

1. 評価報告概要表

| 全体を通して — ホームの優れている点、独自に工夫している点など — | | 分野 | 特記事項(※優先順位の高い要改善点について) | | | | |
|--|---------------------------|------------|--|--------|---------------------------|---------|---|
| <p>市街地から少し離れた、緑に囲まれた小高い丘の上の落ち着いた環境のなかにある。ホームは廃校になった小学校を改築して整備された在宅複合施設「安塚やすらぎ荘」の中にあり、天然温泉がついた高齢者活動促進施設も併設され、地域の福祉ゾーンとして近隣住民からの認知度も高い。</p> <p>開設して約3年を経過して、職員は入居者一人ひとりの状態をよく把握し、アットホームな雰囲気の中で、個々に合わせたさりげない支援を行っており、入居者は自発的に役割である家事仕事をしたり、敷地内にある広い畑で野菜作りをしたりと活気のある生活を営んでいる。また、センター方式のアセスメントを行い、入居者自身の特徴や想いについてよく把握しており、今後、より個別の関わりや支援を行うことによって、入居者の主体性を更に発揮できると感じた。</p> <p>市町村合併により大きな組織体となった上越市社会福祉協議会が運営するホームであり、地域の認知症介護の拠点として、より一層機能を発揮していくことを期待したい。</p> | | II 生活空間づくり | <p>複合施設としての造りであるため、ホーム入口へはショートステイ利用者の前を通らねばならず、入りやすいとは言えない。ハード面の改修は困難でも出来るところから工夫することが望まれる。</p> <p>ホームが用意した家具のみの居室が多く、一人ひとりに合わせた居室環境作りが望まれる。</p> <p>自分から希望を表すことが難しい入居者に対しても、共有空間の目に触れる場所にも多様な物品を準備して、会話や興味を引き出し活動を促す取り組みが望まれる。</p> | | | | |
| <p>◎前回評価からの取り組みについて</p> <p>前回の外部評価で要改善となった項目の改善に取り組んでいる。併設のショートステイ事業所と連携して『鍵をかけない取り組み』を実践している。『定期健康診断』は、入居者個々に合わせて市の健診やかかりつけ医での定期的な検査を受けてもらうようにした。『責任者の協働』について、専任の管理者を配置するため、現在候補者の育成を行なっているところである。『職員の意見の反映』について、入居判定は職員との合議で決定するようにし、会議等の機会に職員の意見を運営に反映させるようにしている。『相談・苦情受付の明示』では、ホーム内に掲示するとともに意見箱を設置した。運営推進会議やホーム便りの回覧、複合施設の介護者教室での講演等を通じて、市町村や地域住民、周辺施設等へホームを理解してもらえるよう働きかけを行なった。今後、より一層の交流が図られることが期待される。</p> | | III ケアサービス | <p>献立づくりや調理への入居者の参画が少ない。意欲や刺激につながるよう、入居者の経験を活かしてより主体的に食事づくりに参加できるよう支援が望まれる。金銭についてもホームで管理している方にはお金に関わる機会がほとんどないので、買い物の際など個々の入居者の希望や能力に応じた支援が望まれる。</p> <p>浴室は複合施設と共同であり入居者の希望は取り入れにくい。可能な限り入居者の希望に応じた入浴ができるよう今後も検討と工夫が望まれる。</p> <p>居室のドアにはガラスがついており、廊下から居室内が見えてしまう。プライバシーを守るためにも工夫をお願いしたい。</p> <p>個別の記録は入居者の身体的な状況が主であり、介護計画に沿った内容や、入居者の気持や感情に関する記録が不足している。より入居者主体のケアに反映するためにも、記録の充実が期待される。</p> <p>緊急時の手当について、実践的な訓練を定期的・継続的に実施することが期待される。</p> | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>分野</th> <th>特記事項(※優先順位の高い要改善点について)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>I 運営理念</td> <td>要改善点は特になし。今後も更なる充実が期待される。</td> </tr> </tbody> </table> | | 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 | 要改善点は特になし。今後も更なる充実が期待される。 | IV 運営体制 | <p>継続的な研修の受講は、複合施設の利点を活かした内部研修や外部研修の報告会を行う機会を増やすことが望まれる。</p> <p>苦情への迅速な対応については、苦情に至らない要望や申し出のようなものであっても、サービスへの期待と踏まえ、その取り組み状況を公開する等して、苦情や要望の申し出がしやすい体制の確保が望まれる。</p> |
| 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 | 要改善点は特になし。今後も更なる充実が期待される。 | | | | | | |

