |    | 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)  |       | ○   |      | 新聞の作成をし、家族には配布をしているが、地域に対しての働きかけは特に行なわれていなかった。                         | 広報誌の作成や説明会など、広報・啓発活動を通して、地域住民が認知症についての理解が深まるような取り組みが期待される。 |
| <b>運営理念 4項目中 計</b> |    |   | 3     | 1   | 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、入居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)               | ○     |     |      | 入居者が手入れをしている草花の鉢や、玄関まわりのベンチなどに家庭的な雰囲気の工夫が見られる。エレベーターも違和感のないデザインになっていた。 |  |
| 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。  | ○     |     |      | 手作りの暖簾や調度品等で家庭の雰囲気を出し、台所や浴室も家庭的な造りになっていた。                              |  |

| 項目番号                            |    | 項目   | できて<br>いる | 要<br>改善 | 評価<br>不能 | 判断した理由や根拠   | 改善すべき点等の特記事項                                |
|---------------------------------|----|--|-----------|---------|----------|---|---|
| 外部                              | 自己 |  |           |         |          |   |   |
| 7                               | 8  | ○共用空間における居場所の確保<br>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いる。   | ○         |         |          | 入居者は、テーブルやソファなどそれぞれ居心地の良い場所で過ごされており、廊下には腰を下ろせるベンチも置かれていた。                   |   |
| 8                               | 9  | ○入居者一人ひとりにあわせた居室の環境づくり<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。   | ○         |         |          | 居室には個人のタンスや仏壇が持ち込まれ、本人が大切にしている小物類も持ち込まれていた。                                 |   |
| <b>家庭的な生活環境づくり 4項目中 計</b>       |    |  | 4         | 0       | 0        |   |   |
| <b>2. 心身の状態にあわせた生活空間づくり</b>     |    |  |           |         |          |   |   |
| 9                               | 11 | ○身体機能の低下を補う配慮<br>入居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) | ○         |         |          | 入居者の身体機能に合わせ、要所には手すりをつけ、トイレには物を置いたり掴まることができるように机を入れたりして工夫されていた。             | 現状ではカバーできると思われるが、将来的には手すりの増設や便器の高さの検討も望みたい。 |
| 10                              | 13 | ○場所間違い等の防止策<br>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、家庭的な雰囲気をこわさず、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)              | ○         |         |          | 各場所に入居者の身長や状態に合わせた目印が、雰囲気をこわさないように配慮して明示されていた。                              |   |
| 11                              | 14 | ○音の大きさや光の強さに対する配慮<br>入居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)                                  | ○         |         |          | 音の大きさは配慮されている。日中は、ほとんどの入居者が共用空間のリビングで過ごされており、居室は西日が強いいためカーテンで対応されていた。       | 西日対策によらずや植木などの利用が望まれる。                      |
| 12                              | 15 | ○換気・空調の配慮<br>気になる臭いや空気よどみがないように、換気を適宜行っている。また、冷暖房の温度調節は、冷やし過ぎや暖め過ぎがないように適切に行っている。  |           | ○       |          | 室温を確認し、換気も必要に応じて行われているが、2階南側が全面ガラス張り、夏場は冷房が効きにくい。また、西側トイレの換気が十分にとれない状態であった。 | 2階リビングのこまめな温度管理と、換気対策が望まれる。                 |
| 13                              | 17 | ○時の見当識への配慮<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。   | ○         |         |          | 時計や暦が、リビングや各居室に掛けられ、季節感を感じられるような装飾がなされていた。                                  |   |
| 14                              | 18 | ○活動意欲を触発する物品の用意<br>入居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)                             | ○         |         |          | ほうき、裁縫道具、趣味の品などが置かれており、繻い物やエプロン作りなどされていた。                                   |   |
| <b>心身の状態にあわせた生活空間づくり 6項目中 計</b> |    |  | 5         | 1       | 0        |   |   |

