

1 評価報告概要表

| |
|--|
| 全体を通じて(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>優れている点</p> <p>自然環境に恵まれた小高い場所に設置されている2ユニットのホームで、室内は明るく、居室や居間から山々や田園の広がりが見え、四季を満喫できるよう設計されています。運営理念が言語化され、玄関、居間、廊下などのあらゆる場所に違和感なく掲げてあり、安心できる場所として、会話のある、笑顔の絶えない生活を、管理者及び職員もその目標に向けてケアを実践されています。併設されている福祉施設との交流や協力体制もあり、また近くにある山村留学センターの子どもたちとの交流もあるなど、安心して生活を楽しめるようにしています。</p> |
| <p>特徴的な取組等</p> <p>各居室にトイレ、洗面所が設置され、その人らしい暮らしができるよう配慮され、人権、プライバシーが保たれるよう支援されています。また、各居室には小窓があり、夜間など特に、睡眠を妨げることなく、プライバシーに配慮しつつ、さりげない見守りができる工夫がされています。現在、入居者8名と4名の2ユニットに、日中はそれぞれ3名の職員、夜間は1ユニット1名の夜勤体制で、一人ひとりの自主性を尊重したケアがされています。</p> |
| <p>現状及び改善策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の行事などには参加されておられますが、運営理念の意義や役割が理解されるような啓発、広報活動も検討されてはいかがでしょうか。 ・契約書等に入居者の権利、義務についての内容をわかりやすく明示され説明されるよう望みます。 ・ホームの苦情相談窓口は明示されていますが、外部機関の明示、第三者委員の設置も検討されてはいかがでしょうか。 ・平成18年3月に新設されたホームで、入居者各自に主治医があり、家族がかかりつけ医に受診しておられますが、入居者の定期的な健康診断を望みます。 |

| | |
|----------|-------------|
| グループホーム名 | グループホーム本郷 |
| 訪問調査日 | 平成19年 2月22日 |
| 評価確定日 | 平成19年 3月31日 |

| 分野・領域 | 項目数 | できている項目数 |
|-------------------|-----|----------|
| 1 事業運営に関する事項 | | |
| 管理・運営 | 16 | 15 |
| 職員への教育・研修 | 2 | 2 |
| 入居者や家族への対応 | 6 | 4 |
| 入居者の人権の尊重 | 1 | 1 |
| 2 サービスの提供体制に関する事項 | 7 | 7 |
| 3 サービスの提供内容に関する事項 | | |
| 入居者の自立に配慮した支援 | 9 | 9 |
| 入居者の個性に配慮した支援 | 9 | 9 |
| 入居者の生活の質に配慮した支援 | 3 | 3 |
| 入居者の人格に配慮した支援 | 8 | 8 |
| 医学的管理及び健康に配慮した支援 | 6 | 5 |
| 4 施設環境に関する事項 | 10 | 10 |
| 5 家族との連携に関する事項 | 4 | 4 |
| 6 地域との交流に関する事項 | 4 | 4 |

