

「グループホームつどい」の外部評価報告書
 「ひまわりの丘」へはここをクリック 「たんぽぽの丘」へはここをクリック

I 岩手県 : 基本情報項目（グループホームの概要）は、事業者自身が記入した内容をそのまま公表しております。

グループホームつどいの概要

1 概要 (平成 19 年 1 月 6 日現在)

グループホームの名称	認知高齢者グループホームつどい				
事業主体名	医療法人 一秀会				
代表者職氏名	理事長 金野 真一				
入居定員	18 名	入居者数	17 名	待機者(申込者)数	1 名
開設年月日	平成 18 年 3 月 21 日				
所在地 (交通アクセス)	〒 (021-0002) 岩手県一関市中里字石川瀬 13-1 (一ノ関駅→車で東に 10 分 バス→ユードーム下車 徒歩 3 分)				
連絡先	電話番号	0191-31-6500	FAX 番号	0191-26-7222	
	HPアドレス				
	その他				
運営方針・運営理念	(方針) 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努め、個別の介護計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供します。 (理念) その人らしい生活が継続されるようにお手伝いします。 ぬくもりのある家庭的な場を提供します。 地域との交流を大切にします。				

2 土地、建物の状況

敷地面積	1225.69 m ² (坪)	権利関係	(賃借契約期間 30 年(~))		
建物の構造	木造平屋建て (H18 年築)	延床面積	223.33 m ² (67.67 坪)	権利関係	事業者所有
居室	居室の数	1 階 9 室 階 室	居室の広さ	10.07 m ² (約 6 畳) - 9 室 (18 室) . m ² (約 畳) - 室 (室)	
	テレビ回線の有無	有		電話回線の有無	無
	居室に備え付けられている備品等	・ ベッド ・ 収納 ・ 蓄熱式暖房機 煙探知機			
食堂居間	面積	41.04 m ² (約 24 畳) (食堂と居間は兼用です。)	浴室	4.13 m ² (約 2.5 畳)	
その他	トイレ - 2ヶ所 洗面所 - 1ヶ所 その他に				があります。
併設施設	同一の敷地内に、同一法人が運営する次の施設等があります。				

3 入居・退居の要件

入居をお断りする場合	<ul style="list-style-type: none"> ・ 要支援 1、自立の方 ・ 共同生活に支障のある方 ・ 医療行為が常時必要な方 ・ 認知症でない方 ・ 自傷他害の恐れがある方
-------------------	--

入居後に退居をお願いする場合	<ul style="list-style-type: none"> ・ 要介護認定において、要支援 1 又は自立と判定された方 ・ 少人数による共同生活を営むことに支障がある方 ・ 医療行為が常時必要な方
-----------------------	--

4 利用料等（入居者の負担額：月額を 1 ヶ月を 30 日として表示）

1 ヶ月の入居者負担額の目安（要介護 3 の場合）	約 90,840 円
---------------------------	------------

※ 家賃、食費、光熱水費及び介護保険の 1 割負担額の合計額です。（日用品費、おむつ代、預り金管理費等は含みません。）

家賃	月額 24,000 円	保証金（入居時一時金）の有無	
		保証金の金額 償却の有無	有・無（期間 年）
食費	月額 27,000 円	(食費の内訳) 朝食 1 食 円 昼食 1 食 円 夕食 1 食 円 おやつ 1 日 円 または 1 日 900 円	
光熱水費等	月額 15,000 円 冬季（ 月～ 月）	円（居室内の光熱水費を含みます。） 円加算されます。	
介護保険の利用者負担	要介護 1 月額 23,880 円 要介護 4 月額 25,320 円	要介護 2 月額 24,360 円 要介護 5 月額 25,830 円	要介護 3 月額 24,840 円
その他 （日常生活費等）	① 理美容代 実費 ② おむつ代 実費 ③ 預り金管理費 無 ④ その他 日用品費：実費 行事費：実費		

5 利用料金の納入方法

<ul style="list-style-type: none"> ・ 郵便局から口座払い込み（口座から自動引き落としの手続きが必要です。） ・ 窓口にて、現金支払い。
(留意事項) 利用料は、1 ヶ月ごとに計算しご請求しますので、翌月 18 日までのお支払いとなります。

