

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

I 岩手県 : グループホームなごみ

平成17年11月28日

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

分野・領域	項目	できている	評価の基準
I 運営理念	1 運営理念の具体化と共有・明示	○	■ 入居者・家族に対し、グループホーム独自の運営理念を文書で明示し、説明している。
			■ 運営理念は、見やすい場所に掲示している。
			■ 全職員は、運営理念を日常の介護に活かしている。
II 入居者の尊厳	2 身体拘束のないケアの実践	○	□ 入居者・家族に対し、身体拘束を行わないことを文書で明示し、説明している。
			■ やむを得ず身体拘束を行う場合、理由及び期間を明記した書類があり、家族の同意が得られている。
			■ 職員は、身体拘束廃止の研修会に参加し、又はグループホーム内で学習会を行っている。
	3 入居者一人ひとりのプライドの尊重	○	■ 入居者との会話に指示、命令、子ども扱いなどを行なわないよう配慮している。
			■ 排泄・入浴・更衣に関する誘導の声かけなどは、羞恥心に配慮している。
	4 個人情報の保護と開示	○	□ 入居者・家族の個人情報の取扱いについて明文化している。
			■ 入居者に対し、本人の介護記録が閲覧できる旨を説明している。
			■ 個人情報を第三者に開示する場合、入居者・家族の同意を得ている。
	5 入退居時の基本情報の提供	○	■ 入居希望者・家族に対し、サービス内容、利用料、入退去基準のほか、グループホームでの生活における留意事項等についての説明を行い、同意を得ている。
			■ 退去を求める場合、入居者・家族に退去の理由を説明し、同意を得ている
III 家庭的な生活空間	6 共用空間における居場所づくり	○	■ 共用の空間に、ソファー、畳の間、小上がりなどがあり入居者が集うことができる。
			■ 共用空間には、ひとりでも過ごせる場所が用意されている。
			■ ホーム内の、みやすい場所に暦や時計がある。
7 入居者一人ひとりの希望に合わせた居室の環境づくり	○	■ 家具、仏壇、装飾品など私物の持込が可能であることを、入居時の説明書に記載し、説明している。	

分野・領域	項目	できている	評価の基準
IV 生活の質の向上を目指した介護計画	8 個別具体的な介護計画の立案	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ アセスメントに基づいて入居者一人ひとりの特徴をふまえた具体的な介護計画を立てている。 ■ 介護計画は、全ての職員の意見を取り入れて作成している。 ■ 介護計画は、入居者・家族の希望や意見を取り入れて作成している。
	9 介護計画の実施記録	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 入居者1人ひとりの介護計画に基づいてサービスを提供し、かつ日々の状況変化を記録している。
	10 介護計画の評価・見直し	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 少なくとも3ヶ月に1回は、介護計画の実施状況の評価を行なっている。
		<ul style="list-style-type: none"> ■ 評価は、全ての職員の意見を取り入れて行っている。 	
<ul style="list-style-type: none"> ■ 評価結果に基づいた介護計画の見直しをしている。 			
V 利用者本位の生活支援	11 食事の楽しみと栄養バランスの工夫	■	毎日の献立、買い物、調理、後片付けに、入居者が参加している。
		■	身体状況や、咀嚼能力に応じた献立になっている。
		□	定期的に栄養士等により栄養バランスがチェックされている。
	12 排泄サイン、パターンに応じた個別の排泄支援	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 排泄の自立に向けた支援を基本にした介護を行っている。
<ul style="list-style-type: none"> ■ 入居者個々の排泄パターン・サインを職員が把握している。 			
<ul style="list-style-type: none"> ■ 入居者個々のおおよその水分摂取状況を職員が把握している。 			
13 入居者一人ひとりの身体状況と希望に合わせた入浴支援	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 入浴日、時間、頻度について本人の希望に配慮している。 	
	<ul style="list-style-type: none"> ■ 入居者のプライバシーに配慮した介護職員の配置をしている。 		
	<ul style="list-style-type: none"> ■ 入浴可否の判定基準があり、その基準に沿った介助をしている。 		
14 入居者1人ひとりの暮らしの尊重	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 入居者や家族から得られる情報や希望を取り入れて支援している。 	
	<ul style="list-style-type: none"> ■ 入居者1人ひとりの意思を尊重し、自己決定や希望を引き出す場面を具体的に作っている。 		
	<ul style="list-style-type: none"> ■ 化粧、整髪、衣服、装身具などのおしゃれは本人の好みに配慮して支援している。 		
	<ul style="list-style-type: none"> ■ 理美容院の利用は本人の希望に配慮して必要な支援をしている。 		

