

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17年10月22日
調査実施の時間 開始11時10分 ~ 終了15時50分

訪問先ホーム名 ハートライフ一宮
県 千葉県長生郡一宮町船頭給230-5

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 法人代表 管理者

氏名 内田八州彦 白石敬子

ヒヤリングをした職員数 _____ 2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

／同行調査員氏名

| 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 |
|------------------|---|-----------|---------|----------|--|---------------------------|
| | I 運営理念 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 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。 | ○ | | | 具体的内容を書面にして職員の目の届くところに掲出している。また面接時に書類を渡し、説明している。 | |
| 2 | 3 ○運営理念の明示 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。 | ○ | | | 全職員が暗記してはいないが、毎朝の申し送り時に、理念の確認を行っている。 | |
| 3 | 4 ○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。 | ○ | | | 玄関に運営理念を掲出している。入居者及び家族等には契約時の重要事項説明書に基いた説明を行っている。 | |
| | 2. 運営理念の啓発 | | | | | |
| 4 | 5 ○運営理念の啓発 ホームの運営理念や役割が地域に理解されるよう、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) | | ○ | | 契約時にのみ行っている。 | 行事などの際に、地域の方々の参加を呼びかけている。 |
| | 運営理念 4項目中 計 | 3 | 1 | 0 | | |
| | II 生活空間づくり 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 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) | ○ | | | 門の周り、玄関周りに草花を植えてある。借地である農地/宅地の識別をとの県の指導どおり、それぞれ境界にフェンスがある。 | |
| 6 | 7 ○家庭的な共用空間づくり 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。 | ○ | | | 設計全体が家庭的な色調で統一されている。調度も落ち着いた形と効率的配置であり、温かみを感じられる。 | |

| 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 | | | | | | |
| 7 | 8 | ○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。 | ○ | | | ソファが多く配置されている。独りになりたいとき・話しをしたときなど、自由にそれぞれ好みの空間が選べる配慮がされている。リビングも、ファミレスのように、しつらえられている。 | |
| 8 | 9 | ○入居者一人ひとりにあわせた居室の環境づくり 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。 | ○ | | | 入居時に、使い慣れた家具や生活用品類の持込を薦めている。仏壇を飾っておられる居室もある。 | |
| 家庭的な生活環境づくり 4項目中 計 | | | 4 | 0 | 0 | | |
| 2. 心身の状態にあわせた生活空間づくり | | | | | | | |
| 9 | 11 | ○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) | ○ | | | 廊下・トイレ・浴槽などへの手摺り設置がされている。浴槽内へも滑り止め用品が効率的に使用されている。 | |
| 10 | 13 | ○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) | ○ | | | 居室入り口には《名前と花の絵》を飾り、混乱への配慮をしている。トイレには黄色地にクロの文字で《便所》と表示し目印としている。 | |
| 11 | 14 | ○音の大きさや光の強さに対する配慮 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) | ○ | | | 天候により陽射しに配慮しすだれ等を使っている。ただし難聴者もおられるので、会話のトーンは大きくなっている。 | |
| 12 | 15 | ○換気・空調の配慮 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。 | ○ | | | 温度調節は四六時中対応している。換気時には臭気などに気をつけている。 | |
| 13 | 17 | ○時の見当識への配慮 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。 | ○ | | | 手作りの日めくりを目に付くところに掛けている。掛け時計は座った高さ・目線に配慮し掛けている。 | |
| 14 | 18 | ○活動意欲を触発する物品の用意 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) | ○ | | | 朝の居室掃除が可能な方にはホウキを使って頂いている。ハンカチーフを使った人形作りなどの用品を、さりげなく置いてある。 | 草取り、フェンスの手入れ、園芸など、家庭での日常的な作業が出来るグッズを置いてみるのも一案かと思う。入居者に積極的にホームを守る気構えをもって頂くことも残存能力啓発に貢献できるのでは。管理を感じさせない管理です。 |