| 分野・領域 | 項目数 | 「できている」項目数 | 分野・領域 | 項目数 | 「できている」項目数 | 分野・領域 | 項目数 | 「できている」項目数 | 分野・領域 | 項目数 | 「できている」項目数 |
|------------------|-----|------------|-------------|------|------------|------------|-----|------------|--------------|------|------------|
| I 運営理念 | | | III ケアサービス | | | IV 運営体制 | | | | | |
| ① 運営理念 | 4項目 | 4 | ④ ケアマネジメント | 8項目 | 7 | ⑧ 医療・健康支援 | 9項目 | 8 | ⑪ 内部の運営体制 | 10項目 | 9 |
| II 生活空間づくり | | | ⑤ 介護の基本の実行 | 8項目 | 7 | ⑨ 地域生活 | 1項目 | 1 | ⑫ 情報・相談・苦情 | 3項目 | 2 |
| ② 家庭的な生活環境 | 4項目 | 2 | ⑥ 日常生活行為の支援 | 11項目 | 9 | ⑩ 家族との交流支援 | 1項目 | 1 | ⑬ ホームと家族との交流 | 3項目 | 3 |
| ③ 心身の状態に合わせた生活空間 | 6項目 | 5 | ⑦ 生活支援 | 2項目 | 1 | | | | ⑭ ホームと地域との交流 | 4項目 | 4 |

2. 評価報告書

| 項目番号 外部 | 自己 | 項目 | できて いる | 要 改善 | 評価 困難 | 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・啓発 | | | | | |
| 1 | 1 | ○理念の具体化及び運営理念の共有 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。 | ○ | | | 「優しさ、まどころ、明るい笑顔」という運営理念を職員で協議して作り上げ、日々の朝礼で職員全員で声に出し確認し、常に意識付けしている。 | |
| 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。 | ○ | | | ホームの運営理念が、入居者・家族等の目にふれやすい居間に掲示され、ホームだよりも定期的に記載されている。 | |
| 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。 | ○ | | | 重要事項説明書内に記載がなされている。利用契約時等できちんと説明され、同意を得ている。 | 今後は、ホームが守る入居者の生活や権利について、さらに具体的に示すことが期待される。 |
| | | 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) | ○ | | | ご近所の方、地域包括支援センターの職員が構成員となっている運営推進委員会が開催されており、そこでの話し合いやご近所への広報誌の配布などを通して取り組んでいる。 | |
| 運営理念 4項目中 計 | | | 4 | 0 | 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) | | ○ | | ホームは在宅複合施設の建物の一部であり、短期入所の食堂兼談話室を扉で仕切ってホームの玄関としているため、短期入所利用者がTVを見ている所を横切ってホームに入らなければならない、入りやすい玄関とは言えない。 | 建物の問題もあるが、ハード面の改修は困難であっても、併設施設とも協議して、出来ることから入居者や家族が入りやすい環境づくりに取り組んでほしい。 |
| 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。 | ○ | | | 建物の造りの関係で施設的な雰囲気は否めないが、テーブルに入居者が活けた花が飾られたり、壁面の装飾等、家庭的な雰囲気づくりをしている。 | |

