

1. 認知症高齢者グループホーム 第三者評価報告概要表(WAM NET掲載用)

しらゆりの家

評価実施期間 平成18年5月26日 から 平成18年8月4日
 訪問調査日 平成18年6月23日
 評価機関名 株式会社H.R.コーポレーション

評価調査者 G04001 老健施設長代理・事業管理、運営・保健師
 G04004 高齢者健康相談員 看護師

グループホーム所在地 加西市北条町東高室字四ッ池1231-1
 開設年月日 平成 15年 5月 15日
 定員 (1)ユニット (9)名

第三者評価結果
 全体を通して

小高い山間の緑に囲まれたグループホームは老人保健施設と併設された2階にある。協力病院が近くにあり、市街地にも近く便利な場所に位置している。入居者が家庭的な雰囲気の中で食事、掃除など日常生活の中で本人の状況に応じ行動することがハビリティと捉え、可能な限り自立した生活ができるよう支援が行われている。「待つ介護」を基本とし、強要しないように心掛け本人の意思を尊重しながら個々の思いと職員の思いとの違いを問いながら個人の人格と尊厳を大切にケアが行われている。食事作りは入居者と共に買い物、調理を行い旬の野菜を中心にカロリー計算を基に献立作りをしている。近くに協力病院、かかりつけ医があり、往診・ケアに関する相談も可能である。また、認知症専門医、併設の老健の看護師にも相談出来る体制が整えられている。立地条件、周辺環境から地域との交流が困難な面もあるが、可能なところから地域への広がりや協力が得られる働きかけを期待する。

分野・領域別
 運営理念

| 番号 | 項目 | できている | 要改善 |
|---|-----------|-------|-----|
| 1 | 理念の具体化と共有 | | |
| 2 | 権利・義務の明示 | | |
| 3 | 運営理念等の啓発 | | |
| 特記事項 | | | |
| 実際のケアを元に職員全員で考えられた理念を基に、出勤時には唱和し意識の再認識する場としている。家族にも重要事項説明書に記入し、入所時に説明・同意を得るようにしている。母体施設(順心会)全体での広報誌に近況を掲載したり、地域の発表会や行事などに参加し、積極的に関わり施設を理解してもらう機会作りをしている。グループホーム独自のホーム便りを作成し配布するなど、積極的に入居者の事を分かってもらう機会作りが望まれる。 | | | |

生活空間づくり

| 番号 | 項目 | できている | 要改善 |
|--|-----------------------|-------|-----|
| 4 | 馴染みのある共用空間づくり | | |
| 5 | 共用空間における居場所の確保 | | |
| 6 | 入居者一人ひとりにあわせた居室の環境づくり | | |
| 7 | 身体機能の低下を補う配慮 | | |
| 8 | 場所間違い等の防止策 | | |
| 9 | 生活空間としての環境の配慮 | | |
| 特記事項 | | | |
| 玄関や室内に草花・観葉植物を飾り、熱帯魚や犬などに触れ合う機会もあり、親しみやすい空間作りに配慮している。畳を敷いたり、廊下の一部に椅子やソファを置くなどセミパブリックスペースも作り、各自が自由に過せるような空間作りがある。車椅子から歩行器に変更できるなど、身体状況に合わせ家具の配置や居室の工夫が出来ている。各居室に室温計が設置されており、自然の風を取り入れながら、温度管理している。光や音の調整もされており、職員の会話のトーンにも配慮が見られる。玄関脇の花壇を利用して野菜作りを出来るようにするなど考慮中であり、実現を期待する。 | | | |

