

| 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)   |  | 分野・領域      | 項目数               | 「できている」項目数<br>外部評価 |   |
|--|--|------------|-------------------|--------------------|---|
| <p>別荘地の中の高台にある同法人の老人保健施設とクリニックがグループホームに隣接しており、入居者の緊急時にもすぐ対応できることは大変心強いことである。又、老健内の温泉の利用も出来るので入居者の大きな楽しみとなっている。ホーム内に大きく掲げられた「ゆったり、ゆっくり、豊かに」の理念のもと、入居者本位のケアを目指して週1回の勉強会を経験豊かなケアカウンセラー(教育師長)のもと、学習に励んでいる。特に業務上の問題点やストレス解消の良きアドバイザーとなっており、認知症ケアの実践に大きな力となっている。</p> |  | I 運営理念     |                   |                    |   |
|  |  | ①          | 運営理念              | 4                  | 3 |
|  |  | II 生活空間作り  |                   |                    |   |
|  |  | ②          | 家庭的な生活環境づくり       | 4                  | 4 |
|  |  | ③          | 心身の状態に合わせた生活空間づくり | 6                  | 6 |
|  |  | III ケアサービス |                   |                    |   |
|  |  | ④          | ケアマネジメント          | 7                  | 6 |
|  |  | ⑤          | 介護の基本の実行          | 7                  | 7 |
|  |  | ⑥          | 日常生活行為の支援         | 8                  | 7 |
|  |  | ⑦          | 生活支援              | 2                  | 2 |
| III ケア サービス  | ⑧  | 医療・健康支援    | 9                 | 8                  |   |
|  | ⑨  | 地域生活       | 1                 | 1                  |   |
|  | ⑩  | 家族との交流支援   | 1                 | 1                  |   |
| IV 運営体制  |  |            |                   |                    |   |
| IV 運営体制  | ⑪  | 内部の運営体制    | 11                | 9                  |   |
|  | ⑫  | 情報・相談・苦情   | 1                 | 0                  |   |
|  | ⑬  | ホームと家族との交流 | 3                 | 2                  |   |
|  | ⑭  | ホームと地域との交流 | 4                 | 2                  |   |
| 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   | グループホームへの理解を深めていただくためにもグループホーム運営推進会議等の設置を図り、地域の人達や関係機関との関係づくりに努力して行って欲しい。  |            |                   |                    |   |
| II 生活空間作り  | 要改善点は特になし(現状の維持、そして更なる充実を期待する。)今後とも身体機能低下は避けられないことを考えるとより一層、安全かつ出来るだけ自立した生活を送れるよう、常に入居者を見守り改善策を工夫して行っていただきたい。                                |            |                   |                    |   |
| III ケア サービス  | 睡眠パターンの把握と日常動作の点検を行い、眠剤使用を極力減らしていただくよう期待したい。   |            |                   |                    |   |
| IV 運営体制  | 開設七年目をむかえるグループホームとして、立地条件からも近隣との交流は少ないがあらゆる機会をとらえて、地域住民や市町村との関わりを深める積極的な姿勢を期待したい。ヒヤリハット事故報告書については記録にとどまらず問題点を探り、再発防止のための対応策を立てる手立てとしていただきたい。 |            |                   |                    |   |

## 2. 評価報告書

| 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>I 運営理念</b> 1. 運営理念の明確化  |           |         |          |  |   |
| 1    | 1<br>○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。 | ○         |         |          | 管理者は勉強会等で理念に基づく運営方針を具体的に職員に伝え、共有化を図っている。                                     |   |
| 2    | 3<br>○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。  | ○         |         |          | ゆっくりゆったりと、入居者一人ひとりの尊厳と自立を支えていくことを明示した理念を、見やすい所に大きな字で掲示し、入居者や家族にわかりやすく説明している。 |   |
| 3    | 4<br>○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。   | ○         |         |          | 契約書等に入居者の権利・義務を明示し、入居者や家族に説明し同意を得ている。  |   |
|      | 2. 運営理念の啓発   |           |         |          |  |   |
| 4    | 5<br>○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)  |           | ○       |          | ホーム便り発行の復帰をみたが、地理的にも市街地とは遠い別荘地にあることや、地域への理解を深めるためにも、もう一工夫していただきたい。           | 運営推進会議の設置を図り地域住民、関係機関との接触の機会を増やし、運営理念の啓発を図っていただきたい。 |
|      | <b>運営理念 4項目中 計</b>   | 3         | 1       | 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<br>○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)               | ○         |         |          | 玄関前に鉢植えの花を飾ったりちょっと休めるベンチを置くなどして気軽に入れる雰囲気づくりに努めている。                           |   |