2 評価報告書

| 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 |
|--------------------------------|----|---|-------|-----|------|--|-----------------|
| 1 事業運営に関する事項 | | | | | | | |
| (1) 管理・運営 | | | | | | | |
| グループホームの意義や役割目標や理念等を明確にしていますか。 | | | | | | | |
| 1 | 1 | 管理者及び職員はグループホームの意義や役割等について理解している。 | | | | 管理者及び職員は、グループホームの意義や役割等についてよく理解している。職員会議などで意義や役割をよく話し合い学んでいる。 | |
| 2 | 2 | 管理者は、自らの運営するホームについて、その運営理念を明確に表現し、職員と目標を共有している。 | | | | 管理者は、ホームの運営理念を明確に言語化し、職員と共有している。玄関、廊下など数ヶ所に掲示して、常に意識するようにしている。 | |
| 3 | 3 | ミーティング等では、グループホームのケアで大切なことや介護の根本的な考え方が常に話題に挙がっており、職員の間で相互に意識啓発している。 | | | | ミーティングなどでは、介護の根本的な考え方を話し合い、職員間で意識啓発に努めている。 | |
| 4 | 4 | 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) | | | | ホーム便りを毎月作成し、家族に送付しているが、地域には配布していない。地域への運営理念の啓発、広報活動は十分とはいえない。 | ・地域へむけての啓発活動の検討 |
| 入居者の生活の流れに応じた職員配置をしていますか。 | | | | | | | |
| 5 | 5 | 日中は、入居者一人ひとりの自由や自主性を尊重しつつ、屋外活動も十分行える職員数を確保している。 | | | | 日中は3人の職員体制で入居者の自由や自主性を尊重し、屋外活動も行える職員数を確保し、十分取り組んでいる。 | |
| 6 | 6 | 夜間は、トイレ誘導や不眠など、必要なケアに対応できる体制をとっている。 | | | | 各ユニットに1名の夜勤者を配置し、勤務者間の連携体制も整えている。各居室にトイレも設置されており、必要なケアのできる体制である。 | |
| 7 | 7 | 職員の勤務の都合ではなく、入居者の生活の流れに応じた職員配置にしている(朝食前や夕食後、土日祝日、病休や急な。休みのときの代替職員の確保) | | | | 各ユニットに適正数の職員を配置しており、急な休みの時にはお互いが連携し、カバーして代替もスムーズにできるようにしている。 | |
| グループホームにふさわしい職員の質を確保していますか。 | | | | | | | |
| 8 | 9 | 法人代表者や管理者は、それぞれの権限や責任を踏まえて、サービスの質の向上に向け、職員全員と共に熱意をもって取り組んでいる。 | | | | 法人代表者や管理者は、それぞれの権限や責任を踏まえ、サービスの向上に職員とともに熱意をもって取り組んでいる。 | |
| 9 | 10 | 介護従事者の採用、運営方法、入居者の受入や入居継続者の可否については、職員の意見を聞いている。 | | | | 介護従事者の採用やホームの運営方法、入居契約の更新、新規契約に際して施設見学を必須にすることなど、職員の意見を聞いている。 | |

| 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 |
|---|----|--|-------|-----|------|--|--------------|
| 各種記録を適切に整備し、それらを活用していますか。 | | | | | | | |
| 10 | 13 | サービスに関わる必要な書類(業務日誌、介護計画、介護記録、苦情や事故の記録、預かり金の金銭管理簿、その他サービスに関わるもの)を整備し、適切に記録している。 | | | | 業務日誌、介護計画、苦情や事故の記録、預かり金銭管理簿等、必要な書類は整備され適切に記録されている。 | |
| 11 | 14 | 記録した内容を、日々の介護や介護計画に反映させている。 | | | | 実行した介護計画について評価し、記録した内容を日々の介護や新たな介護計画に反映している。 | |
| 12 | 15 | 重要な事柄は、職員間で確実に共有できるように、記録内容を全員が把握できるような工夫をしている。 | | | | 重要な事柄は、連絡ノートに記録し全員が把握できるように工夫し、確認サインもきちんとしている。 | |
| 想定される危険を認識し、その対策を立てていますか。 | | | | | | | |
| 13 | 16 | 薬や洗剤、刃物等の取扱いに注意が必要な物品については、保管場所、保管方法を明確に取り決め、かつ、そのとおりに実行している。 | | | | 薬剤は事務室に保管し、刃物類は、鍵のかかるところに保管している。夜間は、台所や風呂場などは施錠している。 | |
| 14 | 17 | けが、転倒、窒息、意識不明、行方不明等の緊急事態の発生に備えて、具体的な対応策が手順化され、日頃からその訓練をしている。 | | | | マニュアルを作成して、職員が対応しやすいように手順化している。事務室には緊急連絡網を掲示し、また、併設施設の看護師の協力により日頃からの訓練もしている。 | |
| 15 | 18 | 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) | | | | 感染症予防マニュアルを作成し、予防や対応を取り決め、特に手洗いやうがいを徹底している。 | |
| 16 | 19 | 緊急事態が発生した場合や発生の可能性が見られた時には、事故報告書や“ヒヤリはっと報告書”等をまとめるとともに、発生防止のための改善策を講じている。 | | | | 事故報告書、ヒヤリはっと報告書は記載整備し、職員会議等で発生防止のための改善策を講じている。 | |
| (2)職員への教育・研修 職員の教育・研修やストレスの解消に努めていますか。 | | | | | | | |
| 17 | 21 | 休暇を利用した自主的な研修ではなく、勤務の一環としての外部研修の機会を提供している。 | | | | 勤務の一環として研修に参加している。研修には理解があり、全員が受講できるよう配慮しており、復命もきちんとしている。 | |
| 18 | 22 | 働く中での悩み、ストレスなどを解消するための配慮や工夫をしている。(職員相互の親睦、悩みの聴取等) | | | | 休憩時間の配慮や懇親会を開催し、親睦やストレス解消を図っている。 | |