| ケアサービス | | | |
|--|---------------------------|-------|-----|
| 番号 | 項目 | できている | 要改善 |
| 10 | 入居者主体の個別具体的な介護計画 | | |
| 11 | 介護計画の見直し | | |
| 12 | 個別の記録 | | |
| 13 | 職員間での確実な情報共有 | | |
| 14 | チームケアのための会議 | | |
| 15 | 入居者一人ひとりの尊重 | | |
| 16 | 入居者一人ひとりの過去の経験を活かしたケア | | |
| 17 | 入居者の自己決定や希望の表出への支援 | | |
| 18 | 一人で行えることへの配慮 | | |
| 19 | 身体拘束(行動制限)をしないケアの工夫 | | |
| 20 | 食事作りへの入居者の参画と一人ひとりにあわせた課題 | | |
| 21 | 個別の栄養摂取状況の把握 | | |
| 22 | 食事を落ち着いて楽しむことのできる支援 | | |
| 23 | 個別の排泄支援と羞恥心への配慮 | | |
| 24 | 個別の入浴支援と羞恥心への配慮 | | |
| 25 | 理美容院の利用支援 | | |
| 26 | プライドを大切にされた整容の支援 | | |
| 27 | 安眠の支援 | | |
| 28 | 金銭管理の支援 | | |
| 29 | ホーム内の役割・楽しみことの支援 | | |
| 30 | 医療関係者への相談 | | |
| 31 | 定期健康診断の支援 | | |
| 32 | 心身機能の維持 | | |
| 33 | トラブルへの対応 | | |
| 34 | 口腔内の清潔保持 | | |
| 35 | 服薬の支援 | | |
| 36 | 緊急時の手当 | | |
| 37 | 感染症対策 | | |
| 38 | ホーム内に閉じこもらない生活の支援 | | |
| 39 | 家族の訪問支援 | | |
| 特記事項 | | | |
| <p>アセスメントで家族の意見も聞き、介護計画に取り入れ、3ヶ月から6ヶ月ごとに見直しをしている。入居者一人ひとりを捉え易く、ケアを具体化するため、アセスメントシートを取り入れ入居前後の情報を整理されることを期待する。「待つ介護」を基本とし、強要しないように心掛け、本人の意思を尊重しながら個々の思いと職員の思いとの違いを問いつながら個人の人格を大切にされたケアが行われている。拘束に関しては、開設当初より徐々に改善され居室の窓の網戸開放など取り組んでいる。入居者の見当識が低下してくるが、安全確保しながら、空間拘束への更なる工夫に期待する。献立は、希望を聞くが意志表現されないことが多く、家族からの情報収集や日頃の状況からメニューを職員が決めている。認知症の進行に伴い、更に意思の表出が乏しくなる為、五感への刺激をしながら希望を聞き、献立に反映できるよう期待する。協力病院・かかりつけ医の往診・併設の老健の看護師など協力体制がある。緊急時の対応や感染症については勉強会を行い、予防にも取り組んでいる。毎日、交代で買い物や散歩など外出時間を作り、行事としてお花見、栗拾い、遠足に出かける機会を作りホーム内に閉じこもらないよう取り組んでいる。</p> | | | |

| 運営体制 | | | |
|---|-------------------|-------|-----|
| 番号 | 項目 | できている | 要改善 |
| 40 | 法人代表者、管理者、職員の協働 | | |
| 41 | 入居者の状態に応じた職員の確保 | | |
| 42 | 継続的な研修の受講 | | |
| 43 | ストレスの解消策の実施 | | |
| 44 | 退居の支援 | | |
| 45 | ホーム内の衛生管理 | | |
| 46 | 事故の報告書と活用 | | |
| 47 | 苦情への的確で迅速な対応 | | |
| 48 | 家族とのコミュニケーション | | |
| 49 | 地域の人達との交流の促進 | | |
| 50 | 周辺施設等の理解・協力への働きかけ | | |
| 51 | ホーム機能の地域への還元 | | |
| 特記事項 | | | |
| <p>管理者は一緒に勤務しており、職員の意見を聞き、一緒に考え職員自身も自覚を持ってケアの質の向上・運営に取り組んでいる。外部研修へは参加しており、報告書にて報告している。感染症・認知症・緊急対応等の研修は、年間研修計画を立て定期的な研修の実施と継続が望まれる。衛生管理は、こまめに消毒し、感染防止を意識している。職員間で統一できるよう手順書や感染予防方法などマニュアルを作成される事を期待する。事故はインシデントシートのチェック方式で集積している。事故発生時は原因究明・対策方法の検討、改善・報告までが必要であり、予防策にまで関わられるようマニュアル化されることが期待される。家族が知りたい入居者個々の日常生活場面などをプライバシー保護に配慮しながら織り込み、ホーム便りを作成される事を期待する。地域の行事に参加しているが、地域的に地域の人々が来所される事は少ないが、小学生や保育園児の訪問・ボランティアの受け入れを行っている。環境的に気軽に立ち寄る機会は難しいが、地元の老人会などとの交流の機会にホーム便りなどを持参し、ホームの理解・協力を得、地域の福祉関連施設に参加できそうな行事があれば誘ってもらおうなどの呼びかけが望まれる。</p> | | | |