6 職員の状況

区分	総数	内 訳				保有資格等
		男		女		
		常勤	非常勤	常勤	非常勤	
管理者	1名	名	名	1名	名	介護福祉士、介護支援専門員
計画作成担当者	1名	1名	名	名	名	介護支援専門員、准看護師
介護職員	11名	3名	名	7名	1名	介護福祉士 ヘルパー2級等 平均認知症高齢者ケア経験年数 2.6 年
その他	名	名	名	名	名	
合計	13名	4名	0名	8名	1名	
常勤換算数	10.6名				勤務時間を週40時間とした場合の常勤換算数	

7 管理者

氏名	千葉 由美子				
専任・兼務	(管理者兼ひまわりの丘棟計画作成担当者兼介護職員)				
資格	介護福祉士	介護支援専門員	認知症高齢者ケア経験年数	9.5	年
痴呆(認知症)介護実務者研修	基礎過程	受講	その他受講済研修		
	専門課程	未受講			

8 計画作成担当者

氏名	千葉 武				
その他資格	准看護師				
資格	介護支援専門員	資格	有	認知症高齢者ケア経験年数	9.5 年
痴呆(認知症)介護実務者研修	基礎過程	受講	その他受講済研修		
	専門課程	未受講			

9 職員の配置体制等

時間帯	配置職員
6:00~15:00	早番 1名
9:00~18:00	日勤者 3名以上
12:00~21:00	遅番 1名

夜間の体制	夜勤 1名 専任 (16:00~翌10:00 または 21:00~翌6:15分) 宿直 名 専任・兼務 ()
-------	---

10 入居者の状況

入居者数	17名 (男性 10名、女性 7名)					
入居者の年齢	平均年齢	80歳	最少年齢	53歳	最高年齢	98歳
入居者の要介護度	要介護1 (4名)	要介護2 (6名)	要介護3 (6名)
	要介護4 (1名)	要介護5 (0名)		

入居者の入居前における住所地	一関市内・藤沢町・宮城県栗原市
----------------	-----------------

11 協力医療機関の状況

医療機関名	診療科目	協力状況
一関病院	総合	協力病院として契約
いとう脳神経内科	神経内科・心療内科・内科	協力医院として契約
近江歯科医院	歯科	協力歯科医院として契約

12 面会時間等

面会時間	8:00~20:00 それ以外は相談に応じて
面会者の宿泊	入居者の居室にて宿泊が可能です。

13 年間の主な行事等（主な行事を記載）

行事名	実施時期	特記事項
お花見会	4月	家族参加により楽しく行ないます。
夏祭り	7.8月	当法人や地区の夏祭りに参加します。
敬老会	9月	当ホームにて、家族参加でお祝いをします。
クリスマス・忘年会	12月	にぎやかに、一年を振り返り楽しく過ごします。
誕生日会	随時	入居者の誕生日に家族と一緒に祝いを行います。

14 苦情・相談の受付体制等

グループホーム 内の体制等	苦情・相談受付担当者	管理者 千葉 由美子 計画作成担当者 千葉 武
	電話番号及びFAX番号	電話 0191-31-6500 FAX 0191-26-7222
	メールアドレス	
その他の受付先	一関地方広域連合	電話 0191-31-3233 FAX 0191-31-3224
	岩手県国民健康保険団体連合会	電話 019-604-6700 FAX 019-604-6701

15 家族会の状況

家族会の有無	無
--------	---

16 損害賠償保険の加入状況

損害賠償保険の加入状況	加入	内容	1 事故当たりの補償上限額 2 億円
-------------	----	----	-----------------------

17 その他

広報等の発行	年4回	
家族アンケートの実施	なし	
市町村との連状況	(事業を受託している場合の事業名等具体的に記入してください)	
介護相談員等の受入状況	(有の場合、受入頻度等を具体的に記入ください)	

戻る

「グループホームの概要」へはここをクリック

「ユニット たんぼぼの丘棟」へはここをクリック

(注) 「評価の基準」欄の「□」に、すべて黒「■」チェックがついているときは、「できている」欄に○印を、また空白の「□」が1つでもあるときは、○印は付していません。

