

# 調査報告書

## グループホームの外部評価項目

### (調査項目の構成)

#### I. 運営理念

1. 運営理念の明確化
2. 運営理念の啓発

#### II. 生活空間づくり

1. 家庭的な生活空間づくり
2. 心身の状態にあわせた生活空間づくり

#### III. ケアサービス

1. ケアマネジメント
2. ホーム内でのくらしの支援
  - (1) 介護の基本の実行
  - (2) 日常生活行為の支援
    - 1) 食事
    - 2) 排泄
    - 3) 入浴
    - 4) 整容
    - 5) 睡眠・休息
  - (3) 生活支援
  - (4) ホーム内生活拡充支援
  - (5) 医療機関の受診等の支援
  - (6) 心身の機能回復に向けた支援
  - (7) 入居者同士の交流支援
  - (8) 健康管理
3. 入居者の地域での生活の支援
4. 入居者と家族との交流支援

#### IV. 運営体制

1. 事業の統合性
2. 職員の確保・育成
3. 入居時及び退居時の対応方針
4. 衛生・安全管理
5. 情報の開示・提供
6. 相談・苦情への対応
7. ホームと家族との交流
8. ホームと地域との交流

訪問調査日 平成18年8月2日  
調査実施の時間 開始10時00分 ～ 終了14時30分

訪問先ホーム名 グループホームわれも紅  
県 千葉県夷隅市大原町

主任評価調査員  
(記入者)氏名 柳田 弘文

同行調査員氏名 柳田 祥子

#### グループホーム側対応者

職名 管理者

氏名 大平 矢重美

ヒヤリングをした職員数 4人

#### ※記入方法

- 調査の結果を調査員同士が話し合い、主任調査員がご記入ください。
- 「できている」「要改善」「判断不能」の欄のいずれかに○を付けて下さい。
- その判断した理由や根拠を記入して下さい。  
要改善、判断不能の場合の根拠、理由は必ずお書き下さい
- 要改善とした場合、改善すべき点等の特記事項があれば記入して下さい。

#### ※項目番号について

- 評価項目は71項目です。
- 「外部」にある項目番号が外部評価の通し番号です。
- 「自己」にある項目番号は自己評価で該当する番号です。参考にして下さい。

#### ※用語について

- 管理者＝指定事業者としての届出上の管理者。「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。
- 職員＝「職員」には、管理者および非常勤職員を含む。

# 1. 調査報告書

主任調査員氏名 柳田弘文 / 同行調査員氏名 柳田祥子

| 項目番号<br>外部<br>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>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、痴呆性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。 | ○         |         |          | グループホームに関する意義、接遇についてスタッフに十分に伝えている。                              |              |
| 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。  | ○         |         |          | 運営理念を自らの行動の柱として全職員が把握し、玄関など見やすいところにも明示されている。                    |              |
| 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。   | ○         |         |          | 権利・義務等については重要事項説明書、契約書等文書に明示し、入居時には利用者及び家族等に同意を得ている。            |              |
|                  | 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)  | ○         |         |          | 利用者家族に十分説明し、確認のサインを頂いている。                                       |              |
|                  | <b>運営理念 4項目中 計</b>  | 4         | 0       | 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)               | ○         |         |          | ホーム入り口にはいろいろな花が咲いている。ホーム内のそこ此処に、花・水・金魚鉢などが飾られている。小奇麗な家庭の雰囲気である。 |              |
| 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。  | ○         |         |          | 広めで、大家族のごく普通の家庭の雰囲気である。掃除が行き届いている。                              |              |

| 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 |  |           |         |          |  |              |
| 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。   | ○         |         |          | 利用者が重度化している為、転倒防止の為、主としてスタッフが付き添って集う場所となっている。利用者は自分の居場所を決め、会話を楽しんでいる。                          |              |
| 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。   | ○         |         |          | 利用者の使い慣れた家具・生活用品が持ち込まれ、落ち着いて安心して過ごせている様子である。   |              |
| <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) | ○         |         |          | 利用者の状態にあわせた支援・援助をしている。廊下、浴室等にも手摺がつけられ、浴槽・便座・洗面台なども、清潔に使いやすく設備されている。                            |              |
| 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)             | ○         |         |          | 各居室には押し花を漉き込んだカードが掛けられている。画一的な部屋のづくりではないので混乱は少ない。が、解らないときにはさりげない声掛けをする。トイレ表示は、ウチワが案内板として掛けてある。 |              |
| 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)                                  | ○         |         |          | 日照を避ける為、カーテンやブラインドを使って調節している。会話のトーンは低めだが、暗さがない。利用者の状態に合わせた話しかけである。家族の会話のトーンである。                |              |
| 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。                                       | ○         |         |          | 天候・気温に合わせた温度調節を行っている。普通の家のつくりなのに、臭いがまったくない。  |              |
| 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。   | ○         |         |          | 各居室にカレンダーや時計を置いてある。  |              |
| 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)                             | ○         |         |          | 家族から生活歴を聞き、残存能力維持への援助をしている。  |              |