2. 認知症高齢者グループホーム 第三者評価報告書(WAM NET掲載用)

| 項目番号 第三者 自己 | 項目 | できている | 要改善 | 評価困難 | 判断した根拠や理由 | 特記事項(良い点、改善点) |
|-------------------------|----|---|-----|------|---|--|
| 運営理念 1. 運営理念の明確化 | | | | | | |
| 1 | 1 | | | | | |
| | | 理念の具体化と共有 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。)の運営上の理念・方針や目標等に具体化し、介護従業者や利用者及びその家族等に伝わるように明示し、かつ、説明している。 | | | 実際のケアを元に職員全員で考えられた理念が、階段や共同空間に掲げられている。出勤時には唱和し再認識している。家族にも重要事項説明書に記入し、入所時に説明・同意を得ている。 | 法人の理念だけでなく、ホーム独自の理念を判りやすく掲げている。更に家族が見やすい場所に掲示されることを期待する。 |
| 2 | 3 | | | | | |
| | | 権利・義務の明示 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。 | | | 契約書に権利義務は明らかにされ、契約時にわかりやすく説明し、家族に同意を得ている。 | |
| 2. 運営理念の啓発 | | | | | | |
| 3 | 4 | | | | | |
| | | 運営理念等の啓発 ホームの運営理念や役割が地域に理解されるよう、ホームの考え方を伝える機会づくりや広報に取り組んでいる。(ホームの説明会、ホーム便り等) | | | 母体施設全体での広報誌に近況を掲載している。また、地域の発表会や行事などに参加し、積極的に関わり理解を得る機会作りをしている。 | グループホーム独自のホーム便りを作成・配布し、積極的にホームの理解を得る取り組みが望まれる。 |
| | | 運営理念 3 項目中 計 | | 3 | | |

| 項目番号 | 項目 | できて いる | 要改善 | 評価 困難 | 判断した根拠や理由 | 特記事項(良い点、改善点) | |
|-------------------------------|----|--|-----|----------|-----------|---------------|---|
| 生活空間づくり 1. 家庭的な生活空間づくり | | | | | | | |
| 4 | 5 | 馴染みのある共用空間づくり | | | | | |
| | | 共用の生活空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、いずれも違和感や威圧感を感じさせず、馴染みの安心できる雰囲気有しており、調度や設備、物品や装飾もそのための工夫がされている。特に玄関周りは家族や近隣住民も入りやすいよう草花を植える、親しみやすい表札をかける等の配慮をしている。 | | | | | 玄関脇の花壇を利用して野菜作りが出来るように考慮中であり、実現を期待する。 |
| 5 | 6 | 共用空間における居場所の確保 | | | | | |
| | | 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。 | | | | | 畳を敷いたり、廊下の一部に椅子やソファを置くなどセミパブリックスペースを作っている。食卓も大き目のものを利用し、各自が自由に過せるような空間作りがある。 |
| 6 | 7 | 入居者一人ひとりにあわせた居室の環境づくり | | | | | |
| | | 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。 | | | | | 居室には自宅で使い慣れたテレビや筆筒・按摩器を持ち込まれている。世話をしていた植木の持ち込みもあり、安心して過ごせる場所となっている。 |
| 2. 心身の状態にあわせた生活空間づくり | | | | | | | |
| 7 | 9 | 身体機能の低下を補う配慮 | | | | | |
| | | 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) | | | | | 自立に向けての工夫は、本人の不安を取り除き、車椅子から歩行器に移動できるなど、身体状況に合わせ家具の配置等安全面への配慮が出来ている。トイレの高さなどもマットで調整している。 |
| 8 | 11 | 場所間違い等の防止策 | | | | | |
| | | 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) | | | | | 居室には手作りの表札が掛けられ、トイレの表示なども見やすい位置に表示されている。 |