II 岩手県 : グループホーム つどい (ユニット ひまわりの丘棟)

平成19年3月20日

岩手県認知症高齢者グループホーム外部評価調査票(適否の確認方法・特記事項欄省略)

	項目	できている	評価の基準
I 運営理念	1 運営理念の具体化と共有・明示	○	■ 入居者・家族に対し、グループホーム独自の運営理念を文書で明示し、説明している。
			■ 運営理念は、見やすい場所に掲示している。
			■ 全職員は、運営理念を日常の介護に活かしている。
II 入居者の尊厳	2 身体拘束のないケアの実践	○	■ 入居者・家族に対し、身体拘束を行わないことを文書で明示し、説明している。
			■ やむを得ず身体拘束を行う場合、理由及び期間を明記した書類があり、家族の同意が得られている。
			■ 職員は、身体拘束廃止の研修会に参加し、又はグループホーム内で学習会を行っている。
	3 入居者一人ひとりのプライドの尊重	○	■ 入居者との会話に指示、命令、子ども扱いなどを行なわないよう配慮している。
			■ 排泄・入浴・更衣に関する誘導の声かけなどは、羞恥心に配慮している。
	4 個人情報の保護と開示	○	■ 入居者・家族の個人情報の取扱いについて明文化している。
			■ 入居者に対し、本人の介護記録が閲覧できる旨を説明している。
			■ 個人情報を第三者に開示する場合、入居者・家族の同意を得ている。
			■ 入居者・家族の個人情報に係る記録やメモは、人目に触れないように保管している。
	5 入退居時の基本情報の提供	○	■ 入居希望者・家族に対し、サービス内容、利用料、入退居基準のほか、グループホームでの生活における留意事項等についての説明を行い、同意を得ている。
■ 退居を求める場合、入居者・家族に退居の理由を説明し、同意を得ている			
III 家庭的な生活空間	6 共用空間における居場所づくり	○	■ 共用の空間に、ソファ、畳の間、小上がりなどがあり入居者が集うことができる。
			■ 共用空間には、ひとりでも過ごせる場所が用意されている。
			■ ホーム内の、みやすい場所に暦や時計がある。
	7 入居者一人ひとりの希望に合わせた居室の環境づくり	○	■ 家具、仏壇、装飾品など私物の持込が可能であることを、入居時の説明書に記載し、説明している。

	項目	できている	評価の基準
IV 生活の質の向上を目指した介護計画	8 個別具体的な介護計画の立案		<input type="checkbox"/> アセスメントに基づいて入居者一人ひとりの特徴をふまえた具体的な介護計画を立てている。
			<input checked="" type="checkbox"/> 介護計画は、全ての職員の意見を取り入れて作成している。
			<input checked="" type="checkbox"/> 介護計画は、入居者・家族の希望や意見を取り入れて作成している。
	9 介護計画の実施記録	○	<input checked="" type="checkbox"/> 入居者1人ひとりの介護計画に基づいてサービスを提供し、かつ日々の状況変化を記録している。
	10 介護計画の評価・見直し	○	<input checked="" type="checkbox"/> 少なくとも3ヶ月に1回は、介護計画の実施状況の評価を行なっている。
<input checked="" type="checkbox"/> 評価は、全ての職員の意見を取り入れて行っている。			
<input checked="" type="checkbox"/> 評価結果に基づいた介護計画の見直しをしている。			
V 利用者本位の生活支援	11 食事の楽しみと栄養バランスの工夫	○	<input checked="" type="checkbox"/> 毎日の献立、買い物、調理、後片付けに、入居者が参加している。
			<input checked="" type="checkbox"/> 身体状況や、咀嚼能力に応じた献立になっている。
			<input checked="" type="checkbox"/> 定期的に栄養士等により栄養バランスがチェックされている。
	12 排泄サイン、パターンに応じた個別の排泄支援	○	<input checked="" type="checkbox"/> 排泄の自立に向けた支援を基本にした介護を行っている。
<input checked="" type="checkbox"/> 入居者個々の排泄パターン・サインを職員が把握している。			
<input checked="" type="checkbox"/> 入居者個々のおおよその水分摂取状況を職員が把握している。			
13 入居者一人ひとりの身体状況と希望に合わせた入浴支援			<input type="checkbox"/> 入浴日、時間、頻度について本人の希望に配慮している。
			<input checked="" type="checkbox"/> 入居者のプライバシーに配慮した介護職員の配置をしている。
			<input type="checkbox"/> 入浴可否の判定基準があり、その基準に沿った介助をしている。
14 入居者1人ひとりの暮らしの尊重			<input checked="" type="checkbox"/> 入居者や家族から得られる情報や希望を取り入れて支援している。
			<input type="checkbox"/> 入居者1人ひとりの意思を尊重し、自己決定や希望を引き出す場面を具体的に作っている。
			<input checked="" type="checkbox"/> 化粧、整髪、衣服、装身具などのおしゃれは本人の好みに配慮して支援している。
			<input checked="" type="checkbox"/> 理美容院の利用は本人の希望に配慮して必要な支援をしている。

