

調査報告書

グループホームの外部評価項目

(調査項目の構成)

I. 運営理念

1. 運営理念の明確化
2. 運営理念の啓発

II. 生活空間づくり

1. 家庭的な生活空間づくり
2. 心身の状態にあわせた生活空間づくり

III. ケアサービス

1. ケアマネジメント
2. ホーム内でのくらしの支援
 - (1) 介護の基本の実行
 - (2) 日常生活行為の支援
 - 1) 食事
 - 2) 排泄
 - 3) 入浴
 - 4) 整容
 - 5) 睡眠・休息
 - (3) 生活支援
 - (4) ホーム内生活拡充支援
 - (5) 医療機関の受診等の支援
 - (6) 心身の機能回復に向けた支援
 - (7) 入居者同士の交流支援
 - (8) 健康管理
3. 入居者の地域での生活の支援
4. 入居者と家族との交流支援

IV. 運営体制

1. 事業の統合性
2. 職員の確保・育成
3. 入居時及び退居時の対応方針
4. 衛生・安全管理
5. 情報の開示・提供
6. 相談・苦情への対応
7. ホームと家族との交流
8. ホームと地域との交流

訪問調査日 19 年 3 月 15 日
調査実施の時間 開始9 時30 分 ~ 終了17 時20 分

訪問先ホーム名 千葉県 グループホーム すずらん

主任評価調査員
(記入者)氏名 横滝 公市

同行調査員氏名 米澤 政見

グループホーム側対応者

職名 施設長

氏名 辻 国雄

ヒヤリングをした職員数 5 人

※記入方法

- 調査の結果を調査員同士が話し合い、主任調査員がご記入ください。
- 「できている」「要改善」「判断不能」の欄のいずれかに○を付けて下さい。
- その判断した理由や根拠を記入して下さい。
要改善、判断不能の場合の根拠、理由は必ずお書き下さい
- 要改善とした場合、改善すべき点等の特記事項があれば記入して下さい。

※項目番号について

- 評価項目は71項目です。
- 「外部」にある項目番号が外部評価の通し番号です。
- 「自己」にある項目番号は自己評価で該当する番号です。参考にして下さい。

※用語について

- 管理者＝指定事業者としての届出上の管理者。「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。
- 職員＝「職員」には、管理者および非常勤職員を含む。

1. 調査報告書

主任調査員氏名 横滝 公市

／同行調査員氏名

米澤 政見

| 項目番号 | 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 |
|------|---|-------|-----|------|--|--|
| | I 運営理 1. 運営理念の明確化 | | | | | |
| 1 | 1 ○理念の具体化及び運営理念の共有 管理者は、痴呆性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。 | | ○ | | ホームの目的を実現する方針は「全ての主役は利用者であり、利用者を身内と考え利用者本位を追究することで、ありがとうと言われる介護ではなく、ありがとうと言える介護支援をしていく」ことを目指している。これらの考えは、新人研修時に管理者から職員に説明され理解を促している。 | 方針の実現には、職員が介護の場面で具体的にどのような行動を取るべきかを理解・納得していることが重要である。このことから、方針を具体的な行動指針や目標に落とし込み、それらが出来ているかを定期的に評価・改善することが必要と思われる。 |
| 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。 | | ○ | | ホームの運営目的は玄関に掲示され利用者・家族が確認できる状態にあると思われる。また、パンフレットに方針の具体的な内容が掲載され、利用者・家族には契約書・重要事項説明書に掲載している目的・方針で説明されている。 | 説明に使用しているパンフレットや契約書等の内容や説明の方法が、利用者・家族が本当に分かり易いものか、理解しやすくするにはどうすべきか、利用者・家族の意向を汲み取り評価・改善することを期待したい。 |
| 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。 | | ○ | | ホームの生活や必要なサービスを受けるにあたっての利用者の権利や義務等については、契約書及び重要事項説明書に明確に示され、利用案内及び契約時に管理者が直接説明にあっている。 | |
| | 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) | | ○ | | ホームの目的や存在価値を認知していただくために、町内会に対する情報誌の配布や自治会活動に参加している。また、地域住民が参加する運営委員会を発足させ、外部評価の結果報告や地域に認知症の理解を促す活動が始められていることは、地域社会にホームの考えを広める取り組みとして有効と思われる。 | |
| | 運営理念 4項目中 計 | 2 | 2 | 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) | | ○ | | 道路に面した所に大きくグループHの名前が書かれているので一目で施設がわかった。敷地に入るとすぐ右側に駐車場があり左側は花などで飾られていた。本館は手前、新館は奥くに入り口がありました。奥新館入り口には長いすが置かれ花で飾られていた。 | 花の管理は今は本館・新館2名づつの職員が担当としている。入居者と一緒に考え、飾る作業が出来よう利用者様にもっと関心を持っていただく工夫が必要と思われる。 |
| 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。 | | ○ | | 共用空間は広々として整理がされていた。玄関はリビングからよく見えて二重ドアになっていた。日当たりの良いリビングで明るくカウンター形式の台所が見え、花などを飾り、長いすや食堂セットがありゆっくりする事が出来た。 | |