| 項目番号                   |    | 項目   | できて<br>いる | 要<br>改善 | 評価<br>不能 | 判断した理由や根拠   | 改善すべき点等の特記事項                   |
|------------------------|----|--|-----------|---------|----------|---|--------------------------------|
| 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>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。                          | ○         |         |          | アセスメントに基づく入居者一人ひとりの介護計画が個別に作成されていた。                                   |                                |
| 16                     | 21 | ○介護計画の職員間での共有<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。                  | ○         |         |          | 月に1～2回あるカンファレンスで、課題や改善にむけての話し合いを行い、スタッフは個人記録と介護計画を毎日確認しながらケアに当たられている。 |                                |
| 17                     | 22 | ○介護計画への入居者・家族の意見の反映<br>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。   | ○         |         |          | 家族の訪問時等に、情報を得たり意見を聞いて介護計画に反映されている。                                    |                                |
| 18                     | 23 | ○介護計画の見直し<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の見直しを行っている。                       |           | ○       |          | 入居者の状態変化に応じて見直しがなされているが、計画書作成の実施期間が半年から1年になっていた。                      | 介護計画の見直しは3ヶ月を目途に見直しされることが望まれる。 |
| 19                     | 24 | ○個別の記録<br>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。  | ○         |         |          | 毎日の個別記録が細かく記録され、個人ごとにファイルが作成されていた。                                    |                                |
| 20                     | 25 | ○確実な申し送り・情報伝達<br>職員の申し送りや情報伝達を確実に言い、重要な点はすべての職員に伝わる仕組みを作っている。                                    | ○         |         |          | 連絡ノートを作成し、個人記録との二重の伝達・申し送りのルールをつくり、確認者は押印をして周知徹底が図られていた。              |                                |
| 21                     | 26 | ○チームケアのための会議<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。 | ○         |         |          | 毎月2回程度のカンファレンスを定期的に行ない、活発に意見交換がなされ、スタッフの意識の統一が図られている。                 |                                |
| <b>ケアマネジメント 7項目中 計</b> |    |  | 6         | 1       | 0        |   |                                |

| 項目番号                   |    | 項目  | できて<br>いる | 要<br>改善 | 評価<br>不能 | 判断した理由や根拠   | 改善すべき点等の特記事項  |
|------------------------|----|---|-----------|---------|----------|---|---|
| 外部                     | 自己 |   |           |         |          |   |   |
|                        |    | <b>2. ホーム内でのくらしの支援(1)介護の基本の実行</b>   |           |         |          |   |   |
| 22                     | 27 | ○入居者一人ひとりの尊重<br>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るような言葉かけや対応を行っていない。(入居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) | ○         |         |          | 職員がうまく役まわりを演じるなど、一人ひとりの違いを尊重した対応がされていた。                           |   |
| 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、やさしい雰囲気で見守っている。   | ○         |         |          | 入居者に対してゆったりとやさしい態度で見守っていた。  |   |
| 24                     | 30 | ○入居者一人ひとりの過去の経験を活かしたケア<br>入居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。  | ○         |         |          | 縫い物や台所仕事など、生活の中に過去の経験を活かした場面がつけられるように努力されていた。                     |   |
| 25                     | 32 | ○入居者のペースの尊重<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、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。   | ○         |         |          | 入居者のペースにそって、せかさずに見守るケアが行なわれていた。                                   |   |
| 26                     | 33 | ○入居者の自己決定や希望の表出への支援<br>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、それらを促す取組を日常的に行っている。(選んでもらう場面を作る、選ぶのを待つ等)   | ○         |         |          | 外出や買い物など、入居者の希望や意見をよく聞き、それに添いながら支援されていた。                          | 自発性を促す取り組みはいろいろとされているが、自分で決めたり、希望を表すのが困難な入居者への対応の充実を望みたい。 |
| 27                     | 35 | ○一人でもできることへの配慮<br>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)  | ○         |         |          | 日常生活の中での家事等について、入居者がなるべく一人でできるようにお膳立てや配慮がなされ、スタッフは見守り重視のケアをされていた。 |   |
| 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。  | ○         |         |          | 職員が身体拘束についての認識を持ち、身体拘束をしないケアに取り組まれていた。                            |   |
| 29                     | 38 | ○鍵をかけない工夫<br>入居者の自由な暮らしを支え、入居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) | ○         |         |          | 夜間以外に鍵はかけておらず、玄関や階段の戸には鈴をつけて出入りの把握がなされていた。                        |   |
| <b>介護の基本の実行 8項目中 計</b> |    |   | 8         | 0       | 0        |   |   |