| 項目番号 | 項目 | できている | 要改善 | 評価困難 | 判断した根拠や理由 | 特記事項(良い点、改善点) |
|----------------|---|-------|-----|------|--|---------------|
| 9 | 12 | | | | | |
| | 生活空間としての環境の配慮 | | | | | |
| | 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、換気、温度調節を適切に行っている。(テレビ、職員の会話のトーン、照明の強度、まぶしさ、日射し、冷暖房の調節等) | | | | 各居室に室温計が設置されており、自然の風を取り入れながら、温度管理している。光や音の調整もされており、職員の会話のトーンにも配慮が見られる。 | |
| 生活空間づくり 6項目中 計 | | 6 | | | | |

| 項目番号 第三者 自己 | 項目 | できている | 要改善 | 評価困難 | 判断した根拠や理由 | 特記事項(良い点、改善点) |
|---------------------------|----|--|-----|------|--|--|
| ケアサービス1 . ケアマネジメント | | | | | | |
| 10 | 15 | 入居者主体の個別具体的な介護計画 | | | | |
| | | アセスメントに基づいて、入居者や家族とも相談しながら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。 | | | 面会時に入居者の近況報告・ケアプランの説明を行っている。家族の意見も聞き、介護計画に取り入れている。 | 入居者一人ひとりの捉えやすいケアを具体化するため、アセスメントシートを取り入れ入居前後の情報を整理されることを期待する。 |
| 11 | 16 | 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見直しを行っている。 | | | 介護プラン作成時に次回評価日を記載し、3ヶ月から6ヶ月ごとに見直しをしている。状態変化時には随時見直しをしている | |
| 12 | 17 | 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。 | | | 個別のファイルが作成されており、毎日の状況が継続的に見られるように記録されている。 | 排泄や水分摂取量の把握は認知症高齢者の健康状態観察には欠かせない事である。1枚のシートでチェックできるよう工夫されているが、必要項目を再度見直されることを期待する。 |
| 13 | 18 | 職員間での確実な情報共有 | | | | |
| | | 介護計画の作成、重要事項の伝達などにすべての職員が関わり、共有ができる仕組みを作っている。 | | | 連絡ノートに記載し、必ず確認時にチェックするようにしている。 | 職員間で見落としがないよう、消去法でチェックするように工夫している。 |
| 14 | 19 | チームケアのための会議 | | | | |
| | | 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。 | | | 月1回はテーマを決め勉強会を実施している。問題が発生時は臨時で検討会を開いている。不在職員にも、連絡ノートで伝達するようにしている。 | |

| 項目番号 | 項目 | できている | 要改善 | 評価困難 | 判断した根拠や理由 | 特記事項(良い点、改善点) |
|----------------------------|----|---|-----|------|---|---|
| 2. ホーム内でのくらしの支援(1)介護の基本の実行 | | | | | | |
| 15 | 20 | 入居者一人ひとりの尊重 | | | | |
| | | 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) | | | 「待つ介護」を基本とし、強要しないように心掛けている。本人の意思を尊重しながら個々の思いと職員の思いとの違いを問いつつ個人の人格を大切にケアが行われている。 | 体操などの参加も自由にし、個々のペースを大事にしている。 |
| 16 | 23 | 入居者一人ひとりの過去の経験を活かしたケア | | | | |
| | | 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。 | | | 計算ドリルや編み物・料理など興味があることを促している。一人ひとりの生活歴に基づいた能力発揮場面が必要であり、家族からの情報や観察の中から本人らしさを追及する姿勢が見受けられる。 | 一人ひとりの過去の生活歴、趣味を生かしその人らしい生活が出来るよう支援されている。情報収集したことを、「出来る事・出来ない事シート」を活用し、個性を大切にしたい人らしい暮らしに生かされることを期待する。 |
| 17 | 25 | 入居者の自己決定や希望の表出への支援 | | | | |
| | | 職員は、入居者一人ひとりの伝えたいことをしっかり受け止め、入居者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。(十分に話を聞く、顔を見ての対話、短く分かりやすい言葉、選んでもらう場面を作る、選ぶのを待つ等) | | | 入居者の特徴を踏まえ、常に職員が声かけし希望が表出しやすいよう、座って視線を合わせ、言葉も短くするよう意識して接している。 | 認知症の進行に伴い、感情の表現が乏しくなる為、言葉以外での感情表現を捉えたり、意図的に引き出す取り組みの継続的が望まれる。 |
| 18 | 27 | 一人で行えることへの配慮 | | | | |
| | | 入居者のペースを尊重した上で、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) | | | 環境を整えながら出来ることとできないことを判断し、声掛けや、さりげなく手伝うなど自尊心を傷つけない配慮している。 | |
| 19 | 29 | 身体拘束(行動制限)をしないケアの工夫 | | | | |
| | | 身体拘束に関する知識をすべての職員が正しく理解しており、やむを得ず行う場合は、その根拠が明白で、その理由を家族に説明している。玄関の施錠もしない工夫をするなど入居者に閉塞感を与えないよう配慮している。(行動の傾向の把握、近所の理解・協力の促進等) | | | 身体拘束は原則行っていないが、周囲の環境、建物の構造上入り口にはオートロックがかかっており、入居者の安全上に配慮し必要時は家族に説明・同意を得るような書類も準備されている。 | 開設当初より徐々に改善され居室の窓の網戸開放など取り組んでいる。安全確保しながら、玄関の開錠に向けての取り組みを期待する。 |