| 6    | 7<br>○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。  | ○         |         |          | 過度な装飾や備品を置かず、家庭的な雰囲気をこわさないよう気配りされている。  |   |

| 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><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。   | ○         |         |          | 草花のある中庭の見える廊下や玄関にソファを置いたり食堂の一角に炬燵のコーナーを設け、外の景色を眺めながら過ごせるようになっている。喫煙者には事務所に喫煙場所を設け、タバコの管理も行っている。   |              |
| 8                               | 9  | ○入居者一人ひとりにあわせた居室の環境づくり<br><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。   | ○         |         |          | 入居者は家で使われていたなじみの物や趣味で書いた作品などに囲まれ、満足そうな表情で過ごされていた。持ち込みの少ない人にはその人の好み等を把握し、職員が手助けしてより良い居室づくりに努力している。 |              |
| <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><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) | ○         |         |          | 風呂場の手すりの増設、シャワーの工夫、入浴用の椅子、ベランダでの布団干しの工夫など適宜使い勝手を考え、危険防止や本人の力を引き出す工夫をしている。                         |              |
| 10                              | 13 | ○場所間違い等の防止策<br><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)             | ○         |         |          | 大きな文字で見やすい位置にトイレ標示がされ、部屋の入り口には名前と各々花が飾られ、間違えないようにしている。また、見守りの中で事前行動を察知し、誘導に努めている。                 |              |
| 11                              | 14 | ○音の大きさや光の強さに対する配慮<br><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)                                  | ○         |         |          | テレビの音はその時の状況に応じて調節し、職員の会話のトーンも適当であり、部屋の照明もやわらかく、落ちついて暮らせるよう配慮している。                                |              |
| 12                              | 15 | ○換気・空調の配慮<br><br>気になる臭いや空気よどみがないように、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。  | ○         |         |          | 温度調節は機械に頼ることなく、体感温度も大切に個々に対応しており、空気よどみは感じられない。  |              |
| 13                              | 17 | ○時の見当識への配慮<br><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。   | ○         |         |          | 見やすい所に時計とカレンダーが置かれ、朝食前や薬の手渡しの際、日時の確認を行っている。季節ごとにお月見、おひな様など飾り、季節感を出す工夫をしている。                       |              |
| 14                              | 18 | ○活動意欲を触発する物品の用意<br><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)                             | ○         |         |          | 入居者の経験から編物、雑巾縫い、書道、園芸のための物品を提供している。   |              |
| <b>心身の状態にあわせた生活空間づくり 6項目中 計</b> |    |  | 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。                          | ○         |         |          | 入居者本位の視点に立ってアセスメントを行いセンター方式により個別に担当者が目標にそった具体的なケアプランを作成している。 |                               |
| 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。                  | ○         |         |          | 担当制をとっているが、全ての職員で検討し、常時閲覧出来る場所に置き、共有化を図っている。                 |                               |
| 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。   | ○         |         |          | 家族の来訪時や日頃の会話の中で意見、希望をとらえ、ケアプランに反映させ同意を得ている。                  |                               |
| 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の見直しを行っている。                       |           | ○       |          | 3ヶ月に1回または随時等、ケアプランの期間設定はされているが、評価欄に記入されていない。                 | 見直し内容と結果を具体的に記録するようにしていただきたい。 |
| 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。  | ○         |         |          | 個人記録として日々の様子、バイタルチェック、食事、服薬について具体的に記されている。                   |                               |
| 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し、重要な点はすべての職員に伝わる仕組みを作っている。                                     | ○         |         |          | 連絡ノートにより、重要なところはメモを添付し、申し送り、情報伝達に努めている。                      |                               |
| 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。 | ○         |         |          | 全員参加の月1回の会議と月曜毎の勉強会、又、緊急案件はその都度会議を開催し、話し合いのうえ合意を図り、記録もされている。 |                               |
| <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       |   |           |         |          |  |              |