| 項目番号 | 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 |
|--------------------------|----|-------|-----|------|--|--------------|
| 7 | 8 | ○ | | | 台所・庭がよく見える長いす、庭・ベランダがよく見える食卓セットとテレビが見える食卓セット等があった。音楽を聴いたりおしゃべりしたりする長いすがり十分な居場所確保はできていた。また廊下の突き当たりにも応接セットが置かれていた。 | |
| 8 | 9 | ○ | | | 各居室には、調度品がある部屋と無い部屋があり、それぞれ入居者の好みによって違っていた。懐かしい家具、大事な思い出の品物等、自分に合った生活用品を持ち込んで環境作りをしていた。 | |
| 家庭的な生活環境づくり 4項目中 計 | | 3 | 1 | 0 | | |
| 2. 心身の状態にあわせた生活空間づくり | | | | | | |
| 9 | 11 | ○ | | | 廊下に段差は無かった。安全のため手すりが設置されていた。最近ベランダのウッドデッキから庭に直接降りられるよう階段をスロープに変更して車椅子でも庭に出られるように直して対応していた。 | |
| 10 | 13 | ○ | | | 個人の部屋にはトールペイントで作った表札がきちんと掲示されていた。トイレやお風呂にも札は掛けてあった。トイレの鍵を掛けない場合があるので使用中の札を作ったが最近関係なく裏返す人がいて少々困っていた。 | |
| 11 | 14 | ○ | | | 訪問中テレビはついていなかったがラジカセで音楽を掛けて場を和ませていた。窓が大きく外が良く見えて明るかった。 | |
| 12 | 15 | ○ | | | 温度設定が23度に設定されていた。気になる臭いも無く、空気の淀みも感じ取れなかった。 | |
| 13 | 17 | ○ | | | 大きな時計や日めくりカレンダー・月カレンダーが見やすく設置されていた。日めくりカレンダーは利用者様が毎日の日課として、めくっていただいていた。 | |
| 14 | 18 | ○ | | | 入居者は調理の手伝いはしていなかったが食事の準備を自発的に手伝っていた、ランチョンマット・箸を並べて、茶碗・湯のみなど準備していた。ご飯は好きなだけ食べられるので各自でよそっていた。食器洗いはほぼ全員で手伝っていた。掃除機を掛ける人もいた。 | |
| 心身の状態に合わせた生活空間づくり 6項目中 計 | | 6 | 0 | 0 | | |

| 項目番号 | 外部 | 自己 | 項目 | でき | 要 | 評価 | 判断した理由や根拠 | 改善すべき点等の特記事項 |
|------------------------|----|----|--|-----|----|----|---|--------------|
| | | | | ている | 改善 | 不能 | | |
| | | | 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。 | ○ | | | 全介護職員が6ヶ月交代で利用者様1～2名を担当し、アセスメントに基づき責任を持って介護支援計画を作成して対応していた。 | |
| 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。 | ○ | | | 本館・新館ともに月に2回会議の場を持ちカンファレンスを行い夜勤者以外全員で話し合い介護計画の見直しを行う仕組みがある。 | |
| 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。 | ○ | | | 介護計画を作る時には、家族にも相談し意見を取り入れて作成する仕組みが有り、出来たら内容を確認していただく決まり事が出来ている。 | |
| 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見直しを行っている。 | ○ | | | 基本的には2週間で1度。また最長で6ヶ月ごとに職員の担当者が変わるので見直しはしっかり行われていた。 | |
| 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。 | ○ | | | 日々の介護記録は日中用と夜用の2種類がある。時間がある時、担当している利用者様の個人記録を反映して個人ファイルに転記していた。 | |
| 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。 | ○ | | | 業務日誌、連絡ノートに必要事項が書かれてあり、出勤したら必ず確認をする、読んだら自分の名前に日付けを書き込む約束ができていた。 | |
| 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。 | ○ | | | 月2回の会議で意見交換を十分に行い職員間で共有する仕組みが出来ていた。 | |
| ケアマネジメント 7項目中 計 | | | | 7 | 0 | 0 | | |

