

## 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>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。 |       |     |      | 「ゆっくり」「いっしょに」「たのしく」という具体的な理念を掲げ、月に一度の定例会や随時ミーティングなどにおいて介護従業者に語りかけている。   |   |
| 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。  |       |     |      | パンフレットに明示しているほか、額にした理念が玄関の下駄箱の上にさりげなく置かれている。また、スタッフルームの掲示板のところにも大きく書かれた理念が掲げられており介護従業者の目に付きやすくなっている。                                    |   |
| 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。   |       |     |      | 契約書に明記されており、家族は説明を受け同意したことを家族の署名と押印で示している。  |   |
|                    | 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)  |       |     |      | 地区座談会において、“グループホームってどんなもの？”と聞かれたことがあり、それに対し説明したことはあるが、地域に向けての取り組みは少ない。  | 自治会長や地区座談会との交流もあるようなので、それを通じた積極的なホームの説明会や広報活動の実現を期待したい。 |
| <b>運営理念 4項目中 計</b> |  | 3     | 1   | 0    |   |   |
|                    | <b>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)               |       |     |      | 玄関までのアプローチは階段と緩やかなスロープとがあり、いずれにも手すりが設置されその手すりにそって花を植えたプランターが飾られている、誰もが訪ねやすい雰囲気となっている。玄関は近隣の民家の方を向いており住宅地に溶け込んでいる。                       |   |
| 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。  |       |     |      | 玄関は引き戸で土間の広さも家庭的である。土間にはベンチチェアが置いてあり、家族や来訪者と挨拶を交わすのに丁度良い具合である。廊下も入居者同士がすれ違うときに会話をするのに十分な広さがある。台所は居間と対面しており食事の支度などにも入居者が手伝いやすい雰囲気となっている。 |   |



| 項目番号                   | 項目   | できて<br>いる | 要<br>改善 | 評価<br>不能 | 判断した理由や根拠  | 改善すべき点等の特記事項 |
|------------------------|--|-----------|---------|----------|--|--------------|
|                        | <b>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。                          |           |         |          | 入居者本人や家族から得たアセスメントにより個別性のある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。                  |           |         |          | 職員の気付きはその都度ノートに記され、介護計画の見直しに反映されている。また、介護計画は、入居者ごとのページに挟み込まれ、職員が常に見ることができるようになっている。    |              |
| 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。   |           |         |          | 介護計画は家族に説明され、内容の承諾の署名と押印がされるようになっている。また、要望があればその都度の変更も行なわれている。                         |              |
| 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見直しを行っている。                        |           |         |          | 基本的に計画の見直しは1回/三ヶ月行うが、状態の変化に応じ随時行うようになっている。また、1回/月のミーティングにおいて必要があればそのときにも計画の見直しが行われている。 |              |
| 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。  |           |         |          | 入居者一人ひとりの様子や介護の記録は昼間が黒で、夜間は赤字で記録され、入居者のそれぞれのページに挟み込まれ見やすくなっている。                        |              |
| 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。                                    |           |         |          | その日の入居者の様子を書き止める「入居者用申し送りノート」と業務を申し送る「業務用申し送りノート」を設け、読んだ職員は押印するようになっている。               |              |
| 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。 |           |         |          | 少なくとも月に一度の定例会議を行いケアについて検討し、「スタッフ会議ノート」に記されている。   |              |
| <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) |           |         |          | 居室を訪室する時はロックをして、入居者にかかる職員の言葉も、個人を尊重したものになっている。認知症の症状に対しては否定することなく、何故そうなのかを考えながら接するように心がけている。                                 |              |
| 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、やさしい雰囲気で見守っている。   |           |         |          | 入居者にかかる職員の言葉かけは柔らかく、誘導のときも体に触れながら行っている。  |              |
| 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。  |           |         |          | 入居者が過去の経験を回想したときは、それを頷きながら聴くことも多い。入居者の一人が木彫りが得意で、いろいろな器を作ったものをホームに持参しているが、それを職員が大切に使っている。                                    |              |
| 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。   |           |         |          | 入所者の生活リズムとペースに合わせた支援が行われている。   |              |
| 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、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)   |           |         |          | その日着る服は入居者が自分で決めている。また、献立や、買い物に行ったときには食べたい物などの希望をなるべく聞くよう配慮している。   |              |
| 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)   |           |         |          | 居室には個々に洗面台が備え付けられており、洗面や整容、食後の歯磨きなどはできるだけ見守るようにしている。   |              |
| 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。  |           |         |          | 身体拘束の事例は無いし、職員も認識している。   |              |
| 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) |           |         |          | 玄関は事務室や台所、居間などからよく見守りができるようになっており、鍵をかける必要も無い。洗濯物の乾き具合や、草むしりなど、外に出るのはあまり制限されおらず、見守りで対応できている。また、来客も多く、入居者の意識は家の中に居る安心感に繋がっている。 |              |
| 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 | 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 | <p>馴染みの食器の使用</p> <p>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。</p>                                   |           |         |          | 食器は焼き物やガラスのもので、形も豊富で料理により使い分けられている。湯呑は、それぞれ使い慣れたものを使っている。   |              |
| 31   | 44 | <p>入居者一人ひとりにあわせた調理方法・盛り付けの工夫</p> <p>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。</p> |           |         |          | 食事介助の必要な入居者が二人居るが、原型の無い刻み食は味気ないと、調理の段階である程度工夫をこらしている。また、食材や味付けにも高齢者向けに配慮がされている。                               |              |
| 32   | 45 | <p>個別の栄養摂取状況の把握</p> <p>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。</p>                              |           |         |          | 献立には入居者の希望を取り入れているが、その献立は必ず経営母体の管理栄養士が栄養のバランスをチェックするようになっている。また、一人ひとりの食事摂取量や飲水量は個々にチェックし記録がなされ変化が分かるようになっている。 |              |
| 33   | 47 | <p>食事を楽しむことのできる支援</p> <p>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。</p>                   |           |         |          | 職員も入居者と同じ食卓を囲み、さりげなく魚の骨をとったりティッシュの箱をおいたりして食事を支援している。  |              |
|      |    | 2) 排泄   |           |         |          |   |              |
| 34   | 48 | <p>排泄パターンに応じた個別の排泄支援</p> <p>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。</p>       |           |         |          | 一人ひとりの排泄パターンを把握し、時間ごとの誘導を行なっている。昼間はリハビリパンツの人がほとんどで、一人は入居してオムツをはずすことができた。排泄の回数や様子は記録され変化が分かるようになっている。          |              |
| 35   | 50 | <p>排泄時の不安や羞恥心等への配慮</p> <p>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。</p>                                 |           |         |          | 失禁のときは浴室の脱衣室へ誘導しそっと着替えを促している。汚した衣類は自由に洗濯できるようになっている。  |              |
|      |    | 3) 入浴   |           |         |          |   |              |
| 36   | 53 | <p>入居者一人ひとりの希望にあわせた入浴支援</p> <p>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)</p>                      |           |         |          | 基本的には14:00からの入浴時間となっているが希望があれば個別に対応している。順番は特に決められておらずその時々に応じて誘導されている。体調などにより入浴を控える支援もなされている。                  |              |
|      |    | 4) 整容   |           |         |          |   |              |
| 37   | 56 | <p>理美容院の利用支援</p> <p>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)</p>                                 |           |         |          | 行きつけの理美容院があればその利用を支援しているし、状態に応じホームへ出張で来てもらう事もしている。髪型はそれぞれに違っている。  |              |