|                        |          | <b>2. ホーム内でのくらしの支援(1)介護の基本の実行</b>   |           |         |          |  |              |
| 22<br>23               | 27<br>28 | ○入居者一人ひとりの尊重と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、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) | ○         |         |          | 出来るだけ手を出さず、見守りやじっくりとお話を聞くことに努め、やさしくゆったりをモットーに対応しているのが、入居者のおだやかな表情にあらわれている。 |              |
| 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。  | ○         |         |          | 歌を歌うことや筆を持つこと、縫い物をするなど過去の経験を活かした支援に心がけ家族からも昔話を聞き取り、ケアに活かしている。              |              |
| 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。   | ○         |         |          | 起床時間、入浴時間などその人らしい過ごし方を優先し支援している。   |              |
| 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)  | ○         |         |          | 毎日のメニューやテレビ番組、洗濯物たたみなど時間をかけてゆっくり聞き出し、希望するものへの意思表出への支援に努めている。               |              |
| 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)   | ○         |         |          | 歯磨き、箸をならべる、食器洗い、下げ膳など自分で出来ることの場面作りにつとめ、見守ったり、一緒に行うようにしている。                 |              |
| 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。  | ○         |         |          | 勉強会、グループホーム連絡協議会の研修などで正しく認識し拘束のないケアを心がけている。                                |              |
| 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)                           | ○         |         |          | 日中は鍵をかけず各人の行動パターンを把握し自由な暮らしを支援している。  |              |
| <b>介護の基本の実行 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)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。  | ○         |         |          | 家庭と同じ材質の食器で各自馴染みの茶碗、湯飲み、箸を使っている。  |              |
| 31       | 44       | ○ 入居者一人ひとりに合わせた調理方法・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つつ、おいしそうな盛り付けの工夫をしている。   | ○         |         |          | 身体状況に合わせて刻み食にしたり、盛り付けも彩りを考えており、味付けも適度な塩分控えめにしている。   |              |
| 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。   | ○         |         |          | 勉強会で一人ひとりの摂取カロリー、栄養バランス等について知識の習得を図り、老健の管理栄養士に献立のアドバイス、指導を受けている。  |              |
| 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。  | ○         |         |          | 入居者と三つのテーブルに各々職員も入って一緒に食べながら同じ目線で食事介助している。歌の好きな人のために音楽を流して食事終了後は一緒に口ずさんでいる人もいた。   |              |
|          |          | 2) 排泄   |           |         |          |   |              |
| 34<br>35 | 48<br>50 | ○ 排泄パターンに応じた個別の排泄支援と排泄時の不安や羞恥心等への配慮<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おり、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。 | ○         |         |          | 自立している人が多いので、職員は利用者の行動パターンを把握し、さりげないトイレへの誘導の支援を行っている。排便記録はとっているが、なお、排尿についてもチェックシートを設け、間隔・量・兆候の把握に努め、今後予想される機能低下に、きめ細かく対応していただきたい。 |              |
|          |          | 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)   | ○         |         |          | 希望により同法人の老健の温泉入浴やホームでの入浴を週2～6回実施しており、入浴出来ない時には清拭を行っている。   |              |

| 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 |  |           |         |          |  |  |
| 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、プライドを大切にできなくなりカバーしている。(髭、着衣、履き物、食べこぼし、口の周囲等)                                  | ○         |         |          | 同法人の老健で理美容院の利用や家族の協力を得て町内の美容院に行くこともある。口腔ケア・入れ歯の洗浄など出来ない人へ支援をしている。レクリエーション活動時の靴や服装は動きやすいものを選んでいる。 |  |
|                         |    | 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。  |           | ○       |          | ホーム周辺の環境を考えると散歩等への制約の多いこともあるが、入所後の眠剤使用者が半数以上おり、体への影響も考えて出来るだけ抑えていただきたい。                          | 生活リズムの見直しや睡眠チェックシート等の記録により個々の睡眠パターンを把握し、就寝に向かったリズムの安定を図っていただきたい。 |
