

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

グループホームあかとんぼ

○評価実施期間 平成18年 10月 26日 から 19年 2月 19日
 ○訪問調査日 平成 19年 1月 23日
 ○評価機関名 社会福祉法人 兵庫県社会福祉協議会

○評価調査者 0612:介護福祉士
 0606:介護福祉士、介護支援専門員

○グループホーム所在地 南あわじ市八木大久保603-1
 ○開設年月日 平成 15年 11月 15日
 ○定員 (3)ユニット (27)名

○第三者評価結果
 ◇全体を通して

○南あわじ市に設立されている3ユニットのグループホームである。経営母体である河上整形外科が有限会社を設立し運営されている。八木小学校に隣接しており、学校の休み時間にはルーフガーデンから小学生の声や運動をしている姿を見ることができる。
 ○職員は各ユニット専属となっており、夜勤も各ユニット1人ずつ担当している。入居者の方と日ごろから十分接している人が担当するため、コミュニケーションやケアに関しても安心できる環境にある。
 ○職員の皆さんは明るくホームの理念である「24時間介護体制の中で、入居される方の従来の生活習慣を最大限に尊重し、楽しく家庭的な雰囲気の中で、いつまでも自分らしく生活していただける場を提供したいと考えています。」をモットーに毎日の生活を支援している。
 ○施設長が看護師であり、職員はもとより入居者の方からも信望が厚い。医療機関との連携も24時間可能であり、ターミナルの受け入れも可能となっている。
 ○介護計画の基本となるアセスメントについては、様式を変更中であり今後の取り組みが期待される。

◇分野・領域別

I 運営理念

| 番号 | 項目 | できている | 要改善 |
|----|-----------|-------|-----|
| 1 | 理念の具体化と共有 | ○ | |
| 2 | 権利・義務の明示 | ○ | |
| 3 | 運営理念等の啓発 | | ○ |

特記事項

○施設長と職員は理念に基づくケアの実践を心がけ、入居者からの信頼も厚い。しかし地域に対しての理念の啓発活動については、今後の積極的な取り組みが望まれる。

II 生活空間づくり

| 番号 | 項目 | できている | 要改善 |
|----|-----------------------|-------|-----|
| 4 | 馴染みのある共用空間づくり | ○ | |
| 5 | 共用空間における居場所の確保 | ○ | |
| 6 | 入居者一人ひとりにあわせた居室の環境づくり | ○ | |
| 7 | 身体機能の低下を補う配慮 | ○ | |
| 8 | 場所間違い等の防止策 | ○ | |
| 9 | 生活空間としての環境の配慮 | ○ | |

特記事項

○入居者同士の共有空間は明るく広い、また家族が訪問してもゆっくりと話をするスペースもあり訪問しやすい環境作りがされている。
 ○居室への持ち込みも自由で、使い慣れた生活用品を持ち込むことができる。
 ○身体機能の低下を補う配慮として現状にあった設備にしているが、今後の状況変化を予測した各ユニット毎の入居者の状態に応じた速やかな対応ができることが期待される。

Ⅲ ケアサービス

| 番号 | 項目 | できている | 要改善 |
|----|---------------------------|-------|-----|
| 10 | 入居者主体の個別具体的な介護計画 | | ○ |
| 11 | 介護計画の見直し | | ○ |
| 12 | 個別の記録 | ○ | |
| 13 | 職員間での確実な情報共有 | ○ | |
| 14 | チームケアのための会議 | | ○ |
| 15 | 入居者一人ひとりの尊重 | ○ | |
| 16 | 入居者一人ひとりの過去の経験を活かしたケア | ○ | |
| 17 | 入居者の自己決定や希望の表出への支援 | ○ | |
| 18 | 一人で行えることへの配慮 | ○ | |
| 19 | 身体拘束(行動制限)をしないケアの工夫 | ○ | |
| 20 | 食事作りへの入居者の参画と一人ひとりにあわせた課題 | ○ | |
| 21 | 個別の栄養摂取状況の把握 | ○ | |
| 22 | 食事を落ち着いて楽しむことのできる支援 | ○ | |
| 23 | 個別の排泄支援と羞恥心への配慮 | ○ | |
| 24 | 個別の入浴支援と羞恥心への配慮 | ○ | |
| 25 | 理美容院の利用支援 | ○ | |
| 26 | プライドを大切にしたい整容の支援 | ○ | |
| 27 | 安眠の支援 | ○ | |
| 28 | 金銭管理の支援 | | ○ |
| 29 | ホーム内の役割・楽しみごとの支援 | ○ | |
| 30 | 医療関係者への相談 | ○ | |
| 31 | 定期健康診断の支援 | ○ | |
| 32 | 心身機能の維持 | ○ | |
| 33 | トラブルへの対応 | ○ | |
| 34 | 口腔内の清潔保持 | ○ | |
| 35 | 服薬の支援 | | |
| 36 | 緊急時の手当 | | ○ |
| 37 | 感染症対策 | ○ | |
| 38 | ホーム内に閉じこもらない生活の支援 | | ○ |
| 39 | 家族の訪問支援 | ○ | |

