

# 1 評価報告概要表

|  |
|--|
| 全体を通じて(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><b>優れている点</b></p> <p>佐波川のほとり、緑豊かな自然環境に恵まれたホームは、閑静な住宅地にあり、散歩コースにも適している場所です。ホームでは、その環境を利用し、散歩コースは長・中・短距離と入居者一人ひとりの能力、その日の体調に合わせた支援が行われています。職員数は2ユニットで非常勤も含めて15人体制です。管理者、職員、入居者の区別がないと思われるほどホームの一体感が感じられ、食後などには自然とみんなで集まって歌ったり、踊ったりと時間に縛られることなくゆっくり過ごされています。家族には、それぞれの入居者の日々の暮らしぶりを毎月一回、便箋に2、3枚程の手書きの手紙で伝えられています。遠方の家族には、誕生日や特別な行事への来訪をお願いされ、家族関係の維持をととても大事にされています。</p> <p><b>特徴的な取組等</b></p> <p>アセスメントや介護計画の様式には、今年4月からセンター方式も参考に、ホーム独自の記録用紙を作成し、書きやすく、見やすい記録に改善しながら、職員間での共有に努めています。毎日の生活の中で、入居者から直接出た言葉を記録して、一人ひとりの思いをつかんでいくことにも取り組まれ、個別の介護を実践されています。入居者の過去の生き様や心のありようを紙芝居や歌にして唄うなど、入居者を一人の個人として大切にし、お互いを認め合う雰囲気があり、ユニット間の交流も自然でみんなが仲よく安らげるように生活を工夫されています。</p> <p><b>現状及び改善策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自治会に加入し、運営推進会議も開催するなど地域との関係づくりに向けての環境整備はされていますが、地域の一員としてそれらを活用し、実践していくことについては不十分でした。ホームでの暮らしを充実させる視点や地域と何を連携するのかなど、例えば、地域向けホーム便りの発行や近隣にある障害者授産施設との交流、また、公的な文化施設の活用等、具体的な計画に取り組まれてははいかがでしょうか。</li> <li>・意見箱や家族の声を聞く体制はできていますが、第三者委員や外部機関の明示をはじめ、苦情処理の手続きも明確化されるとともに、周知されるよう希望します。</li> </ul> |

|          |               |
|----------|---------------|
| グループホーム名 | グループホーム ニコニコ創 |
| 訪問調査日    | 平成18年 8月11日   |
| 評価確定日    | 平成18年 9月30日   |

| 分野・領域                    | 項目数 | できている項目数 |
|--------------------------|-----|----------|
| <b>1 事業運営に関する事項</b>      |     |          |
| 管理・運営                    | 16  | 15       |
| 職員への教育・研修                | 2   | 2        |
| 入居者や家族への対応               | 6   | 5        |
| 入居者の人権の尊重                | 1   | 1        |
| <b>2 サービスの提供体制に関する事項</b> |     |          |
|                          | 7   | 7        |
| <b>3 サービスの提供内容に関する事項</b> |     |          |
| 入居者の自立に配慮した支援            | 9   | 9        |
| 入居者の個性に配慮した支援            | 9   | 9        |
| 入居者の生活の質に配慮した支援          | 3   | 3        |
| 入居者の人格に配慮した支援            | 8   | 8        |
| 医学的管理及び健康に配慮した支援         | 6   | 6        |
| <b>4 施設環境に関する事項</b>      |     |          |
|                          | 10  | 10       |
| <b>5 家族との連携に関する事項</b>    |     |          |
|                          | 4   | 4        |
| <b>6 地域との交流に関する事項</b>    |     |          |
|                          | 4   | 3        |