| 項目番号 |    | 項目  | できて<br>いる | 要<br>改善 | 評価<br>不能 | 判断した理由や根拠   | 改善すべき点等の特記事項                                   |
|------|----|---|-----------|---------|----------|---|--|
| 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、入居者一人ひとりが使い慣れたものになっている。                                   | ○         |         |          | 入居者は以前使われていた馴染みの食器や箸、湯のみ等を持参され使用されていた。                              |  |
| 31   | 44 | ○入居者一人ひとりにあわせた調理方法・盛り付けの工夫<br>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としつつ、おいしそうな盛り付けの工夫をしている。 | ○         |         |          | 刻んだり、味付けも好みや身体の状態を気かけながら調理の工夫をされていた。                                |  |
| 32   | 45 | ○個別の栄養摂取状況の把握<br>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そ把握している。                               | ○         |         |          | カロリー、水分量、栄養バランスのおおよそを把握しながら、記録もとられていた。                              | 献立は本人の好みを尊重して作られているが、定期的な栄養士への相談も望まれる。         |
| 33   | 47 | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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。                   |           | ○       |          | ユニットによっては、入居者が食後に食器洗いなどをされるために、その準備に追われ、結果的には職員と一緒に食事を取ることができないでいた。 | 入居者のペースを崩さないような配慮も必要であるが、可能な限り共に食事を楽しむ工夫が望まれる。 |
|      |    | 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、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。       | ○         |         |          | 排泄パターンを把握し、トイレ誘導やポータブルトイレの使用など個々の状況に応じた支援が行なわれていた。                  |  |
| 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。                                 | ○         |         |          | 誘導や介助、失禁の対応など、他の入居者に気付かれないように羞恥心に配慮して行なわれていた。                       |  |
|      |    | 3) 入浴   |           |         |          |   |  |
| 36   | 53 | ○入居者一人ひとりの希望にあわせた入浴支援<br>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)                      | ○         |         |          | 本人の希望時間を確認しながら、それに添うように入浴時間を設定し、支援されている。                            |  |
|      |    | 4) 整容   |           |         |          |   |  |
| 37   | 56 | ○理美容院の利用支援<br>入居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)                                 | ○         |         |          | 行きつけの美容院へ付き添ったり、月に1回美容師にホームへ来てもらい、それを利用されていた。                       |  |

| 項目番号              |    | 項目   | できて<br>いる | 要<br>改善 | 評価<br>不能 | 判断した理由や根拠  | 改善すべき点等の特記事項 |
|-------------------|----|--|-----------|---------|----------|--|--------------|
| 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)                                 | ○         |         |          | 男性の髭は本人が剃った後でスタッフが手伝い、整髪についてもまず本人が行なった後に整えるような介助をし、着衣の汚れ等についてはさげなく着替えを促すような声かけがなされていた。 |              |
|                   |    | 5) 睡眠・休息   |           |         |          |  |              |
| 39                | 60 | ○安眠の支援<br>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した安眠策を取っている。   | ○         |         |          | 散歩や買い物など、日中の活動をとおして個々に合わせた生活のリズムづくりが行なわれていた。夜は物音をたてないように心がけ、睡眠を妨げないような配慮がなされていた。       |              |
| 日常生活行為の支援 10項目中 計 |    |  | 9         | 1       | 0        |  |              |
|                   |    | (3)生活支援  |           |         |          |  |              |
| 40                | 64 | ○金銭管理の支援<br>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。                            | ○         |         |          | 個人の力量に応じて入居者自身で金銭を所持している方もおられ、スタッフは時々その管理について確認したり、買い物時の支払いの支援がされていた。                  |              |
|                   |    | (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) | ○         |         |          | 配膳や食器洗い、掃除、洗濯物たたみなどの家事について、役割を決め、積極的に関わってもらっていた。                                       |              |
| 生活支援 2項目中 計       |    |  | 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)   | ○         |         |          | 系列の協力病院があり、いつでも対応してもらえる体制と協力関係がとられていた。   |              |
| 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。  | ○         |         |          | 系列の協力病院や、入院先の病院との連携体制はとられていた。  |              |
| 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。                              | ○         |         |          | 定期的な受診があり、必要に応じて検査が行なわれていた。  |              |

