

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 H19年 3月 16日
調査実施の時間 開始 9時 45分 ~ 終了 17時 00分

訪問先ホーム名
千葉県 コムスのほほえみ都賀

主任評価調査員
(記入者)氏名 横滝 公市

同行調査員氏名 野尻 恵子

グループホーム側対応者

職名 ホーム長

氏名 高橋 孝子

ヒヤリングをした職員数 8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 野尻 恵子

| 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 運営理念 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。 | ○ | | | 法人の理念をもとに、ホーム長がホームとしての方針をホーム会議、ユニット会議、カンファレンス、申し送りなどで、職員に周知している。また、リーダー会議において方針をもとに課題や改善策を検討し職員に伝達される。それらは月一回の職員アンケートで理解度を確認している。このことは、方針等の理解・浸透を図る仕組みとして有効と思われる。 | |
| 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。 | ○ | | | ホームの運営理念は、玄関、居間、スタッフルーム、事務所に掲示してある。また、利用者・家族にホームのことを理解・納得したうえで入居を決定していただくために、施設内覧時にホームの特徴の具体的な説明と質問等に対応している。 | |
| 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。 | ○ | | | 内覧時に説明すると共に、契約書等に記載された個人情報の取り扱いや利用者の尊厳、提供するサービス内容等を読み合わせ、理解していただいたうえで同意を得よう努めている。 | 利用者の権利義務が実際に周知・徹底されていることが重要であることから、現場職員がその内容を理解し、基準を満たした行動が出来ているかの評価と改善をする仕組みを検討することが望まれる。 |
| | 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) | ○ | | | 開所前に町内において、ホームの運営目的や認知症等について説明会を実施し、その理解を促している。また、開所後は入居者の生活等で利用する地域の施設や関係機関等に出向きホームを紹介している。最近では、入居者の利用を受け入れる施設等が増えてきていることは、これらの活動の成果と言える。 | |
| 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) | ○ | | | 認知症の入居者の事故を防ぐため、小物や花など、手の届かない場所に置いてあるが、現状で出来る限り家庭的になるよう取り組んでいる。玄関は施錠されておらず、誰でも気軽に入れる状態であり、地域との関わりを大切にしている配慮がなされている。 | |
| 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。 | ○ | | | 浴室の大きさや設備等、一般家庭と同様の雰囲気を有している。また、入居者がくつろげるように座りやすいソファーが配置されており、入居者が自由に利用しているなど、入居者主体の共有空間づくりがなされている。 | |