	項目	できている	評価の基準
V 利用者本位の生活支援	15 一人でできることへの配慮	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 入居者の「できること、できそうなこと」の能力について、職員が共有している。 ■ 「できること、できそうなこと」については本人の能力を引き出すようにしている。
	16 ホーム内の役割・楽しみごとの支援	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 日常生活において入居者一人ひとりが役割を果たす場面がある。 ■ 生活歴や本人の好みを尊重しながらも、新しい役割や、やりがいの発見にも努めている。
	17 ホームに閉じこもらない生活の支援		<ul style="list-style-type: none"> ■ 決まりごとや日課として職員が連れ出すのではなく、入居者の状況に応じて外出支援している。 ■ 日常の外出とは別に、地域行事への参加、季節ごとの遠出などを実施している。 □ 一人ひとりの特別な場所、お墓参り、ふるさと訪問、特別な催しへの参加などについて、実現に向けた取組みをしている。
VI 入居者・家族の要望の反映	18 家族の意見・要望を引き出す働きかけと結果の開示		<ul style="list-style-type: none"> □ 少なくとも年に1回は家族アンケートを実施している。 □ 定期的に家族が集う場などを企画し、意見・要望を聞いている。 ■ ホーム便りなどでホームの状況や意見・要望の結果を家族に知らせている。
	19 相談への対応・	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 相談の窓口が整備され、担当の職員が決まっている。 ■ 相談の受付及び対応結果の状況が記録されている。
	20 苦情への対応	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 苦情の窓口や投書箱が整備され、担当の職員が決まっている。 ■ 公的な苦情受付窓口の案内を行なっている。 ■ 苦情の受付及び対応結果の状況が記録されている。
VII サービスの質を確保する運営	21 責任者の協働、職員の意見の反映	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 法人代表者及び管理者は、グループホームの運営方針、事業計画等について話し合いをしている。 ■ 運営方針、入退去、職員の採用などは、職員の意見も反映する仕組みになっている。
	22 職員間の連携	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 入居者の状態変化など、必要な情報が全職員に伝わる仕組みが確保されている。 ■ 事故・怪我などが発生した緊急時に、全職員が協力できる体制にある。

	項 目	できている	評 価 の 基 準
Ⅶ サービスの質を確保する運営	23 改善課題の実現に向けた取り組み	○	■ 改善課題が生じた場合、すみやかに職員全員で取り組む仕組みがある。
			■ 課題改善後、必要に応じて入居者・家族に説明している。
	24 入居者の状況に応じた勤務体制の確保	○	■ 職員の急病や急な休みに対応できる勤務体制が確保されている。
			■ 夜間に介護が必要な入居者がいる場合は、夜勤体制が確保されている。
			□ 入居者の生活リズムにあわせた職員の配置になっている。
	25 継続的な研修の受講	○	□ 採用時研修をはじめ、それぞれの段階に応じた研修が実施されている。
			■ 県や各種団体等が主催する外部の研修会などに職員を派遣している。
			■ 職員個々の研修受講履歴が整理、保管されている。
	26 安全管理, 安全の確保 (緊急時の手当、感染症対策、食中毒など)	○	■ 体調の急変、怪我などに対応できる知識(救急救命を含む。)を習得するホーム内での学習会を年1回以上開催し、かつ、マニュアルを作成している。
			■ 感染症対策に関するホーム内での学習会を年1回以上開催し、かつ、マニュアルを作成している。
■ 食中毒対策に関するホーム内での学習会を年1回以上開催し、かつ、マニュアルを作成している。			
27 災害対策	○	■ 地震、水害、火災などの災害発生時の対応が定められている。	
		■ 避難訓練を少なくとも年1回は行なっている。	
28 事故の記録・報告と再発防止	○	■ ヒヤリハット・事故報告等に関する記録が整理保存されている。	
		■ 事故後再発防止のための話し合いを職員全体で行なっている。	
		■ 事故防止に関するホーム内での学習会を年1回は開催している。	
29 入居者の金銭管理	○	■ 金銭管理の方法が明確にされている。	
		■ 入居者・家族に対し、金銭管理の方法をあらかじめ説明している。	
		■ 入居者・家族に対し、ホームで預かっている金銭について、出納帳を作成し、定期的に報告している。	