| 項目番号 | 項目 | できている | 要改善 | 評価困難 | 判断した理由や根拠 | 改善すべき点等の特記事項 |
|------------------------|----|-------|-----|------|--|---|
| 外部 | 自己 | | | | | |
| 7 | 8 | ○ | | | 共有空間の居間には、畳にコタツ、テーブル、ソファが配置され、複数の居場所が確保されている。 | |
| 8 | 9 | | ○ | | 家族の協力を得て使い慣れた家具や生活用品等を持ち込まれている居室もあったが、ホームが用意した家具のみの居室が多く、一人一人に合わせた居室環境づくりがなされていない。 | 入居者の生活歴や好きなことなどを踏まえて、入居者・家族・職員が協力して、居心地のよい居室環境づくりへのより一層の取り組みが望まれる。 |
| 家庭的な生活環境づくり 4項目中 | | 計 | 2 | 2 | 0 | |
| 2. 心身の状態にあわせた生活空間づくり | | | | | | |
| 9 | 11 | ○ | | | トイレ・浴室・廊下には手すりが設置されている。入居者の状態に合わせて、車椅子・介護用ベッド・入浴用シャワーチェア等を用意し、使用してもらっている。 | |
| 10 | 13 | ○ | | | 各居室には大きめの文字で書かれた表札があり、夜間はトイレの照明を点け、迷わないようにする工夫がなされている。 | |
| 11 | 14 | ○ | | | テレビ・BGM等の音は適度であり、音によるストレスは感じられない。照明も日差しに合わせて配慮されていた。 | |
| 12 | 15 | ○ | | | 気になる臭いや空気の上よどみはないように、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。 | |
| 13 | 17 | ○ | | | 居間には大きめの掛け時計とカレンダーが設置されている。 | |
| 14 | 18 | | ○ | | 個々の居室を中心に物品が用意されているが、活動を希望しない入居者や、趣味や好みの活動がよく分からない入居者への取り組みが不足している。 | 活動意欲が低下してしまい、希望を表すことが困難な入居者のために、共有空間の目に触れる場所にも多様な物品を準備して活動を促す取り組みが望まれる。 |
| 心身の状態にあわせた生活空間づくり 6項目中 | | 計 | 5 | 1 | 0 | |

| 項目番号 外部 自己 | 項目 | できて いる | 要 改善 | 評価 困難 | 判断した理由や根拠 | 改善すべき点等の特記事項 |
|-----------------|--|-----------|---------|----------|--|---|
| | Ⅲ ケアサービス 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。 | ○ | | | 入居者一人ひとりが望む生活を主眼としたセンター方式でのアセスメントがなされ、入居者自身の具体的な目標に向けた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。 | ○ | | | 介護計画は、いつでも職員の目に触れるように綴っている。ミーティングで職員の気づきや意見を取り入れて介護計画の作成や変更をし、職員全員に周知している。 | |
| 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。 | ○ | | | 日常生活の中で入居者から希望を聞くと共に、家族には訪問時や電話にて希望を聞き介護計画を作成している。作成後には再度家族に説明し同意を得ている。 | |
| 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。 | ○ | | | 定期的な見直し評価がなされている。また、入居者の状態変化等必要に応じて随時見直しされている。 | |
| 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。 | | ○ | | 身体的な状態についてはきちんと記録されているが、介護計画に沿った内容の記録や喜怒哀楽等の入居者の表情や気持ちについての記録が不足している。 | 介護計画の実行状況に関する事柄と、入居者一人ひとりの活動に対する感情や気持ち等の情緒的な事柄についても、ケアに反映できるよう、職員の気づきを記録することが求められる。 |
| 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。 | ○ | | | 朝、夕二回申し送りする時間を設けており、日誌や申し送りノート等を使い確実な申し送りが実施されている。 | |
| 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。 | ○ | | | 毎月定例会議が開催され、かつ、必要時にはミーティング等の協議が随時開催され、意見交換が図られている。 | |
| 21 の 2 | ○マニュアルの作成 サービス水準確保のための各種マニュアルが整備され、職員に周知されている。また、マニュアルの見直しが適宜行われている。 | ○ | | | ホーム独自のマニュアルが整備され、必要に応じて見直しが行われている。 | |
| ケアマネジメント 8項目中 計 | | 7 | 1 | 0 | | |