## 2 評価報告書

| 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                   |
|--------------------------------|----|---|-------|-----|------|--|--------------------------------|
| 1 事業運営に関する事項                   |    |   |       |     |      |  |                                |
| (1) 管理・運営                      |    |   |       |     |      |  |                                |
| グループホームの意義や役割目標や理念等を明確にしていますか。 |    |   |       |     |      |  |                                |
| 1                              | 1  | 管理者及び職員はグループホームの意義や役割等について理解している。                                     |       |     |      | 管理者はグループホームに対する熱意を持ち、意義、役割についても十分理解をしている。                |                                |
| 2                              | 2  | 管理者は、自らの運営するホームについて、その運営理念を明確に表現し、職員と目標を共有している。                       |       |     |      | 管理者はホームの運営理念を自らの行動でもって具現化し、職員も一体となって意欲的に取り組んでいる。         |                                |
| 3                              | 3  | ミーティング等では、グループホームのケアで大切なことや介護の根本的な考え方が常に話題に挙がっており、職員の間で相互に意識啓発している。   |       |     |      | ミーティングも含めて、日常的に介護のあり方について自然に話し合う雰囲気があり、職員相互に意識啓発している。    |                                |
| 4                              | 4  | 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)      |       |     |      | 運営推進会議は開催しているが、運営理念やホームの役割等について、地域に向けての啓発、広報活動は十分とはいえない。 | ・地域向けのホーム便りの発行<br>・運営理念等の啓発、広報 |
| 入居者の生活の流れに応じた職員配置をしていますか。      |    |   |       |     |      |  |                                |
| 5                              | 5  | 日中は、入居者一人ひとりの自由や自主性を尊重しつつ、屋外活動も十分行える職員数を確保している。                       |       |     |      | 常勤8名、非常勤7名体制で日中は必ず3名の職員が配置され、散歩や買物など屋外活動にも十分対応できている。     |                                |
| 6                              | 6  | 夜間は、トイレ誘導や不眠など、必要なケアに対応できる体制をとっている。                                   |       |     |      | 夜勤体制をとっており、各ユニットに一人の職員を配置している。                           |                                |
| 7                              | 7  | 職員の勤務の都合ではなく、入居者の生活の流れに応じた職員配置にしている(朝食前や夕食後、土日祝日、病休や急な。休みのときの代替職員の確保) |       |     |      | 入居者の生活の流れに対応できる職員体制が確保されており、病休・急な休みのときの代替職員の確保もできている。    |                                |
| グループホームにふさわしい職員の質を確保していますか。    |    |   |       |     |      |  |                                |
| 8                              | 9  | 法人代表者や管理者は、それぞれの権限や責任を踏まえて、サービスの質の向上に向け、職員全員と共に熱意をもって取り組んでいる。         |       |     |      | 管理者は常にサービス向上のために創意工夫しており、職員とともに熱意を持って取り組んでいる。            |                                |
| 9                              | 10 | 介護従事者の採用、運営方法、入居者の受入や入居継続者の可否については、職員の意見を聞いている。                       |       |     |      | 運営に関する取り決めなども日頃から職員の意見を十分に聞きながら対応している。                   |                                |

| 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 |
|--|----|--|-------|-----|------|---|--------------|
| 各種記録を適切に整備し、それらを活用していますか。                  |    |  |       |     |      |   |              |
| 10   | 13 | サービスに関わる必要な書類(業務日誌、介護計画、介護記録、苦情や事故の記録、預かり金の金銭管理簿、その他サービスに関わるもの)を整備し、適切に記録している。 |       |     |      | 介護日誌、個人別の介護記録など必要な書類は整備され、適切に記録されている。                                     |              |
| 11   | 14 | 記録した内容を、日々の介護や介護計画に反映させている。  |       |     |      | 入居者の話した言葉を詳しくノートに記録するなど、一人ひとりの具体的な記録を介護計画に反映させている。                        |              |
| 12   | 15 | 重要な事柄は、職員間で確実に共有できるように、記録内容を全員が把握できるような工夫をしている。                                |       |     |      | 連絡帳に詳しく記録し、全員が閲覧して把握できるようになっており、話し合いで責任を持って職員間で伝えている。                     |              |
| 想定される危険を認識し、その対策を立てていますか。                  |    |  |       |     |      |   |              |
| 13   | 16 | 薬や洗剤、刃物等の取扱いに注意が必要な物品については、保管場所、保管方法を明確に取り決め、かつ、そのとおりに実行している。                  |       |     |      | 洗剤類は事務所横に安全に保管され、台所は夜には施錠が出来るよう適切に管理されている。                                |              |
| 14   | 17 | けが、転倒、窒息、意識不明、行方不明等の緊急事態の発生に備えて、具体的な対応策が手順化され、日頃からその訓練をしている。                   |       |     |      | マニュアルは整備され、緊急時の医師や職員の対応手順も徹底されているとともに、具体的な訓練も定期的に、また必要に応じて随時実施している。       |              |
| 15   | 18 | 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)                               |       |     |      | マニュアルを作成し、ミーティングでも感染症について勉強するなど日頃からの予防を実行している。インフルエンザ予防接種も入居者、職員全員が受けている。 |              |
| 16   | 19 | 緊急事態が発生した場合や発生の可能性が見られた時には、事故報告書や“ヒヤリはっと報告書”等をまとめるとともに、発生防止のための改善策を講じている。      |       |     |      | ヒヤリはっとカードが、いつでも記入できるように用意されており、その都度改善策を話し合い、事故防止に努めている。事故報告書の様式も整備されている。  |              |
| (2) 職員への教育・研修<br>職員の教育・研修やストレスの解消に努めていますか。 |    |  |       |     |      |   |              |
| 17   | 21 | 休暇を利用した自主的な研修ではなく、勤務の一環としての外部研修の機会を提供している。                                     |       |     |      | 外部研修を勤務の一環として提供しており、職員の受講希望も聞いている。  |              |
| 18   | 22 | 働く中での悩み、ストレスなどを解消するための配慮や工夫をしている。(職員相互の親睦、悩みの聴取等)                              |       |     |      | 新年会や親睦会などを開いており、管理者が親身になって悩みを聴取している。                                      |              |