| 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 |
|---|----|---|-------|-----|------|--|---------------------------|
| <p>(3) 入居者や家族への対応 入居前の事前説明や入居手続は、適切に行っていますか。</p> | | | | | | | |
| 19 | 25 | 入居契約に際しては、重要事項説明書の他に、情報公開項目や自己評価及び第三者評価の結果も合わせて提示し、十分な資料に基づいて説明をしている。 | | | | 重要事項説明書、契約書を用いて説明しているが、利用者の権利、義務が明確にわかりやすく記載されておらず、十分な資料に基づいて説明しているとはいえない。 | ・入居者の権利、義務の明記 |
| 20 | 26 | 具体的にわかりやすく記載したパンフレットを用いて、契約内容及び利用料金(家賃、食費、光熱水費、その他の実費、敷金設定の場合の償却、返済方法等)について、懇切丁寧に説明している。 | | | | 具体的にわかりやすく記載したパンフレットを用いて契約内容や利用料金について説明している。 | |
| <p>入居時及び退居時には、家族や関係機関と連携をとり、スムーズに「移り住む」ことができるようにしていますか。</p> | | | | | | | |
| 21 | 27 | 入居者の決定過程を明確にするとともに、入居者についての事前のアセスメントを適切に行ない、職員間で十分な情報の共有を行った上で、入居者を迎え入れている。 | | | | 入居希望時には事前に、センター方式のアセスメントを行ない、職員間で情報を共有して受け入れている。 | |
| 22 | 28 | 退居は契約に基づいて行うとともに、その決定過程を明確にし、入居者や家族に十分な説明を行った上で、安心して退居先に移れるように支援している。 | | | | 退居は、契約に基づいて入居者や家族に十分説明し、安心して退居先に移れるよう支援している。 | |
| <p>苦情や意見をサービスの質の向上に反映させる仕組みがありますか。</p> | | | | | | | |
| 23 | 31 | 相談や苦情を受け付ける窓口及び職員を明示し、苦情処理の手続きを明確に定めている。 | | | | 相談や苦情を受け付ける窓口及び職員は明示しているが、外部機関の紹介や第三者委員の未選任など、苦情解決体制や手順の明示が十分とはいえない。 | ・外部申し立て機関の明示 ・第三者委員の選任 |
| 24 | 34 | 家族が、気がかりなこと、意見、希望を職員に気軽に伝えたり、相談したりできる雰囲気づくり(面会時の声かけや定期的な連絡、ケアカンファレンスへの参加要請や連絡ノート作成等)を行っている。 | | | | 毎月発行しているホーム便りで様子を知らせたり、定期的な電話連絡や面会時に声かけしたりして雰囲気づくりに努め、意見を聞いている。 | |
| <p>(4) 入居者の人権の尊重 事業運営にあたり、入居者の人権に最大限の配慮をしていますか。</p> | | | | | | | |
| 25 | 37 | 入居者を「人」として尊重するとともに、人権やプライバシーについて十分に配慮している。 | | | | 入居者の人権やプライバシーについては、職員同士でチェックし、十分配慮している。 | |