| 項目番号 | 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. ホーム内でのくらしの支援(1)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) | ○ | | | 一番に入居者の気持ちを考えること。自分の身内だったらと考えることを施設長から職員にしっかり伝わっていた。 | |
| 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。 | ○ | | | 一番に利用者様がどうしたいのか考え対応するように約束が出来ていた。 | |
| 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。 | ○ | | | 入居者全員の生活歴の確認はとれていないが、家族から聴いたり本人から聴いたりしてはできていた。しかし一人暮らしで痴呆が入ってしまいわからない人もいた。 | 『回想法』の話題や内容を活用して本人に接するよう職員が対応しているが、もっと職員と利用者が話す時間を作る取り組みが必要と思われる。 |
| 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。 | ○ | | | 入居者が一番と思いつ仕事をしているが、食事の予定時間に提供できないと不穏になってしまう利用者様がいるので食事作りが優先になってしまう事があったそうだ。 | 時間内でやらなくてはならない事があるとプレッシャーになってしまう事もある。専門の調理栄養師がいると介護職員も時間に追われる負担無く仕事ができる体制が必要と思われる。 |
| 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) | ○ | | | 入居者で意志決定できる人にはそれなりに職員が対応している。決定できない人の場合は二者選択をしていただく事が度々ある。 | 時間がないと職員ペースになりがちになることから、職員の手がある時には利用者とのコミュニケーションを多くとる仕組みの検討が必要と思われる。 |
| 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うようにしている。(場面づくり、環境づくり等) | ○ | | | 一人で出来ることへの配慮が出ていない職員がゆっくり時間を取れないときに、利用者様の手伝いをしてしまうことがあった。ゆったり一緒に行うことが無理なことがある。 | すべてを支援することは自立にはならないことから、御本人が出来ること出来ないことについての把握をして検討し支援をする体制作りが必要と思われる。 |
| 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。 | ○ | | | 車椅子利用者が1名。他はゆっくりだが歩くことが出来る。リビング・庭も広い玄関・窓には鍵が掛かっていなかった。スロープになっているので庭にも出られる。 | |
| 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) | ○ | | | 夜勤の21時から朝まで施錠をしているが、それ以外は開いている。玄関のドアが二重になっていて外側のドアが開くとチャイムが鳴り訪問者が来ると分かるようになっていた。利用者が一人で外出しようと靴を下駄箱にしまっている間に職員が玄関に到着して話しかけ一緒にそのまま出かけたけたりしていた。 | |
| 介護の基本の実行 8項目中 計 | | 4 | 4 | 0 | | |

| 項目番号 | 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)日常生活行為の支援 1) 食事 | | | | | |
| 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。 | ○ | | | 茶碗・おわん・箸は自分のものを利用していた。配膳する人がわかりやすいように箸以外には名前が記入されていた。皿・器は瀬戸物を使用していた。 | |
| 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。 | ○ | | | 調理方法は利用者の希望を聞き対応していた。好き嫌いがある人にも別メニューで対応していた。朝食では、パンの希望者、おにぎりの希望者もいた。 | |
| 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。 | | ○ | | 提携医療機関の栄養士から時々アドバイスをいただいているが毎日の献立チェック、カロリー計算はされていない。一人ひとりの摂取量は記録していないが栄養バランスを考え献立を立て調理している。 | 栄養摂取状況が良いと体調もよく健康でいられる事が知られている。調理栄養士がいると介護職員も時間の余裕が出来てよいサービス提供につながることから、その体制に検討が望まれる。 |
| 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。 | ○ | | | 二つのテーブルに分け職員も同席して食べていた。遅れて食べる利用者様に対しても遅番の職員が話しながら一緒に食べていた。 | |
| | 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。 | ○ | | | 夜はオムツ利用の人がいるが日中はリハビリパンツに尿取りパットを利用。タイミングを見ながらさりげなく声かけをしてお連れしていた。 | |
| 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。 | ○ | | | トイレ誘導時の声かけは本人及び他の人に不快に感じないように気をつけお誘いをしていた。 | |
| | 3) 入浴 | | | | | |
| 36 | 53 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) | ○ | | | 入浴は毎日あるが人によって週1~2回の入浴。普通の家庭風呂であるがゆったりと広く1対1の対応をしている。脱衣所も広くストーブを置き部屋を暖め温度調節を行っていた。 | |
| | 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) | ○ | | | 男性入居者は理容室まで送迎しているが他の女性たちは出張美容室を利用している。 | |