| | | | | | |
|--------------------------|---|---|---|--|--|
| 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 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 | | | | | | |
| | | Ⅲ ケアサービ 1. ケアマネジメント | | | | | |
| 15 | 20 | ○個別具体的な介護計画 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。 | ○ | | | 入居後、カンファを開催。サービス計画・介護計画を作成している。 | |
| 16 | 21 | ○介護計画の職員間での共有 介護計画を、すべての職員の気づきや意見を取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。 | | ○ | | カンファに参加できなかった職員の意見を取り入れることができていなかった。介護計画等の内容の確認は所定の場所にファイル管理されているので、確認はされている。 | カンファ開催日を早めに決めて、参加できない職員の意見・気づき等を、事前に文書化して貰い、課題解決を図りたい。 |
| 17 | 22 | ○介護計画への入居者・家族の意見の反映 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。 | ○ | | | 相談時、入居時の内容に基き介護計画を作成、面会時に内容等の報告を行っている。 | |
| 18 | 23 | ○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の見直しを行っている。 | ○ | | | 短期目標3ヶ月、長期目標6ヶ月を定め、定期的に見直しを行っている。 | |
| 19 | 24 | ○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。 | ○ | | | 排尿・水分・食事摂取量・バイタル・日常の行動等、記録している。 | |
| 20 | 25 | ○確実な申し送り・情報伝達 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。 | ○ | | | 朝、夜勤者よりの申し送り(早番・日勤)遅番・当日夜勤者の申し送りは日勤にて行われている。 | |
| 21 | 26 | ○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。 | | ○ | | 緊急時のみで、定期的会議は行われていない。 | 定期的な会議開催を行うよう調整する。 |
| ケアマネジメント 7項目中 計 | | | 5 | 2 | 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 | | | | | | |
| | | 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 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) | ○ | | | 人生の先輩として、敬意をもって対応している。 | |
| 23 | 28 | ○職員の穏やかな態度 職員の言葉かけや態度はゆったりしており、やさしい雰囲気です。 | ○ | | | 入居者が穏やかな生活を送れるよう、また安心感を得られるよう対応することを周知させ、実践している。 | |
| 24 | 30 | ○入居者一人ひとりの過去の経験を活かしたケア 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。 | | ○ | | 入居者全員の過去・生活歴等、詳細な把握が出来ていない(同居、遠い親戚のみで、把握が出来ない場合がある)。 | 入居後、間もない方の把握が出来ていない。家族等とコミュニケーションを図りながら、情報の把握に努める。 |
| 25 | 32 | ○入居者のペースの尊重 職員は、職員側の決まりや都合で業務を進めていくのではなく、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。 | ○ | | | 朝食は8時までであり時間の幅があるが、昼食・夕食・入浴曜日は決められている。 | |
| 26 | 33 | ○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) | ○ | | | 着替え時の衣類の選択、買い物時の食材の選択などは、可能な方には選んで頂いている。月一回の夕食メニューは自分で決めて頂いている。 | |
| 27 | 35 | ○一人でもできることへの配慮 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) | ○ | | | できること・出来そうなことなどには積極的に声掛けし、体調に合わせて行って頂いている。 | |
| 28 | 37 | ○身体拘束のないケアの実践 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。 | ○ | | | 行わないことの認識が全職員にある。身体拘束のないケアを実践している。 | |
| 29 | 38 | ○鍵をかけない工夫 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) | ○ | | | 防犯上の理由で夜間は玄関の施錠をしている。夜間以外、ウッドデッキの出入り口も施錠していない。入居者によっては畑での行動見守りだけで、阻止はしない。 | |

| | | | | | |
|-----------------|---|---|---|--|--|
| 介護の基本の実行 8項目中 計 | 7 | 1 | 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 | | | | | | |
| | | (2)日常生活行為の支援 1) 食事 | | | | | |
| 30 | 43 | ○馴染みの食器の使用 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。 | ○ | | | 家族・入居者の希望のある方は茶碗・湯のみ・箸等を使用している。またプラスチックなどは使わず、陶器を使用している。 | |
| 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 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。 | ○ | | | 入居者に合わせ、おかゆ・刻み食・ひとくち大にするなど、食べやすいように工夫している。 | |
| 32 | 45 | ○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よそ把握している。 | | ○ | | 水分・栄養バランスは把握できているが、カロリー計算はなされていない。これはほとんどの事業所でも共通だと思う。 | 厳密なカロリー計算は出来ないと思うが、大まかでも出せるよう、今後勉強していきたいとのこと。 |
| 33 | 47 | ○食事を楽しむことのできる支援 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。 | ○ | | | 職員は入居者と食事を共にしており、常に見守りをしながらサポートしている。 | |
| | | 2) 排泄 | | | | | |
| 34 | 48 | ○排泄パターンに応じた個別の排泄支援 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。 | ○ | | | 排泄表の記載を行っている。入居時には紙パンツ／紙おむつを使用の方も、布パンツに変わった。失禁イコール紙パンツではなく、あくまでも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 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。 | ○ | | | 排便の確認は他の入居者が傍にいないとき、または自室へ訪室して確認するようにしている。失禁等も他の入居者の目に触れないよう、トイレや自室で交換している。汚れた衣類も他の入居者の目に触れないよう、気配りをしている。 | |
| | | 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 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) | ○ | | | 週3回の入浴であるが、一人一人のペースで長湯に気をつけながらくつろいで入浴して頂いている。また朝のバイタルチェックにより可否を決めることもある。 | |
| | | 4) 整容 | | | | | |
| 37 | 56 | ○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) | ○ | | | 従来は有償ボランティアでお願いしていたが、今後は移動美容室を使用する予定である。 | |