| 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                               |
|---|----|--|-------|-----|------|--|--|
| <p>(3) 入居者や家族への対応<br/>入居前の事前説明や入居手続は、適切に行っていますか。</p>        |    |  |       |     |      |  |  |
| 19  | 25 | 入居契約に際しては、重要事項説明書の他に、情報公開項目や自己評価及び第三者評価の結果も合わせて提示し、十分な資料に基づいて説明している。                         |       |     |      | 契約書に入居者の権利・義務が記載されており、入居契約に際しては、十分な資料に基づいて説明している。                |  |
| 20  | 26 | 具体的にわかりやすく記載したパンフレットを用いて、契約内容及び利用料金(家賃、食費、光熱水費、その他の実費、敷金設定の場合の償却、返済方法等)について、懇切丁寧に説明している。     |       |     |      | 契約書、重要事項説明書と共にわかりやすいパンフレットなどで詳細に説明している。                          |  |
| <p>入居時及び退居時には、家族や関係機関と連携をとり、スムーズに「移り住む」ことができるようにしていますか。</p> |    |  |       |     |      |  |  |
| 21  | 27 | 入居者の決定過程を明確にするとともに、入居者についての事前のアセスメントを適切に行ない、職員間で十分な情報の共有を行った上で、入居者を迎え入れている。                  |       |     |      | 今年度からセンター方式を取り入れ、入居前のアセスメントを適切に行い、職員全体での情報共有に取り組んだ上で入居者を迎え入れている。 |  |
| 22  | 28 | 退居は契約に基づいて行うとともに、その決定過程を明確にし、入居者や家族に十分な説明を行った上で、安心して退居先に移れるように支援している。                        |       |     |      | 退居時には、本人と家族に十分な説明をして安心して移れるよう支援している。                             |  |
| <p>苦情や意見をサービスの質の向上に反映させる仕組みがありますか。</p>                      |    |  |       |     |      |  |  |
| 23  | 31 | 相談や苦情を受け付ける窓口及び職員を明示し、苦情処理の手続きを明確に定めている。   |       |     |      | 苦情受付の窓口や担当者の明示、意見箱の設置などはあるが、外部機関などが明示されていないなど不十分である。             | ・第三者委員等の外部の申し立て機関の明示<br>・重要事項説明書等による家族への周知 |
| 24  | 34 | 家族が、気がかりなこと、意見、希望を職員に気軽に伝えたり、相談したりできる雰囲気づくり(面会時の声かけや定期的な連絡、ケアカンファレンスへの参加要請や連絡ノートの作成等)を行っている。 |       |     |      | 面会時の声かけや、入居者の様子を丁寧に伝える家族への手紙を頻繁に送付するなど、家族との関係をとても大事にしている。        |  |
| <p>(4) 入居者の人権の尊重<br/>事業運営にあたり、入居者の人権に最大限の配慮をしていますか。</p>     |    |  |       |     |      |  |  |
| 25  | 37 | 入居者を「人」として尊重するとともに、人権やプライバシーについて十分に配慮している。   |       |     |      | 一人ひとり、その人らしい暮らしを大事にする雰囲気があり、プライバシーについても十分配慮している。                 |  |