|                          |   |   |   |  |  |
|--------------------------|---|---|---|--|--|
| 心身の状態に合わせた生活空間づくり 6項目中 計 | 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</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。                          | ○         |         |          | 利用者ごとの担当者を決めて、計画作成を実施している。  |  |
| 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。                  | ○         |         |          | 作成された介護計画は全員で共有し、意見を出し合っている。  |  |
| 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。   | ○         |         |          | 上記の計画は、家族との話し合いの場で提示し、家族の意見の反映に努め、相談しながらの作成をしている。   |  |
| 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。                        | ○         |         |          | 変化等があれば、随時見直しを行っている。また、受け持ち職員が全体を立案し、ホーム長とケアマネが協議し、成文化させている。  |  |
| 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。  | ○         |         |          | 利用者個々の体調、食事の状態、服薬、排泄等も記録している。   |  |
| 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いき、重要な点はすべての職員に伝わる仕組みを作っている。                                    |           | ○       |          | 職員の質・全体の動きから、情報の伝達は完璧だと思われるが、申し送りノートに記録し、見たらサインをするが、サインについては徹底されていない。                                 | 介護作業と事務的処理は相反する。が、介護保険制度下では、確認記録が重要であり、習慣化されるよう期待する。 |
| 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。 | ○         |         |          | 定期的な意見交換が行われている。ホーム全体がチーム意識で結束しており、意見交換や場を設けての形式会議より、即応性の高い意見交換と確認→即実行というテンポで進んでいる。今後、確認サインの習慣化に期待する。 | 利用者さんの変化に対応する緊急打合せ等の即応性は見事だが、記録に若干の弱さがある。大変だが克服されたい。 |
| <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 |   |           |         |          |   |              |
|      |    | 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) | ○         |         |          | 家族・家庭的といっても、年長者への礼儀が習慣化している。また利用者に対する介護のプロとしての責任が、職員の言動の中に見える。                  |              |
| 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。   | ○         |         |          | 介護のプロとしての責任ある言動なのに、優しく、優雅でさえある。   |              |
| 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。  | ○         |         |          | 生活歴を十分に把握し、それらを生かす介護を実践している。  |              |
| 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。   | ○         |         |          | プライドを傷つけないよう、また利用者のペースに合わせている。  |              |
| 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)  | ○         |         |          | 利用者の希望に沿った対応をしている。介護度の高い利用者が多いが、利用者の表情は満足げで豊かである。愛され、きめ細かな介護・支援が行われていることを感じさせる。 |              |
| 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)   | ○         |         |          | 食材の処理、食器の清拭、簡単な調理など、できることを支援しながら能力維持に努めている。                                     |              |
| 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。  | ○         |         |          | 家族の同意を得て経管栄養を実施している。この場合はチューブを抜いてしまうので、ミトンの装着をしている。いわゆる身体拘束などではない。              |              |
| 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) | ○         |         |          | 日中は鍵は掛けない。外出時や夜間は鍵を掛ける。   |              |

