

# 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><b>優れている点</b></p> <p>法人施設内が一つの自治会になっており、障害者自立支援事業の豆腐店やパン屋が近くにあり、散歩や買い物などで立ち寄ることができます。ボランティアによる園芸、詩吟、絵手紙など入居者の楽しみごとや出番を見出せるような支援がされています。職員は常勤4名、非常勤4名で、年齢層の幅が広く、また職員間のチームワークもよく取れており、日々の介護に熱意を持って取り組まれています。</p>  |
| <p><b>特徴的な取組等</b></p> <p>勤務体制をA、B、Cの3勤務として、日中3名体制が長く取れるように考慮されており、入居者の介護が十分です。ホーム便り、出納明細、写真とともに担当職員が個別に近況を記入して、毎月家族に送るなどして喜ばれています。身体機能低下防止のために、ラジオ体操、リズム体操、指運動、ボール投げ、散歩などのほか、草取りや掃除など日常生活の一つひとつの行為を通して、自然に維持、向上するよう取り組まれています。睡眠チェック表で睡眠パターンを把握し、リズムが乱れた人には足浴をするなどして、リズムが回復するよう取り組まれています。</p>                       |
| <p><b>現状及び改善策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急事態に対する研修や訓練が不十分のようです。定期的な訓練や研修を実施されてはいかがでしょうか。</li> <li>・地域との交流が少ないようです。運営推進会議のメンバーの拡大や地域行事への参加などを検討されることを望みます。</li> <li>・地域への啓発が不十分ですので地域向けのホーム便りなどで理解を深める取り組みをされると良いでしょう。</li> <li>・入居者の生活の安定や広がりのためにも、警察、消防、商店などの協力や理解を深める働きかけを薦めます。</li> </ul> |

|          |             |
|----------|-------------|
| グループホーム名 | グループホーム ひらき |
| 訪問調査日    | 平成19年 3月 9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   | 6        |
| 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   | 6        |
| 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   | 2        |

## 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、職員ともにホームの意義や役割を理解している。                |                                       |
| 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。                       |       |     |      | 運営理念を唱和したり、日誌の上部に記載して、目標の共有に努めている。        |                                       |
| 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話し合い相互に意識啓発している。                 |                                       |
| 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)      |       |     |      | 法人として「ひらき通信」や行事のチラシを地域に配布し、運営推進会議も開催している。 | ・地域向けホーム便りの発行<br>・運営推進会議の構成メンバーの拡大の検討 |
| 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。                       |       |     |      | 常勤4名、非常勤4名の職員で、日中3名体制で十分な屋外活動が行われている。     |                                       |
| 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。                                   |       |     |      | 夜勤体制で対応している。                              |                                       |
| 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) |       |     |      | 入居者の生活の流れに応じた職員配置になっており、必要なときは職員間で補っている。  |                                       |
| 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。         |       |     |      | 管理者、職員とも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。                       |       |     |      | 採用などは法人として決定されるが、入居者については職員の意見も聞いている。     |                                       |

| 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。 |       |     |      | 必要な書類を整備し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。  |       |     |      | 記録は日々のケアや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。                                |       |     |      | 業務日誌、申し送り簿には全員がサインし、共通理解している。        |               |
| 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。                  |       |     |      | 刃物は夜間高い場所へ、薬は事務所、洗剤は目につかない場所に保管している。 |               |
| 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。                   |       |     |      | マニュアルはあるが、訓練は不十分である。                 | ・研修や定期的な訓練の実施 |
| 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)                               |       |     |      | マニュアルがあり、手洗いやうがいなど、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”等をまとめたともに、発生防止のための改善策を講じている。       |       |     |      | 事故報告書を記載し、対応を検討し改善策を講じている。           | ・全職員の確認サイン    |
| (2)職員への教育・研修<br>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。                                     |       |     |      | 勤務の一環として提供している。                      | ・内部研修の実施      |
| 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)                              |       |     |      | 職員間のコミュニケーションは良好で、管理者が相談に応じている。      |               |