| 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 |
|---|----|---|-------|-----|------|--|--------------|
| 2 サービスの提供体制に関する事項<br>ケアカンファレンスを有効に活用していますか。 |    |   |       |     |      |  |              |
| 26  | 40 | ケアカンファレンスを定期的(毎月1回以上)に開催し、入居者に関わる問題をいろいろな観点で共有化し、検討している。                |       |     |      | 毎月一回、ケアカンファレンスを開催し、非常勤も含めた全職員が参加し、内容を共有し課題について検討している。  |              |
| 27  | 41 | 職員の気づきや意見を考慮した介護計画を作っており、ケアカンファレンスを通じて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。   |       |     |      | 職員の意見を反映した介護計画を作成し、計画の内容も全職員が共有している。                   |              |
| 28  | 42 | ケアカンファレンスは、職員一人ひとりが入居者の処遇や業務のあり方についての意見を出せる雰囲気であり、そこで出されたアイデアを活かしている。   |       |     |      | 職員が自由に意見を出せる雰囲気があり、管理者も職員も同じ目線で意見交換がされている。             |              |
| 介護計画を適切に作成できる体制にしていますか。                     |    |   |       |     |      |  |              |
| 29  | 43 | 個々の認知症の状態とニーズを把握するためのアセスメントに基づい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。        |       |     |      | センター方式に基づいて、一人ひとりの生活暦を大事にし、本人の健康状態やニーズに基づいたプランを作成している。 |              |
| 30  | 44 | 介護計画は、入居者や家族の意見、要望を採り入れて作成している。   |       |     |      | 面会時に家族の意見や要望を十分に聴取し、作成している。                            |              |
| 31  | 45 | 介護計画には到達目標を明示し、すべての職員が理解した上で、介護計画に添った介護サービスを提供するとともに、介護計画を必要に応じて見直している。 |       |     |      | 介護計画に到達目標が明示されており、職員全員が把握できるように心がけ、定期的に見直しをしている。       |              |
| すべての職員が、グループホームの理念に沿った態度で、サービスの提供をしていますか。   |    |   |       |     |      |  |              |
| 32  | 46 | 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、入居者が自分のペースを保ちながら自由に暮らせるようにしている。               |       |     |      | 入居者は、職員の都合でなく、それぞれのペースで自由に暮らしている。                      |              |

