

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>重度化が進み、意欲が低下した入居者が多い中で、一人ひとりのできること、長所、得意な事などを見つけ、その人に合った活躍の場面づくりをし、日常的に楽しみや張り合いが持てるよう支援されています。訪問当日、入居者がそれぞれのペースで暮らせるように見守りながら、入居者の動きや状態に合わせて適切なかわり方をされている様子が伺えました。管理者や職員は、入浴時や夕食時など、あわただしい時に職員の都合でしているのではないかと、問題意識を持ちミーティングで常に介護のあり方について話し合い、サービスの質の向上に熱意をもって取り組まれています。</p> <p>特徴的な取組等</p> <p>法人の栄養士による栄養摂取量に考慮した献立表により、食事は三食ともホームで調理し、入居者と一緒に楽しみながら取り組まれています。法人が主催する祭りなどに地域の人も参加しており、入居者との交流の場となっています。また、受診や自宅訪問をかねてのドライブや、もみじ狩りなど観光でのドライブ、散歩、買い物、法人の合同行事などに出かけ楽しめるよう支援しています。</p> <p>現状及び改善策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入居者の生活の流れに応じた職員を配置する努力はされていますが、年休はほとんど取れていないなど、健康管理上の配慮が十分とはいえません。代替職員の確保について、検討が望まれます。 ・苦情相談窓口へ外部機関の明示がありませんでした。重要事項説明書等に、すべての外部機関の明示と第三者委員の選任を検討されてはいかがでしょうか。 ・法人のクリニック受診のみで、定期健康診断を受けておられないので、市の定期健康診断を受診されることを勧めます。 ・家族が付き添いなどで宿泊できるよう、宿泊対応の検討をされてはいかがでしょうか。 |

| | |
|----------|---------------|
| グループホーム名 | グループホーム ほたるの里 |
| 訪問調査日 | 平成19年 3月 5日 |
| 評価確定日 | 平成19年 4月30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 | 5 |
| 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 | 3 |
| 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、職員共にホームの意義や役割について理解し、熱意を持って取り組んでいる。 | |
| 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。 | | | | 運営理念を明確に表現し、掲示しており、職員と目標を共有している。 | |
| 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。 | | | | ミーティングでは、常に介護のあり方について話し合い、職員相互で意識啓発している。 | |
| 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) | | | | 年2回、法人が発行する地域向け便りにグループホームのコーナーを設け、地域に配布したり、運営推進会議を通して、地域に向けての啓発、広報に取り組んでいる。 | |
| 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人体制の職員確保をしている。入居者の重度化で屋外活動は少なくなってきた。 | |
| 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。 | | | | 夜勤体制で必要なケアに対応している。 | |
| 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) | | | | 病休や急な休みの対応として、休み明けの職員や管理者、主任で対応していて、年休がほとんど取れない。 | 代替職員の確保 |
| 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。 | | | | 管理者、職員共に熱意を持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。 | | | | 入居者の受け入れ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。 | |

| 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。 | | | | 必要な書類は整備され、適切に記録している。 | |
| 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。 | | | | 具体的な記録を介護計画に反映させ、日々のケアに活かしている。 | |
| 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。 | | | | 介護記録、業務日誌、連絡ノートに記録され、全員が共有している。確認サインもあった。 | |
| 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。 | | | | 保管場所、方法を取り決め、適切に実行している。 | |
| 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。 | | | | マニュアルを整備し、訓練も実施している。防災訓練は年1回、夜間職員呼び出し訓練を年7、8回実施し、日頃から緊急事態の発生に備えている。 | |
| 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) | | | | マニュアルを整備し、感染症予防の勉強会に参加するなど、予防を実行している。 | |
| 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、ヒヤリはっと報告書に記録し、改善策を話し合い、事故防止に努めている。 | |
| (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、研修の機会を提供している。 | ・外部研修の機会の増加 |
| 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) | | | | 職員相互での話し合いや、管理者が悩みを聴いたり、相談を受け助言をしている。法人の親睦会にも参加している。 | |