| 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 | | | | | | |
| 38 | 57 | ○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) | ○ | | | 失禁等の場合でも《水にぬれた!》等の声掛けで更衣している。声掛けも、本人だけに聞こえるよう、配慮している。 | |
| | | 5) 睡眠・休息 | | | | | |
| 39 | 60 | ○安眠の支援 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した安眠策を取っている。 | ○ | | | 個人記録によって睡眠の pattern の把握は出来ている。日中の散歩やレクを取り入れている。夜間の居室の温度等を、各人により調節している。 | |
| 日常生活行為の支援 10項目中 計 | | | 9 | 1 | 0 | | |
| | | (3)生活支援 | | | | | |
| 40 | 64 | ○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、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。 | | | ○ | 家族の殆どが入居者にお金を持たせず、立替え(請求書にて清算)を希望している。独居であったため金銭管理能力のない方が管理しており、持ち金であることで納得している。 | |
| | | (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 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) | ○ | | | 洗浄後の食器を拭いたり、洗濯物のタタミを手伝って頂いたり、植木の世話をして頂いたりしている。 | |
| 生活支援 2項目中 計 | | | 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 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) | ○ | | | 協力医療機関が整形外科を含め5機関あり、訪問診療歯科も利用している。 | |
| 43 | 73 | ○早期退院に向けた医療機関との連携 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。 | | | ○ | 入院者1名のみで救急病院であったため、認知症の対応が難しく、安定した時点での退院となり、精密検査は後日となる。 | |
| 44 | 74 | ○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。 | ○ | | | 入居者全員が定期的に受診している為、医師の指導を随時受けている。 | |

| 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 | | | | | | |
| | | (6)心身の機能回復に向けた支援 | | | | | |
| 45 | 76 | ○身体機能の維持 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。 | ○ | | | 入居時の得意なことを見出し手伝って頂いている。出来ることの残存能力を把握し、ムリじいにならないよう、声掛けをし行って頂いている。 | |
| | | (7)入居者同士の交流支援 | | | | | |
| 46 | 78 | ○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。 | ○ | | | 難聴の方がいて、返事をせず、大きな声で怒っていると思われるけんかになることがある。職員の説明で納得するが、繰り返し…がある。職員が気をつけて、ホーム内の平穏を保津用、努力している。 | |
| | | (8)健康管理 | | | | | |
| 47 | 80 | ○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) | ○ | | | 食後の口腔ケアは声掛けして促して行っている。義歯の方はポリドント使用によりにおいが生じないように、また歯磨き等で口腔の清潔保持を支援している。 | |
| 48 | 83 | ○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。 | ○ | | | 常に正しい服薬が出来たか、の確認をし、副作用にも気を配り、申し送りにも、日勤・夜勤の連携を図っている。保管も鍵を掛けるなど、行き届いた服薬管理が行われている。 | |
| 49 | 85 | ○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) | | ○ | | 現在まで、怪我等の応急手当が必要な事態は発生していない。応急手当など、救急手当を職員全員が出来るよう、勉強会を行う予定である。 | |
| 50 | 86 | ○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) | | ○ | | 現在まで、感染症患者はでていない。但し入居時の脚白癬の方が殆どなので、個別に足浴・薬剤塗布などの手当をし、ほぼ改善されている。 | |
| 医療・健康支援 9項目中 計 | | | 6 | 2 | 1 | | |