| 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 |
|--|----|---|-------|-----|------|--|--------------|
| 3 サービスの提供内容に関する事項                                  |    |   |       |     |      |  |              |
| (1)入居者の自立に配慮した支援                                   |    |   |       |     |      |  |              |
| 入居者の“できる力”を維持、引き出すような支援をしていますか。                    |    |   |       |     |      |  |              |
| 33   | 52 | 諸活動をできるだけ自分一人で行えるように支援するとともに、できないところはさりげなく手助けするようにしている。   |       |     |      | 一人ひとりそれぞれが自分のできることを無理なく活動しながら、みんなで協力しあう様子が見られる。自分ではできない人にはさりげなく支援がされていた。 |              |
| 34   | 53 | 入居者が介護される一方ではなく、活躍できる場面を作っている。(入居者の活動意欲を触発する物品の提供等)   |       |     |      | 配膳、後片付け、洗濯物たたみ、ブレンダーでの花植えなど、入居者の能力を活かせる場面が見られた。                          |              |
| 35   | 55 | 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。                                 |       |     |      | 金銭管理できる人は1名。他は日用品の買い物など力量に応じて本人に持たせるなどの支援している。                           |              |
| 心身の機能回復に向けた支援や、介護する際に特別な工夫を必要とする行動への対応を適切に行っていますか。 |    |   |       |     |      |  |              |
| 36   | 57 | 認知症の身体面での特性(筋力低下、平行感覚の悪化、燕下機能の低下等)を考慮し、身体面での機能の維持・回復を目標とした支援を介護計画の中に位置づけ、職員の共通認識の下に、日常生活の中で無理なく取り組んでいる。 |       |     |      | ラジオ体操や踊り、買い物、散歩など日常生活の中でさりげなく支援がされている。                                   |              |
| 食事介助は、入居者のペースに合わせて行なっていますか。                        |    |   |       |     |      |  |              |
| 37   | 59 | 職員も入居者と同じ食事を一緒に食べながら、さりげなく食べこぼし等に対する支援をしている。  |       |     |      | 入居者と職員とで作った食事を、楽しい雰囲気と一緒に食べながら、さりげない支援もされていた。                            |              |
| 口腔ケアは、適切にしていますか。                                   |    |   |       |     |      |  |              |
| 38   | 62 | 口の中の汚れや臭いが生じないように、口腔の清潔を保つ上で必要な支援を日常的にしている。(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)                            |       |     |      | 食後に一人ひとり声かけをしながら、歯磨きや義歯の手入れの支援をしている。                                     |              |
| 39   | 63 | 歯ブラシや義歯などの清掃、保管について支援している。  |       |     |      | 洗面台の下に歯ブラシ、コップが保管され、適切に支援がされていた。   |              |
| 排泄自立のための働きかけを行っていますか。                              |    |   |       |     |      |  |              |
| 40   | 65 | おむつをできるかぎり使用しないで済むように、入居者一人ひとりの排泄のパターンやシグナルの把握に努め、声かけや誘導をし、トイレでの排泄を促している。                               |       |     |      | 個々の排泄パターンに合わせた適切な声かけや誘導(オムツをしている人も)で支援している。                              |              |
| 41   | 67 | 夜間にトイレ介助が必要な入居者に対し、トイレ誘導やおむつ交換を適切に行っている。  |       |     |      | 職員は排泄パターンをきちんと把握しており、適切に支援している。  |              |

| 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 |
|---|----|--|-------|-----|------|--|--------------|
| (2)入居者の個性に配慮した支援<br>食事内容は、入居者の状況に応じて工夫していますか。 |    |  |       |     |      |  |              |
| 42  | 70 | 入居者一人ひとりの健康状態に合わせて調理の配慮を行うとともに、見た目食欲をそそるような工夫をしている。(使用する食器にも配慮している。) |       |     |      | 入居者の状態に合わせた調理方法、盛り付けなどに配慮をし、食器も温かみのある陶器などを使っている。               |              |
| 43  | 71 | 燕下・咀嚼などの状態に配慮した食事が必要な場合には、特別な調理を行うことを伝えた上で、刻んだり、すり鉢で擦ったりしている。        |       |     |      | 入居者の目の前でおかずをほぐしたり、ミキサー食にするなどそれぞれの状態に沿った食事の配慮がされている。            |              |
| 入浴は、入居者の希望や健康状態に応じて行っていますか。                   |    |  |       |     |      |  |              |
| 44  | 72 | 入居者一人ひとりの希望を尊重した上で、入浴方法や入浴時間について決定している。                              |       |     |      | 毎日でも入浴できるよう用意されており、入居者の希望に応じた支援をしている。                          |              |
| 45  | 73 | 入居者のペースに合わせて、ゆっくりくつろぎながら入浴ができるようにしている。                               |       |     |      | そのときの体調を考慮しながら、入居者のペースに合わせて支援している。。                            |              |
| 身だしなみやおしゃれについて、入居者の状況と環境に応じた支援をしていますか。        |    |  |       |     |      |  |              |
| 46  | 77 | 入居者の希望により、地域の理美容院等の利用を支援している。  |       |     |      | 地域にある理美容院を利用することができる。また、現役の美容師が非常勤の介護職員としても働いており、ホーム内でも支援している。 |              |
| 安眠や休息について、入居者の状況に応じた支援をしていますか。                |    |  |       |     |      |  |              |
| 47  | 78 | 入居者一人ひとりの睡眠パターンを大切にしながら就寝、起床を見守るなどの支援をしている。                          |       |     |      | 入居者一人ひとりの睡眠パターンに合わせて支援している。                                    |              |
| 48  | 79 | 睡眠リズムに乱れがある時は、その原因・背景の把握や対応方法の検討を行い、そのリズムが回復するように支援している。             |       |     |      | 睡眠の乱れがあるときは、その原因を探り、リズムが回復するよう適切な支援を心がけている。                    |              |
| 入居者同士の交流を深める適切な働きかけをしていますか。                   |    |  |       |     |      |  |              |
| 49  | 81 | 入居者一人ひとりの個性を踏まえ、入居者同士が仲良く気持ちよく、共同で生活を続けられるような雰囲気づくりを常に行っている。         |       |     |      | 入居者同士がとても仲がよく、みんなで歌を唄ったり、踊りを踊ったりして助け合いながら暮らしている様子が伺われる。        |              |
| 50  | 83 | 入居者同士のぶつかりあいを、その都度上手く解消するようにしている。                                    |       |     |      | 入居者一人ひとりの性格等を職員がよく把握されており、その都度職員が間に立って上手に対応している。               |              |