| 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。 | | | | 十分な資料に基づいて説明している。 | |
| 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。 | | | | ホームの施設案内(パンフレット)や重要事項説明書で利用料金などをわかりやすい表現で丁寧に説明している。 | |
| <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。 | | | | 事前のアセスメントを行い、ミーティングで情報を共有した上で迎え入れている。 | |
| 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。 | | | | 入居者や家族に十分な説明をした上で、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。 | | | | 苦情受付窓口や担当者を明示し、苦情処理の手続きも明確にしているが、外部機関の明示がない。 | ・外部機関の明示 ・第三者委員選任の検討 |
| 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の作成等)を行っている。 | | | | 面会時に声かけをし、家族が意見や要望を気軽に言えるような雰囲気づくりをしている。 | |
| <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。 | | | | 人権やプライバシーについて、十分に配慮している。 | |

| 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。 | | | | 月1回、全職員参加のケアカンファレンスを開催し、問題点を話し合い、検討し共有化している。 | |
| 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。 | | | | 職員の意見を採り入れて、介護計画を作成し、内容を共有している。 | ・確認サインの徹底 |
| 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。 | | | | 職員一人ひとりの自由な意見が出しやすい雰囲気であり、その意見が反映されている。 | |
| 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。 | | | | アセスメントに基づき、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。 | | | | 面会時などで家族の意見や要望を聞き、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。 | | | | 到達目標が明示しており、6ヶ月ごとや、必要に応じて、その都度、見直ししている。 | |
| 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。 | | | | 入浴時や夕食時は職員の都合で進めることがあると職員は反省しているが、入居者は、それぞれのペースで暮らしている様子が伺えた。 | |

| 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き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。 | | | | できるだけ自分でできるように、見守りや言葉かけでさりげなく支援している。 | |
| 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) | | | | 配膳、後片付け、掃除など、個々のできる範囲で活躍できる場面をつくっている。 | |
| 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。 | | | | 自己管理している入居者は2名であるが、個々の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。 | | | | 散歩や体操、畑づくり、掃除、後片付けなどの日常生活の中での取り組みや、歌やゲーム、ボール投げなどのレクリエーションを、介護計画の中に位置づけ無理なく取り組んでいる。 | |
| 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。 | | | | 三食とも、職員が調理した同じ食事を入居者と一緒に食べながら、さりげなく支援している。 | |
| 口腔ケアは、適切に行っていますか。 | | | | | | | |
| 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行っている。(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) | | | | マニュアルがあり、毎食後、個々に合った歯磨きや、うがいなど口腔ケアの支援をしている。 | |
| 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。 | | | | マニュアルに添って、清掃、保管について支援している。 | |
| 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。 | | | | 個々の排泄パターンを把握し、声かけなどでトイレに誘導している。 | |
| 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。 | | | | 夜勤者が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 |
|---|----|--|-------|-----|------|---|--------------|
| (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。 | | | | | | | |
| 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。) | | | | 個々に合わせた、調理方法や盛り付けに工夫し、食器も家庭的なものを使用している。 | |
| 43 | 71 | 燕下・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。 | | | | 入居者は、全員普通食であるが、状態によって刻むなどしている。 | |
| 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。 | | | | | | | |
| 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。 | | | | 入浴は1日おきの交代で、15時～17時と決められているが、時間や順番は希望を尊重して対応している。 | |
| 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支援している。 | |
| 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。 | | | | | | | |
| 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。 | | | | 2ヵ月ごとの訪問理容の支援や、地域の理容院を希望する人には送迎支援をしている。 | |
| 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。 | | | | | | | |
| 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。 | | | | 睡眠パターンを把握し、適切な支援をしている。 | |
| 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。 | | | | 睡眠のリズムが回復するように、対応方法を検討し支援している。 | |
| 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。 | | | | | | | |
| 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。 | | | | それぞれの居場所やすごし方があり、一人ひとりの個性を大切にされた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。 | | | | 職員がさりげなく間に入り、上手に解消するよう支援している。 | |

