

# 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>設立から1年未満の真新しい2ユニットのグループホームである。同ホームは、1988年に開設された同法人の特別養護老人ホームと同じ敷地内に設置されている。2階建てのゆったりした共用空間には、随所に安全と安心に向けた配慮がなされ、入居者たちは、みな穏やかに安心して生活している様子が見受けられた。個々の入居者に対して、しっかりとしたアセスメントによる介護計画作成、ケアの実施、モニタリング等を通じ、質の高い介護が実践されている。明るくほがらかな現場の介護職員たちは日々、互いに意見交換を繰り返し、ケアの質の向上に努めている。</p> |  |
| 分野   | 特記事項(※優先順位の高い要改善点について)   |
| I<br>運営理念  | ホームの目的や運営方針について、入居時に説明し同意を得ている。職員間においても共通理解ができています。管理者の意向としては、家庭的な雰囲気や生活環境を損ねたくないとの思いから、運営理念等の明示がされていない。掲示の仕方を工夫するなどして、ホームの運営理念を共有することが大切と思われる。  |
| II<br>生活空間づくり  | 家庭的な環境づくりや身体状況に合わせた生活空間作りがされている。現状を維持するとともに、さらなる充実が期待される。  |
| III<br>ケアサービス  | 入居者一人ひとりにアセスメントが行われ、介護計画を作成している。しかしホーム設立当初、入居者の意向を尊重した食事作りということのみに職員の関心が傾き、一部の入居者が必要以上に体重増加してしまったことがある。現在は見直しが図られているが、入居者個別の栄養管理をすることは重要であると思われる。また、緊急対応については、すべての職員がいつでも対応できるよう、スキルアップに努めることが大切と思われる。 |
| IV<br>運営体制   | 法人全体としての研修は実施されている。今後は、ホーム独自に各職員の力量や経験に応じた研修計画を作成し、実行することが課題であると思われる。またホーム独自の地域交流を行うことも必要と思われる。  |

| 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  | 6          |  |
| 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 | 9          |  |
| ⑦ 生活支援              | 2項目  | 2          |  |
| ⑧ 医療・健康支援           | 9項目  | 7          |  |
| 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 | 9          |  |
| 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  | 3          |  |

## 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                   |
|--------------------|---|-------|-----|------|---|--------------------------------|
|                    | <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。 | ○     |     |      | 管理者は、ホームの方針や目標を職員に伝えており、会議等でも具体的に話しをしており共有化を図っている。  |                                |
| 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、入居者及びその家族等に分かりやすく説明している。  |       | ○   |      | 重要事項説明書は入所契約時に入居者及び家族に説明され、ホーム内に掲示もされている。しかしホームの運営理念の明示がない。                                 | 運営理念は説明文書やホーム内に明示することが重要と思われる。 |
| 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。   | ○     |     |      | 契約締結時に明示されており、説明後署名・捺印していただいている。  |                                |
|                    | 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)  | ○     |     |      | 特養等を既に開設しており、地域での信頼もあり理解も得られている。また、ホームの開設に当たっても地域の信頼の上に設立されている。ホームとしては、ホーム便りなどを発行して理解を得ている。 |                                |
| <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)               | ○     |     |      | 社会福祉法人の関連施設の一角にホームがあり、プランターなどに草花を植えたり、玄関は季節感を感じられるようなひな祭りの飾りなどの工夫がされており、家庭的な環境が作られている。      |                                |
| 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。  | ○     |     |      | ホーム内は、ソファやテーブルなど家庭的な調度品を配置している。絵や写真・のれんなどを利用し、あちこちにお花がいつけあったり、和やかな雰囲気を作っている。                |                                |