	項 目	できている	評 価 の 基 準
Ⅷ 医療・健康支援	30 医療機関との連携	○	■ 緊急時の協力医療機関との連携体制がある。
	31 定期健康診断の支援	○	■ 年に1回以上の健康診断を実施している。(ただし、加療中で、健康診断に相当する内容のものを受けている入居者は、除く。)
	32 口腔清潔・服薬支援		□ 口腔清潔について個々の課題を整理し、個別に対応している。
			■ 薬は個別に管理され、所定の場所に保管されている。
		■ 用量、用法、副作用を把握し、内服チェックがされている。	
	33 心身機能の低下を補う配慮	○	■ 手すり・トイレ・浴室などの設備については入居者の心身機能に応じた工夫をしている。
Ⅸ 地域との連携	34 地域との交流		□ 少なくとも年1回は最寄の交番、消防署にグループホームの状況を説明している。
			□ 少なくとも年1回は、学校、自治会、商店街組合等にグループホームの広報等を配布し、行事などの連携について働きかけている。
			□ 地域の人が参加可能な行事を年2回以上計画し、開催内容を地域の人々に知らせている。
			■ 地域のボランティア(個人含む)を受け入れている。
10	34	25	86

特定非営利活動法人 いわたの保健福祉支援研究会

戻る

「グループホームの概要」へはここをクリック

「ユニット ひまわりの丘棟」へはここをクリック

(注) 「評価の基準」欄の「□」に、すべて黒「■」チェックがついているときは、「できている」欄に○印を、また空白の「□」が1つでもあるときは、○印は付していません。

Ⅲ 岩手県 : グループホーム つどい (ユニット たんぼぼの丘棟)

平成19年3月20日

岩手県認知症高齢者グループホーム外部評価調査票(適否の確認方法・特記事項欄省略)

分野・領域	項目	できている	評価の基準
Ⅰ 運営理念	1 運営理念の具体化と共有・明示	○	■ 入居者・家族に対し、グループホーム独自の運営理念を文書で明示し、説明している。
			■ 運営理念は、見やすい場所に掲示している。
			■ 全職員は、運営理念を日常の介護に活かしている。
Ⅱ 入居者の尊厳	2 身体拘束のないケアの実践	○	■ 入居者・家族に対し、身体拘束を行わないことを文書で明示し、説明している。
			■ やむを得ず身体拘束を行う場合、理由及び期間を明記した書類があり、家族の同意が得られている。
			■ 職員は、身体拘束廃止の研修会に参加し、又はグループホーム内で学習会を行っている。
	3 入居者一人ひとりのプライドの尊重	○	■ 入居者との会話に指示、命令、子ども扱いなどを行わないよう配慮している。
			■ 排泄・入浴・更衣に関する誘導の声かけなどは、羞恥心に配慮している。
4 個人情報の保護と開示	○	■ 入居者・家族の個人情報の取扱いについて明文化している。	
		■ 入居者に対し、本人の介護記録が閲覧できる旨を説明している。	
		■ 個人情報を第三者に開示する場合、入居者・家族の同意を得ている。	
		■ 入居者・家族の個人情報に係る記録やメモは、人目に触れないように保管している。	
5 入退居時の基本情報の提供	○	■ 入居希望者・家族に対し、サービス内容、利用料、入退去基準のほか、グループホームでの生活における留意事項等についての説明を行い、同意を得ている。	
		■ 退去を求める場合、入居者・家族に退去の理由を説明し、同意を得ている	
Ⅲ 家庭的な生活空間	6 共用空間における居場所づくり	○	■ 共用の空間に、ソファ、畳の間、小上がりなどがあり入居者が集うことができる。
			■ 共用空間には、ひとりでも過ごせる場所が用意されている。
			■ ホーム内の、みやすい場所に暦や時計がある。
	7 入居者一人ひとりの希望に合わせた居室の環境づくり	○	■ 家具、仏壇、装飾品など私物の持込が可能であることを、入居時の説明書に記載し、説明している。