| 項目番号 | | 項目 | できて いる | 要 改善 | 評価 困難 | 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. 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) | | ○ | | さり気なく介助したり、入居者の能力に応じたコミュニケーションや介助がなされている。しかし、廊下を歩くと、居室のドアのガラスから居室内が見えてしまう状態である。 | 入居者のプライバシーを守るためにも、廊下から中が見えないよう居室のドアガラスに工夫してほしい。 |
| 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。 | | ○ | | 食器洗いの手伝いを促す話しかけ方など、わかりやすく、ゆっくりなされており、入居者のペースに合わせた温かい対応がされていた。 | |
| 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。 | | ○ | | 入居者個別の過去の経験を活かせるように、食器洗い・編み物・植物の世話・畑での農作業等を日々の生活の中で実践できる支援がなされていた。 | |
| 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。 | | ○ | | 職員に合わせるのではなく、入居者のペースに合わせた関わりが持たれていた。 | |
| 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) | | ○ | | 日常生活の行為について、入居者の意思表示に気を配った言葉掛けがなされており、外出・食事等の生活行為について、入居者一人ひとりに選んでもらう場面が設けられている。 | |
| 27 | 35 | ○一人で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動するようにしている。(場面づくり、環境づくり等) | | ○ | | 入居者の出来ること、出来ないことを見極めた活動支援が実践されている。 | |
| 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。 | | ○ | | 身体拘束・行動制限をしないという考え方が職員に周知され、身体拘束を行わないケアが実践されている。 | |
| 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) | | ○ | | 日中は開錠しており、入居者の出入りは自由である。 | |
| 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 困難 | 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. 日常生活行為の支援 (1) 食事 | | | | | |
| 29 の 2 | 40 | ○献立づくりや調理等への入居者の参画 献立づくりや食材選びを、入居者と共に行っており、可能な限り買い物や調理も一緒に行っている。意思の確認が困難な場合には、好みを把握して献立や調理に活かしている。 | | ○ | | 併設施設の管理栄養士が入居者の嗜好に合わせて作成した献立を基本としており、献立作成や調理等への入居者の参加が少ない。 | 入居者の多くは調理の経験が豊富である。一連の食事づくりへの参加は、食への意欲や五感への刺激にもつながるので、入居者により一層主体的に参加していただく取り組みが望まれる。 |
| 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。 | | ○ | | 食器は入居者が持ち込まれたものであり、家庭的でなじみの物を使用している。 | |
| 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。 | | ○ | | 職員が入居者に見てもらいながら一口大に切り分けたり、食が細い人には量を少なめにする等、本人の能力や状態に合わせて工夫している。 | |
| 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。 | | ○ | | 併設施設の管理栄養士の指導を受け、栄養バランスに考慮した献立で食事の提供がなされている。また、食事摂取量と体重を把握して、個々に応じた対応がなされていた。 | |
| 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。 | | ○ | | 入居者も職員も食事を一緒にとり、さりげないサポートをしながら、入居者が興味の持ちそうな話題を提供する等、笑い声がする楽しい食事が出来るように配慮されていた。 | |
| | | (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。 | | ○ | | 必要な入居者については排泄リズムを把握して、失敗の無いように支援している。 | |
| 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。 | | ○ | | 入居者一人ひとりに合わせた声掛けをおこない、羞恥心に気を配りトイレ又は居室での介助を基本として行っている。 | |
| | | (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 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) | | ○ | | 浴室は併設施設のサービスと共用しているため、入浴日、入浴時間が決められていて、入居者の希望は取り入れにくい。 | 可能な限り入居者の希望に応じた入浴が支援できるよう、今後も検討と工夫が望まれる。 |

| 項目番号 | 項目 | できて いる | 要 改善 | 評価 困難 | 判断した理由や根拠 | 改善すべき点等の特記事項 |
|--------------------------|--|-----------|---------|----------|--|--|
| | (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) | ○ | | | 訪問理容室を利用される方と、行きつけの美容院を利用され方がおり、希望に合わせて支援している。 | |
| 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。(髷、着衣、履き物、食べこぼし、口の周囲等) | ○ | | | 入居者はそれぞれに似合った髪形、服装をしており、着衣の乱れなどは見られなかった。食べこぼしは職員がさり気なく拭いていた。 | |
| | (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じた安眠策を取っている。 | ○ | | | 夜よく眠れるよう、歩行訓練・体操等により身体を動かすなど日中の活動性を高めることに力を入れている。 | |
| 日常生活行為の支援 11項目中 計 | | 9 | 2 | 0 | | |
| 4. 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。 | | ○ | | 自ら金銭管理でき、お金を持ってもらっている入居者はお一人である。それ以外の入居者は職員が管理しており、お金に関わる機会がほとんどない。 | 買い物に行く際に、支払いの場面だけでも入居者をお願いしたりと、お金に関わる機会を入居者一人ひとりの希望や能力に応じて作ることが望まれる。 |
| 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) | ○ | | | たたみ物や掃除、食器の片付け等、入居者全員に役割ができており、それをさりげなく職員がサポートしている。畑や植物の世話、編み物等も個々に応じて楽しんでもらえるよう支援している。 | |
| 生活支援 2項目中 計 | | 1 | 1 | 0 | | |
| 5. 健康等の支援 (1)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) | ○ | | | 管理者が看護師であり、不在時は併設施設の看護職員にも相談が出来る。また、協力医療機関とも連携をとり、夜間の急変時においても、併設施設職員(夜勤者・宿直)と協力して対応できる体制が整っている。 | |
| 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。 | ○ | | | 入院先の医療機関や家族との連絡を密にし、医師からの説明がある際には同席して早期退院に向けた支援を行っている。 | |
| 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。 | ○ | | | 入居者個々のかかりつけ医への定期通院や併設のショートステイ主治医の往診の際、定期的に血液検査、胸部レントゲン等を受けてもらい、健康状態を把握している。また、必要な入居者には、市の健康診断を受けられるよう支援している。 | |