特記事項

○職員は3ユニット別々に専任の職員がかかわっている。また夜勤に携わる職員も各ユニットに関わっている職員が一人ずつ対応しており、入居者にとっては慣れた職員が対応していることで安心できる。
 ○入居者の入居前のアセスメント等のシート様式を変更中であり、今後の充実が期待される。
 ○外出の機会を増やし、それに伴い入居者自身がお金を使うことの大切さを理解したうえでの支援が望まれる。

Ⅳ 運営体制

| 番号 | 項目 | できている | 要改善 |
|----|-------------------|-------|-----|
| 40 | 法人代表者、管理者、職員の協働 | ○ | |
| 41 | 入居者の状態に応じた職員の確保 | ○ | |
| 42 | 継続的な研修の受講 | | ○ |
| 43 | ストレスの解消策の実施 | ○ | |
| 44 | 退居の支援 | ○ | |
| 45 | ホーム内の衛生管理 | ○ | |
| 46 | 事故の報告書と活用 | | ○ |
| 47 | 苦情への的確で迅速な対応 | ○ | |
| 48 | 家族とのコミュニケーション | ○ | |
| 49 | 地域の人達との交流の促進 | | ○ |
| 50 | 周辺施設等の理解・協力への働きかけ | ○ | |
| 51 | ホーム機能の地域への還元 | | ○ |

特記事項

○管理者、施設長は地域との連携を念頭に活動しており、近隣の学校や保育園、医療機関との関係は良好で協力が得られやすくなっている。
 ○今後力を入れる点として、3年を経過したので職員のスキルアップの研修や計画的な研修をあげている。重度化対応も行う方針であるため、更なる介護力向上を目指して体制の整備や検討が望まれる。
 ○平成18年4月より、運営推進会議を進めている。市や地域、家族等との調整はそれぞれの事情により開催の調整は大変なことも多いが、連携強化や意見交換等でよりよいグループホームづくりに活かしていくことが期待される。

2. 認知症高齢者グループホーム 第三者評価報告書(WAM NET掲載用)

| 項目番号 第三者 自己 | 項目 | できている | 要改善 | 評価困難 | 判断した根拠や理由 | 特記事項(良い点、改善点) |
|----------------------------------|----|----------|-----|------|--|--|
| I 運営理念 1. 運営理念の明確化 | | | | | | |
| 1 | 1 | ○ | | | 各ユニットの玄関にはホームの理念が掲示されており、また毎月発行している「あかとんぼ新聞」にも掲載し、入居希望の家族に説明している。職員にはミーティング時に説明を行っている。 | |
| 2 | 3 | ○ | | | 利用者の権利・義務について入居契約書に明示されており、家族・入居者には十分に説明を行い同意を得ている。 | |
| 2. 運営理念の啓発 | | | | | | |
| 3 | 4 | | ○ | | 近隣の学校等と行事(納涼祭)を行って近隣の方にも参加をしてもらい、その際にホームを知ってもらうよう努力をしているが機会としては少ない。 | ホーム理念や取り組み内容を入居者のプライバシーに配慮した形で掲載したものを別途作成し、自治会の会合など機会があるごとに配布してはどうか。 |
| I 運営理念 3項目中 | | 計 | 2 | 1 | 0 | |
| II 生活空間づくり 1. 家庭的な生活空間づくり | | | | | | |
| 4 | 5 | ○ | | | 共用の生活空間は違和感無く、玄関周りは気軽に入れるような雰囲気作りがされている。 | 八木小学校と隣接をした道路沿いにホームが建てられており、民家と混在をしているがグループホームと直ぐにわかるように表示がされている。 |