| 項目番号                            | 外部 | 自己 | 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 |
|---------------------------------|----|----|--|-------|-----|------|--|--------------|
| 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。   | ○     |     |      | 食堂や談話室等ゆったりした空間の確保が出来ており、入居者は思い思いに過ごす場所が確保されている。                                       |              |
| 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。   | ○     |     |      | 居室には個々の使い慣れた家具や趣味の置物などが持ち込まれている。   |              |
| <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) | ○     |     |      | 建物内は、完全バリアフリーとなっており、エレベーターも完備している。手摺や洗濯物干しも干しやすい高さの調節がされており身体機能に合せた工夫がある。              |              |
| 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)             | ○     |     |      | 自分の部屋の入り口には、手作りの表札が目線に合わせて取り付けられている。また、トイレなどは複数設置しており、部屋のすぐ近くにあり、場所の理解がしやすいように配慮されている。 |              |
| 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)                                  | ○     |     |      | 入居者の状態に合せた声かけやテレビの音量などの配慮をし、落ち着いた環境づくりを行っている。  |              |
| 12                              | 15 |    | ○換気・空調の配慮<br>気になる臭いや空気のだよみがないように、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。                                       | ○     |     |      | 各居室にエアコンが設置され、個々の状態に合わせた温度調節を行っている。また、ホール内には、加湿器や中央エントランスの窓の開閉などで常に換気などの配慮がされている。      |              |
| 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。   | ○     |     |      | ホールには、日めくり暦や大きな文字のカレンダーが見やすく設置されている。   |              |
| 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)                             | ○     |     |      | 園芸・調理など入居者の経験を生かせるように配慮し、提供している。   |              |
| <b>心身の状態に合わせた生活空間づくり 6項目中 計</b> |    |    |  | 6     | 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>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。                          | ○         |         |            | 入居時の情報や家族からの情報をもとに、アセスメントに基づいた具体的な介護計画が作成されている。  |              |
| 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。                  | ○         |         |            | 介護計画は、ファイルに管理されており、いつでも見ることができる。また、職員の気づきなどについては、ノートを設けてそこに記載することにより、意見を出しやすくするよう工夫している。カンファレンスを行うことで意見を出しやすくしている。 |              |
| 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。   | ○         |         |            | 介護計画の原案をまず提示し、入居者や家族の意見を聞いて反映させる。完成した介護計画書に同意を書面でいただいている。  |              |
| 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。                       | ○         |         |            | 一ヶ月の変化がわかるように、月の終わりに一人ひとりの状況変化がまとめられており、介護計画の見直しなどにも反映されている。変化がわかりやすくまとめられている。                                     |              |
| 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。  | ○         |         |            | 個別に、毎日の行動記録がきちんと記録されており、また、月単位でのまとめも作成されている。   |              |
| 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。                                    | ○         |         |            | 朝礼やユニット会議、全体会議などで情報の周知を徹底している。また、気づいた点や意見などを自由に記載できるノートを作って、意見交換やケアの質の向上を図っている。                                    |              |
| 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。 | ○         |         |            | ユニット会議や全体会議を行い、情報の周知や意見交換を行う機会を設けている。  |              |
| <b>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<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. ホーム内でのくらしの支援(1)介護の基本の実行 |   |           |         |          |  |              |
| 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) | ○         |         |          | 認知症の特徴を理解しケアを提供している。否定しない・同意する・話を合せるなどの対応をしている。聴覚障害の方には、筆談などを通して理解しあえるようにケアを行っている。 |              |
| 23              | 28                         | ○職員の穏やかな態度<br><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。   | ○         |         |          | ゆったりとしてやさしい雰囲気で見守っている。   |              |
| 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。  | ○         |         |          | 本人・家族からの生活歴をもとに、これまでの経験を尊重してケアを行っている。  |              |
| 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。   | ○         |         |          | 入浴・食事の時間や睡眠時間など、一人一人のペースに合わせて暮らせるよう支援している。   |              |
| 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)  | ○         |         |          | お菓子や外食時メニューの選択などの機会を設け、自己決定できる機会を多く設けている。また、意思の尊重をはかっている。                          |              |
| 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、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)   | ○         |         |          | 食事作りに一緒に参加していただいたり、洗濯物たたみや食後の食器拭きを、入居者が積極的に行っている。職員は積極的に参加していただけるような配慮している。        |              |
| 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。  | ○         |         |          | 全職員が身体拘束を行わないケアについて理解、認識し実践している。   |              |
| 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) | ○         |         |          | 国道が近く大型車の通行も多いため、入居時の説明の中で同意を得て、玄関の自動ドアに電子錠が設置されている。ホーム内は鍵はかけていない。                 |              |
| 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                        |
|------|---|-------|-----|------|--|-------------------------------------|
|      | (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。                                  | ○     |     |      | 湯のみや茶碗・箸などは馴染みのものを使用している。  |                                     |
| 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つつ、おいしそうな盛り付けの工夫をしている。 | ○     |     |      | 個々の体調にあわせて、食事の量や調理方法を工夫している。   |                                     |
| 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よそ把握している。                             |       | ○   |      | カロリー計算等が不十分で体重増加が進むという状況が一時期みられた。現在は栄養管理の必要を職員が認識している。                       | 一日の栄養バランスと体重増加に配慮した栄養摂取状況の把握が必要である。 |
| 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。                  | ○     |     |      | 職員も入居者と一緒に楽しみながら食事をしている。食事量や食べこぼしなどはさりげなくサポートしている。                           |                                     |
|      | 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、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。      | ○     |     |      | 職員が排泄パターンを把握してトイレ誘導することで、排泄の自立に向けた支援を行っている。                                  |                                     |
| 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。                                | ○     |     |      | 基本的には、トイレを利用しており、対応がトイレでは困難なときは、プライバシーに充分配慮して自室で行われている。                      |                                     |
|      | 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)                     | ○     |     |      | 必ずスタッフがサポートしながら、ゆったり入浴していただけるよう配慮している。見守り不要の申し出があれば、脱衣室で待機するなどの柔軟な対応を心がけている。 |                                     |
|      | 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)                                | ○     |     |      | 本人の好みで毛染めやパーマが行えるよう、理美容院の協力を得て、出張サービスの支援を受けている。                              |                                     |