| 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 |
|---|-----|--|-------|-----|------|--|--------------|
| <p>(3) 入居者の生活の質へ配慮した支援<br/>入居者が、豊かな生活を送れるように支援をしていますか。</p>    |     |  |       |     |      |  |              |
| 51  | 84  | 入居者一人ひとりの希望や特性、これまでの生活歴に応じて、楽しみや張り合いになる時間を日常的に持てるように支援している。  |       |     |      | 個々の生活歴を大事にしながら、楽しみや張り合いが持てるよう支援している。                         |              |
| 52  | 86  | 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)                      |       |     |      | 調理の手伝いや配膳、食器洗い、洗濯物たたみ、園芸など、みんなで楽しみながらも、それぞれの出番があるように支援をしている。 |              |
| <p>入居者が、外出する機会を確保していますか。</p>                                  |     |  |       |     |      |  |              |
| 53  | 88  | 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にしている。(買い物、散歩、近隣訪問等)  |       |     |      | 買い物や散歩など積極的に外出している。ホームから近い入居者の住んでいた家の草引きにも出かけたことがある。         |              |
| <p>(4) 入居者の人格へ配慮した支援<br/>入居者の誇りやプライバシーに配慮したサービスを提供していますか。</p> |     |  |       |     |      |  |              |
| 54  | 97  | 排泄の確認や誘導介助及び失禁の対応などは、人目につかないように行うなど、プライバシーを守るとともに、羞恥心に配慮してさりげなく支援している。   |       |     |      | プライバシーや羞恥心に配慮しながらさりげなく支援している。                                |              |
| 55  | 99  | 着衣や履物の間違い等に対し、入居者の誇りを大切にしながら、さりげなくカバーしている。   |       |     |      | 日頃から入居者の誇りを大切にケアを心がけている。                                     |              |
| <p>言葉づかいや態度に常に気を配っていますか。</p>                                  |     |  |       |     |      |  |              |
| 56  | 100 | 入居者の心身の機能レベルにかかわらず、自尊心を傷つける言葉づかいをしていない。(入居者一人ひとりの違いの尊重、プライベートな場所での礼儀、入居者一人ひとりの能力に応じた質問方法、入居者が思っている「現実」を否定しない等) |       |     |      | 職員は一人ひとりの違いを尊重した言葉づかいや態度で接するよう配慮している。。                       |              |
| 57  | 101 | あわただしい場面においても、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。   |       |     |      | 職員は入居者に不安を与えないようなゆったりと優しい雰囲気です。                              |              |
| 58  | 102 | 生活していく上での自信を高めるような言葉かけや働きかけをしている。(活動の場面づくり、一緒に喜びあう、感謝の気持ちを示す等)   |       |     |      | 一人ひとりを大切に、一緒に喜び、笑い、感謝の気持ちを表すなどの場面が多く見られた。                    |              |