| 項目番号 | 項目 | できている | 要改善 | 評価困難 | 判断した根拠や理由 | 特記事項(良い点、改善点) |
|----------------------|----|-------|-----|------|--|---|
| 5 | 6 | ○ | | | 廊下にはソファが置いてあり、入居者は1人や入居者同士で自由に過ごせる空間が確保されている。 | |
| 6 | 7 | ○ | | | クローゼットはホームで用意されているが、使い慣れた家具等は自由に持ち込むことができ、自由に使用している。 | |
| 2. 心身の状態にあわせた生活空間づくり | | | | | | |
| 7 | 9 | ○ | | | 1階のユニットは車椅子を利用している方が多く、併設でデイサービスセンターもあり特殊浴槽を使えるようにしている。必要な場所への手すりや滑り止めの設置により、歩行・トイレやお風呂での安全は確保されている。 | 他の各ユニットでも将来的には入居者の状態が異なってくることを予測し、そのユニットに応じた設備等の検討継続が期待される。 |
| 8 | 11 | ○ | | | 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) | |
| 9 | 12 | ○ | | | 居室の温度調節はリモコンで入居者自身が行っているが、室温については必要に応じて職員が確認をしている。照明も適度な明るさで違和感は無かった。 | |
| II 生活空間づくり 6項目中 計 | | 6 | 0 | 0 | | |

| 項目番号 第三者 自己 | 項目 | できている | 要改善 | 評価困難 | 判断した根拠や理由 | 特記事項(良い点、改善点) |
|-----------------------------|----|-------|-----|------|--|---|
| Ⅲ ケアサービス 1. ケアマネジメント | | | | | | |
| 10 | 15 | ○ | | | 入居者の入居前の情報量が少ないため、介護計画の目標や課題が明確になっていない方が見受けられる。 | 情報収集のために職員が入居者の自宅にも伺い、積極的な活動を展開しているが、アセスメントシートを新しい様式に変更中であり今後の取り組みが期待される。 |
| 11 | 16 | ○ | | | 6か月に1回程度見直しを行っているが期間のみ延長しているケースも見受けられる。必要な方には随時見直しすようにしているが、計画の目標等が不明確な方もあり、計画に応じた見直しとはなっていない。 | 介護計画全体の見直しを行っているため今後の取り組みが期待される。 |
| 12 | 17 | ○ | | | 個別記録をとっており各ユニットの職員間で共有をしている。 | |
| 13 | 18 | ○ | | | 申し送りノート(メモ)を使用し1件1葉で記入し、見た職員がサインをするように工夫をしている。 | |
| 14 | 19 | ○ | | | 各ユニット内での話し合いは日常的に行われ、不定期ではあるがカンファレンスも実施されているが、ホーム全体で課題共有・解決のための会議にはいたっていない。 | 全職員での会は定期的に行われることが望ましいので、今後の課題として定期的な開催が望まれる。 |

| 項目番号 第三者 自己 | 項目 | できている | 要改善 | 評価困難 | 判断した根拠や理由 | 特記事項(良い点、改善点) |
|------------------------------|----|-------|-----|------|--|---|
| 2. ホーム内でのくらしの支援 (1) 介護の基本の実行 | | | | | | |
| 15 | 20 | ○ | | | 食事の時でも一様に大きな声で話をするのではなく、耳の聞こえにくい方には耳元で少し大きな声で話をしており、個々人の能力に応じた対応をしている。 | |
| 16 | 23 | ○ | | | 入居されてからの入居者本人への聞き取りを重視し、その方の職業経験に基づきレクリエーション等の際にいかしている。 | |
| 17 | 25 | ○ | | | 入居者の方の話はまずは受け止めてじっくりと聞き、希望が出やすいような話かけを行っている。 | |
| 18 | 27 | ○ | | | 入居者のできること、できないことを把握し手を出し過ぎないように入居者のペースでできるように支援している。 | |
| 19 | 29 | ○ | | | 身体拘束は行っておらず玄関の鍵も開放されている。身体拘束については職員も理解をしている。 | 2階の2ユニットと3ユニット間の出入り口も常時開放をし、入居者同士が自由に行き来しても良いような環境の配慮も望まれる。 |