| 項目番号                     | 外部 | 自己 | 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              |
|--------------------------|----|----|--|-------|-----|------|---|---------------------------|
| 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、プライドを大切にさり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)                                   | ○     |     |      | プライドを大切に、整容支援をさりげなく行っている。   |                           |
|                          |    |    | 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パターンを把握し、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取っている。  | ○     |     |      | 昼夜逆転がある入居者に対しては、プログラムに誘ったりして、昼寝をし過ぎないように配慮している。就寝前はリラックスできるようにお茶会をしたり安眠できるよう支援している。 |                           |
| <b>日常生活行為の支援 10項目中 計</b> |    |    |  | 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。                            | ○     |     |      | 個人の金銭管理は、自由となっている。買い物などで支払いを自分でしたい方には、希望に応じて支援している。                                 |                           |
|                          |    |    | (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) | ○     |     |      | 食事づくりや食後の片付け、掃除、洗濯物をたたむなど、役割を持って生活できるよう支援している。                                      |                           |
| <b>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)   | ○     |     |      | 毎週、協力病院からの訪問診療がされている。また、体調変化がある時は、気軽に相談できる体制となっている。                                 |                           |
| 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。  | ○     |     |      | 家族・主治医を交えて早期退院に向けて話し合いが進められるよう、協力病院等と連携をとるよう心がけている。                                 |                           |
| 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。                              |       | ○   |      | ホーム開設からまだ1年経っていないため、入居契約時に家族が提出した健康診断書のままという状況である。今後、入居者が定期健康診断を受けられる体制はまだない。       | 健康診断の機会を作ることの計画化が必要と思われる。 |

| 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。 | ○         |         |          | 散歩や役割を持つことなどで日常生活の中で残存機能を維持できるよう支援している。   |                                      |
|                       |    | (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。                   | ○         |         |          | 入居者間のトラブルを未然に防げるよう、レクリエーションなどを通して良好な関係作りが出来るよう支援している。   |                                      |
|                       |    | (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)        | ○         |         |          | 毎食前のうがいや就寝前の口腔ケアを徹底しており、口腔内の清潔に配慮している。  |                                      |
| 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。                 | ○         |         |          | 個々の服薬については薬情報書を保管し、職員が一人ひとり確認して服薬介助をしている。   |                                      |
| 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)   |           | ○       |          | 「緊急時マニュアル」が作成されているが、職員に徹底されるまでにはいたっていない。現在は、隣にある特養からの支援を受けたりして対応できている。                        | 緊急時の応急手当がいつでも・誰でも出来るよう、研修実施が重要と思われる。 |
| 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)  | ○         |         |          | 「感染症マニュアル」があり、対応を徹底している。居室内に洗面台があり、ホール内には、洗面台が動線の中に配置され、手洗い、うがい等を常時出来るよう設置されており、日ごろから気をつけている。 |                                      |
| <b>医療・健康支援 9項目中 計</b> |    |  | 7         | 2       | 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)     | ○         |         |          | 散歩や買い物、外食、隣接施設のレクリエーションに参加するなど、外出の機会を作っている。 |  |
| <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) | ○         |         |          | 気軽にいつでも訪問できる雰囲気が作られている。                     |  |
| <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。                         | ○         |         |          | 管理者もスタッフの一員としてケアに携わり、職員とともに積極的にケアに取り組んでいる。  |  |
| 54                     | 97  | ○職員の意見の反映<br>介護従業者の採用、運営方法、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、職員との話し合いや、ホーム内の会議などで意見を聞いている。          |  |
|                        |     | <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。                          | ○         |         |          | 夜勤を含め4交代制を採用し入居者の対応を行っている。                  |  |
| 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。                         |           | ○       |          | 現年1回の法人研修のみしか行っていない。                        | 設立1年未満のホームであり、今後はフォローアップ等を含めた積極的な研修計画が必要と思われる。 |
| 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)        | ○         |         |          | 親睦会や健康相談を行っている。悩み相談を年1回実施し、ストレス解消に努めている。    |  |