| 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 |
|---|-----|---|-------|-----|------|--|--------------|
| 抑制や拘束のないケアを実践していますか。  |     |   |       |     |      |  |              |
| 59  | 103 | 身体拘束(フィジカルロック)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、そうした抑制や拘束をしていない。                                  |       |     |      | 職員は身体拘束について正しく認識しており、抑制や拘束はしていない。        |              |
| 60  | 104 | 入居者は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取組をしている。(外出の察知、外出傾向の把握、近所の理解・協力の促進) |       |     |      | 日中は施錠をしないようにしており、職員は入居者の外出の傾向をよく把握している、。 |              |
| 61  | 105 | 言葉や薬による拘束(スピーチロックやドラッグロック)についても、すべての職員が正しく認識しており、常に気をつけている。                                 |       |     |      | 言葉や薬による拘束は行われていない。                       |              |
| (5) 医学的管理及び健康へ配慮した支援<br>食事摂取や睡眠・排泄等の把握を通じて、入居者の健康管理を適切に行っていますか。 |     |   |       |     |      |  |              |
| 62  | 106 | 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を通じて把握し、記録している。  |       |     |      | 栄養バランスは把握されており、食事量、水分量は適切に記録されている。       |              |
| 服薬者に対し、医師の指示どおりの与薬管理を行っていますか。                                   |     |   |       |     |      |  |              |
| 63  | 113 | 服薬のチェック、薬歴管理を行い、一括手渡しではなく、服用ごとに配布するなど、漫然とした継続的与薬をしていない。                                     |       |     |      | 医師の指示とおり、職員がきちんとチェック、管理し、服薬ごとに手渡ししている。   |              |
| 64  | 114 | 服薬している薬剤の目的と副作用を職員が知っており、服薬と体調との関係を把握している。  |       |     |      | 薬剤について目的、副作用等を職員全員が把握してしている。             |              |
| 65  | 115 | 入居者一人ひとりに最適な与薬がされるように、必要な情報(形状、与薬方法、症状等)を医師や薬剤師にフィードバックしている。                                |       |     |      | 入居者の状態に応じて医師へのフィードバックをしている。              |              |
| 医師や医療機関と十分な連携をとっていますか。  |     |   |       |     |      |  |              |
| 66  | 116 | 定期的な健康診断(年1回以上)を行うとともに、健康状態によっては受診・往診などの適切な対応がとれるような体制を確立している。                              |       |     |      | 年1回市の健康診断を受けており、往診できる医師との連携もしっかり取れている。   |              |
| 入居者の入院は家族と相談していますか。   |     |   |       |     |      |  |              |
| 67  | 123 | 入院後の状況や変化について、主治医と絶えず連携を取りつつ、ホームへの復帰等に関して、入居者や家族とともに検討している。                                 |       |     |      | 主治医と常に連携し、入居者や家族と共に検討している。               |              |

| 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 |
|--|-----|--|-------|-----|------|--|--------------|
| 4 施設環境に関する事項                               |     |  |       |     |      |  |              |
| ホーム内は清潔で、気になる臭いはありませんか。                    |     |  |       |     |      |  |              |
| 68   | 125 | 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、洗面所、台所は衛生管理が行き届いており、布巾、まな板は常に消毒され、洗濯機はカビクリーニング機能がついている。 |              |
| 69   | 127 | 気になる臭いや空気のおよみがないように、適宜、換気をしている。  |       |     |      | 換気には気をつけており、気になる臭いや、空気のおよみはなく快適な空間を保っている。                    |              |
| 入居者が安心して生活できるよう家庭的な生活空間づくりをしていますか。         |     |  |       |     |      |  |              |
| 70   | 129 | 居室には、入居者が安心して過ごせるよう、使い慣れた家具や同じ様式の家具、これまで使っていた生活用品や装飾品等を持ち込むことができている。             |       |     |      | 使い慣れた家具や生活用品を自由に持ち込むことができ、入居者が落ち着く部屋であった。                    |              |
| 71   | 130 | 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であり、調度品、装飾も入居者に親しみやすいものを採り入れている。      |       |     |      | 家庭的な雰囲気、調度品、装飾が入居者に馴染みやすいものであった。                             |              |
| 入居者の五感を大切にソフト面での配慮をしていますか。                 |     |  |       |     |      |  |              |
| 72   | 132 | 入居者が落ち着いて暮らせるように、時間帯やその場の状況に応じた音の大きさや明るさ等の調整に配慮している。                             |       |     |      | 天窓のある明るい部屋で音の大きさは適度であり、落ち着いた雰囲気である。                          |              |
| 73   | 133 | 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。  |       |     |      | 職員が常に気をつけて適切な温度管理がなされていた。                                    |              |
| 入居者が混乱を招かないように、生活空間を整えていますか。               |     |  |       |     |      |  |              |
| 74   | 135 | 見やすく、馴染みやすい時計やカレンダーを設置している。  |       |     |      | 見やすく分かりやすい時計やカレンダーが設置してあった。                                  |              |
| 75   | 136 | 職員は、入居者一人ひとりがトイレや居室の場所が分かるかを把握しており、家庭的な雰囲気を保ちながら、場所の間違いや場所が分からないことを防ぐための配慮をしている。 |       |     |      | 入居者の部屋の入り口には木の札や、写真、似顔絵等が貼ってありわかりやすくなっていた。                   |              |
| 入居者が、安全に、できるだけ自立した生活を送ることができるような工夫をしていますか。 |     |  |       |     |      |  |              |
| 76   | 138 | 浴槽・便座・流し台等は、必要に応じ自助具を取り付ける等、入居者が使いやすいように工夫している。                                  |       |     |      | 入居者が使いやすいように自助具が取り付けられている。                                   |              |
| 77   | 139 | 入居者の移動に配慮した施設整備の工夫(要所へのすべり止め、手すりの設置等)がされている。                                     |       |     |      | 入居者が不自由なく移動できるよう、要所に手すりが設置されている。                             |              |