| 項目番号                     | 項目   | できて<br>いる | 要<br>改善 | 評価<br>不能 | 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、プライドを大切にした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)                                  |           |         |          | 各居室には鏡の付いた洗面台が備え付けられており、ひげや髪型などそれぞれに整えられるようになっているし、状態に応じ職員も支援している。  |              |
|                          | 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。  |           |         |          | 昼間はほとんどの入居者が居室ではなく居間で過ごしており、1日の生活リズムはできている。認知症の症状のため眠れない人には、夜勤の職員が居間のコタツのところでゆっくり話を聞くことにより対応し、落ち着いたところで居室に返している。以前から眠剤を定期処方により服用している人もいる。 |              |
| <b>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>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。                            |           |         |          | 管理のできる入居者は自分でお金を持ち、買い物時の支払いも行っておりそれを支援している。   |              |
|                          | (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) |           |         |          | 月に一度壁掛けなどを全員で製作し、完成したものは廊下の壁に飾っている。男性の入居者は貼り絵を好むということであったが、参加したくない人に無理強いはいしない。また、共有スペースのカーテン開けや電気のスイッチ、新聞取り、ブラントーの水遣り、調理の手伝いなどそれぞれに役割がある。 |              |
| <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)   |           |         |          | 協力医療機関があり、状態の変化に応じすぐに相談できるようになっている。歯科については希望すれば往診も可能である。  |              |
| 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。  |           |         |          | 入院し療養期間が長くなると、日常生活動作や自立に対する意識が低下することが懸念されるため、管理者は定期的に病院を訪問したり家族と連絡を取り、早期退院にむけて調整を行っている。   |              |
| 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。                              |           |         |          | 介護保険の更新手続きや内服薬の定期処方の見直しなどのため、年に1回は病院を受診することになる。また、健康状態の把握のため、受診の際は必ず職員が同行し、医師の話を直接聞くことにしている。  |              |