| 項目番号                   | 外部  | 自己 | 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 |
|------------------------|-----|----|--|-----------|---------|----------|--|--------------|
|                        |     |    | <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)         | ○         |         |          | 入居前に家族から情報提供、診断書の提出、訪問しての面談を実施している。                                  |              |
| 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。 | ○         |         |          | 他のグループホームの紹介、入院の支援、特別養護老人ホーム等への入所などの情報提供等を行い、本人・家族が納得できるような連携をとっている。 |              |
|                        |     |    | <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)  | ○         |         |          | ホーム内は、清潔が保たれており、衛生的に管理されている。   |              |
| 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。                        | ○         |         |          | 薬や洗剤管理については、保管場所を決め、夜間は鍵をかけている。刃物等は所定の場所に保管している。                     |              |
| 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、今後に活かす意義づけ等)     | ○         |         |          | 事故報告は義務付けられている。書面にて報告され、職員に回覧するなど、再発防止に努めている。                        |              |
| <b>内部の運営体制 10項目中 計</b> |     |    |  | 9         | 1       | 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。   | ○         |         |          | 積極的に提供している。  |              |
|                        |     |    | <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。                         | ○         |         |          | 契約時などに家族へ担当職員が誰であるかを繰り返し連絡し、スムーズに相談できるようにしている。                       |              |
| <b>情報・相談・苦情 2項目中 計</b> |     |    |  | 2         | 0       | 0        |  |              |

| 項目番号<br>外部 自己            | 項目   | でき<br>ている | 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   |
|--------------------------|--|-----------|---------|----------|--|--|
|                          | <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。                 |           | ○       |          | 面会時など積極的に声をかけ、ご意見や相談をいただいている。しかし、全ての家族に対するホームからの定期連絡はしていない。        | 家族が意見要望を出しやすいよう、面会時以外にもホームから定期的に連絡を取るなどの働きかけをすることが必要と思われる。 |
| 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)                       | ○         |         |          | ユニットごとにユニット便りを発行しており、家族に送付している。写真は、ユニット内に掲示し、日ごろの取り組みが分かるようにしている。  |  |
| 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、家族に定期的なその出納を明らかにしている。                                | ○         |         |          | 入居者個々の能力に応じて金銭管理している。入居者の実費分は毎月領収書を添付して請求している。                     |  |
| <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。  | ○         |         |          | ホームは設立がまだ浅いため、現時点では委託はないが、積極的に受託していく意思はある。法人全体では積極的に受託している。        |  |
| 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り寄ってくださるように取り組んでいる。   | ○         |         |          | 地域の老人会の催し物を、ホーム内や隣接のデイサービスで企画・実施し、立ち寄りやすい雰囲気を作っている。                |  |
| 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) | ○         |         |          | レストランや消防署、近隣の福祉施設との関係作りを進めている。                                     |  |
| 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・研修の受入れ等)        |           | ○       |          | 既に特別養護老人ホーム等を運営していることから、その機能を地域に開放している。しかしホーム独自には、地域への働きかけができていない。 | ホーム独自に、その機能を地域へ還元する計画を持つことが必要と思われる。                        |
| <b>ホームと地域との交流 4項目中 計</b> |  | 3         | 1       | 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。