| 項目番号 | 項目 | できている | 要改善 | 評価困難 | 判断した根拠や理由 | 特記事項(良い点、改善点) |
|---------------------|----|-------|-----|------|---|--|
| (2) 日常生活行為の支援 1) 食事 | | | | | | |
| 20 | 31 | ○ | | | 各ユニットで調理している。調理形態は入居者に合わせたものを作っており、味付け等できる入居者の方には手伝いをしてもらっている。 | 食材は納入業者から一括で注文をする関係上3ユニットともに同じ献立になっている。同じ食材でもユニット毎で嗜好にあった違いがでるような工夫が望まれる。また週に1回でも入居者の希望を聞き買い物をしてから食事を作るような方法の検討が期待される。 |
| 21 | 34 | ○ | | | 必要カロリーを目安に献立し、毎食事摂取量を個人カルテに主食・副食に分けて記録を行っており、水分量も記載されている。 | |
| 22 | 36 | ○ | | | 入居者はなじみの箸や湯のみを使用しており、職員も同じ食事をとりながらさりげないサポートを行っている。また、入居者のペースで落ち着いて食事を楽しんで食べている様子が見られた。 | |
| 2) 排泄 | | | | | | |
| 23 | 37 | ○ | | | 排泄のパターン表は作られていないが、職員がある程度の排泄タイミングを心得ており、トイレへの誘導や居室での着替え等はプライバシーに配慮した介助を心がけている。 | |
| 3) 入浴 | | | | | | |
| 24 | 41 | ○ | | | 入浴回数に制限は設けず、入居者の希望に合わせた入浴を行っており、通常は家庭用の個浴が主体であるが、希望によりディサービスが利用している24時間利用できる大浴場を利用する方もいる。 | |

| 項目番号 | 項 目 | できて いる | 要改善 | 評価 困難 | 判断した根拠や理由 | 特記事項(良い点、改善点) |
|----------------|-----|-----------|-----|----------|--|---|
| 4) 整容 | | | | | | |
| 25 | 43 | ○ | | | 主に入居者の家族と一緒に行きつけの美容院に行く場合が多いが、希望に応じて職員と一緒に行くこともあり、毛染めを希望する入居者の方もいる。 | |
| 26 | 44 | ○ | | | 食事中でも職員は全体のテーブルを注意して見ており話をしながらさりげない支援に努めていた。入居者それぞれにあった靴や服装等ですっきりしており、個性を尊重している。 | |
| 5) 睡眠・休息 | | | | | | |
| 27 | 47 | ○ | | | 昼夜逆転現象がおきないように、日中はレクレーション等を行い活動的に動き、夜眠れるように配慮をしている。 | |
| (3) 生活支援 | | | | | | |
| 28 | 51 | ○ | | | 金銭を自己管理している入居者もあり毎月出納状況を家族に連絡している。しかし、入居者自身が日常生活の中で金銭を使用できる場面がほとんどない。 | 買い物等に積極的に行く等、ホーム内では体験できない金銭を使用する感覚を体験できるような支援が望まれる。 |
| (4) ホーム内生活拡充支援 | | | | | | |
| 29 | 53 | ○ | | | できることを自主的に行ってもらうように支援している。 | |

| 項目番号 | 項目 | できている | 要改善 | 評価困難 | 判断した根拠や理由 | 特記事項(良い点、改善点) |
|-------------------|----|-------|-----|------|--|-------------------------------------|
| (5) 医療機関の受診等の支援 | | | | | | |
| 30 | 55 | ○ | | | 多くの医療機関と連携があり、24時間連絡がとれるような体制作りをしている。 | |
| 31 | 61 | ○ | | | 定期的に医師の診察は受け、その記録はファイルされているが、健康診断を毎年受けている状態ではない。 | 少なくとも1年に1度は健康診断を受けられるよう支援することが望まれる。 |
| (6) 心身の機能回復に向けた支援 | | | | | | |
| 32 | 63 | ○ | | | 主に食事の準備・調理に積極的に関わってもらえるように支援している。食後は職員と一緒に腕や足の運動を行なっている。 | |
| (7) 入居者同士の交流支援 | | | | | | |
| 33 | 65 | ○ | | | 大きなトラブルは発生していない。口喧嘩が起こりそうな場合には職員が間に入りお互いを尊重し解決に努めている。 | |
| (8) 健康管理 | | | | | | |
| 34 | 67 | ○ | | | 毎食後必ず全員がうがい、歯磨きをしており自分で行える方は習慣化している。入れ歯の方は外して確認をしている。 | 職員が全員の口腔清掃ができるように支援しており習慣化している。 |