| 項目番号 | | 項目 | できている | 要改善 | 評価不能 | 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 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。 | ○ | | | 廊下の奥にソファーを用意しており、入居者が静かに過ごしたいときや、面会の家族と過ごせる配慮がされている。それぞれの利用者が、お気に入りの場所に座れるよう支援している。 |
| 8 | 9 | ○入居者一人ひとりにあわせた居室の環境づくり 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。 | ○ | | | ベッドはそれぞれの利用者の好みを反映したものを持ち込んでいいる。居室は利用者の生活状況や身体状況に配慮し、安全を確保するため、つまづきやすいカーペットを取り除くなどの環境づくりを心がけている。 |
| 家庭的な生活環境づくり 4項目中 計 | | | 4 | 0 | 0 | |
| 2. 心身の状態にあわせた生活空間づくり | | | | | | |
| 9 | 11 | ○身体機能の低下を補う配慮 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) | ○ | | | トイレや浴室など建物設備に手すりが備え付けてあり、室内共用フロアは全てバリアフリーになっている。流し台は車椅子でも利用しやすい高さになっているなど、入居者の身体機能の低下に安全に対応できるよう配慮されている。 |
| 10 | 13 | ○場所間違い等の防止策 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) | ○ | | | 場所間違いを防ぐため、居室のドアにはそれぞれの利用者の目印になるものを置いてある。またトイレのドアの前だけ、グリーンが目印があり利用者の居室との区別がしやすくなるよう工夫されている。 |
| 11 | 14 | ○音の大きさや光の強さに対する配慮 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) | ○ | | | 白内障の入居者のため、眩しくないよう要望があればカーテンを閉めるなど対応している。職員の会話は穏やかであり、入居者のペースを乱さない配慮をしている。 |
| 12 | 15 | ○換気・空調の配慮 気になる臭いや空気のだよみがないように、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。 | ○ | | | 気温、室温、湿度などチェックして、定期的に換気を実施している。また、それ以外にも、入居者の様子を見て対応している。 |
| 13 | 17 | ○時の見当識への配慮 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。 | ○ | | | キッチンが見える場所にシンプルでわかりやすい時計が掛けてある。また、日にちや時間を認識しやすくするため話題にするよう心がけている。 |
| 14 | 18 | ○活動意欲を触発する物品の用意 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) | ○ | | | 入居者の活動出来ることが限られているが、入居前に使用していたものを中心に用意したり、フラワーアレンジメントが好きな方には一緒に花を買いに行くなど、入居者主体の活動を尊重して支援している。 |
| 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 | | 項目 | できている | 要改善 | 評価不能 | 改善すべき点等の特記事項 |
|------------------------|----|--|-------|-----|------|---|
| 外部 | 自己 | | | | | |
| | | 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。 | ○ | | | 家族から今までの生活の様子を伺い、入居後も、出来るだけ今までの生活が活かされるようアセスメントを行っている。また、介護を行う職員からの気づきや観察が伝わりやすい仕組みが整っており、その情報を基に具体的な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。 | ○ | | | 全ての職員に計画の内容がわかるようにするため、センター方式の導入と定期的に行われるホーム会議で職員の意見を取り入れる仕組みが出来ていることは、個別ケアを充実させる情報共有の仕組みとして有効と思われる。 |
| 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。 | ○ | | | 家族の面会時に相談して、計画の内容を確認している。遠方の家族には電話で連絡するなど、意見を反映しながら介護計画を作成している。 |
| 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。 | ○ | | | 入居者の介護度が変わったとき、又身体状況の変化があったときに見直しを行っていることが介護計画書から確認できる。 |
| 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。 | ○ | | | 個人別の介護記録が毎日記録されており、それをもとにして介護計画に反映する仕組みが出来ている。 |
| 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。 | ○ | | | 確実に情報伝達を行うため、毎日の管理日誌への記録を行い、申し送り事項をピックアップし、カンファレンスに活用している。全員に伝えたい内容は、ホーム全体会議で取り上げて話し合う仕組みができていて、活用されている。 |
| 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。 | ○ | | | 定期的に行われるホーム全体会議やユニットごとのカンファレンス、ミニカンファレンスノートを活用して意見交換を行い、問題点を解決する様取り組んでいる。 |
| 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 |
|------------------------|----|---|-----------|---------|----------|--|--|
| 外部 | 自己 | | | | | | |
| | | 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) | ○ | | | ホームの理念として尊厳の尊重を掲げており、その実践に向けて研修や勉強を行い、全ての職員が確実に行えるよう取り組みがされており、職員も入居者を尊重する介護に努めている。 | |
| 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。 | ○ | | | 入居者が混乱や不穏にならないよう職員は穏やかに話している。入居者のこだわりを持った収集行動もそつと見守り入居者の気持ちを傷つけないように配慮している。 | |
| 24 | 30 | ○入居者一人ひとりの過去の経験を活かしたケア 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。 | ○ | | | 家族から今までの生活歴を伺い、入居者の様子を見てその状況に合わせた声かけを行い、コミュニケーションを楽しめるよう配慮している。 | |
| 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。 | ○ | | | 食事中寝てしまった入居者にはおやつを多めに用意して、入居者のペースに合わせるなど、入居者の習慣を把握して入居者主体の支援を行っている。 | |
| 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) | ○ | | | 買い物の時など、会話の中から希望を汲み取り、話し合いながら選べる場面を作っている。買い物が出来ない方にはチラシを見てもらい、その中から選んでもらっている。また、飲み物の好みを聞いた、肉魚など選んでもらうなど、入居者の意思を尊重するよう配慮している。 | |
| 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うようにしている。(場面づくり、環境づくり等) | ○ | | | 茶碗洗いや、買い物など、出来ることはやっていたい。職員は見守りながら声かけをして入居者が主体となって行っていると感じられるよう配慮している。 | |
| 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。 | ○ | | | H18年の虐待法制定に伴ってホーム会議で身体拘束のケースを取り上げ現状のケアを確認している。実際に身体拘束は行っていない。 | |
| 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) | | ○ | | 入居当初の強い帰宅願望のあるときや病欠などの理由による人員不足時は安全確保のため施錠を行うことを家族に説明している。玄関には鍵がかかっているが、一階の玄関と居間との間のドアに鍵がかかっている。 | 病欠などの理由による人員不足を補える仕組みを整備をされ、ホーム側の理由からの施錠を避ける取り組みが望まれる。 |
| 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 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。 | ○ | | | 個人の物を使用している方もいるが、破損した場合は、職員が購入して、その中から入居者の気に入ったものを選んでもらい使用することで、なじみの食器となるように配慮されている。 | |
| 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つつ、おいしそうな盛り付けの工夫をしている。 | ○ | | | 咀嚼・嚥下機能に合わせて、食材を柔らかく煮たり、細かく刻むなどの配慮がされている。医師の指示によりカロリーや塩分制限のある方には食欲を低下させないよう調理方法を工夫している。 | |
| 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。 | ○ | | | 法人指定の記録用紙に食事摂取量、水分摂取量を記入して推移を把握して入居者の健康に努めている。 | |
| 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。 | | ○ | | 一緒に食事ができているユニットもあるが、入居者の状況により、自分のペースで食べ始めたり、隣の人の食事を食べてしまう人もいて、職員が介助や見守りに追われている。また職員もゆっくり食事がしたいという希望があり、一緒に食事ができない状況が見られる。 | 家族のようなホームになるためにも、職員の食事時間をずらすことで、一部の職員でも一緒に食事ができるような取り組みを期待したい。 |
| | | 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。 | ○ | | | 入居者の意志を尊重してトイレ誘導を行っている。また、トイレチェック表を活用して排泄リズムを把握して誘導を行っている。原則としてオムツを使用しない方向で、出来る限り自立支援に配慮した対応を心掛けている。 | |
| 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。 | ○ | | | 入居者の状況により、見守りを重視するためドアを締め切ることができない場面があるが、トイレ入り口にカーテンをつけるなど出来る限りプライバシーに配慮する工夫をしている。 | |
| | | 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) | ○ | | | 体調の変化に合わせ、入居者の希望を考慮している。入浴時間は設定せず、いつでも入浴できるようにしてある。入浴できない入居者には清拭を行うなど一人ひとりに合わせる取り組みがされている。 | |
| | | 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) | ○ | | | 入居者の希望を反映し、理髪ボランティアの利用や近隣の美容室、理髪店と提携し、利用者がいつでも利用できるよう支援している。 | |