| 項目番号 | 項目 | できている | 要改善 | 評価困難 | 判断した根拠や理由 | 特記事項(良い点、改善点) |
|---------------------|----|---|-----|------|--|--|
| (2) 日常生活行為の支援 1) 食事 | | | | | | |
| 20 | 31 | 食事作りへの入居者の参画と一人ひとりにあわせた調理 | | | | |
| | | 献立づくりや食材選びを、入居者と共に行っており、可能な限り買い物や調理も一緒に行っている。意思の確認が困難な場合には、好みを把握して献立や調理に活かし、身体機能や健康状態にあわせた調理方法を行っている。 | | | 買い物・調理などは入居者と一緒に行っている。献立は、希望を聞くが意志表現されないことが多く、家族に聞いたり、日頃の状況から職員が決めている。 | 認知症の進行に伴い、更に意思の表出が乏しくなる為、広告や料理本を利用したり、買い物の機会を利用し五感への刺激をしながら希望を聞き、献立に反映できるよう期待する。 |
| 21 | 34 | 個別の栄養摂取状況の把握 | | | | |
| | | 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。 | | | 各職員がカロリー計算が出来るよう勉強会が実施され、入居者のおよその摂取カロリーは把握できている。個別に水分摂取量も記載し、把握するようにしている。 | 併設の管理栄養士に相談しながら、栄養バランスに偏りが無いよう配慮している。 |
| 22 | 36 | 食事を落ち着いて楽しむことのできる支援 | | | | |
| | | 入居者は茶碗や湯呑み、箸など、馴染みの、または家庭的な食器を使っており、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。 | | | 箸や湯飲みは個人のなじみのものを使用し、職員との会話を楽しみながら食事できている。食べこぼしなどさりげなく対応できている。 | 食事時間は入居者自身に合わせてゆっくり食事できるよう、時間にゆとりを持ったり、バランス良く食べられるよう声かけを行っている。 |
| 2) 排泄 | | | | | | |
| 23 | 37 | 個別の排泄支援と羞恥心への配慮 | | | | |
| | | 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おり、同時に排泄の誘導や介助、失禁への対応は不安や羞恥心、プライバシーに配慮している。 | | | トイレを基本とし、夜間不安な人にはポータブルトイレを設置している。また、夜間のみオムツで対応していることもある。便秘しないよう、デザートなどを工夫している。 | オムツの使用は本人の心身へのダメージが大きく、自信喪失につながりかねないため排泄チェック表により排泄パターンを把握し、可能な限り自立支援に向けた取り組みが望まれる。 |
| 3) 入浴 | | | | | | |
| 24 | 41 | 個別の入浴支援と羞恥心への配慮 | | | | |
| | | 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おり(時間帯、長さ、回数等)、同時に誘導、着脱衣、洗身、洗髪、浴槽への出入り等は不安や羞恥心、プライバシーに配慮している。 | | | 本人の希望にあわせ、入浴できるよう配慮している。拒否傾向の入居者にも、時間や順番を配慮し2日に1回は入れるよう支援している。 | |