| 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 |
|---|----|---|-------|-----|------|--|--------------|
| 2 サービスの提供体制に関する事項 ケアカンファレンスを有効に活用していますか。 | | | | | | | |
| 26 | 40 | ケアカンファレンスを定期的(毎月1回以上)に開催し、入居者に関わる問題をいろいろな観点で共有化し、検討している。 | | | | ケアカンファレンスは、定期的に毎月1回開催しており、必要があれば随時開催している。 | |
| 27 | 41 | 職員の気づきや意見を考慮した介護計画を作っており、ケアカンファレンスを通じて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。 | | | | 個人記録用紙に介護計画が記載され、介護計画に沿ったケアができているかを評価している。 | |
| 28 | 42 | ケアカンファレンスは、職員一人ひとりが入居者の処遇や業務のあり方についての意見を出せる雰囲気であり、そこで出されたアイデアを活かしている。 | | | | ケアカンファレンスは、活発に意見を出しやすい雰囲気、出された意見は尊重している。 | |
| 介護計画を適切に作成できる体制にしていますか。 | | | | | | | |
| 29 | 43 | 個々の認知症の状態とニーズを把握するためのアセスメントに基づい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。 | | | | 個々の認知症の状態とアセスメントに基づいて、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。 | |
| 30 | 44 | 介護計画は、入居者や家族の意見、要望を採り入れて作成している。 | | | | 介護計画は、入居者や家族の要望を採り入れて作成している。 | |
| 31 | 45 | 介護計画には到達目標を明示し、すべての職員が理解した上で、介護計画に添った介護サービスを提供するとともに、介護計画を必要に応じて見直している。 | | | | 介護計画実行評価表が明示され、職員全員が把握し、介護を実行している。介護計画は、1～3ヶ月に定期的、また随時見直し検討している。 | |
| すべての職員が、グループホームの理念に沿った態度で、サービスの提供をしていますか。 | | | | | | | |
| 32 | 46 | 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、入居者が自分のペースを保ちながら自由に暮らせるようにしている。 | | | | 職員側の決まりや都合ではなく、入居者が自分のペースを保ちながら自由に暮らせるように支援している。 | |

| 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 |
|--|----|---|-------|-----|------|--|--------------|
| 3 サービスの提供内容に関する事項 | | | | | | | |
| (1) 入居者の自立に配慮した支援 | | | | | | | |
| 入居者の“できる力”を維持、引き出すような支援をしていますか。 | | | | | | | |
| 33 | 52 | 諸活動をできるだけ自分一人でするように支援するとともに、できないところはさりげなく手助けするようにしている。 | | | | 見守り支援をモットーに、諸活動をできるだけ自分でできるよう支援している。 | |
| 34 | 53 | 入居者が介護される一方ではなく、活躍できる場面を作っている。(入居者の活動意欲を触発する物品の提供等) | | | | 調理や後片付け、洗濯や掃除など活動できる場面を作っている。 | |
| 35 | 55 | 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。 | | | | 3名は自分でお金をもっている。預り金は職員が管理している。買い物の際はお金を渡して力量に応じて支援している。 | |
| 心身の機能回復に向けた支援や、介護する際に特別な工夫を必要とする行動への対応を適切に行っていますか。 | | | | | | | |
| 36 | 57 | 認知症の身体面での特性(筋力低下、平行感覚の悪化、燕下機能の低下等)を考慮し、身体面での機能の維持・回復を目標とした支援を介護計画の中に位置づけ、職員の共通認識の下に、日常生活の中で無理なく取り組んでいる。 | | | | 個人の特性を考慮し、日常生活のなかで無理なく取り組んでいる。毎日の散歩、雨天時や寒い時は、施設内での体操で筋力低下を予防するようにしている。 | |
| 食事介助は、入居者のペースに合わせて行なっていますか。 | | | | | | | |
| 37 | 59 | 職員も入居者と同じ食事を一緒に食べながら、さりげなく食べこぼし等に対する支援をしている。 | | | | 法人特養部門の栄養士が献立し、朝昼夕3食とも職員、入居者で調理した食事を一緒に食べながら支援している。 | |
| 口腔ケアは、適切にしていますか。 | | | | | | | |
| 38 | 62 | 口の中の汚れや臭いが生じないように、口腔の清潔を保つ上で必要な支援を日常的にしている。(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) | | | | 毎食後、口腔ケアの声掛け、口腔チェックや義歯の確認を行ない清潔保持の支援をしている。 | |
| 39 | 63 | 歯ブラシや義歯などの清掃、保管について支援している。 | | | | 各部屋に洗面所が設置されており歯ブラシの清掃、保管もきちんとしている。定期的に歯ブラシを点検し購入している。 | |
| 排泄自立のための働きかけを行っていますか。 | | | | | | | |
| 40 | 65 | おむつをできるかぎり使用しないで済むように、入居者一人ひとりの排泄のパターンやシグナルの把握に努め、声かけや誘導をし、トイレでの排泄を促している。 | | | | おむつはできるだけ使用しないようにしている。排泄チェックシートを用い、声かけ誘導し、トイレでの排泄を促している。 | |
| 41 | 67 | 夜間にトイレ介助が必要な入居者に対し、トイレ誘導やおむつ交換を適切に行っている。 | | | | 夜間の睡眠を妨げないように一人ひとりに応じた対応で、トイレ誘導を実施している。(リハビリパンツ使用8名、おむつ不用4名) | |