| 項目番号                  |    | 項目   | できて<br>いる | 要<br>改善 | 評価<br>不能 | 判断した理由や根拠  | 改善すべき点等の特記事項 |
|-----------------------|----|--|-----------|---------|----------|--|--------------|
| 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。 | ○         |         |          | 買い物や散歩に行ったり、花や野菜を植えたりして、日常生活の中で維持・向上に取り組んでおられた。  |              |
|                       |    | (7)入居者同士の交流支援  |           |         |          |  |              |
| 46                    | 78 | ○トラブルへの対応<br>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にしている。                   | ○         |         |          | 職員ができる限り双方の言い分を聞いて対応し、幾度かの小さなトラブルも職員の対応で解消されている。 |              |
|                       |    | (8)健康管理  |           |         |          |  |              |
| 47                    | 80 | ○口腔内の清潔保持<br>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)        | ○         |         |          | 定期的に歯科検診を行い、歯科医師や歯科衛生士の指導を受け、日常的に支援されていた。        |              |
| 48                    | 83 | ○服薬の支援<br>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。                 | ○         |         |          | 職員は使用する薬の内容を把握しており、正しく服薬できるように支援されていた。           |              |
| 49                    | 85 | ○緊急時の手当<br>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)   | ○         |         |          | 対応についてはマニュアル化され、職員はけがや骨折等の応急手当については対応できる状況であった。  |              |
| 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)  | ○         |         |          | マニュアルが作成されており、必要な消毒など、基本的な予防策はできていた。             |              |
| <b>医療・健康支援 9項目中 計</b> |    |  | 9         | 0       | 0        |  |              |

| 項目番号                   |     | 項目  | できて<br>いる | 要<br>改善 | 評価<br>不能 | 判断した理由や根拠  | 改善すべき点等の特記事項 |
|------------------------|-----|---|-----------|---------|----------|--|--------------|
| 外部                     | 自己  |   |           |         |          |  |              |
|                        |     | <b>3. 入居者の地域での生活の支援</b>   |           |         |          |  |              |
| 51                     | 90  | ○ホームに閉じこもらない生活の支援<br>入居者が、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、または、外食や温泉に出かけるなど、様々な機会を作って対応されていた。                              |              |
| <b>地域生活 1項目中 計</b>     |     |   | 1         | 0       | 0        |  |              |
|                        |     | <b>4. 入居者と家族との交流支援</b>  |           |         |          |  |              |
| 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) | ○         |         |          | 家族が気軽に来やすい雰囲気づくりに努力されており、職員も明るく出迎えられている。また、居室には訪問者が自由に書き込めるノートも置かれている。 |              |
| <b>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。                         | ○         |         |          | 法人代表者と管理者は熱意を持って共に取り組んでいた。   |              |
| 54                     | 97  | ○職員の意見の反映<br>介護従業者の採用、運営方法、入居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。                                | ○         |         |          | 管理者は自由に意見が言える雰囲気を作り、スタッフの意見も十分に聞き入れ反映させていた。                            |              |
|                        |     | <b>2. 職員の確保・育成</b>  |           |         |          |  |              |
| 55                     | 101 | ○入居者の状態に応じた職員の確保<br>入居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。                          | ○         |         |          | 早出や遅出勤務を取り入れるなど、入居者の生活の流れに即した勤務体制が組まれていた。                              |              |
| 56                     | 103 | ○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。                         | ○         |         |          | 採用時の研修やその後の研修受講もあり、研修記録が綴られ、内容の周知が図られていた。                              |              |
| 57                     | 105 | ○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)        | ○         |         |          | 職員同士の話し合いはされており、親睦会等も行なわれていた。  |              |