| 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               | <p>身体機能の維持</p> <p>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。</p> |           |         |          | 月に一度は花の名所や催し事にドライブを兼ね出掛けているが、ホームの中でも、できるだけ散歩や買い物の機会をもうけ活動を促す働きかけがなされている。  |                                       |
|                       | (7)入居者同士の交流支援    |  |           |         |          |   |                                       |
| 46                    | 78               | <p>トラブルへの対応</p> <p>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。</p>                   |           |         |          | 状況を常に見守り、トラブルになりそうな時はその原因を把握し、大きな問題に発展する前に対処している。   |                                       |
|                       | (8)健康管理          |  |           |         |          |   |                                       |
| 47                    | 80               | <p>口腔内の清潔保持</p> <p>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)</p>        |           |         |          | 入居者は自室の洗面台を使って毎食後歯磨きをしているが、介助の必要な入居者にはガーグルベースを使ったり、居間の横の洗面台のところでさりげなく介助している。義歯は、時々洗浄剤による洗浄を行い清潔を保持している。                   |                                       |
| 48                    | 83               | <p>服薬の支援</p> <p>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。</p>                 |           |         |          | 定期処方薬については、各入居者のファイルに薬の作用や副作用を記したノートがファイルされているし、下剤や睡眠剤などの頓服薬については、一目で分かるよう個人別に服薬した内容が記録されるようになっている。                       |                                       |
| 49                    | 85               | <p>緊急時の手当</p> <p>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)</p>   |           |         |          | 緊急時の手当てや観察の手順について記したものを、事務室の掲示板のところに掲げている。また、定期的に研修を重ねている。  |                                       |
| 50                    | 86               | <p>感染症対策</p> <p>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)</p>  |           |         |          | 外出の度の手洗いやうがいの励行については、職員も入居者も実施しているし、消化器感染症については、消毒剤やアルコールを使った台所の掃除をチェック表を使って徹底している。また、その他、主な感染症については、入所判定の折に診断書により確認している。 | 感染症についてはマニュアルの作成が計画されており、早期の実践が期待される。 |
| <b>医療・健康支援 9項目中 計</b> |                  |  | 9         | 0       | 0        |   |                                       |

| 項目番号<br>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)     |           |         |          | 隣接するシルバーホームの入居者と一緒に畑の手入れをしたり、庭の草むしりや洗濯物の乾き具合を見たりと役割に応じてホームの外に出よう支援している。                                   | 自力でホームの外に出られない入居者も居り、その人達に対する支援も一層の工夫が望まれる。 |
| <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) |           |         |          | 家族には笑顔で対応し居心地の良い雰囲気を作っており、面会は居間でも居室でもどちらでも良い。   |   |
| <b>家族との交流支援 1項目中 計</b> |   | 1         | 0       | 0        |   |   |
|                        | <b>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。                         |           |         |          | 経営者と管理者はいつでも意見交換ができるようになっており、場合によっては経営者が直接介護従業者の声を聞くこともあり、経営者と管理者は協働していると言える。                             |   |
| 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。                                |           |         |          | 業務用申し送りノートのみではなく、コミュニケーションを通して介護従業者の意見が聞けるようになっているし、場合によっては、経営者も意見交換のときに同席することがある。                        |   |
|                        | <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。                         |           |         |          | 職員の確保はなされているが、急な職員の休みや入居者の状態により職員の数が不足する場合は、フランチャイズ制をとっている企業であるため他の2つのグループホームから職員の応援を要請することができる仕組みとなっている。 |   |
| 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。                        |           |         |          | 公的主催の研修は勿論のことであるが、フランチャイズ方式である他の2つのグループホームからそれぞれ職員をトレードする形で研修を行い、持ち帰った内容は、月例会で発表することで他の職員にも周知している。        |   |
| 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)       |           |         |          | 他のグループホームの職員と親睦を交わす機会も多い。   |   |