| 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 |
|---|----|--|-------|-----|------|--|--------------|
| <p>(2) 入居者の個性に配慮した支援 食事内容は、入居者の状況に応じて工夫していますか。</p> | | | | | | | |
| 42 | 70 | 入居者一人ひとりの健康状態に合わせて調理の配慮を行うとともに、見た目でも食欲をそそるような工夫をしている。(使用する食器にも配慮している。) | | | | 入居者の健康状態に合わせて、減塩にしたり、彩りに配慮し食欲をそそるようにしている。箸やコップなどは入居者の好みの物を使用している。 | |
| 43 | 71 | 嚥下・咀嚼などの状態に配慮した食事が必要な場合には、特別な調理を行うことを伝えた上で、刻んだり、すり鉢で擦ったりしている。 | | | | 入居者の状態に合わせ、刻んだり、擦ったりして調理している。 | |
| <p>入浴は、入居者の希望や健康状態に応じて行っていますか。</p> | | | | | | | |
| 44 | 72 | 入居者一人ひとりの希望を尊重した上で、入浴方法や入浴時間について決定している。 | | | | 原則として毎日、入居者の希望を尊重している、現在は午後の時間帯の希望に添っている。男女交互で入浴しているが希望により対応している。 | |
| 45 | 73 | 入居者のペースに合わせて、ゆっくりくつろぎながら入浴ができるようにしている。 | | | | 入居者のペースに合わせてゆっくりくつろいで入浴できるように支援している。 | |
| <p>身だしなみやおしゃれについて、入居者の状況と環境に応じた支援をしていますか。</p> | | | | | | | |
| 46 | 77 | 入居者の希望により、地域の理美容院等の利用を支援している。 | | | | 入居者の希望により、地域の理髪店、美容院を利用したり、ホームで訪問理美容を利用するなど支援している。 | |
| <p>安眠や休息について、入居者の状況に応じた支援をしていますか。</p> | | | | | | | |
| 47 | 78 | 入居者一人ひとりの睡眠パターンを大切にしながら就寝、起床を見守るなどの支援をしている。 | | | | 入居者一人ひとりの睡眠パターンを大切に、自由な就寝、起床を見守り支援している。 | |
| 48 | 79 | 睡眠リズムに乱れがある時は、その原因・背景の把握や対応方法の検討を行い、そのリズムが回復するように支援している。 | | | | 睡眠リズムに乱れがある人は、原因の追究、対応の検討をしている。昼夜逆転の方には、昼間の活動を工夫し、リズムの回復をするよう支援している。 | |
| <p>入居者同士の交流を深める適切な働きかけをしていますか。</p> | | | | | | | |
| 49 | 81 | 入居者一人ひとりの個性を踏まえ、入居者同士が仲良く気持ちよく、共同で生活を続けられるような雰囲気づくりを常に行っている。 | | | | 入居者同士が気持ちよく楽しく過ごせるよう、雰囲気づくりをしている。 | |
| 50 | 83 | 入居者同士のぶつかりあいを、その都度上手く解消するようにしている。 | | | | 入居者同士のトラブルには、さりげなく介入し、適切に対応している。 | |