| 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 |
|---|-----|--|-------|-----|------|---|--------------|
| <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。 | | | | 意欲低下した人が多いが、レクリエーションやホーム喫茶、ドライブ、畑づくりなど、楽しみや張り合いになる時間が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) | | | | テレビ視聴や、歌やゲームなどの楽しみごとや、配膳や後片付け、掃除、畑づくりなどの出番が見出せるよう場面づくりをしている。 | |
| <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、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) | | | | 受診や自宅訪問を兼ねてのドライブや、もみじ狩りなど、観光でのドライブ、散歩、買い物、法人の合同行事などに出かけ、楽しめるよう支援している。 | |
| <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。 | | | | プライバシーを守り、羞恥心に配慮しながら支援している。 | |
| 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。 | | | | さりげなくカバーしている。 | |
| <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) | | | | 言葉づかいは穏やかで、入居者の自尊心を傷つけないよう支援している。 | |
| 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、やさしい雰囲気と接している。 | | | | 職員はゆったりと優しい雰囲気と接している。 | |
| 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) | | | | ねぎらいや感謝の言葉を伝え、自信を高められるよう支援している。 | |

| 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 |
|---|-----|---|-------|-----|------|--|--------------|
| 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。 | | | | 職員は正しく認識し、身体拘束をしていない。 | |
| 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) | | | | 日中は鍵をかけていない。 | |
| 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。 | | | | 三食ともホームで調理し、入居者の意見も取り入れた法人の栄養士による献立で、栄養バランスを把握している。食事量の記録はある。水分摂取量は、ボトルに入れたお茶を用意することで、摂取量の把握をしている。 | |
| 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。 | | | | 薬歴管理を行い、服薬はその都度手渡しし、飲み終わるまで見守り確認している。 | |
| 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。 | | | | 薬の目的や副作用を記したファイルがあり、職員は把握している。 | |
| 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。 | | | | 主治医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。 | | | | 法人のクリニック受診のみで、定期健康診断を受けていない。 | 定期健康診断の実施 |
| 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。 | | | | 入院後も主治医や家族と連携し、ホームの復帰などについて検討している。 | |

| 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) | | | | 消毒液などで衛生を保持し、ホーム内は清潔である。冷蔵庫や洗濯機なども定期的に清掃している。 | |
| 69 | 127 | 気になる臭いや空気のおよみがないように、適宜、換気をしている。 | | | | 適宜、換気しており、気になる臭いは無かった。 | |
| 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。 | | | | タンスや仏壇、机、椅子、テレビなど、使い慣れた家具や、色々な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。 | | | | 花や入居者の作品を飾ったり、親しみやすい調度品を採り入れるなど、家庭的な雰囲気づくりに配慮している。 | |
| 入居者の五感を大切に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。 | | | | 音の大きさや明るさは適度であり、落ち着ける雰囲気であった。 | |
| 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。 | | | | 温度調節は適切に行っている。 | |
| 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。 | | | | 見やすくわかりやすい時計や、カレンダーが設置してあった。 | |
| 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。 | | | | 居室やトイレに表示がしてあり、場所がわからない人には、声かけをするなどの配慮をしている。 | |
| 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。 | | | | 浴槽には手すり、補助椅子、滑り止めなど備えられ、使いやすいように工夫されている。 | |
| 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。 | | | | 要所に手すりを設置し、安全な移動に配慮している。 | |

| 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 |
|---|-----|---|-------|-----|------|---|--------------|
| 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) | | | | ホーム便りに個別のお知らせ欄があり、日常の様子などを記入し、毎月送付している。面会時に預り金の出納明細を説明したり、電話で健康状態を伝えたりしている。 | |
| 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。 | | | | 夜間の面会も可能で、家族は自由に訪問しており、居心地よく過ごせるよう配慮している。 | |
| 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。 | | | | 職員はさりげなく対応している。 | |
| 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。 | | | | 付き添いは可能であるが、宿泊の設備がなく、宿泊の対応はしていない。 | ・宿泊の対応の検討 |
| 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。 | | | | 保育園児や小学生との交流会、法人主催の盆踊り、クリスマス会、敬老会などに参加して地域の人と交流している。 | |
| 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・研修の受け入れ等) | | | | 保育園児や小学生の訪問、実習生の受け入れや見学者に開放している。 | |
| 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。 | | | | 運営推進会議に市の職員も参加しており、市との連携は取れている。 | |
| 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に、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) | | | | 商店、福祉施設、保育園、小学校、警察、消防などに働きかけをしている。 | |