| 項目番号 | 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 |
|-------------------|----------------|-------|-----|------|--|--|
| 38 | 57 | ○ | | | 入居者のプライドを大切にしている。選べる人には選択していただいているが自己主張が出来ない人には職員が2点選びどちらかを選んでいただいていた。 | |
| | 5) 睡眠・休息 | | | | | |
| 39 | 60 | ○ | | | 日中寝過ぎないようにお茶を飲んだり、少しだけだが散歩に行っていた。 | 程良い疲れが有るとよく眠れると言われ、午前午後と2回散歩に出かけたりしているが、他にも楽しみを作り日中の昼寝を無くし生きがい作りに励むことを期待したい。 |
| 日常生活行為の支援 10項目中 計 | | 8 | 2 | 0 | | |
| | (3)生活支援 | | | | | |
| 40 | 64 | ○ | | | お金を手元に置かないと不安な入居者には財布に入れ渡していた。おやつ、買い物などをしてほしい人には同行して対応している。 | |
| | (4)ホーム内生活拡充支援 | | | | | |
| 41 | 66 | ○ | | | 日めくりカレンダーをめくる人、掃除機をかける人、食事の準備をする人食器を洗う人、拭く人などの仕事の役割があった。 | 役割出番はありましたが、家事以外での楽しみや生きがい探しの支援を期待したい。例えば、何かを書く・作る・見る・聞くなどの支援。 |
| 生活支援 2項目中 計 | | 1 | 1 | 0 | | |
| | (5)医療機関の受診等の支援 | | | | | |
| 42 | 68 | ○ | | | 提携医療機関のため、相談をはじめ病院対応を十分に優遇を受けている。歯科医とも連携を取り月1回の受診を受けている。 | |
| 43 | 73 | ○ | | | 家族と共に主治医と話し合って事を進めていた。 | |
| 44 | 74 | ○ | | | 定期的に病院で2週間又は4週間に1度血液検査と尿検査を行っている。 | |

| 項目番号 | 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 |
|-----------------------|---|-----------|---------|----------|--|--|
| | | | | | | |
| | (6)心身の機能回復に向けた支援 | | | | | |
| 45 | 76 ○身体機能の維持 痴呆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。 | | ○ | | 自分の意志をはっきり言える人には十分な対応ができています。自分の意思表示が出せない人には働きかけが少なくなってしまう事が改善点と挙げているが、それに対して会話コミュニケーションを多く取り入れ対応していることは評価できる。 | 言葉が多い利用者が優先になる傾向を職員も認識しているので、手が空いている時間はなるべく口数少ない人を対象に会話をもっと多くするなど工夫に期待したい。 |
| | (7)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。 | | ○ | | 原因を把握してスタッフが必要の都度入居者の間に入って仲裁には入らないで気をそらせる事で解消に努めている。 | |
| | (8)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、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) | | ○ | | 口腔ケアは本人任せで声かけと入れ歯の預かり(着け置き)だけで毎回の点検はしていないが月1回歯科医で点検。磨き方の伝授を受けていた。 | 毎食後の歯ブラシを習慣化にする事が必要と思われる。また、入れ歯の人など点検が必要な人だけでも点検をする仕組みを検討することが望ましい。 |
| 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。 | | ○ | | 服薬の支援は介護職員が行っている。食後の目薬は各自で持っている人もいた。飲み薬は飲むときに手渡しをしていた。 | |
| 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) | | ○ | | 救急救命の講習会の受講は始まっているが応急処置が全員出来る場所までは至っていない。消防署との連絡の赤い電話は設置されていた。 | 病院が隣接しているので、緊急対応はしていただけと思うが、それまでの繋がりや持病がある人の発作対応のマニュアルや緊急時の手当てマニュアルの習得ができると職員の安心にもつながると思われる。 |
| 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) | | ○ | | 感染症対策として今までは手洗いのみだったが、幸い、今までに感染症にかかった人がいない。今後のことを考えて対策方法を熟知する必要があると判断した。 | 研修会に参加したことで得た知識を他の職員と共有する仕組みの検討が望まれる。 |
| 医療・健康支援 9項目中 計 | | 5 | 4 | 0 | | |