| 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)         |           |         |          | 入居申請により初めにフランチャイズの中のケアマネージャーが本人や家族からアセスメントを取り、それに基づいて経営者・管理者・コンサルタント業者で入居のための検討をしている。 |              |
| 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。 |           |         |          | 退居の事例は無いが、今後その決定過程は契約に基づくものであり、退居の際には十分支援する用意がある。                                     |              |
|                        |     | <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)  |           |         |          | 消毒剤やアルコールを使った清掃を行いホーム内の清潔を保持している。   |              |
| 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。                        |           |         |          | 薬は事務所内の箱の中に、洗剤は棚の中に刃物は台所の決められた場所にそれぞれしまい込まれている。特に刃物の棚は鍵がかけられ保管されている。                  |              |
| 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、今後活かす意義づけ等)      |           |         |          | 事故が発生した時はすぐにミーティングが開かれその原因や対策が検討される。その内容は事故報告書にまとめられ再発防止に役立てられている。                    |              |
| <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。   |           |         |          | 守秘義務の範囲の中で調査員を積極的に受け入れ情報を提供している。  |              |
|                        |     | <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。                         |           |         |          | 重要事項説明書にその内容を明記し口頭でも説明がなされている。また、玄関には苦情相談箱が設置され、面会に訪れた家族にその利用を促している。                  |              |
| <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>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。                 |       |     |      | 職員の家族に対する声かけは明るく話しやすい雰囲気である。口頭で伝えられた相談や要望はノートに書きとめ、職員で情報を共有できるようにしている。                |                            |
| 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）                       |       |     |      | 毎月「ホームだより」を発行し、家族にホームでの様子を伝えている。また、廊下には入居者のホームでの様子や行事のたびの写真が貼られており、面会に訪れた家族はそれを見ている。  |                            |
| 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決めており、家族に定期的その出納を明らかにしている。                                 |       |     |      | 家族と相談し、5千円～1万円を預かっている入居者もあるが、その出納は適正に処理され毎月家族に書面で報告されている。                             |                            |
| <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。  |       |     |      | 行政との連絡は十分取っていない。“家族介護教室”等の依頼があれば受け入れる準備はある。   | グループホーム側からの積極的な働きかけも期待したい。 |
| 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。   |       |     |      | 隣接する“シルバーホーム”の入居者が訪ねてきたり、一緒に畑の作業をしたりすることがある。地域の祭りには参加する予定である。                         |                            |
| 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） |       |     |      | 近隣も新しい住宅地であるが、散歩の時は気軽に挨拶をしているし、買い物に行った先でも声をかけている。また、消防訓練を行ったり警察へも挨拶に行っており、働きかけはできている。 |                            |
| 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・研修の受け入れ等）       |       |     |      | ヘルパー養成講座の実習や、見学などを受け入れている。地域での座談会においてグループホームについての質問があり答えたことがある。                       |                            |
| <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。

# 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>一方がのどかな麦畑に面したその建物は、民家や高齢者が住むシルバーホームとも隣接しており、お隣の高齢者同士一緒に畑で作業をしたり庭の草むしりをしたりでき、地域でのユニットが感じられる。買い物のできるスーパーも近くにあり、高齢者がQOLの向上を図りながら生活をしていくには良い環境だといえる。玄関は二重の引き戸になっていて、来訪者から食堂で食事をする利用者の姿がいきなり目に入らないように工夫されている。廊下の幅はかなり広く、利用者同士が居室の前で、あるいはすれ違いざまに会話を楽しんだり、面会に訪れた家族が廊下の壁に貼られた利用者の写真や作品をゆっくり見て日頃の様子を観察できるようになっている。</p> |  |
| 分野   | 特記事項(優先順位の高い要改善点について)  |
| 運営理念   | 地域座談会でグループホームについて尋ねられたのであれば、地域はそのことについてもっと知りたいと思っているということであるから、そういう機会を利用し積極的にホームの運営理念や役割りについて伝え、認知症の人が地域であたりまえに暮らしていけるようになるように地域での役割を果たすことが望まれる。 |
| 生活空間づくり  | 特に要改善点は無い。更なる充実を期待したい。   |
| ケアサービス   | 特に要改善点は無い。更なる充実を期待したい。   |
| 運営体制   | 認知症の方の生活はグループホームの中だけでなく地域でも安心して暮らせるようにならなければならないことを理解し、住民向けの市町村事業を積極的に受け入れることにより、培った介護の技術を地域へ伝える役割を果たしていけることを期待したい。                              |

| 分野・領域             | 項目数  | 「できている」項目数 |  |
|-------------------|------|------------|--|
|                   |      | 外部評価       |  |
| 運営理念              |      |            |  |
| 運営理念              | 4項目  | 3          |  |
| 生活空間づくり           |      |            |  |
| 家庭的な生活環境づくり       | 4項目  | 4          |  |
| 心身の状態に合わせた生活空間づくり | 6項目  | 6          |  |
| ケアサービス            |      |            |  |
| ケアマネジメント          | 7項目  | 7          |  |
| 介護の基本の実行          | 8項目  | 8          |  |
| 日常生活行為の支援         | 10項目 | 10         |  |
| 生活支援              | 2項目  | 2          |  |
| 医療・健康支援           | 9項目  | 9          |  |
| 地域生活              | 1項目  | 1          |  |
| 家族との交流支援          | 1項目  | 1          |  |
| 運営体制              |      |            |  |
| 内部の運営体制           | 10項目 | 10         |  |
| 情報・相談・苦情          | 2項目  | 2          |  |
| ホームと家族との交流        | 3項目  | 3          |  |
| ホームと地域との交流        | 4項目  | 3          |  |