|                 |   |   |   |  |  |
|-----------------|---|---|---|--|--|
| 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 | ○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。                                  | ○         |         |          | 箸や湯呑は個々の握力等に合わせたもの、使いやすい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して、おいしそうな盛り付けの工夫をしている。 | ○         | Or      |          | 利用者のADLにあわせ、刻み食・ミキサー食またはトロミをつけるなど、咀嚼・嚥下等の身体機能にあわせ調理し、提供している。刻んだ旬の魚の酢メご飯など、上等の家庭の味を提供している。 |              |
| 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。                             | ○         |         |          | 利用者個々の水分摂取量や食事摂取量を把握し、不足するときは高カロリー飲料を提供している。  |              |
| 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。                  | ○         |         |          | 食事の時間は楽しくしている。声かけ・援助は日常的であり、自立している方が少ないので、職員と利用者が交互に座る形をとっている。                            |              |
|      |    | 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。      | ○         |         |          | 日中や夜間にはできるだけトイレ排泄だが、重度化の利用者にはオムツを使用している。  |              |
| 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。                                | ○         |         |          | 排泄時はさりげない声かけを行い、プライバシーに配慮した支援を行っている。  |              |
|      |    | 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)                     | ○         |         |          | 利用者のその日の状態で、入浴の可否を決める。ゆっくり・ゆったりが原則である。風呂場は清潔で、車椅子で十分回転できるよう、改造されている。入浴介助用具も清潔にキープされている。   |              |
|      |    | 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)                                |           |         | ○        | 利用者個々に合う整髪や服装を支援しているが、重度化した利用者が行くことのできる理美容院が見つからない。                                       |              |

| 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 |  |           |         |          |   |              |
| 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)                                  | ○         |         |          | 常に行っている。食べこぼしや着衣への汚れなど、さりげなくカバーしている。                    |              |
|                          |    | 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 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じた安眠策を取っている。   | ○         |         |          | 消灯後、テレビを見る方、明かりを消すと不眠を訴える方などあり、できるだけ個々の状況にあわせた対応を行っている。 |              |
| <b>日常生活行為の支援 10項目中 計</b> |    |  | 9         | 0       | 1        |   |              |
|                          |    | (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。                            |           |         | ○        | 利用者の重度化の進行による、実施困難の状況である。                               |              |
|                          |    | (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) | ○         |         |          | 食器の清拭、洗濯物たたみなど、利用者個々が無理なくできることを支援している。                  |              |
| <b>生活支援 2項目中 計</b>       |    |  | 1         | 0       | 1        |   |              |
|                          |    | (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)   | ○         |         |          | かかりつけ医師との連携ができており、さらに非常勤看護師をオンコール、または週一回の健康管理を行っている。    |              |
| 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。  | ○         |         |          | 早期退院に向けての医師及び家族との話し合いを行っている。                            |              |
| 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。                              | ○         |         |          | 年一回の定期健康診断を行っている。                                       |              |

| 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 |
|-----------------------|----|---|-----------|---------|----------|---|--------------|
| 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>痴呆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。 | ○         |         |          | 日常的にほとんど習慣として利用者の機能維持に取り組んでいる。職員、管理者など、すべての職員が全力を尽くしている。                              |              |
|                       |    | (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。                  | ○         |         |          | 全職員が利用者さんの個性を把握しているので、スムーズに対応している。トラブル頻発の方も、ホームに馴染んで怒らないようになられたとのこと。《お母さん》の愛情があふれている。 |              |
|                       |    | (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)       | ○         |         |          | 自分で出来ない方には一日3回の口腔ケアをスタッフが行っている。使いやすく大きな洗面台である。  |              |
| 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。                | ○         |         |          | 必要な都度、スタッフが確認し服薬支援をしている。内服変更のときは、理由と効果について伝えている。                                      |              |
| 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)  | ○         |         |          | 応急手当マニュアルがある。   |              |
| 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)   | ○         |         |          | マニュアルが作成されている。  |              |
| <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)     | ○         |         |          | 習慣化している散歩は、天候・気温にあわせスタッフが共に出かける。  |              |
| <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) | ○         |         |          | 来訪されるご家族が、われも紅でゆっくり長時間を過ごしていただけるよう、対応している。  |              |
| <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。                         | ○         |         |          | ホーム長、ケアマネジャー、居室担当者を交えた話し合いを行っている。さらに改善すべき点を確認している。  |              |
| 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。                                | ○         |         |          | この件については、ミーティングの際、必ず意見を聞き、受け入れ等に生かしている。   |              |
|                        |     | <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。                          | ○         |         |          | 一日の流れを支援する、最大限の体制を組む努力をしている。時間帯によっては、職員と利用者さんと同数の場合もある。通院や長時間の医療処置への対応は大変だが、きっちりと利用者さんに付き添っている。 |              |
| 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。                         | ○         |         |          | 研修にも熱心である。職員のスキルアップ、資格取得にも実績を挙げている。職員も、介護労働に熱意をもって当たっている。また、評価の機会を共有する為、4名の職員が自発的に《面接》に応じた。     |              |
| 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)        | ○         |         |          | 常に解消できるよう、気配りをしているという。休憩場所はある。  |              |