| 項目番号 | | 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 |
|------------------------|-----|---|-----------|---------|----------|--|---|
| 外部 | 自己 | | | | | | |
| | | 3. 入居者の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) | ○ | | | 年間計画の中の初詣、花見、外食などは全員で参加している。他に毎日の買い物は職員と利用者の1対1で行くが決まった人ではない。少しの時間だが午前、午後の1日2回散歩に出かけることも評価できる。 | |
| 地域生活 1項目中 計 | | | 1 | 0 | 0 | | |
| | | 4. 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) | ○ | | | 家族が面会に来ることをいつも歓迎してる。入居者が家族と一緒に遠出をする時の準備支援も行ってた。行事参加を家族に依頼した時は、半数の家族から参加協力の応えをもらっている事も評価できる。 | |
| 家族との交流支援 1項目中 計 | | | 1 | 0 | 0 | | |
| | | IV 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。 | ○ | | | 施設長は、ホームの運営目的を達成するために、利用者と職員と一緒に生活し、互いに「ありがとう」と言える支援を目指すことを方針で示している。また、自らがそれらを踏まえた教育マニュアルを作成し、随時職員の指導・育成を行っていることは、サービスの質の向上に向けたリーダーシップの発揮として有効と思われる。 | |
| 54 | 97 | ○職員の意見の反映 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。 | ○ | | | 職員の採用において、面接の他に体験実習を行うことで、本人の意向の再確認と一緒に仕事をする現場職員の意見を聞き採用の可否を決めている。入居者の受け入れでは、面接を複数の職員で行い入居の可否に対する意見を汲み取り決定する取り組みがなされている。 | |
| | | 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。 | ○ | | | 職員の採用において、面接の他に体験実習を行うことで、本人の意向の再確認と一緒に仕事をする現場職員の意見を聞き採用を決定していることは、ホームが必要とする人材を採用する仕組みとして有効と思われる。 | 現在の勤務シフトは3:1の体制が基準となっている。今後、利用者本位を追求するためには、入居する利用者の心身状況やニーズに対応した個別支援をするという視点から勤務シフトの組み方を検討することが必要と思われる。 |
| 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。 | ○ | | | 新人職員の研修プログラムを整備し入職時に研修を実施している。プログラムの習得状況は施設長の目で把握され、不足していると思われる要件について、随時フォローしている。 | 職員の能力向上には、計画的なレベルアップと職員の向上意欲が必要である。今後は、個々の職員の能力レベルの状態を評価し、職員の希望を反映した個別育成計画を策定したうえで、その支援を行うことが必要と思われる。 |
| 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) | ○ | | | 年2回管理者が職員と個別面談を実施し、業務に対する悩みや不安等を聞き取り、その解消に努めている。訪問時には、職員の休憩時の快適性に配慮し、休憩室に設置する空気清浄機の見直しが検討されていた。 | 職員の悩みやストレスは日常の中で集積していくものであることから、管理者もしくはリーダー層が日頃のコミュニケーションで把握・対応したり、職員間で共有する場を設けるなど、解消に向けた方法の検討が求められる。 |