| 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<br/>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。                       |       |     |      | 資料に基づいて十分説明している。                                    |              |
| 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。    |       |     |      | ホーム独自のパンフレットで、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。                 |       |     |      | 事前に面接し、職員間で情報を共有し、入居者を迎え入れている。                      |              |
| 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。                       |       |     |      | 安心して移れるように支援している。                                   |              |
| <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。  |       |     |      | 苦情受付の窓口、担当者、外部機関を明示し、意見箱の設置もあり、苦情処理手続きも明確にしている。     |              |
| 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。 |       |     |      | 面会時に声をかけたり、電話での連絡や相談に応じるなど、意見や要望を出しやすくなる関係づくりをしている。 |              |
| <p>(4) 入居者の人権の尊重<br/>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。  |       |     |      | 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<br>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1~2回(19時~20時)ケアカンファレンスを実施し、課題を共有し検討している。              |              |
| 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。   |       |     |      | 職員の気づきや意見を参考に計画を作成し、ケアカンファレンスやファイルを通して、全員が内容を知ることができる。 |              |
| 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。   |       |     |      | 活発に意見を出し合い、アイデアを活かしている。                                |              |
| 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。        |       |     |      | アセスメントに基づき、一人ひとりの特徴を踏まえた介護計画が作成されている。                  |              |
| 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。   |       |     |      | 家族の意見、要望を聞き作成している。                                     |              |
| 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。 |       |     |      | 到達目標を明示し、3ヶ月毎または必要に応じ随時見直している。                         |              |
| 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。               |       |     |      | 入居者それぞれのペースで過ごされ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行え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。   |       |     |      | できないところを、さりげなく手助けしている。  |              |
| 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)   |       |     |      | 食器拭き、配膳、掃除、草取りなど、それぞれの力量に応じた場面づくりを支援している。                         |              |
| 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。                                 |       |     |      | 自己管理している人は1名であり、買い物時の支払の支援など、力量に応じている。                            |              |
| 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。 |       |     |      | ラジオ体操、リズム体操、指運動、ボール投げ、散歩など無理なく日常的に取り組んでいる。                        |              |
| 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。  |       |     |      | 同じ食事を一緒にしながら、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)                           |       |     |      | 毎食後、下膳と同時に歯ブラシとコップが準備され、全員が歯磨きしている。義歯は30分間洗浄液につけてるなど、口腔ケアを徹底している。 | ・口腔内のチェック    |
| 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。  |       |     |      | 歯ブラシや義歯の清掃、保管を支援している。   |              |
| 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。                               |       |     |      | チェック表で排泄パターンを把握し、声かけ、誘導をしている。                                     |              |
| 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。  |       |     |      | 必要な入居者に、声かけ、誘導をしている。  |              |

| 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 |
|--|----|--|-------|-----|------|---|--------------|
| <p>(2)入居者の個性に配慮した支援<br/>                     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。) |       |     |      | 健康状態に合わせて調理や盛り付けに工夫し、馴染みやすい食器や個人用の湯のみを使用している。 |              |
| 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。        |       |     |      | 刻み食など、個々の状態に配慮している。                           |              |
| <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。                              |       |     |      | 毎日15時～17時に入浴可能であり、希望によりシャワー浴、足浴、清拭などで支援している。  |              |
| 45   | 73 | 入居者のペースに合わせて、ゆっくりつづ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た支援をしている。2人で入浴する人もある。              |              |
| <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。  |       |     |      | ほとんどが訪問理美容を利用しており、家族と地域に出かける人もある。             |              |
| <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。                          |       |     |      | 睡眠チェック表で把握し、個々に合わせた支援をしている。                   |              |
| 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。             |       |     |      | 足浴など、リズムが回復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。         |       |     |      | 仲良く共同生活ができるよう支援している。                          |              |
| 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。                                    |       |     |      | 職員が間に入り、その都度うまく解消している。                        |              |