| 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 |
|--------------------------|----|--|-------|-----|------|---|--------------|
| 外部 | 自己 | | | | | | |
| 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、プライドを大切にできなくカバーしている。(髭、着衣、履き物、食べこぼし、口の周囲等) | ○ | | | 洋服の汚れは状況により、気付かれないように洗濯を行うなどさりげなく支援している。食事の食べこぼしも指摘せずそっと片付けて、入居者のプライドを尊重する支援が行われている。 | |
| | | 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。 | ○ | | | 睡眠チェック表を使用し、個別の 패턴を把握している。眠れない入居者には飲み物を提供して安眠できるよう支援している。また、日中は散歩に誘ったり、歌を歌うなどして過ごしていただき、安眠できるように支援している。 | |
| 日常生活行為の支援 10項目中 計 | | | 9 | 1 | 0 | | |
| | | (3)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。 | ○ | | | 原則としてホームで金銭管理を行っているが、買い物時には支払を任せることがある。自己管理を希望される方、金銭管理が可能な方には小額を持ってもらっているなど、入居者の力量に応じた支援を行っている。 | |
| | | (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 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) | ○ | | | 食器洗いや洗濯物たたみなど、職員と一緒にしたり、見守りをして入居者が楽しみながら、また入居者主体となるような声かけをしながら支援をしている。 | |
| 生活支援 2項目中 計 | | | 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 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) | ○ | | | ホーム長が看護師であり、提携医へ適宜、適切な連絡を行い指示を受けている。 | |
| 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。 | ○ | | | ホーム長が看護師ということもあり、入院時には介護サマリーなどの情報提供を行っている。退院にあたっては提携医からの意見、指示を受け、ホームでの受け入れ準備に備えている。 | |
| 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。 | ○ | | | 個別性を考慮したうえで血液検査をおこない、医師の指示により、年に一回の胸部レントゲン、心電図などの検査を行い、入居者の健康管理を支援している。 | |