分野・領域	項目	できている	評価の基準
V 利用者本位の生活支援	15 一人でできることへの配慮	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 入居者の「できること、できそうなこと」の能力について、職員が共有している。 ■ 「できること、できそうなこと」については本人の能力を引き出すようにしている。
	16 ホーム内の役割・楽しみごとの支援	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 日常生活において入居者一人ひとりが役割を果たす場面がある。 ■ 生活歴や本人の好みを尊重しながらも、新しい役割や、やりがいの発見にも努めている。
	17 ホームに閉じこもらない生活の支援	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 決まりごとや日課として職員が連れ出すのではなく、入居者の状況に応じて外出支援している。 ■ 日常の外出とは別に、地域行事への参加、季節ごとの遠出などを実施している。 ■ 一人ひとりの特別な場所、お墓参り、ふるさと訪問、特別な催しへの参加などについて、実現に向けた取組みをしている。
VI 入居者・家族の要望の反映	18 家族の意見・要望を引き出す働きかけと結果の開示	○	<ul style="list-style-type: none"> □ 少なくとも年に1回は家族アンケートを実施している。 ■ 定期的に家族が集う場などを企画し、意見・要望を聞いている。 ■ ホーム便りなどでホームの状況や意見・要望の結果を家族に知らせている。
	19 相談への対応・	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 相談の窓口が整備され、担当の職員が決まっている。 ■ 相談の受付及び対応結果の状況が記録されている。
	20 苦情への対応	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 苦情の窓口や投書箱が整備され、担当の職員が決まっている。 ■ 公的な苦情受付窓口の案内を行なっている。 ■ 苦情の受付及び対応結果の状況が記録されている。
VII サービスの質を確保する運営	21 責任者の協働、職員の意見の反映	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 法人代表者及び管理者は、グループホームの運営方針、事業計画等について話し合いをしている。 ■ 運営方針、入退去、職員の採用などは、職員の意見も反映する仕組みになっている。
	22 職員間の連携	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 入居者の状態変化など、必要な情報が全職員に伝わる仕組みが確保されている。 ■ 事故・怪我などが発生した緊急時に、全職員が協力できる体制にある。

分野・領域	項目	できている	評価の基準
VII サービスの質を確保する運営	23 改善課題の実現に向けた取り組み	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 改善課題が生じた場合、すみやかに職員全員で取り組む仕組みがある。 ■ 課題改善後、必要に応じて入居者・家族に説明している。
	24 入居者の状況に応じた勤務体制の確保	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 職員の急病や急な休みに対応できる勤務体制が確保されている。 ■ 夜間に介護が必要な入居者がいる場合は、夜勤体制が確保されている。 ■ 入居者の生活リズムにあわせた職員の配置になっている。
	25 継続的な研修の受講	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 採用時研修をはじめ、それぞれの段階に応じた研修が実施されている。 ■ 県や各種団体等が主催する外部の研修会などに職員を派遣している。 ■ 職員個々の研修受講履歴が整理、保管されている。
	26 安全管理、安全の確保 (緊急時の手当、感染症対策、食中毒など)		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 体調の急変、怪我などに対応できる知識(救急救命を含む。)を習得するホーム内での学習会を年1回以上開催し、かつ、マニュアルを作成している。 ■ 感染症対策に関するホーム内での学習会を年1回以上開催し、かつ、マニュアルを作成している。 ■ 食中毒対策に関するホーム内での学習会を年1回以上開催し、かつ、マニュアルを作成している。
	27 災害対策		<ul style="list-style-type: none"> ■ 地震、水害、火災などの災害発生時の対応が定められている。 <input type="checkbox"/> 避難訓練を少なくとも年1回は行なっている。
	28 事故の記録・報告と再発防止	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ ヒヤリハット・事故報告等に関する記録が整理保存されている。 ■ 事故後再発防止のための話し合いを職員全体で行なっている。 ■ 事故防止に関するホーム内での学習会を年1回は開催している。
	29 入居者の金銭管理		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 金銭管理の方法が明確にされている。 ■ 入居者・家族に対し、金銭管理の方法をあらかじめ説明している。 ■ 入居者・家族に対し、ホームで預かっている金銭について、出納帳を作成し、定期的に報告している。

分野・領域	項目	できている	評価の基準
Ⅷ 医療・健康支援	30 医療機関との連携	○ ■	緊急時の協力医療機関との連携体制がある。
	31 定期健康診断の支援	○ ■	年に1回以上の健康診断を実施している。(ただし、加療中で、健康診断に相当する内容のものを受けている入居者は、除く。)
	32 口腔清潔・服薬支援		■ 口腔清潔について個々の課題を整理し、個別に対応している。
			□ 薬は個別に管理され、所定の場所に保管されている。
33 心身機能の低下を補う配慮	○ ■	手すり・トイレ・浴室などの設備については入居者の心身機能に応じた工夫をしている。	
Ⅸ 地域との連携	34 地域との交流		□ 少なくとも年1回は最寄の交番、消防署にグループホームの状況を説明している。
		□ 少なくとも年1回は、学校、自治会、商店街組合等にグループホームの広報等を配布し、行事などの連携について働きかけている。	
		□ 地域の人が参加可能な行事を年2回以上計画し、開催内容を地域の人々に知らせている。	
		■ 地域のボランティア(個人含む)を受け入れている。	
10	34	27	86

戻る

「グループホームなごみ」の外部評価報告書へはここをクリック

II 岩手県 : 基本情報項目 (グループホームの概要)