| 項目番号 | 項目 | できている | 要改善 | 評価困難 | 判断した根拠や理由 | 特記事項(良い点、改善点) |
|----------------|----|---|-----|------|--|---|
| 4) 整容 | | | | | | |
| 25 | 43 | 理美容院の利用支援 | | | | |
| | | 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) | | | 馴染みの美容院がある方は家族と行っていたいたり、近所の理美容院へ職員同行で行くこともある。 | 家族や本人の希望で職員が散髪を行い、好きな色の毛染めを買いに行き職員に染めてもらう事もある。 |
| 26 | 44 | プライドを大切にした整容の支援 | | | | |
| | | 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) | | | 着衣の汚れなどはさりげなく誘導し、居室にて着替えるよう配慮している。 | |
| 5) 睡眠・休息 | | | | | | |
| 27 | 47 | 安眠の支援 | | | | |
| | | 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。 | | | 夜間は安眠できている事が多い。必要な入居者の睡眠パターンは把握しており、状態に応じて医師の指示に従い、安定剤の使用をしている。 | 本人の睡眠パターンを大切に、自然な眠りに付けるよう取り組みを期待する。 |
| (3) 生活支援 | | | | | | |
| 28 | 51 | 金銭管理の支援 | | | | |
| | | 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、家族等とも相談して可能な限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。ホームが代行管理している場合は定期的に家族に出納状況を報告している。 | | | 自己管理できる人にはお金を持ってもらい、できない人は買い物時の支払いをしてもらうなど、家族に相談しながら個人の能力にあわせて行っている。 | 自分で管理されている方もあるが、施設管理の場合は預かり金台帳で管理し、家族に提示、確認をもらっている。 |
| (4) ホーム内生活拡充支援 | | | | | | |
| 29 | 53 | ホーム内の役割・楽しみごとの支援 | | | | |
| | | 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) | | | 入居者からの積極的な行動は少なく、職員の声かけで洗濯物たたみや水遣り、掃除などを出来る事を行っている。 | 症状の進行や過去の生活環境に合わせ、入居者一人ひとりにあった役割や出番を見出していく努力の継続を期待する。 |

| 項目番号 | 項目 | できている | 要改善 | 評価困難 | 判断した根拠や理由 | 特記事項(良い点、改善点) |
|-------------------|--|-------|-----|------|---|---|
| (5) 医療機関の受診等の支援 | | | | | | |
| 30 | 55 医療関係者への相談 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) | | | | 協力病院がある。かかりつけ医に相談し必要であれば、往診もしてもらっている。ケアに関する相談も出来ている。併設の老健の看護師にも相談出来る体制が整っている。 | 認知症については、入居者の主治医である専門医に相談できる体制もある。 |
| 31 | 61 定期健康診断の支援 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。 | | | | 健康診断は、特に設けていないが、個々にかかりつけ医で年1回定期健診を受けている。 | 高齢者の結核など増加傾向にあり定期健診は必要であり、提携医での健康診断の実施、家族に協力を得ての市民健診受診など、受診方法についても家族と相談する機会をもたれる事を期待する。 |
| (6) 心身の機能回復に向けた支援 | | | | | | |
| 32 | 63 心身機能の維持 認知症の人の心理状態の特徴や身体面の機能低下の特徴を理解し、五感への働きかけ、見当識維持の工夫、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。 | | | | 不安、ストレスを少なくするよう個々のペースにあわせた生活が送れるよう支援されており、買い物など心身の低下を防ぐ為、家事への参加を促している。 | 子供やペットなどの面会も可能としており、五感の刺激できるよう取り組んでいる。楽しみごとが増やせるように、更なる工夫に期待する。 |
| (7) 入居者同士の交流支援 | | | | | | |
| 33 | 65 トラブルへの対応 職員は、入居者同士のけんかやトラブルの原因(体調不良、相性等)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。 | | | | トラブル時は、職員が間に入ったり、入居者同士の距離を取るなど大きくならないように意識している。 | 認知症の進行に伴い、入居者のレベルに格差が見られることで、トラブルの原因になりかねない。入居者の発言などにも注意し、未然に防げるよう今後も努力を期待する。 |
| (8) 健康管理 | | | | | | |
| 34 | 67 口腔内の清潔保持 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) | | | | 毎食後、職員が促し歯磨きやうがいを励行できている。 | 入居者個々の生活習慣もあるが、認知症の進行にともない口腔内の手入れが困難になってくるため、口腔ケアは種々の感染予防につながることを職員が認識し、継続できることを期待する。 |