| 項目番号 | 項 目 | できて いる | 要改善 | 評価 困難 | 判断した根拠や理由 | 特記事項(良い点、改善点) |
|-------------------------|---|-----------|-----|----------|---|--|
| 35 | 70 ○服薬の支援 職員は、入居者が使用する薬の目的や副作用、用法や用量を承知しており、入居者一人ひとりが医師の指示どおりに服薬できるように支援し、症状の変化を確認している。 | ○ | | | 看護師である施設長が教育を行い、薬の説明書も保管している。服薬に関しては飲み込むまで確認をしている。何か変化があれば施設長が対応し医師との連携を行う。 | |
| 36 | 72 ○緊急時の手当 入居者のけが等の緊急時に、職員は応急手当を行うことができる。(けが、骨折、発作、のど詰まり等) | | ○ | | マニュアルは作られているが、職員一人ひとりが緊急時に対応できるだけの訓練が行われていない。 | 施設長を中心にホーム内にある機材の使用法を確認したり、消防訓練時を利用して緊急時の手当での講習を受けるなど、定期的に繰り返し訓練することが望まれる。 |
| 37 | 73 ○感染症対策 感染症に対する予防や対応の取り決めがあり、実行している。(インフルエンザ、疥癬、肝炎、MRSA等) | ○ | | | インフルエンザの予防接種は入居者、職員全員が受けている。感染症対策マニュアルが作られており、感染症が発生したらそれに基づく対応をしている。 | 今後はマニュアルに沿った研修の機会を定期的に持つことが期待される。 |
| 3. 入居者の地域での生活の支援 | | | | | | |
| 38 | 77 ○ホームに閉じこもらない生活の支援 入居者が、ホームの中だけで過ごさずに、積極的に近所に出かけて楽しめるような雰囲気を作っている。(買い物、散歩、近隣訪問、集会参加等) | | ○ | | 行事の時には外出の機会はあるが、日常での外出の機会が積極的に確保されている状態ではない。 | 寒い季節は外出しにくい条件ではあるが、外出のチャンスをできるだけ作ることが望まれる。 |
| 4. 入居者と家族との交流支援 | | | | | | |
| 39 | 81 ○家族の訪問支援 家族が気軽に訪問でき、訪問時は居心地よく過ごせるような雰囲気を作っている。(来やすい雰囲気、歓迎、関係再構築の支援、湯茶の自由利用、居室への宿泊のしやすさ等) | ○ | | | 行事の時には案内を出し家族の来訪を呼びかけている。リビングの片隅にも備え付けの椅子があり家族の訪問時にも自由に使いやすい。 | |
| Ⅲ ケアサービス 30項目中 計 | | 24 | 6 | 0 | | |

| 項目番号 第三者 自己 | 項目 | できて いる | 要改善 | 評価 困難 | 判断した根拠や理由 | 特記事項(良い点、改善点) |
|--------------------------|----|-----------|-----|----------|---|--|
| IV 運営体制 1. 事業の統合性 | | | | | | |
| 40 | 83 | ○ | | | 管理者が日常的にホームに立ち寄り職員、入居者の意見等を聞いている。また、その意見が反映ができるかどうか協議を行い運営に取り組んでいる。 | |
| 2. 職員の確保・育成 | | | | | | |
| 41 | 87 | ○ | | | 各ユニットで決められた職員で担当しており、パート職員を必要な時間帯に配置して対応がされている。 | 緊急時など、別のユニットの支援につく場合もあるので、他のユニット入居者の状況を常に把握できるようにしておくことが期待される。 |
| 42 | 89 | ○ | | | フォローアップ等経験や知識に応じた研修を受講する体制が整っていない。 | ホーム設立から3年が立ち認知症実務者研修も受けられる条件を満たした職員もおり、職員の研修受講意欲も高いので、今後は計画的に研修受講ができるようにすることが望まれる。 |
| 43 | 91 | ○ | | | 普段は施設長が職員の話聞くようにしている。年に2回程度は親睦会を開催し職員同士がざっくばらんに話し会える機会をもっている。 | 将来的には、職員旅行を企画していく方向なので、ストレス発散の機会を増やすことが期待される。 |
| 3. 入居時及び退居時の対応方針 | | | | | | |
| 44 | 95 | ○ | | | 退居の事例は無いが入居契約書に支援についての内容を記載しており、退居する方への配慮および支援体制がある。 | |