| 項目番号 | 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. 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) | ○ | | | 入居前に施設長が利用者・家族と面談して、利用者のアセスメントと意向を確認し、その結果を職員との会議で現在入居されている利用者の状態との兼ね合いなどを話し合い入居を決定している。また、必要であれば入居対象者の状態に合わせて体験入居を実施し、入居判断をしている。 | |
| 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。 | ○ | | | 退去基準を明確化し入居時に利用者・家族に説明され、退去時にもその理由を分かりやすく説明するよう努めている。また、退去後の利用者の生活を考え、その状態に相応しい施設や支援先の情報等を提供していることは、利用者や介護者の生活の維持に向けた支援として有効と思われる。 | |
| | 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) | | ○ | | ホーム内の清潔感や衛生面に配慮し、職員が各所の定期的な清掃や消毒が行われている。しかしながら、それらの取り組みが十分に機能し、ホームが目指す衛生基準を確保できているかのチェックと改善までにはいたっていない。 | 今後は、利用者の安全・快適な生活を維持するという視点から、清潔・衛生面の基準を明確化したうえで、現在の取り組みの状態を評価・改善する仕組みを検討することが望まれる。 |
| 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。 | ○ | | | 本館と新館に入居する利用者の認知症の状態を随時把握し、注意が必要な場所や物品等の保管方法と管理対応ルールが職員会議で随時検討し、周知されている。 | |
| 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、今後に活かす意義づけ等) | ○ | | | 利用者の事故等を未然に防止するために、ヒヤリハット報告書で事故等につながりそうな事例を収集し、利用者別で原因等が追究され、改善策を検討されている。改善策は会議及び回覧で職員に周知・対応されていることは、未然防止に向けた取り組みとして有効であり、今後の継続と充実に期待するところである。 | |
| 内部の運営体制 10項目中 計 | | 6 | 4 | 0 | | |
| | 5. 情報の開示・提供 | | | | | |
| 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。 | ○ | | | 外部評価を受審することを利用者や家族に面談やアンケート等で伝え、了承を得た範囲の中で必要な情報を提供している。このことは、利用者・家族の個人情報保護とプライバシーに配慮したうえでの対応であり、評価に必要な情報を提供する対応として有効と思われる。 | |
| | 6. 相談・苦情への対応 | | | | | |
| 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。 | ○ | | | 相談苦情の窓口については、契約時に重要事項として書面と口頭で説明している。また、ケアプランの策定・見直しの際に、利用者や家族の意見や要望・相談等を聞き取り、サービス対応に反映している。 | |
| 情報・相談・苦情 2項目中 計 | | 2 | 0 | 0 | | |

| 項目番号 | 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 |
|--------------------------|-----|----|--|-----------|----------|----------|--|--|
| | | | | | | | | |
| 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。 | ○ | | | 家族が訪問した際に、サービス状況をケース記録で説明し、内容に対する評価と意見や要望を積極的に聞き取り、サービス改善や相談に対する対応に反映している。また、面会が少ない家族にはケアプランと記録を郵送し電話等で対応していることは、利用者・家族の意向をサービス改善に取り込む仕組みとして有効と思われる。 | |
| 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) | ○ | | | 家族が訪問した際に、利用者のケース記録を使用して日々の様子や提供したサービスの内容を伝えている。また、全ての家族に対し毎月「すずらんだより」を送付し、行事に参加した利用者の様子や日常生活の状況を伝える取り組みがなされている。 | |
| 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。 | ○ | | | 家族と利用者の意向を確認したうえでホームが金銭管理を行っている。利用者が生活で必要とする物品を購入する際は、家族に連絡・了承を得て購入することを基本とされ、個別の出納帳に全ての領収書を添付し、毎月家族に報告されている。 | |
| 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。 | ○ | | | 市町村事業の介護教室等の受託はないが、地域の公民館との連携で地域住民のクラブ活動からボランティア体験を受け入れ、グループホームの目的や認知症の知識などについて、伝える取り組みが行われている。今後も継続的な取り組みを期待するところである。 | |
| 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に取り組んでいる。 | ○ | | | 地域との関係性を深めるために利用者の散歩や買い物等の機会に、地域住民とのコミュニケーションを取ることに心がけ、数名の方がお花などを届けてくれている。また、地域住民が参加する運営委員会を発足し、地域住民と一緒に地域福祉を考えその定着を図る取り組みに着手し始めている。 | 現在取り組まれている運営委員会の継続的活動を含め、地域住民との関係性を深める取り組みに期待したい。例えば、地域に対するホームの情報提供や地域住民の行事参加など |
| 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) | ○ | | | 利用者の安全を考え消防署との連携し、消防訓練の指導を受けている。また、買い物に近隣のスーパーを利用したり、地域の図書館に出かけるなど、地域施設を利用するよう努めている。 | 利用者の生活の幅を広げることを目的に、地域の施設や機関等の情報を収集し、それらを利用者に情報提供することで、利用者自身が行動するように促す支援が必要と思われる。 |
| 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開放している。(痴呆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) | ○ | | | 将来の地域福祉を支える人材を育成することを目的に、地域の教育機関と連携し、ヘルパー実習生を定期的に受け入れている。また、地域クラブ活動からボランティアを受け入れ、認知症の知識を伝えるなどの取り組みがなされていることは、ホームの経営資源を地域に還元する取り組みとして有効と思われる。 | |
| ホームと地域との交流 4項目中 計 | | | | 2 | 2 | 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。