| 項目番号 外部 自己 | 項目 | できている | 要改善 | 評価 困難 | 判断した理由や根拠 | 改善すべき点等の特記事項 |
|----------------|---|-------|-----|----------|---|--|
| | (2)心身の機能回復に向けた支援 | | | | | |
| 45 | 76 ○身体機能の維持 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。 | ○ | | | 歩いて買い物に出かけたり、散歩や体操・畑仕事・食事作り・歩行訓練等、入居者それぞれの身体能力に合わせて活動することによって、生活の中での身体機能維持が図られている。 | |
| | (3)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。 | ○ | | | 入居者同士の人間関係を把握しており、トラブルにならないよう配慮している。 | |
| | (4)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) | ○ | | | 10時・15時のうがいと夕食後の歯磨きは、入居者の状態に応じて職員がさりげなく対応している。 | |
| 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。 | ○ | | | 服薬の内容について、いつでも確認できるようにファイルで管理されており、服薬ケースにも用法、用量が明示され指示どおりの服薬ができるように支援している。病状の変化についての記録もなされ主治医に報告している。 | |
| 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) | | ○ | | 救急法・AEDの研修を定期的を受け、基本的な緊急対応の研修を行っているが、けが、骨折、喉のつまりなど実際の生活場面に則した訓練が行われていない。 | 職員が適切に対応できるよう、実践的な訓練を定期的・継続的に実施することが期待される。 |
| 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) | ○ | | | 感染症対策マニュアルは整備されており、実行されている。調査時、面会者にも手洗いうがいの実施を呼びかけ努力していた。 | 感染症については常に最新の情報を得てマニュアルの見直しに努めてほしい。 |
| 医療・健康支援 9項目中 計 | | 8 | 1 | 0 | | |

| 項目番号 | | 項目 | できて いる | 要 改善 | 評価 困難 | 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. 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) | ○ | | | 買い物・散歩・併設施設への行事参加等、積極的にホームの外へ出かける支援がなされている。 | |
| 地域生活 1項目中 計 | | | 1 | 0 | 0 | | |
| | | 7. 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) | ○ | | | 面会時には居間の畳スペースやテーブル、居室等で、ゆっくりと入居者と家族が関われるように配慮している。 | |
| 家族との交流支援 1項目中 計 | | | 1 | 0 | 0 | | |
| | | IV 運営体制 1. 内部の運営体制 (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。 | ○ | | | 月に一度は複合施設全体の管理職会議があり、必要事項については、複合施設の長を通じて法人代表者に相談できる。 | |
| 54 | 97 | ○職員の意見の反映 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。 | ○ | | | 毎月の会議・カンファレンス等により職員の意見を運営に反映させている。また、入居判定については市の担当者も参加する入所選考会を設け、職員との合議にて決定している。 | |
| | | (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。 | ○ | | | 入居者の生活の流れに即した勤務体制をとっている。管理者は併設施設との兼務であるため、現在、専任の管理者育成のため管理者候補者の研修を行っている。 | |
| 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。 | | ○ | | 外部研修・内部研修ともに取り組みが少なく、継続的な研修の実施がなされていない。 | 複合施設の利点を活かした内部研修や外部研修の報告会を行うなど、計画的・継続的な研修への取り組みが望まれる。 |
| 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) | ○ | | | 職員は業務内の会議等において、気軽に悩みを出し合える。また、上司や職員組合に相談できる体制や、併設施設職員との交流の機会がある。 | |