| 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       |
|---|-----|--|-------|-----|------|--|--------------------|
| <p>5 家族との連携に関する事項<br/>入居者の状況について、家族に対して情報提供をしていますか。</p> |     |  |       |     |      |  |                    |
| 78  | 141 | 家族に入居者の状況(暮らしぶりや日常の様子、健康状態、預かり金の出納明細等)を個別に定期的、具体的に伝えている。(ホーム便りの発行、手紙、写真の送付等)     |       |     |      | ホーム便りや手紙で、日常の暮らしぶりや健康状態などを丁寧に報告しており、併せて、出納明細等も送付している。  |                    |
| <p>家族が自由に訪問できるようにしていますか。</p>                            |     |  |       |     |      |  |                    |
| 79  | 144 | 家族がいつでも自由に会いに来ることができ、ホーム内で他の入居者も含めて交流できたり、居心地よく過ごせるような雰囲気を作っている。                 |       |     |      | いつでも家族が自由に訪問でき、居心地よく過ごせるような雰囲気があり、実際に、多くの家族がホームを訪れていた。 |                    |
| 80  | 145 | 家族が会いに来たときは、職員がさりげなく入居者との間を取り持つように対応している。  |       |     |      | 家族の来訪時には、楽しい雰囲気をつくり入居者との間を取り持つ対応をしている。                 |                    |
| 81  | 146 | 入居者や家族が家族の付き添いを希望したときは、居室への宿泊も含め適切に対応している。                                       |       |     |      | 家族がいつでも泊まれるように、希望があれば布団の提供や食事の提供もしている。                 |                    |
| <p>6 地域との交流に関する事項<br/>ホームが地域社会に溶け込むような運営をしていますか。</p>    |     |  |       |     |      |  |                    |
| 82  | 152 | 地域の一員として、入居者も状況に応じ、町内会の活動などに参加している。  |       |     |      | 自治会には加入しているが、自治会や地域の活動にはあまり参加していない。                    | ・自治会活動への参加の検討      |
| <p>実習生や研修生及び地域の学生を受け入れていますか。</p>                        |     |  |       |     |      |  |                    |
| 83  | 159 | 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) |       |     |      | 地域の看護学校や小学生、中学生との交流を行っている。                             | ・ホームの専門的相談機能の開放の検討 |
| <p>関係機関や周辺の諸施設と十分連携をとっていますか。</p>                        |     |  |       |     |      |  |                    |
| 84  | 160 | 市町村との連携(運営や入居者に関する相談等)が円滑にとれている。   |       |     |      | 相談、見学、研修等の受け入れへの働きかけを行っている。                            |                    |
| 85  | 162 | 入居者の生活の安定や広がりのために、周辺の諸施設から協力を得ることができるよう、理解を深める働きかけをしている。(商店、福祉施設、警察、消防、文化教育施設等)  |       |     |      | 商店、警察、消防署との協力は取れている。                                   | ・周辺の福祉施設等との連携      |