分野・領域	項目	できている	評価の基準
IV 生活の質の向上を目指した介護計画	8 個別具体的な介護計画の立案		<ul style="list-style-type: none"> ■ アセスメントに基づいて入居者一人ひとりの特徴をふまえた具体的な介護計画を立てている。 ■ 介護計画は、全ての職員の意見を取り入れて作成している。 □ 介護計画は、入居者・家族の希望や意見を取り入れて作成している。
	9 介護計画の実施記録	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 入居者1人ひとりの介護計画に基づいてサービスを提供し、かつ日々の状況変化を記録している。
	10 介護計画の評価・見直し	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 少なくとも3ヶ月に1回は、介護計画の実施状況の評価を行なっている。 ■ 評価は、全ての職員の意見を取り入れて行っている。 ■ 評価結果に基づいた介護計画の見直しをしている。
V 利用者本位の生活支援	11 食事の楽しみと栄養バランスの工夫	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 毎日の献立、買い物、調理、後片付けに、入居者が参加している。 ■ 身体状況や、咀嚼能力に応じた献立になっている。 ■ 定期的に栄養士等により栄養バランスがチェックされている。
	12 排泄サイン、パターンに応じた個別の排泄支援	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 排泄の自立に向けた支援を基本にした介護を行っている。 ■ 入居者個々の排泄パターン・サインを職員が把握している。 ■ 入居者個々のおおよその水分摂取状況を職員が把握している。
	13 入居者一人ひとりの身体状況と希望に合わせた入浴支援	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 入浴日、時間、頻度について本人の希望に配慮している。 ■ 入居者のプライバシーに配慮した介護職員の配置をしている。 ■ 入浴可否の判定基準があり、その基準に沿った介助をしている。
	14 入居者1人ひとりの暮らしの尊重		<ul style="list-style-type: none"> □ 入居者や家族から得られる情報や希望を取り入れて支援している。 ■ 入居者1人ひとりの意思を尊重し、自己決定や希望を引き出す場面を具体的に作っている。 ■ 化粧、整髪、衣服、装身具などのおしゃれは本人の好みに配慮して支援している。 ■ 理美容院の利用は本人の希望に配慮して必要な支援をしている。

分野・領域	項目	できている	評価の基準
V 利用者本位の生活支援	15 一人でできることへの配慮	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 入居者の「できること、できそうなこと」の能力について、職員が共有している。 ■ 「できること、できそうなこと」については本人の能力を引き出すようにしている。
	16 ホーム内の役割・楽しみごとの支援	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 日常生活において入居者一人ひとりが役割を果たす場面がある。 ■ 生活歴や本人の好みを尊重しながらも、新しい役割や、やりがいの発見にも努めている。
	17 ホームに閉じこもらない生活の支援		<ul style="list-style-type: none"> ■ 決まりごとや日課として職員が連れ出すのではなく、入居者の状況に応じて外出支援している。 ■ 日常の外出とは別に、地域行事への参加、季節ごとの遠出などを実施している。 □ 一人ひとりの特別な場所、お墓参り、ふるさと訪問、特別な催しへの参加などについて、実現に向けた取組みをしている。
VI 入居者・家族の要望の反映	18 家族の意見・要望を引き出す働きかけと結果の開示		<ul style="list-style-type: none"> □ 少なくとも年に1回は家族アンケートを実施している。 □ 定期的に家族が集う場などを企画し、意見・要望を聞いている。 ■ ホーム便りなどでホームの状況や意見・要望の結果を家族に知らせている。
	19 相談への対応・	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 相談の窓口が整備され、担当の職員が決まっている。 ■ 相談の受付及び対応結果の状況が記録されている。
	20 苦情への対応	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 苦情の窓口や投書箱が整備され、担当の職員が決まっている。 ■ 公的な苦情受付窓口の案内を行なっている。 ■ 苦情の受付及び対応結果の状況が記録されている。
VII サービスの質を確保する運営	21 責任者の協働、職員の意見の反映	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 法人代表者及び管理者は、グループホームの運営方針、事業計画等について話し合いをしている。 ■ 運営方針、入退去、職員の採用などは、職員の意見も反映する仕組みになっている。
	22 職員間の連携	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 入居者の状態変化など、必要な情報が全職員に伝わる仕組みが確保されている。 ■ 事故・怪我などが発生した緊急時に、全職員が協力できる体制にある。