| 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 |
|-----------------------|----|---|-----------|---------|----------|--|---|
| 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 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。 | ○ | | | 今の入居者のできることを把握し、安全面に配慮しながら食器拭きや散歩、洗濯物たたみなどできることはやっていただくようにしているなど日常生活動作の中で生活リハビリを念頭に置き支援を行っている。 | |
| | | (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。 | ○ | | | ある程度の口論はいつでも仲裁に入れるような体制をとって見守りをしている。危険を伴う場合は回避するような対応を行っている。 | |
| | | (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) | | ○ | | 朝晩の口腔ケアを実施している。訪問歯科診療の定期口腔ケア及びケアのアドバイスを受けている。 | 口腔内の清潔保持や口腔内の異常を早期に発見できるよう、毎食後の口腔ケアが望ましい。 |
| 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。 | ○ | | | 服薬の準備から服薬にいたるまでに、複数の職員の連携によりミスを防ぐ仕組みがある。服薬介助では二人の職員が飲んだことを確認している。 | |
| 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) | ○ | | | ホーム長が看護師であり、緊急時の対応が可能である。その上、職員採用時の救急救命講習を義務付けている。また、予測できる緊急時の対応については予め提携医に確認を行い備えている。 | |
| 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) | ○ | | | キッチン衛生管理表、感染予防チェック表を活用している。また、感染症対策の一環としてノロウイルスなどの発生に備え、手袋、エプロン、ゴミ袋等一まとめにしたものが整備され、認識の高さが伺える。 | |
| 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 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、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) | ○ | | | その日の状況に合わせて近隣スーパーへの買い物に出かけたり、地域の祭りや催し物があれば積極的に参加するよう心がけている。また、庭先で食事をしたり、お弁当を買って公園で昼食を取るなど楽しめる工夫をしている。 | |
| 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) | ○ | | | いつでも気軽に訪問してもらえるよう面会時間の設定は行っていない。また、たより等を配布して訪問してもらえるよう働きかけている。 | |
| 家族との交流支援 1項目中 計 | | | 1 | 0 | 0 | | |
| IV 運営体制 1. 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。 | ○ | | | 管理者のマネジメントマニュアル等に管理者の役割と責任が明確化され、管理者研修にてその内容が周知されている。また、ホーム長・リーダー層は、より良い介護支援を提供するには、職員自身が働き易く遣り甲斐を見出す職場環境が重要と考え、それらの支援に努めている。このことは、ホームの目的実現に向けたリーダーシップの発揮として評価できよう。 | 今後は、リーダー層の活動により組織の状態をどのような姿にすべきかの目標を明確化したうえで、活動の成果指標を持ってリーダーシップの評価・改善を図る仕組みを検討することが望まれる。 |
| 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。 | | ○ | | 職員の採用の際、独自の採用基準と面接手順等を持ってホーム長が面接し、その内容をユニットリーダーに伝え、現場の意見を仰いで採用の可否を決定している。このことは、ホームの価値観を共有し、現場で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。 | 行事計画や各委員会の課題等は現場職員によって策定されている。しかし、全体方針との整合性にかかる状況にあることから、年次計画策定及び定期レビュー時に整合を図るプロセスを構築することが必要と思われる。 |
| 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。 | ○ | | | 勤務シフトは、職員の働き易い環境と利用者の生活を考え、職員の希望休日等の反映や行事等における利用者対応を考慮して策定されている。また、ホーム全体を一つの大所帯ととらえ、全職員がユニット間を行き来するよう勤務シフトが策定されている。 | |
| 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。 | | ○ | | 職員の能力向上については、採用時導入研修・ケアスタッフ研修・リーダー研修・管理者研修・ケアマネ研修等を法人が計画的に主催されており、該当する職員が随時参加し、研修内容は報告書等で共有している。また、介護に関わる最新情報等もリーダー層や専門職から、申し送り等を通じて職員に伝える取り組みがなされている。 | |
| 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) | ○ | | | 職員が働き易い環境を作ることを重視し、職員の希望休日やリフレッシュ休暇等を確実に勤務シフトに反映するよう工夫と管理がなされている。また、ストレスや悩み等の解消のため、法人のメンタルケア相談室の活用やリーダー会議にて、職員の状態確認や対応策について検討され、環境改善に努めている。 | |