| <b>日常生活行為の支援 8項目中 計</b> |    |  | 7         | 1       | 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。                            | ○         |         |          | 自己管理できる人は家族の了解のうえ自分でお金を持っており、力量に応じて支援している。出来ない人は金銭出納帳に記載し管理している。                                 |  |
|                         |    | (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) | ○         |         |          | 食事の片付け、洗濯物たたみ、新聞を取りに行く、ボウリング、輪投げ、日曜日は午後から歌を歌ったり、DVD鑑賞などの場面づくりをして楽しみ事や出番を見出せるよう支援している。            |  |
| <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、保健師、看護師等)   | ○         |         |          | 同法人の老健とクリニックが隣接してあるので緊急時には気軽に連絡・連携できる。   |  |
| 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。  | ○         |         |          | 入院時はお見舞いに行ったり、医療関係者と病状の把握と早期退院について相談し、家族にも連絡している。  |  |
| 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。                              |           | ○       |          | 医師の指導は受けているが健康状態に関係なく最低年1回の健康診断を受けられる体制がとられていない。   | 入居者の住居の都合もあり基本検診の受診は困難なところもあるが家族とも相談のうえ積極的に受診できるよう努めていただきたい。     |

| 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 |  |           |         |          |  |              |
|                       |    | (6)心身の機能回復に向けた支援   |           |         |          |  |              |
| 45                    | 76 | ○身体機能の維持<br>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。 | ○         |         |          | 全体的に足の機能低下が見られるようになってきていることもあり、生活リハビリはもとより毎週日曜の全体レクリエーションにより、楽しみながら心身の機能向上に取り組んでいる。      |              |
|                       |    | (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。                   | ○         |         |          | 勉強会でケアカウンセラー(教育師長)によりトラブルの状況をよく把握し、相互の話を十分に聴けるよう指導を受けてその対処に努めている。                        |              |
|                       |    | (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)        | ○         |         |          | 食後の歯磨きは自分で行っている人にも支援をおこたらず、口腔障害が生じた時は速やかにうがい・手当て等を行うように口腔ケアの重要性を職員が理解している。               |              |
| 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。                 | ○         |         |          | 名前の入った薬袋を、手渡しの時は声を出して日付、内容について確認し、異変のあった時は医師に相談し家族にも連絡している。                              |              |
| 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)   | ○         |         |          | 隣地の老健に連絡して、すぐ対応できる体制にあるが、全職員が勉強会で教育師長(看護師)により、緊急時の応急手当の訓練を受けている。夜勤時の不安を除くためにも継続していただきたい。 |              |
| 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)  | ○         |         |          | 感染症対策マニュアルもあり、勉強会でも具体的な予防や対応に取り組んでいる。  |              |
| <b>医療・健康支援 9項目中 計</b> |    |  | 8         | 1       | 0        |  |              |



| 項目番号                   |     | 項 目   | でき<br>ている | 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)     | ○         |         |            | 月1回の外出、外食、隣の老健の温泉入浴や行事参加など出来るだけ外出の機会を作っている。                             |              |
| <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) | ○         |         |            | 家族の方が何時でも訪問でき、なおかつ心地良く過ごせる雰囲気づくりに努めているが、茶道具を置いて自由に飲めるようにすることもよいのではないか。  |              |
| <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。                         | ○         |         |            | 法人代表者は隣の老健から常にホームを訪れ管理者と各々の責任においてグループホームのケアの質の向上に取り組んでいる。               |              |
| 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。                                | ○         |         |            | 職員採用・運営は代表者に一任されているが、入居者の受入れ等については職員の意見の反映が図られている。                      |              |
|                        |     | <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。                          | ○         |         |            | 日勤と夜勤のみの体制だったが職員数の拡充をはかり、早朝・夜間・日中のケアに対応した体制がとれるようになった。                  |              |
| 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。                         | ○         |         |            | 職員の経験や力量に応じてグループホーム連絡協議会のブロック研修に参加して体験発表など行い、その内容をその他の職員にも周知を図っている。     |              |