分野・領域	項目	できている	評価の基準
VII サービスの質を確保する運営	23 改善課題の実現に向けた取り組み	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 改善課題が生じた場合、すみやかに職員全員で取り組む仕組みがある。 ■ 課題改善後、必要に応じて入居者・家族に説明している。
	24 入居者の状況に応じた勤務体制の確保		<ul style="list-style-type: none"> ■ 職員の急病や急な休みに対応できる勤務体制が確保されている。 ■ 夜間に介護が必要な入居者がいる場合は、夜勤体制が確保されている。 □ 入居者の生活リズムにあわせた職員の配置になっている。
	25 継続的な研修の受講		<ul style="list-style-type: none"> □ 採用時研修をはじめ、それぞれの段階に応じた研修が実施されている。 ■ 県や各種団体等が主催する外部の研修会などに職員を派遣している。 ■ 職員個々の研修受講履歴が整理、保管されている。
	26 安全管理, 安全の確保 (緊急時の手当、感染症対策、食中毒など)	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 体調の急変、怪我などに対応できる知識(救急救命を含む。)を習得するホーム内での学習会を年1回以上開催し、かつ、マニュアルを作成している。 ■ 感染症対策に関するホーム内での学習会を年1回以上開催し、かつ、マニュアルを作成している。 ■ 食中毒対策に関するホーム内での学習会を年1回以上開催し、かつ、マニュアルを作成している。
	27 災害対策	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 地震、水害、火災などの災害発生時の対応が定められている。 ■ 避難訓練を少なくとも年1回は行なっている。
	28 事故の記録・報告と再発防止	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ ヒヤリハット・事故報告等に関する記録が整理保存されている。 ■ 事故後再発防止のための話し合いを職員全体で行なっている。 ■ 事故防止に関するホーム内での学習会を年1回は開催している。
	29 入居者の金銭管理	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 金銭管理の方法が明確にされている。 ■ 入居者・家族に対し、金銭管理の方法をあらかじめ説明している。 ■ 入居者・家族に対し、ホームで預かっている金銭について、出納帳を作成し、定期的に報告している。

分野・領域	項目	できている	評価の基準
Ⅶ 医療・健康支援	30 医療機関との連携	○	■ 緊急時の協力医療機関との連携体制がある。
	31 定期健康診断の支援	○	■ 年に1回以上の健康診断を実施している。(ただし、加療中で、健康診断に相当する内容のものを受けている入居者は、除く。)
	32 口腔清潔・服薬支援		□ 口腔清潔について個々の課題を整理し、個別に対応している。
			■ 薬は個別に管理され、所定の場所に保管されている。
33 心身機能の低下を補う配慮	○	■ 用量、用法、副作用を把握し、内服チェックがされている。	
Ⅸ 地域との連携	34 地域との交流		□ 少なくとも年1回は最寄の交番、消防署にグループホームの状況を説明している。
			□ 少なくとも年1回は、学校、自治会、商店街組合等にグループホームの広報等を配布し、行事などの連携について働きかけている。
			□ 地域の人が参加可能な行事を年2回以上計画し、開催内容を地域の人々に知らせている。
			■ 地域のボランティア(個人含む)を受け入れている。
10	34	26	86

特定非営利活動法人 いわたの保健福祉支援研究会

戻る