| 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 |
|------------------------|-----|--|-----------|---------|----------|---|--|
| 外部 | 自己 | | | | | | |
| | | 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) | ○ | | | ホームとしての入居対象者の基準が明確化され、利用者・家族にも入所前に説明されている。入所前の面接時にその基準を満たしているかを確認し、医療機関からの情報を含めて入居判断をホーム内で検討している。また、その判断については法人本部に報告され最終決定される仕組みが構築されている。 | |
| 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。 | ○ | | | 退去の判断基準は、入居前と退去判定時に利用者・家族に説明され、ホーム側の独断にならないよう法人の判断を含めた退去決定の仕組みが構築されている。また、次の入所先に対して利用者の状態などを介護サマリーや提携医の紹介状等で情報提供するなど、退去後の生活の維持に向けた支援がなされている。 | |
| | | 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) | ○ | | | 利用者の安全な生活を維持するため、感染症予防対策チェックやキッチンチェック表を活用して、日々の衛生管理状況を把握し問題等があれば会議等で随時対応策が検討されている。また、衛生管理に必要な情報や知識習得に向けた取り組みがなされている。 | |
| 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。 | ○ | | | 入居者の認知症状から起こりうるリスクを考え、薬や刃物等の注意が必要と思われる物品は鍵のかかる場所に保管することを取り決め、ルール通りに実行するよう努めている。 | 今後は、保管ルールが正しく行われているかを、あるべき状態から確認し評価改善する取り組みや利用者の状態変化で起こりうるリスクを予測し、ルールの見直し改善をする仕組みを検討することが望ましい。 |
| 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) | ○ | | | 発生した事故内容は、利用者別に身体状況や発生原因等を事故報告書に纏められ、定期的に行うカンファレンスにて、事故等の原因追求と防止対策が検討されている。また、それらの情報は専用ファイル等を活用し、各ユニットにフィードバックされる仕組みが構築されている。このことは、再発防止に向けた仕組みとして有効と思われる。 | |
| 内部の運営体制 10項目中 計 | | | 9 | 1 | 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。 | ○ | | | 契約時に重要事項説明書に記載された窓口等を説明している。また、玄関入口にも窓口等の連絡先が掲示され、クレームにつながりそうな意見等に対しては、早急に対応するよう努めている。 | |
| 情報・相談・苦情 2項目中 計 | | | 2 | 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 |
|--------------------------|-----|--|-------|-----|------|--|---|
| 外部 | 自己 | | | | | | |
| | | 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。 | ○ | | | 家族の訪問時には、必ず要望や気がついたことがないか家族に尋ねるように心がけている。また、ホームだより等を定期的に送付し、連絡を取るよう努めている。 | 現在の取り組みでは、要望等が少ない状態にある。言いにくかったり相談に迷っている家族がいると思われることから、コミュニケーションの取り方や収集の方法等を検討することが望ましい。 |
| 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) | ○ | | | 月に一回ホーム便りを発行し、その際入居者の生活の様子を写した写真とスタッフからのコメントを添えた手紙で入居者の暮らしぶりを伝えている。また、入退院時には介護サマリーなどで入居者の健康状態などの情報を報告している。 | |
| 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。 | ○ | | | 入居の時点で金銭管理について説明し、家族と本人の要望を確認したうえで管理方法を決定している。立て替え金の運用については、一ヶ月ごとに全ての領収証と出納を明らかにし家族に詳細を報告する仕組みとなっている。 | |
| 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。 | | | ○ | 市町村への定期的な訪問を行っているが、現状までに受託するまでには至っていない。今後も、受託に向け継続訪問を行うことに期待したい。 | |
| 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。 | ○ | | | 夏祭り、盆踊り大会への参加など、ホームの行事への際には近隣の方の参加を呼びかけている。 | |
| 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) | ○ | | | 入居者の日常生活のケアサービスにおいて、買い物や外食・整容等に近隣の施設等を利用するよう努めている。これらの取り組みで、地域におけるホームの認知度が向上し、受け入れ先も増えてきている。 | 今後は、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に期待したい。 |
| 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・研修の受け入れ等) | ○ | | | 地域で必要とされるホームになることを目指し、近隣中学校の職場体験の受け入れや子供110番の登録等を行っている。また、自法人内のヘルパー実習生を受け入れていることは、ホームの経営資源を活用した貢献活動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 | | | 3 | 0 | 1 | | |