| 項目番号 | 項目 | できている | 要改善 | 評価困難 | 判断した根拠や理由 | 特記事項(良い点、改善点) |
|------------------|---|-------|-----|------|--|--|
| 35 | 70 服薬の支援 | | | | | |
| | 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。 | | | | 個別ファイルに薬の説明書を綴じ、職員全員が内容を把握するようにしている。指示通り確実に内服するよう、職員が見守っている。 | 薬の変更時は口頭で申し送り、ノートにも記載している。 |
| 36 | 72 緊急時の手当 | | | | | |
| | 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) | | | | 緊急時は応急手当を行い併設の医師・看護師の指示を受け対応してる。また、勉強会を行い緊急時に対応できるよう取り組んでいる。 | 職員全体が応急手当が行えるよう定期的実地訓練の継続を期待する。 |
| 37 | 73 感染症対策 | | | | | |
| | 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) | | | | インフルエンザの予防注射は全員受け、外出後や食事前には手洗い・消毒を行っている。感染症の勉強会も行っている。 | 高齢者は抵抗力、予備力の低下から感染症による心身へのダメージが大きいことから季節的な感染症、集団発生が予測される感染症の予防と早期対応への取り組みの検討を期待する。 |
| 3. 入居者の地域での生活の支援 | | | | | | |
| 38 | 77 ホームに閉じこもらない生活の支援 | | | | | |
| | 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) | | | | 毎日、交代で買い物や散歩など外出時間を作り、行事としてお花見、栗拾い、遠足に出かける機会を作っている。 | 帰宅願望が強いときは、家族の承諾を得て職員と一緒に帰るなど本人の希望に沿い、状態が落ち着くよう支援している。 |
| 4. 入居者と家族との交流支援 | | | | | | |
| 39 | 81 家族の訪問支援 | | | | | |
| | 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) | | | | 面会時間は設定せず、自由に面会できるようにしており家族にも伝えている。宿泊できる用意もある。 | 面会時には職員から声かけし、家族が気を使わなくていいように雰囲気づくりを心がけている。 |
| ケアサービス 30項目中 | | 計 | 30 | | | |

| 項目番号 | 項目 | できている | 要改善 | 評価困難 | 判断した根拠や理由 | 特記事項(良い点、改善点) |
|-------------------------|----|--|-----|------|---|---|
| 運営体制 1. 事業の統合性 | | | | | | |
| 40 | 83 | 法人代表者、管理者、職員の協働 | | | | |
| | | 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、職員の意見も反映させながら共に運営に取り組んでいる。 | | | 管理者と一緒に勤務しており、職員の意見を聞き、一緒に考え運営に取り組んでいる。 | |
| 2. 職員の確保・育成 | | | | | | |
| 41 | 87 | 入居者の状態に応じた職員の確保 | | | | |
| | | 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。 | | | ケアの質の向上の為に職員の勤務体制は考慮されている。昼間、夜間、それぞれにおいて急な状況に応じる職員の確保はできている。 | |
| 42 | 89 | 継続的な研修の受講 | | | | |
| | | 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。 | | | 外部研修へは参加しており、報告書にて報告している。 | 感染症・認知症・緊急対応等の研修は、年間研修計画を立て定期的な研修の実施と継続が望まれる。 |
| 43 | 91 | ストレスの解消策の実施 | | | | |
| | | 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) | | | 「個人面談記録」を利用し、悩みを聞き面談時に役立てたり、母体施設の事務長が面接するなど悩みや問題を解決を早期に行うようにしている。 | 組織的なストレスへの緩和を図っていても職員の抱えるストレスには個々違いがあるため、スーパーバイザーの構築、法人外のグループホームとの交流・研修の機会等ストレス解消への取り組みを期待する。 |
| 3. 入居時及び退居時の対応方針 | | | | | | |
| 44 | 95 | 退居の支援 | | | | |
| | | 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。 | | | 集団生活が難しくなった時点で家族と充分話し合い、納得して退去している。入居先は施設が見つけ提示している。 | |