| 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  |  |           |         |          |  |              |
|                        |     | <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)         | ○         |         |          | 家族との情報交換・話し合いと、ホーム内での検討により入居の決定をしている。                        |              |
| 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。 | ○         |         |          | 家族と十分な話し合いをした上で、利用者さんの状態で判断し、できる限りの支援をおこなっている。               |              |
|                        |     | <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)  | ○         |         |          | 台所、洗面所、トイレ、風呂場、洗濯機置き場など、みな清潔である。調理器具類も清潔で、使い込まれた端正さで、おかれている。 |              |
| 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。                        | ○         |         |          | アコーデオンカーテンで仕切り、注意して保管している。                                   |              |
| 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)     | ○         |         |          | 報告書は予防措置とサービス改善につなげている。                                      |              |
| <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。   | ○         |         |          | 情報の提供を行い、協力している。   |              |
|                        |     | <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。                         | ○         |         |          | 相談や苦情には管理者が対応し、その内容はスタッフにも報告され、共有されている。                      |              |

|      |     | 情報・相談・苦情 2項目中 計  |           |         | 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  |  |           |         |          |   |   |              |  |
|      |     | 7. ホームと家族との交流  |           |         |          |   |   |              |  |
| 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。                 | ○         |         |          | 家族には随時、連絡をしている。面会時には声をかけ、話し合いを行っている。  |   |              |  |
| 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)                       | ○         |         |          | 家族会ができています。また、われも紅便りを送付し、随時、連絡を入れている。家族アンケートにも、複数の家族からのケアに関するもの、金銭管理に関するものなど、さまざまな表現の感謝の言葉があった。 |   |              |  |
| 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、家族に定期的なその出納を明らかにしている。                                | ○         |         |          | 月一回、請求書あるいは領収書を送り、整理していただいている。  |   |              |  |
|      |     | ホームと家族との交流 3項目中 計  |           |         | 3        | 0   | 0 |              |  |
|      |     | 8. ホームと地域との交流  |           |         |          |   |   |              |  |
| 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。  |           |         | ○        | 市町村にその準備ができていない。依頼があれば積極的に対応する。   |   |              |  |
| 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。   | ○         |         |          | 野菜を頂くなど、あるいはスタッフではできない大掛かりな仕事などに、協力を頂いている。昨年は《大原の祭り神輿》をホーム庭に担ぎ込んでいただくなど、温かいご近所に助けられている。         |   |              |  |
| 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) | ○         |         |          | ボランティアに行事の支援への働きかけをしている。また地域の消防団との連携を行っている。   |   |              |  |
| 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。(痴呆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)         | ○         |         |          | ボランティアの受け入れ、地域からの見学、新事業所のスタッフやヘルパー実習生の受け入れなど、利用者さんのケアに配慮しつつできる限りの協力をし、社会資源として理解を深められる努力を行っている。  |   |              |  |
|      |     | ホームと地域との交流 4項目中 計  |           |         | 3        | 0   | 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。

## 2. 調査報告概要表

| 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>経営者・管理者の介護への情熱が体现されているホームである。一般的に1ユニットでの経営は難しいといわれるが、ここではスタッフの配置が十分になされ、重度の方でも職員の介助で食事を楽しんでおられる。民宿を改造したホームだが、細部に工夫と改善がなされ、ホームの清潔さ、使い勝手の良さも、努力によって居心地の良い環境となっている。前々年の評価を生かした増築も果たされている。大型犬と小形犬の《家族》が、利用者さんを見守ったり、居間での遊び相手となっている。重度化が進んだ利用者が多いが、非常に明るく健康的な表情である。スタッフも国家資格取得と介護を平行させるなど意欲的で、さらに現役主婦スタッフの起用など、年齢構成も利用者に馴染む配置となっている。利用者アンケートは、ホームへの信頼と感謝の記述で溢れている。風が優しく食材も豊かな大原の、貴重な社会資源である。</p> |                        |
| 分野   | 特記事項(※優先順位の高い要改善点について) |
| I  | 特にありません。               |
| 運営理念   |                        |
| II   | 特にありません。               |
| 生活空間づくり  |                        |
| III  | 特にありません。               |
| ケアサービス   |                        |
| IV   | 特にありません。               |
| 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  | 4          |  |
| 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  | 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  | 1          |  |
| 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  | 3          |  |