| 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 |
|---|-----|--|-------|-----|------|---|--------------|
| <p>(3) 入居者の生活の質へ配慮した支援 入居者が、豊かな生活を送れるように支援をしていますか。</p> | | | | | | | |
| 51 | 84 | 入居者一人ひとりの希望や特性、これまでの生活歴に応じて、楽しみや張り合いになる時間を日常的に持てるように支援している。 | | | | 生活歴の聴取により、調理、菜園、ぬりえや計算など、楽しみや張り合いになる時間を持てるよう支援している。 | |
| 52 | 86 | 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) | | | | 調理、後片付け、洗濯物たたみ、新聞を読む、読書など、出番や楽しみを見出すようにしている。 | |
| <p>入居者が、外出する機会を確保していますか。</p> | | | | | | | |
| 53 | 88 | 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にしている。(買い物、散歩、近隣訪問等) | | | | 近くにある山村留学センターに出かけ、子どもたちと交流することや買い物、月1回の外食など、積極的に出かけて楽しんでいる。 | |
| <p>(4) 入居者の人格へ配慮した支援 入居者の誇りやプライバシーに配慮したサービスを提供していますか。</p> | | | | | | | |
| 54 | 97 | 排泄の確認や誘導介助及び失禁の対応などは、人目につかないように行うなど、プライバシーを守るとともに、羞恥心に配慮してさりげなく支援している。 | | | | 各居室にトイレが設置されており、プライバシーには配慮されている。 | |
| 55 | 99 | 着衣や履物の間違い等に対し、入居者の誇りを大切にしながら、さりげなくカバーしている。 | | | | 着衣の間違いなどに対しては、入居者の誇りを大切にし、さりげなく間違いをフォローしている。 | |
| <p>言葉づかいや態度に常に気を配っていますか。</p> | | | | | | | |
| 56 | 100 | 入居者の心身の機能レベルにかかわらず、自尊心を傷つける言葉づかいをしていない。(入居者一人ひとりの違いの尊重、プライベートな場所での礼儀、入居者一人ひとりの能力に応じた質問方法、入居者が思っている「現実」を否定しない等) | | | | 声かけなど職員同士でチェックし、入居者の自尊心を傷つけないようにしている。 | |
| 57 | 101 | あわただしい場面においても、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。 | | | | 忙しい時も職員同士で配慮し、やさしい雰囲気です。 | |
| 58 | 102 | 生活していく上での自信を高めるような言葉かけや働きかけをしている。(活動の場面づくり、一緒に喜びあう、感謝の気持ちを示す等) | | | | 生活していく上での自信を高めるよう、言葉かけや働きかけをしている。 | |