この基本情報項目 (グループホームの概要) は、事業者自身が記入した内容をそのまま公表しております。

グループホームなごみの概要

1 概要

(平成17年9月1日現在)

グループホームの名称	グループホームなごみ				
事業主体名	特定非営利活動法人ゆう・ゆう				
代表者職氏名	理事長 佐藤俊一				
入居定員	9名	入居者数	9名	待機者(申込者)数	1名
開設年月日	平成17年4月1日				
所在地 (交通アクセス)	〒(028-0115) 岩手県和賀郡東和町安俵6区97番地 ()				
連絡先	電話番号	0198-43-1050	FAX番号	0198-42-1753	
	HPアドレス	nagomi@cup.ocn.ne.jp			
	その他				
運営方針・運営理念	<p>なごみ(ゆとりと安らぎ)のある暮らしから、認知症の進行を和らげる支援をします</p> <p>入居者の気持ちを第一義とし、それぞれの生き立ちを尊重しながら人間としての尊厳ある生き方を支援します</p>				

2 土地、建物の状況

敷地面積	2209.30 m ² (669坪)	権利関係	(賃借契約期間 10年 (17.3.1~27.3.31))		
建物の構造	木造平屋建(17年築)	延床面積	326.81 m ² (99坪)	権利関係	同上
居室	居室の数	1階9室 階 室	居室の広さ	10.47 m ² (約6畳) - 9室 (室) m ² (約 畳) - 室 (室)	
	テレビ回線の有無	有・無		電話回線の有無	有・無
	居室に備え付けられている備品等	整理タンス (作りつけ)			
食堂居間	面積	44.7 m ² (約27畳) ()	浴室	5.0 m ² (約3畳)	
その他					
併設施設	無				

6 職員の状況

区分	総数	内 訳				保有資格等
		男		女		
		常勤	非常勤	常勤	非常勤	
管理者	1名	1名	名	名	名	社会福祉主事、ヘルパー2級
計画作成担当者	1名	名	名	1名	名	正看護師、保健師、介護支援専門員
介護員	6名	名		6名	名	平均認知症高齢者ケア経験年数0.5年
合計	8名	1名	名	7名		
常勤換算数	8名					勤務時間を週40時間とした場合の常勤換算数

7 管理者

氏名	佐藤 俊一				
専任・兼務	兼務 (介護員)				
資格	社会福祉主事、ヘルパー2級			認知症高齢者ケア経験年数	3年
痴呆(認知症)介護実務者研修	基礎過程	受講・未受講	その他受講済研修		
	専門課程	受講・未受講			

8 計画作成担当者

氏名	門岡 和子				
介護支援専門員資格	有・無				
その他資格	看護師、保健師			認知症高齢者ケア経験年数	1年
痴呆(認知症)介護実務者研修	基礎過程	受講・未受講	その他受講済研修		
	専門課程	受講・未受講			

9 職員の配置体制等

時間帯	配置職員
7:00～16:00	1人
8:30～17:30	2人
11:00～19:00	1人
16:30～9:30	1人

夜間の体制	夜勤 1名 専任・兼務 ()
	宿直 名 専任・兼務 ()

10 入居者の状況

入居者数	9名 (男性 1名、女性 8名)		
入居者の年齢	平均年齢 84歳	最少年齢 71歳	最高年齢 93歳
入居者の要介護度	要介護1 (5名) 要介護2 (1名) 要介護3 (2名) 要介護4 (1名) 要介護5 (名)		
入居者の入居前における住所地	町内4人、花巻市3人、北上市1人、盛岡市1人		

11 協力医療機関の状況

医療機関名	診療科目	協力状況
岩手県立東和病院	内科、外科、消化器科、整形外科 外科、眼科、呼吸器科	良好
織笠内科医院	内科、リハビリテーション科	良好
おぼら歯科医院	歯科一般	良好

12 面会時間等

面会時間	9:00～20:00
面会者の宿泊	可

13 年間の主な行事等（主な行事を記載）

行事名	実施時期	特記事項
誕生会	該当月	
ひな祭り	3月	
お花見ドライブ	4月	
夕涼み会	8月	
芋煮会	10月	

14 苦情・相談の受付体制等

グループホーム 内の体制等	苦情・相談受付担当者	門岡 和子
	電話番号及びFAX番号	電話 0198-43-1050 FAX 0198-42-1753
	メールアドレス	nagomi@cup.ocn.ne.jp
その他の受付先	東和町保健福祉課	0198-42-4811
	岩手県国民健康保険団体連合会	電話 019-604-6700 FAX 019-604-6701

15 家族会の状況

家族会の有無	有・ <input type="checkbox"/> 無
--------	-------------------------------

16 損害賠償保険の加入状況

損害賠償保険の加入状況	有	内容	対人賠償 1億円 対物賠償 1,000万円
-------------	---	----	--------------------------

17 その他

広報等の発行	月1回	
家族アンケートの実施	年1回	
市町村との連状況	(事業を受託している場合の事業名等具体的に記入してください)	
介護相談員等の受入状況	(有の場合、受入頻度等を具体的に記入ください) 無	

戻る