| 項目番号 第三者 自己 | 項目 | できている | 要改善 | 評価困難 | 判断した根拠や理由 | 特記事項(良い点、改善点) |
|----------------------|-----|--|-----|------|--|--|
| 4. 衛生・安全管理 | | | | | | |
| 45 | 98 | ホーム内の衛生管理 | | | | |
| | | 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) | | | 布巾、包丁、まな板等は毎日消毒している。冷蔵庫内もこまめに清掃をしている。 | 清潔、衛生管理に関しては個人的に捉え方に差があることから、手順書や感染予防方法などマニュアルを作成され職員間の統一を期待する。また、年間計画を立て月ごとに重点的に清潔・衛生管理されるなどの取り組みが望ましい。 |
| 46 | 102 | 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。(再発防止の話しあい、今後活かす意義づけ等) | | | ケガ・転倒で入院した場合は、アクシデントレポートで報告し、入院でない場合は、予防処置で報告している。 | インシデントシートのチェック方式で集積している。事故発生時は原因究明・対策方法の検討、改善、報告までが必要である。予防策にまで関わられるようマニュアル化されることが期待される。 |
| 6. 相談・苦情への対応 | | | | | | |
| 47 | 106 | 苦情への的確で迅速な対応 | | | | |
| | | 相談や苦情を積極的に受ける姿勢があり、入居者や家族から苦情が寄せられた場合には、職員で速やかに対策案を検討して回答するとともに、サービス改善につなげている。 | | | 入居時に苦情受付や意見箱の説明は行っている。また、意見箱には、行政の苦情窓口の連絡先も準備している。重要事項説明書内には記載が見られない。 | 重要事項説明書にも苦情処理窓口を明記し、苦情や相談を受け入れる体制があることを明らかにされる事を望まれる。 |
| 7. ホームと家族との交流 | | | | | | |
| 48 | 107 | 家族とのコミュニケーション | | | | |
| | | 定期的に家族とコミュニケーションをとり、入居者の暮らしぶりや日常の様子を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)また、同時に、家族が気がかりなことや、意見を気軽に伝えたり相談したりできるように積極的に働きかけている。 | | | 面会時には、日頃の様子を伝えたり、行事の写真を見てもらうようにするなど、職員が家族に積極的に関わるようにしている。昨年から、家族会としての行事を開催し家族間の交流も大切にしていくという取り組みもある。 | プライバシー保護に配慮しながら、家族が知りたい入居者個々の日常生活場面などの写真を織り込んだホーム便りを作成し、家族とのコミュニケーションに役立てられる事を期待する。 |

| 項目番号 | 項目 | できている | 要改善 | 評価困難 | 判断した根拠や理由 | 特記事項(良い点、改善点) |
|---------------|-----------------------|-------|-----|------|--|--|
| 8. ホームと地域との交流 | | | | | | |
| 49 | 112 地域の人達との交流の促進 | | | | 地元の職員が広報誌を見て、地域の行事に参加するようにしている。地域的に地域の方が来所される事が少なく、小学生や保育園の訪問・ボランティアの受け入れに頼っている。 | 立地条件的に地域の人気が気軽に立ち寄る機会は難しいが、地元の老人会などとの交流機会を持つなど、更なる機会作りを期待する。 |
| 50 | 114 周辺施設等の理解・協力への働きかけ | | | | 警察や消防・買い物先には入居時より挨拶に行き、協力体制ができている。 | 地域的に民家、商店がないためホーム側から周辺施設へホーム便りなどを持参するなどの働きかけが望まれる。 |
| 51 | 115 ホーム機能の地域への還元 | | | | ボランティアの受け入れ、保育園児や小学生の受け入れなど、地域への還元が図られている。 | ホームの地域への開放や認知症理解の為に教室開催など地域還元への更なる取り組みを期待する |
| 運営体制 12項目中 | | 計 | 11 | 1 | | |

- (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。