| 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 |
|---|-----|---|-------|-----|------|---|-----------------|
| 抑制や拘束のないケアを実践していますか。 | | | | | | | |
| 59 | 103 | 身体拘束(フィジカルロック)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、そうした抑制や拘束をしていない。 | | | | 身体拘束は行なわないことを職員が認識しており、身体拘束はしていない。 | |
| 60 | 104 | 入居者は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取組をしている。(外出の察知、外出傾向の把握、近所の理解・協力の促進) | | | | 日中は玄関に鍵はかけていない。入居者の状態に応じる場合に、玄関を施錠する時があるが、家族などの理解を得ている。 | ・アセスメントと介護方法の検討 |
| 61 | 105 | 言葉や薬による拘束(スピーチロックやドラッグロック)についても、すべての職員が正しく認識しており、常に気をつけている。 | | | | 言葉や薬による拘束について職員は認識しており、拘束はしていない。 | |
| (5) 医学的管理及び健康へ配慮した支援 食事摂取や睡眠・排泄等の把握を通じて、入居者の健康管理を適切に行っていますか。 | | | | | | | |
| 62 | 106 | 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を通じて把握し、記録している。 | | | | 法人特養部門の栄養士が献立を作成し、毎日入居者一人ひとりの摂取量などをチェックし、記録している。 | |
| 服薬者に対し、医師の指示どおりの与薬管理を行っていますか。 | | | | | | | |
| 63 | 113 | 服薬のチェック、薬歴管理を行い、一括手渡しではなく、服用ごとに配布するなど、漫然とした継続的与薬をしていない。 | | | | 薬は鍵のかかるところに保管管理し、一括手渡しでなく服用ごとに配布し服薬のチェックをしている。 | |
| 64 | 114 | 服薬している薬剤の目的と副作用を職員が知っており、服薬と体調との関係を把握している。 | | | | 服薬している薬剤の目的や副作用などは、きちんと職員全員が把握している。開設当初の教訓を活かしている。 | |
| 65 | 115 | 入居者一人ひとりに最適の与薬がされるように、必要な情報(形状、与薬方法、症状等)を医師や薬剤師にフィードバックしている。 | | | | 必要な情報は医師にフィードバックしている。 | |
| 医師や医療機関と十分な連携をとっていますか。 | | | | | | | |
| 66 | 116 | 定期的な健康診断(年1回以上)を行うとともに、健康状態によっては受診・往診などの適切な対応がとれるような体制を確立している。 | | | | 入居者各自に主治医があり、健康状態に応じ、受診、往診はしているが、健康診断は実施していない。 | ・定期健康診断の受診の検討 |
| 入居者の入院は家族と相談していますか。 | | | | | | | |
| 67 | 123 | 入院後の状況や変化について、主治医と絶えず連携を取りつつ、ホームへの復帰等に関して、入居者や家族とともに検討している。 | | | | 入院後の状況や変化について主治医と連携し、ホームへの復帰には入居者や家族とも検討している。 | |

| 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 |
|--|-----|--|-------|-----|------|---|--------------|
| 4 施設環境に関する事項 | | | | | | | |
| ホーム内は清潔で、気になる臭いはありませんか。 | | | | | | | |
| 68 | 125 | 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、まな板は常時消毒している。冷蔵庫、洗濯機は定期的に清掃し清潔、衛生には気をつけている。 | |
| 69 | 127 | 気になる臭いや空気のおどみがないように、適宜、換気をしている。 | | | | 換気システムが設置されており適宜換気をしている。気になる臭いや空気のおどみはなかった。 | |
| 入居者が安心して生活できるよう家庭的な生活空間づくりをしていますか。 | | | | | | | |
| 70 | 129 | 居室には、入居者が安心して過ごせるよう、使い慣れた家具や同じ様式の家具、これまで使っていた生活用品や装飾品等を持ち込むことができている。 | | | | ベッドと保管庫はホームの備え付けであったが、他は使い慣れた家具の椅子や机、生活用品が持ち込まれていた。 | |
| 71 | 130 | 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であり、調度、物品、装飾も入居者に親しみやすいものを採り入れている。 | | | | 共用の生活空間は、畳の間には掘りごたつ、ソファもあり、一人ひとり思い思いの場で落ち着いて過ごせている雰囲気があり、装飾品も採り入れられていた。 | |
| 入居者の五感を大切にしたソフト面での配慮をしていますか。 | | | | | | | |
| 72 | 132 | 入居者が落ち着いて暮らせるように、時間帯やその場の状況に応じた音の大きさや明るさ等の調整に配慮している。 | | | | 自然採光でホーム全体が明るい感じである。音や照明は適切であった。 | |
| 73 | 133 | 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。 | | | | 冷暖房の調節は適宜している。夜間巡回時に居室内の体感温度を確認し気をつけている。 | |
| 入居者が混乱を招かないように、生活空間を整えていますか。 | | | | | | | |
| 74 | 135 | 見やすく、馴染みやすい時計やカレンダーを設置している。 | | | | 居室、共用の生活空間には、大きめのカレンダーや時計が設置されている。 | |
| 75 | 136 | 職員は、入居者一人ひとりがトイレや居室の場所が分かるかを把握しており、家庭的な雰囲気を保ちながら、場所の間違いや場所が分からないことを防ぐための配慮をしている。 | | | | 居室、トイレは分かりやすく表示されている。 | |
| 入居者が、安全に、できるだけ自立した生活を送ることができるような工夫をしていますか。 | | | | | | | |
| 76 | 138 | 浴槽・便座・流し台等は、必要に応じ自助具を取り付ける等、入居者が使いやすいように工夫している。 | | | | 自助具を必要としない方が多いが、浴槽、便座は整備され、入居者が使いやすいよう工夫されている。 | |
| 77 | 139 | 入居者の移動に配慮した施設整備の工夫(要所へのすべり止め、手すりの設置等)がされている。 | | | | 要所に滑り止め、手すりが設置され、移動に配慮されている。 | |