| 項目番号                   |     | 項目   | できて<br>いる | 要<br>改善 | 評価<br>不能 | 判断した理由や根拠  | 改善すべき点等の特記事項 |
|------------------------|-----|--|-----------|---------|----------|--|--------------|
| 外部                     | 自己  |  |           |         |          |  |              |
|                        |     | <b>3. 入居時及び退居時の対応方針</b>  |           |         |          |  |              |
| 58                     | 107 | ○入居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、入居者・家族の希望等)         | ○         |         |          | 入居時の情報や聞き取り等、必要な情報を集め十分な検討がなされていた。                             |              |
| 59                     | 109 | ○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、入居者や家族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。 | ○         |         |          | 家族との相談を十分にして、系列の在宅介護サービスと連携し退居後の支援も行なわれていた。                    |              |
|                        |     | <b>4. 衛生・安全管理</b>  |           |         |          |  |              |
| 60                     | 112 | ○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)  | ○         |         |          | 台所用品やホーム内の清潔保持の為の取り決めが作られており、スタッフはそれに従い殺菌消毒を行い、清潔な環境作りがなされていた。 |              |
| 61                     | 114 | ○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、管理方法等を明確に取り決め、かつ、そのとおりに実行している。                        | ○         |         |          | 取り決め通りに、洗剤や薬剤、刃物等は危険がない所に保管されていた。                              |              |
| 62                     | 116 | ○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、今後活かす意義づけ等)      | ○         |         |          | 事故報告書を作成し、カンファレンス等で原因の究明や予防策についての検討がなされており、再発防止に努められていた。       |              |
| <b>内部の運営体制 10項目中 計</b> |     |  | 10        | 0       | 0        |  |              |
|                        |     | <b>5. 情報の開示・提供</b>   |           |         |          |  |              |
| 63                     | 118 | ○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。   | ○         |         |          | 情報開示に積極的に応じられた。  |              |
|                        |     | <b>6. 相談・苦情への対応</b>  |           |         |          |  |              |
| 64                     | 119 | ○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、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。                         | ○         |         |          | 重要事項説明書にホーム側窓口と公的機関を明示し、苦情受付ボックスが設置してあった。                      |              |
| <b>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 | 判断した理由や根拠  | 改善すべき点等の特記事項   |
|--------------------------|-----|--|-----------|---------|----------|--|--|
| 外部                       | 自己  |  |           |         |          |  |  |
|                          |     | <b>7. ホームと家族との交流</b>   |           |         |          |  |  |
| 65                       | 122 | ○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。                 | ○         |         |          | 訪問時や電話連絡等で随時ケアの報告を家族に行うとともに、家族の意見を引き出すよう相談の機会を設けてあった。                                  |  |
| 66                       | 123 | ○家族への日常の様子に関する情報提供<br>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)                       | ○         |         |          | 家族に対し定期的にホーム便りを郵送して入居者の近況の報告をしたり、訪問時や電話連絡等で随時報告されていた。                                  |  |
| 67                       | 126 | ○入居者の金銭管理<br>入居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と相談の上定めており、家族に定期的とその出納を明らかにしている。                                | ○         |         |          | 家族や本人との相談により管理の方法については取り決めがなされ、定期的に預かり金の管理についての報告がなされていた。                              |  |
| <b>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>   |           |         |          |  |  |
| 68                       | 127 | ○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。  |           | ○       |          | 市町村との関わりは必要と考えられているが、積極的な働きかけはできていなかった。  | グループホームで培った気づきや技術を地域に伝えるために、介護教室等の開催を働きかける取組みが望まれる。      |
| 69                       | 130 | ○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。   |           | ○       |          | 散歩や買い物先で地域の人に挨拶されることはあるが、交流の場を企画したり、行事への参加等はなされていなかった。                                 | 近所の人たちがホームへ足を運び易くなるような企画や、地域の集まり等へ出かけていくなど積極的な働きかけが望まれる。 |
| 70                       | 132 | ○周辺施設等の理解・協力への働きかけ<br>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) | ○         |         |          | よく買い物に行くスーパーのレジでは、入居者がゆっくり支払いができるように、レジをストップするなど配慮してもらっている。また、近くの飲食店等にも外食に出かけるなどされていた。 | 緊急時には、警察や消防署等の協力が得られるように、日頃からの働きかけが望まれる。                 |
| 71                       | 133 | ○ホーム機能の地域への還元<br>ホームの機能を、入居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・研修の受け入れ等)       | ○         |         |          | 入居者のケアに配慮しながら、見学やボランティアの受け入れはよく行なわれていた。  |  |
| <b>ホームと地域との交流 4項目中 計</b> |     |  | 2         | 2       | 0        |  |  |

※ (1)「管理者」には、管理者不在の場合にこれを補佐する者を含む。  
(2)「職員」には、管理者及び非常職員を含む。