| 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)        | ○         |         |            | 教育師長(ケアカウンセラー)を講師に週1回の勉強会で業務上の悩みなど相談できる体制になっており、親睦会なども含めてストレスの解消となっている。 |              |

| 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                                       |
|------------------------|-----|--|-----------|---------|----------|---|--|
| 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)         | ○         |         |          | 入居前の実調に基づき、代表者・支援相談員・管理者等で判定会議を開き、検討のうえ決定している。                              |  |
| 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。 | ○         |         |          | 状況変化による退居は一方的にならないように入居者や家族と話し合いを重ね、方針を決めて対応している。                           |  |
|                        |     | <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)  | ○         |         |          | ホーム内の毎朝の掃除、水まわり・調理場などの清潔・衛生管理を手順書により定期的に点検している。                             |  |
| 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。                        |           | ○       |          | 薬は鍵をかけた戸棚に、刃物も目の付かない保管場所に置いてあるが、一律に全てを無くすのではなく入居者の現状を把握して危険を防ぐ取り決めが必要と思われる。 | 注意の必要な物品保管のためのマニュアルを準備して入居者の状況に応じた対応をしていただきたい。     |
| 62<br>①                | 115 | ○緊急時の対応の周知・訓練<br>けが、転倒、窒息、意識不明、行方不明、災害等の緊急事態の対応策のマニュアルがあり、すべての職員が内容を熟知し、災害時の訓練を実施している。               | ○         |         |          | 夜間想定訓練を年2回行い、緊急時対応のマニュアルも準備され職員に内容を周知している。                                  |  |
| 62<br>②                | 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)     |           | ○       |          | ヒヤリハット事故報告書は書かれているが対応策や改善策について不十分な点が見られた。                                   | 報告書について記録・記載にとどまらず状況を分析し再発防止やサービスの質の向上につなげていただきたい。 |
| <b>内部の運営体制 11項目中 計</b> |     |  | 9         | 2       | 0        |   |  |
|                        |     | <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。                         |           | ○       |          | 受付室に責任者は書かれているが第三者委員等の明示が見られない。   | 今後運営推進会議等の実施を図り、地域の第三者委員の協力を得られることを望みたい。           |
| <b>情報・相談・苦情 1項目中 計</b> |     |  | 0         | 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  |  |           |         |          |  |  |
|                          |     | <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。                 | ○         |         |          | 家族面会時やケアプランについての説明時に意見や要望をうかがっている。   |  |
| 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)                        |           | ○       |          | 3ヶ月に1回ホーム便り等を送って暮らしぶりを家族に知らせているが、来訪するのが難しい家族にとってはもっと定期的により多くの情報提供が必要と思われる。 | 毎月の請求書と一緒に写真や一言様子を伝えた手紙等を入れて日常の様子を伝えていただきたい。                 |
| 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、家族に定期的にその出納を明らかにしている。                                | ○         |         |          | 金銭管理について入居時家族と取り決めをし、出納は家族へ報告している。   |  |
| <b>ホームと家族との交流 3項目中 計</b> |     |  | 2         | 1       | 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。  |           | ○       |          | 立地条件を考えると地域とのかかわりが難しいが、市町村担当者にグループホームを理解し支援してもらえる働きかけを望みたい。                | 運営推進会議の実施により市町村との関わりを深め、グループホームを理解し支援してもらえるよう働きかけていっていただきたい。 |
| 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。   |           | ○       |          | 市街地から遠い山の別荘地にあり、近所に居住している家も少ない。  | パンフレット等を町の窓口や商店街に置かせてもらったり買い物でのつきあいからホームの存在をPRしていただきたい。      |
| 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) | ○         |         |          | 消防訓練を通じて消防署や警察へ理解・協力を働きかけ、相互研修等により福祉施設への協力体制を作っている。                        |  |
| 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。(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)        | ○         |         |          | 家族への全面的開放はもとより、入居者のケアに配慮しながらボランティアの受入れや見学など行っている。                          |  |
| <b>ホームと地域との交流 4項目中 計</b> |     |  | 2         | 2       | 0        |  |  |