| 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 | | | | | | |
| | | 3. 入居者の地域での生活の支援 | | | | | |
| 51 | 90 | ○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) | ○ | | | 入居者の希望により、毎日の習慣の中で散歩に行けるよう支援している。 | |
| 地域生活 1項目中 計 | | | 1 | 0 | 0 | | |
| | | 4. 入居者と家族との交流支援 | | | | | |
| 52 | 94 | ○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) | ○ | | | 訪問時の笑顔での挨拶、お茶だし等させていただいている。家族等のご希望により、リビングで過ごしていただいている。お帰りの際は入居者と共に玄関外まで出て、お見送りをする。 | |
| 家族との交流支援 1項目中 計 | | | 1 | 0 | 0 | | |
| | | IV 運営体制 1. 事業の統合性 | | | | | |
| 53 | 96 | ○責任者の協働 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、共に取り組んでいる。 | ○ | | | 経営理念を職員に対して徹底させている。管理者は介護の質の向上に努めている。 | |
| 54 | 97 | ○職員の意見の反映 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。 | ○ | | | 入居決定前に職員に情報を提供している。介護従業者の採用決定後、情報などは職員に提示している。 | |
| | | 2. 職員の確保・育成 | | | | | |
| 55 | 101 | ○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。 | ○ | | | ユニットごとにシフトによる日勤3名、夜勤者1名で対応している。以前、状態が急速に低下し、入院が必要となった方のベッドが空くまでの数日間、夜勤者2名が対応した。 | |
| 56 | 103 | ○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。 | | ○ | | 開設時の採用者に関しては他のグループホームで研修を受講しているが、補充採用者に関しては他のホームでの研修がなされていない。 | |
| 57 | 105 | ○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) | | ○ | | 開設後半年のため、親睦会は作られていないが、悩みの聴取は経営者が受けている。 | GHでの介護労働は神経・精神的負担が重いといわれる。経営者の聴取も良いが入居者の視線から外れた場所での休憩が効果的と考える。ご検討を期待する。 |

| 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 | | | | | | |
| | | 3. 入居時及び退居時の対応方針 | | | | | |
| 58 | 107 | ○入居者の決定のための検討 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) | ○ | | | 相談時および面接時に、差し支えのない部分を聞き取りし、入居時にホーム所定の健康診断書を提出、保険証の預かりを行っている。家族からは入居申請にいたる経過、生活歴等を十分聴き取っている。 | |
| 59 | 109 | ○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。 | ○ | | | 入居前面接より数日後の入居で、状態の変化が見られたが入居。日々レベルダウンにより、再度入院となった。主介護者・息子は納得、再入院となった。今後もストレスに関し十分対応したい。 | |
| | | 4. 衛生・安全管理 | | | | | |
| 60 | 112 | ○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) | ○ | | | 生鮮食品は随時購入している。付近・包丁・まな板は、夕食後に、漂白消毒している。 | |
| 61 | 114 | ○注意の必要な物品の保管・管理 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。 | ○ | | | 薬品は事務所において管理。洗剤等は浴室続きの納戸に保管し、入浴など、使用時以外は施錠して保管している。包丁は使用時以外は、目に触れにくい場所に保管している。 | |
| 62 | 116 | ○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。(再発防止の話あい、今後活かす意義づけ等) | ○ | | | 緊急時の連絡マニュアルのみ作成されている。現在まで緊急事態が発生していない。しかし、小さな異変やミスなどは「ヒヤリ・ハット」により報告するよう定めている。 | |
| 内部の運営体制 10項目中 計 | | | 8 | 2 | 0 | | |
| | | 5. 情報の開示・提供 | | | | | |
| 63 | 118 | ○調査等の訪問に対する対応 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。 | ○ | | | 介護保険の更新時など、当ホームのケアマネが立会いと情報提供をしている。入居前担当の介護支援事業者に現況を報告している。介護相談員に対しては個人記録、介護記録等を元に対応し、評価調査においては各記録等がきちんと整理され、閲覧等が十分になされた。 | |
| | | 6. 相談・苦情への対応 | | | | | |
| 64 | 119 | ○相談・苦情受付の明示 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。 | | ○ | | 受入れの窓口と担当職員は明確である。法人代表者不在の場合は、管理者が口頭のみでの説明しかなされていない。 | |