- ※ (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>開所4年という新しい施設であるが、一人でも多くの高齢者の尊厳と自立を守るという理念がホーム長とリーダー層の指導・支援の下、全スタッフに理解・浸透が図られている。また、ホーム長は良いケアには良い職場環境が重要と考え、スタッフをほめて育てることを方針に、スタッフがのびのびと仕事ができる環境作りの支援に努めており、スタッフ同士の協働意欲も高まっている。このような組織体制のもと、利用者と職員が気軽に外出し、地域の商店や、公園など近くの社会資源を活用していく中で、地域の関係者に利用者に対する職員のケアの姿勢が理解され、地域での信頼を得られるようになった。今では、気軽に声を掛け合う関係先が増え、今後も関係性の深まりに期待できるであろう。</p> <p>入居者の個別ケアに関しては、サービス内容がきめ細かく丁寧に記録され、スタッフ間で情報の共有し、記録の目的をしっかりと捕らえて、個別サービスに活用されている。また、1階、2階を一つの大所帯(家族)と考え、それぞれの階のスタッフが連携して、入居者の趣味に合わせた対応や違うユニットへの移動を行うなど、入居者主体の支援がなされている。</p> | |
| 特記事項(※優先順位の高い改善点について) | |
| I | ホームの理念・方針はホーム長とリーダー層の強力なリーダーシップにより、職員及び家族・地域に対する理解・浸透が図られ、さまざまな取り組みがなされている。今後は、施設を目指す姿の実現に向け策定された方針や計画等が着実に実行され、それらの取り組みでより効果的に成果が得られるよう、活動内容を評価・改善していく仕組みを構築することが必要と思われる。例えば、利用者の権利義務は実際の現場で周知・徹底されていることが重要であり、現場職員がその基準を満たした行動が出来ているかの評価と改善をする仕組みの検討や、現場職員の意見を基に策定された行事計画や各委員会の課題等が、全体方針と整合性を図り、その成果を評価・改善するプロセスを構築することなど。 |
| 運営理念 | |
| II | 入居者や家族の状況により、居室の生活空間は個性を重視して安全に配慮されて作られている。共有空間は不必要な目印をつけることなく、家庭的な雰囲気でも過ごしやすい環境となっている。しかし、一階ユニットでは、認知症の周辺症状により、異食行動や、徘徊があることで居間から玄関へと通じるドアは施錠されており、自由に出入りが出来ない状態になっている。入居者の徘徊のパターンや状況を把握し、現状においても段階的に開錠に向けて取り組みをされることを期待したい。 |
| 生活空間づくり | |
| III | ケアサービスを行うためのケアプラン、入居者個別の記録は細かく記入され、緊急時に素早く対応できる仕組みが整っている。入居者の状況把握を行い、ホーム長、職員が熱心にケアサービスの向上に取り組んでいることが伺える。しかし、介護計画の見直しについては、入居者の日々の変化に早急に対応することに追われ、長期に置いての計画の見直しに手が回らない状態を引き起こしていると思われる。職員が入居者とのんびり一緒に過ごすなどコミュニケーションの方法を工夫し、認知症の入居者のニーズを更に引き出す取り組みを期待したい。また、介護の見直しは期間を決めてきめ細かな観察を行い、少しゆったりと考え、必要な情報の収集や分析を確実に行うことで、実践・自己評価につなげていけることが望まれる。 |
| ケアサービス | |
| IV | ホーム会議やカンファレンスを通して、ホーム長とリーダー層のリーダーシップの下、職員全員が情報を共有できる仕組みが整っている。ホーム長が看護師ということもあり、緊急時や入退院の際にも医師との連携がスムーズに行われている。家族との参加を促すためのお知らせや行事に関して積極的に取り組もうとされているが、成果への結びつきが低い状況にある。これらに関して、現場の職員の意見を取り入れるなど、違う角度での発想も必要と思われる。また、会議や、申し送り、緊急時など様々な場面でホーム長に職務が集中していることから、管理者の負担の軽減及びリーダー層を含めた職員のボトムアップにつなげるためにも、業務を分散し職員に任せるなど、業務分担や役割等を再検討し、継承性の高い仕組みの整備に期待したい。 |
| 運営体制 | |

| 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 | 4 | |
| II 生活空間づくり | | | |
| ② 家庭的な生活環境づくり | 4項目 | 4 | |
| 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 | 7 | |
| ⑥ 日常生活行為の支援 | 10項目 | 9 | |
| ⑦ 生活支援 | 2項目 | 2 | |
| ⑧ 医療・健康支援 | 9項目 | 8 | |
| 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 | 9 | |
| 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 | 3 | |