| 項目番号 | 項 目 | できて いる | 要改善 | 評価 困難 | 判断した根拠や理由 | 特記事項(良い点、改善点) |
|---------------|---|-----------|-----|----------|--|---|
| 4. 衛生・安全管理 | | | | | | |
| 45 | 98 ○ホーム内の衛生管理 ホーム内の清潔や衛生を保持している。(食品、布巾、包丁、まな板、冷蔵庫、洗濯機等) | ○ | | | 布巾・包丁はその都度清掃し衛生管理に勤めている。冷蔵庫の食材は使い切りを前提としており、残った食材は消費期限を書き込み保管している。 | |
| 46 | 102 ○事故の報告書と活用 けが、転倒、窒息、意識不明、行方不明等の緊急事態が発生した場合、事故報告をまとめており、サービスの改善につなげている。(再発防止の話しあい、今後に活かす意義づけ等) | | ○ | | 職員の努力もあり大きな事故の発生は現在の所起こっていない。ひやり・ハットの記録は残されているが今後に生かす話し合い等が持たれていない。 | ひやり・ハットの問題でも、個別記録や介護計画に反映し、また集積したひやり・ハット記録を職員を交えて分析し改善に向けた話し合いを行い記録を残していくことが望まれる。 |
| 6. 相談・苦情への対応 | | | | | | |
| 47 | 106 ○苦情への的確で迅速な対応 相談や苦情を積極的に受ける姿勢があり、入居者や家族から苦情が寄せられた場合には、職員で速やかに対策案を検討して回答するとともに、サービス改善につなげている。 | ○ | | | 重要事項説明書に苦情の連絡先が記載されており、また施設長の携帯電話の番号を各家人に知らせており直接苦情等の対応も可能である。 | |
| 7. ホームと家族との交流 | | | | | | |
| 48 | 107 ○家族とのコミュニケーション 定期的に家族とコミュニケーションをとり、入居者の暮らしぶりや日常の様子を具体的に伝えている。(「たより」の発行や行事ビデオの上映、写真の送付等)また、同時に、家族が気がかりなことや、意見、希望を気軽に伝えたり相談したりできるように積極的に働きかけている。 | ○ | | | 入居者の写真を中心に掲載をしている「あかとんぼ新聞」を毎月発行している。各ユニット毎に作成しており入居者の暮らしぶりが家族に伝わるように工夫をしている。 | 新聞は写真を中心に編集されており入居者の状況がよくわかる。その反面、個人情報の取り扱いには常に注意が望まれる。また個々の入居者の様子を一言でも記載して送れば、より様子が伝わるのではないかと。 |
| 8. ホームと地域との交流 | | | | | | |
| 49 | 112 ○地域の人達との交流の促進 地域の人達が、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。 | | ○ | | 納涼会の行事には隣接の小学校や保育所の児童と保護者の方にも参加してもらうなど、交流の機会を持っているが気軽に立ち寄ってもらえるような状態ではない。 | 行事の機会のみでなく、世代間交流の促進の視点で隣接小学校の小学生や保護者が出入りできるようにするなど検討してはどうか。 |

| 項目番号 | 項目 | できている | 要改善 | 評価困難 | 判断した根拠や理由 | 特記事項(良い点、改善点) |
|------------------------|--|-------|-----|------|---|--|
| 50 | 114 ○周辺施設等の理解・協力への働きかけ 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) | ○ | | | 近くに消防署があり、避難訓練や日ごろの防火管理についての相談等にも関わっている。地域の保育園や小学校との交流や関係も良好で、行事時に物品の貸し借り等の協力も得られている。 | |
| 51 | 115 ○ホーム機能の地域への還元 ホームの機能を、認知症ケアに関わる知識・技術等を、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・研修の受け入れ等) | | ○ | | 入居者への十分な理解を得て、民生委員等の見学者、ボランティアや研修生は受け入れるようにしているが、ホームで培った認知症ケアの知識や技術を積極的に提供している状況ではない。 | 開設から3年経過するため、地域における認知症ケアの相談等に対応することも期待される。運営推進会議を進めているので、会議に参加する地域の代表者等に要望等を聞くようにしてはどうか。 |
| IV 運営体制 12項目中 計 | | 8 | 4 | 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。