| 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 |
|---|-----|--|-------|-----|------|--|--------------|
| 5 家族との連携に関する事項 入居者の状況について、家族に対して情報提供をしていますか。 | | | | | | | |
| 78 | 141 | 家族に入居者の状況(暮らしぶりや日常の様子、健康状態、預かり金の出納明細等)を個別に定期的、具体的に伝えている。(ホーム便りの発行、手紙、写真の送付等) | | | | 毎月、ホーム便りと本人の状態を記載し、預かり金の出納明細とともに、1ヵ月の様子を報告している。 | |
| 家族が自由に訪問できるようにしていますか。 | | | | | | | |
| 79 | 144 | 家族がいつでも自由に会いに来ることができ、ホーム内で他の入居者も含めて交流できたり、居心地よく過ごせるような雰囲気を作っている。 | | | | 家族が自由に面会でき、居心地よく過ごせるよう心がけている。 | |
| 80 | 145 | 家族が会いに来たときは、職員がさりげなく入居者との間を取り持つように対応している。 | | | | 家族の面会時には、入居者との間をさりげなく取り持っている。 | |
| 81 | 146 | 入居者や家族が家族の付き添いを希望したときは、居室への宿泊も含め適切に対応している。 | | | | ベッドや布団を準備し、宿泊も可能である。 | |
| 6 地域との交流に関する事項 ホームが地域社会に溶け込むような運営をしていますか。 | | | | | | | |
| 82 | 152 | 地域の一員として、入居者も状況に応じ、町内会の活動などに参加している。 | | | | 入居者の状況に応じ、祭りや運動会、神楽などの地域の行事に参加している。 | |
| 実習生や研修生及び地域の学生を受け入れていますか。 | | | | | | | |
| 83 | 159 | 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。(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) | | | | 近くにある山村留学センターの子どもたちと交流したり、アニマルセラピーの協力を2ヵ月に1回受け入れている。 | |
| 関係機関や周辺の諸施設と十分連携をとっていますか。 | | | | | | | |
| 84 | 160 | 市町村との連携(運営や入居者に関する相談等)が円滑にとれている。 | | | | 運営推進会議を2ヵ月に1回開催している。市、民生委員、支所などと連携している。 | |
| 85 | 162 | 入居者の生活の安定や広がりのために、周辺の諸施設から協力を得ることができるよう、理解を深める働きかけをしている。(商店、福祉施設、警察、消防、文化教育施設等) | | | | 地域の商店、消防(年2回消防訓練)、福祉施設等への協力、働きかけをしている。 | |