| 項目番号 | 項目 | できて いる | 要 改善 | 評価 困難 | 判断した理由や根拠 | 改善すべき点等の特記事項 |
|-----------------|--|-----------|---------|----------|--|--|
| | (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) | ○ | | | 入居に当たっては、本人・家族との面接を実施して希望を踏まえると共に、心身の状態等について関係者からの聞き取り・書面にて確認を取り、市の担当者も参加した入所選考会にて検討して決定されている。 | |
| 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。 | ○ | | | 退居の際には十分に入居者・家族と相談して納得のいくよう支援する体制が整っており、管理者のみならず職員に周知されている。 | |
| | (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) | ○ | | | 調理道具や生活に関わる衛生管理について取り決めがあり、職員が分担して消毒や漂白を行っている。手拭タオルはペーパータオルを使用している。 | |
| 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。 | ○ | | | 危険な薬品や刃物等については、施錠できる保管場所に適切に管理されていた。 | |
| 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。(再発防止の話しあい、今後活かす意義づけ等) | ○ | | | 事故発生時にはすぐさま事故報告を作成し、対策を協議して実施している。事故報告やヒヤリハット報告についてはミーティングで話し合い、その情報や対策を共有している。 | |
| 内部の運営体制 10項目中 計 | | 9 | 1 | 0 | | |
| | 2. 情報開示、相談・苦情への対応 | | | | | |
| 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。 | ○ | | | 今回の調査においても情報を積極的に提供してもらい、よりよいサービス提供につなげたいとの姿勢がうかがえた。 | |
| 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。 | ○ | | | 苦情相談窓口に着いては契約書に明記し、口頭でも伝えている。居間の壁面に掲示し、意見箱も設置して随時説明を行なっている。 | |
| 64 の 2 | 121 ○苦情への迅速な対応 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。 | | ○ | | 苦情の相談記録が開設以来1件もなく、些細な意見や要望を記録して共有する体制がない。 | 苦情に至らない要望や申し出のようなものであってもサービスへの期待と踏まえ、記録に残して職員間で共有するとともに、その取り組み状況を公開する等して、苦情や要望の申し出がしやすい体制づくりが望まれる。 |
| 情報・相談・苦情 3項目中 計 | | 2 | 1 | 0 | | |

| 項目番号 | 項目 | できている | 要改善 | 評価困難 | 判断した理由や根拠 | 改善すべき点等の特記事項 |
|--------------------------|--|-------|-----|------|---|---|
| | 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 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。 | ○ | | | 家族の面会時には積極的に様子を伝え、入居者に少しの変化がある際にも電話連絡を行っている。その際に要望も合わせて聞き取っている。 | |
| 66 123 | ○家族への日常の様子に関する情報提供 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 | ○ | | | 写真が多くもり込まれたホーム便りを2ヶ月に1回発行し、家族へ入居者の日常の様子等を情報提供している。 | |
| 67 126 | ○入居者の金銭管理 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。 | ○ | | | 入居者自身での管理を基本としているが、ホームの職員が管理する場合は、管理金額等の取り決めがあり、家族には出納状況を定期的に確認してもらっている。 | 金銭管理の取り決めはあるが、規定のような形で文章として明確に示すとより良いと思われる。 |
| 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 市町村との連絡を密にとっている。(家族介護教室等の市町村事業を積極的に受託している等) | ○ | | | 運営推進会議に地域包括支援センター職員も参加し、必要時は随時連携をとっている。 | |
| 69 130 | ○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取り組んでいる。 | ○ | | | 地域のボランティアが、踊りや楽器の演奏等に来てくれ、入居者との交流の機会が確保されている。また、ホーム便りを地域に回覧してもらい、気軽に立ち寄ってもらえるよう働きかけている。 | |
| 70 132 | ○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) | ○ | | | 消防署、警察との連絡、協力体制がある。ホーム便りを地域に回覧してもらい、周辺施設等の理解・協力への働きかけを行っている。 | |
| 71 133 | ○ホーム機能の地域への還元 ホームの機能を、入居者のケアに配慮しつつ地域に還元している。(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) | ○ | | | 複合施設で行なわれる介護者教室にホーム職員が講師として出席し、ホームや認知症介護についての講義を行い、ホーム機能を地域へ還元している。 | |
| ホームと地域との交流 4項目中 計 | | 4 | 0 | 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。