| 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<br/>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。  |       |     |      | 個々の希望や特性を活かし、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)                      |       |     |      | ぬりえ、絵手紙、詩吟、習字などの楽しみごとや園芸、食事の盛り付け、食器拭き、掃除など出番が見出せるよう、場面づくりの支援をしている。 |              |
| <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)  |       |     |      | 散歩、買い物、ドライブなど外出の機会をつくっている。   |              |
| <p>(4) 入居者の人格へ配慮した支援<br/>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。   |       |     |      | プライバシーに配慮し、さりげなく支援している。  |              |
| 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) |       |     |      | 自尊心を傷つけない言葉づかいをしている。   |              |
| 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。   |       |     |      | ゆったりとした言葉かけや態度で接している。  |              |
| 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かけをし、自信が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。                                  |       |     |      | 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) |       |     |      | 日中は施錠しておらず、外出の察知や傾向を把握して対応している。       |              |
| 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。                                 |       |     |      | 職員は認識しており、常に気をつけている。                  |              |
| (5) 医学的管理及び健康へ配慮した支援<br>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。  |       |     |      | 食事、水分摂取量の記録もあり、カロリーやバランスも把握している。      |              |
| 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。                                     |       |     |      | 薬は事務所に保管しており、服薬はその都度手渡しして確認している。      |              |
| 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、副作用は把握している。                      |              |
| 65  | 115 | 入居者一人ひとりに最適な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。                                |       |     |      | 状態を観察し、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。                              |       |     |      | 年1回、健康診断を実施している。医師の往診は月2回で、看護師の来訪もある。 |              |
| 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。                                 |       |     |      | 主治医や家族と連携を取りながら検討している。                |              |

| 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)  |       |     |      | 清潔や衛生を保持し、冷蔵庫や洗濯機も定期的に清掃、消毒している。              | 衛生チェック表の作成   |
| 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、臭いはなかった。                                |              |
| 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ます。            |       |     |      | 使い慣れたテーブル、椅子、テレビ、タンス、写真など持ち込まれていた。            |              |
| 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。    |       |     |      | 雛人形など季節に合った装飾品や生け花があり、親しみやすい空間になっていた。         |              |
| 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。  |       |     |      | 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。  |       |     |      | 日めくり、カレンダー、時計を見やすいところに設置していた。                 |              |
| 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。 |       |     |      | 居室入り口には手づくりの写真入りの名札があり、浴室、トイレにも大きく見やすい表示があった。 |              |
| 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。                                  |       |     |      | 浴槽に椅子、便座の手すりなど設置し、使いやすいように工夫していた。             |              |
| 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。                                     |       |     |      | 要所への滑り止め、手すりを設置し、シルバーカーも準備していた。               |              |

| 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 |
|---|-----|---|-------|-----|------|---|--------------|
| 5 家族との連携に関する事項<br>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、個々の状況を詳しく記入した近況報告書を作成し、出納明細、ホーム便りや写真とともに送付している。    |              |
| 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。                  |       |     |      | いつでも自由に面会できる。   |              |
| 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。   |       |     |      | 適切に対応している。  |              |
| 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。  |       |     |      | いつでも宿泊できる体制が整っている。                                    |              |
| 6 地域との交流に関する事項<br>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。   |       |     |      | 法人の施設が一つの自治会単位であり、その中の行事の敬老会、餅つきには参加しているが、地域との交流は少ない。 | ・地域行事への参加の検討 |
| 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) |       |     |      | ボランティアや見学の受け入れなどを行っている。                               |              |
| 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。  |       |     |      | 運営推進会議など、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、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)   |       |     |      | 周辺諸施設へ理解を深める働きかけは、十分とはいえない。                           | ・周辺諸施設への働きかけ |