| | | 情報・相談・苦情 2項目中 計 | | | | | |
|------|-----|-------------------|---------|----------|--|--------------|---|
| 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 | | | | | | |
| | | 7. ホームと家族との交流 | | | | | |
| 65 | 122 | ○ | | | 面会時のお茶だし・声掛け等を行い、入居者との面会后、家族との時間をとり、相談事等を受けている。 | | |
| 66 | 123 | | ○ | | 面会や電話などがあつた際、情報を伝えている。変調時にはホームより電話にて伝えている。また面会時に見ただけよう、写真をアルバムにしている。 | | |
| 67 | 126 | ○ | | | 預かり金は預り証を作成し、立替金は立替を希望する家族に請求時に加算する。レシート等を貼付している。 | | |
| | | ホームと家族との交流 3項目中 計 | | | 2 | 1 | 0 |
| | | 8. ホームと地域との交流 | | | | | |
| 68 | 127 | | ○ | | 市町村への訪問は随時行っているが、開設後半年のため、介護教室等の開催には至っていない。 | | |
| 69 | 130 | | ○ | | 散歩時など挨拶や会話はしているが、開設半年後のため、それ以上の交流は現在ない。 | | |
| 70 | 132 | ○ | | | 消防と警察には働きかけをしているが、周辺地域の諸施設にまでは働きかけが及んでいない。今後も理解と協力を得る働きかけを行う。 | | |
| 71 | 133 | ○ | | | 地域での重要な社会資源としてこのホーム機能を理解してもらうよう努力する。認知症への理解、相談への対応、ボランティアの受入れ、教室の開催など、多様な地域のニーズに応える努力をする予定である。 | | |
| | | ホームと地域との交流 4項目中 計 | | | 2 | 2 | 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。

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) | |
|--|---|
| JR一ノ宮駅から10分ほどの、ピッカピカのホームである。永年の医業管理分野での経営者の、ロマンの結実のような、広い伸びやかなホームである。認知症介護のベテラン職員がサポートをし、IT技術者であるご子息が、認知症介護研修を終えホーム長として頑張っておられる。職員と家族ぐるみの清潔・誠実・温かさが、暖流のように広いホームの二つのユニットをうねって流れているようである。質実かつ堅実な経営者の下、このホームは、地域の大切な社会資源として、地域住民の心のよりどころとして、発展を遂げて欲しい。行政も広域的にこれら社会資源を活用し、発展させる方向のご努力を願いたいものである。介護保険制度の確かな住民への還元を確実に見られる | |
| 分野 | 特記事項(※優先順位の高い要改善点について) |
| I 運営理念 | 地道で穏やかな福祉事業への運営理念が、職員のケアの中で、静かに確かに浸透し定着している。手作りだが丁寧に簡潔な事業案内に、運営理念と条件などが、わかりやすく書かれている。 |
| II 生活空間づくり | 伸びやかなダイニングやリビングが、東と西側に対称的にしつらえられている。住まいの顔である玄関も、広めの自宅と言う雰囲気である。建物も内装も家具も統一感と温かみのある《感じがいい》のである。なのに経営者は、改善すべき箇所にこだわり、次年度の改善計画に熱意をもっている。 |
| III ケアサービス | 管理者がケアマネジャーであり、誠実なケアを実践している。職員の消耗が心配なほど、細かいところまで誠実に確実に利用者個々に対応している。例えば、退院後の膝関節の固化、失語、嚥下不能状態の利用者でも、何ヶ月かの後、話しをされ、皆で食卓を囲むなど、症状の緩和・自立度の向上・体調や残存能力の回復など、その人らしさの回復がなされている。入居時に白癬菌保持者でも状態の改善に向け、オスバン液の足浴がされ効果をあげている。グループホームでなければ不可能なケアが、実践されている。 |
| IV 運営体制 | 現場で昼夜、起きている状況や変化を、職員の努力や成果も含めて管理者が日常的に把握している。一人勤務の夜間ケアについても、実態や職員ごとの対応をさまざまな帳票で具体的に把握している。申し送り等で利用者や職員の状況を把握し、報告・連絡・相談は、行われている。 |

| 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 | 5 |
| ⑤ 介護の基本の実行 | 8項目 | 7 |
| 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 | 6 |
| 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 | 8 |
| ⑫ 情報・相談・苦情 | 2項目 | 1 |
| ⑬ ホームと家族との交流 | 3項目 | 2 |
| ⑭ ホームと地域との交流 | 4項目 | 2 |