2. 調査報告概要表

| 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) | |
|---|--|
| <p>施設の母体である病院に隣接するホームで、医療に関わる対応についての安心感がある。ホームの介護方針は、すべて利用者を主役に考え「ありがとうと言われる介護ではなく、ありがとうと言える介護支援をしていく」という独自性のある方針を打ち出し、施設長のリーダーシップで共有化が図られ利用者の個別対応に努めている。利用者に対する個別ケアの状況は家族にケース記録等で報告され、サービス内容に対する評価や意見等を汲み取り、次のケアサービスに確実に反映する仕組みが構築され、家族とホームの信頼関係も深まっていると思われる。また、地域との関係性を深めるために利用者の散歩等の機会に、地域住民とのコミュニケーションを取ることに心がけている。最近では、地域住民が参加する運営推進会議を発足し、地域住民と一緒に地域福祉を考えその定着を図る取り組みにも着手し始めている。</p> | |
| 特記事項(※優先順位の高い要改善点について) | |
| I | ホームの目的実現に向け、施設長は「ありがとうと言われる介護ではなく、ありがとうと言える介護支援をしていく」方針を示し、施設長自らが行う新人研修などを通じて、職員に認知症ケアに対する共通認識を持たせる取り組みがなされている。今後は、新館増設により職員・利用者が増えたことから、さらに各ユニットの職員が主体となったサービス対応が重要になるとと思われる。このことから、ケアサービスの充実や運営体制づくりに向けた施策が方針の実現とどのように関係しているかやどのような状態にすべきかなどの目的と目標を現場を主体に明確化したうえで、それらの取り組みの成果や課題を組織内で共有する評価・改善の仕組みを構築することが必要と思われる。 |
| II | ハード面では改善点は無かったが、個別対応が中心の為全員で何かを作成したり行ったりすることが少ない状況にある。玄関・庭の手入れ、畑の仕事は職員が考え実行しているが利用者が振り向きどこまで参加できるか、参加して来るかが課題と思われる。また、生活の中にクラブ活動や習い事感覚で何か出来ることを支援することで、さらに利用者の生活のメリハリに結びつけることに期待したい。意思表示が出来る人は良いが出来ない人に提案をすることで何かを行う意欲が出て来ると思うので、その人にあったいろいろな企画を検討することが望まれる。 |
| III | 緊急時対応対策として消防署の救急救命研修は行っているが、全職員が出来るところまでは至っていない。施設の母体である病院に隣接するホームのため安心感はあるが、利用者の中に持病で発作を起こす人が居る状況にあることから、発作が起きた時のその人に合った緊急対応手順を作成することや、他の利用者の持病の状態把握をして個別の対応手順を作成することが望まれる。また、転倒や骨折等一般の緊急時対応マニュアルを作成し、それらに従って実践研修を行うなど、実際の場面で対応できる体制づくりに向けた取り組みが必要と思われる。 |
| IV | 利用者へのサービス向上を目指し、職員の認知症ケアに対する知識・技術の修得に向け、認知症ケア専門士の修得や外部研修に参加した職員による技術共有を推進している。今後は、ホームの目指す状態を着実に遂行するためには、それを実行する職員能力を計画的に向上させることが大切です。そのためには、職員に求められる能力要件を明らかにしたうえで、現状の職員の能力レベルを評価し、個々の能力向上の課題を設定した教育計画を展開することが必要と思われる。 |

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