

## 1 評価報告概要表

| 全体を通して(特に良いと思われる点)  |   |
|---|---|
| 介護保険が始まる前から宅老所として出発したホームは、県の指定を受けてから8年目に入ろうとしている。「ゆっくり 一緒に 気ままに その人らしく 季節を楽しみながら生活する」という理念の基、利用者一人ひとりが自分のペースで生活している。職員は、利用者を最期まで看取る方針で、献身的な介護をしてきている。民家改修型のホームは、外観も内部も家庭そのもので、庭に入ると居間から利用者と職員の明るく楽しそうな声が聞こえてくる。ホームに入ると、ほのぼのとした雰囲気があり、利用者が職員を信頼している様子がうかがえる。利用者一人ひとりが「できること、できそうなこと」を全職員で見極め、意見交換している。そのきめ細かなケアのためか、利用者も生き生きとした表情をしている。同法人系列のデイサービスを利用することで、ホーム外の人との交流も盛んである。また、終身の介護を方針としているため、協力医療機関との関係も密である。 |   |
| 分野  | 特記事項(特に改善を要すると思われる点)  |
| I   | 要改善点ではないが、前回の評価結果を受け、自治会への加入、「ホーム便り」の発行と改善に向けて前向きに取り組んでいるが、ホームの運営理念や役割が、地域でさらに理解されるよう、「ホーム便り」の発行回数を増やしたり、自治会の集会等で説明会を開いたりする等、さらなる啓発活動に期待している。   |
| II  | 特に要改善点はない。現在の取り組みを今後も続けていただきたい。   |
| 生活空間づくり   |   |
| III   | ターミナルケアをしてきたホームでは、現在までに何人もの利用者を看取ってきた経緯がある。したがって、協力医療機関との関係は密で、特に訪問看護師による医療面でのケアが充実している。それは、利用者にとっても職員にとっても安心なことではあるが、反面、協力医療機関に依存する傾向もある。そのため、応急手当に関しては、職員の技能が充分身に付いているとは言い難い。緊急時に職員が自信を持って対応できるよう、実技研修の機会を増やすことが望まれる。 |
| ケアサービス  |   |
| IV  | 4月から地域密着型サービスに移行するが、これは、法人が目指している「誰にでも訪れる老いや障害を自分のこととして受け止め、助け合っていく社会を作るための住民参加型社会福祉」と同じ目標である。この目標を実現していくためには、地域の人々との繋がりがりや市との連携は必要不可欠であり、さらに密にしていく必要がある。運営推進会議も5回開き、市担当者とも話し合いを深めているので、さらに一歩進んだ取り組みを望みたい。              |
| 運営体制  |   |
| V   | 特に要改善点はない。夜間も想定に入れ、近所の人や利用者と一緒に避難訓練を実施し、災害発生時に備えておくことを期待したい。  |
| その他   |   |

| 分野・領域               | 項目数  | 「できている」項目数 |
|---------------------|------|------------|
| 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  | 8          |
| ⑥ 日常生活行為の支援         | 10項目 | 10         |
| 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           | 11項目 | 11         |
| 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          |
| V その他               |      |            |
| ⑮ 火災・地震等の災害への対応     | 1項目  | 1          |

## 2 評価報告書

| 項目番号                |    | 項目  | できて<br>いる | 要<br>改善 | 評価<br>不能 | 評価理由<br>(優れている点や改善すべき点等、評価の根拠)  | 改善方策等   |
|---------------------|----|---|-----------|---------|----------|---|---|
| 外部                  | 自己 |   |           |         |          |   |   |
|                     |    | <b>I 運営理念</b>   |           |         |          |   |   |
|                     |    | 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<br>管理者は、認知症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。 | ○         |         |          | 運営理念を運営の方針に具体化し、会議の度に話し合い、全ての職員で共有し合っている。また、利用者が家庭のように感じられるよう、日々のケアに活かしている。             |   |
| 2                   | 3  | ○運営理念の明示<br>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、利用者及びその家族や代理人等(以下「家族等」という。)に分かりやすく説明している。   | ○         |         |          | パンフレットにホームの運営理念を入れ、利用者及びその家族へ契約時に説明している。また、ホーム内の廊下や居間に、大きく分かりやすく明示している。                 |   |
| 3                   | 4  | ○権利・義務の明示<br>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、利用者及びその家族等に説明し同意を得ている。   | ○         |         |          | 運営規程や契約書等に明示し、入居時に利用者及びその家族に説明し、同意の署名捺印を得ている。   | 契約書に利用者の権利、義務という項目を挙げて明示するとさらに分かりやすくなるので、明示方法の検討を期待したい。 |
|                     |    | 2. 運営理念の啓発  |           |         |          |   |   |
| 4                   | 5  | ○運営理念の啓発<br>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)  | ○         |         |          | 自治会に加入し、地域との繋がりを持っている。また、グループホームの説明や、認知症介護の相談を受け付ける旨を書いた「ホーム便り」を発行し、近所の方々に配布して理解を求めている。 |   |
| <b>①運営理念 4項目中 計</b> |    |   | 4         | 0       | 0        |   |   |
|                     |    | <b>II 生活空間づくり</b>   |           |         |          |   |   |
|                     |    | 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<br>違和感や威圧感を感じさせず、利用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)               | ○         |         |          | 玄関に、味わい深い大きな表札が掛けられ、玄関周りには、葉牡丹、ビオラ、パンジー、なでしこなど色とりどりの花が植えられたり、吊り下げられたりして、明るい雰囲気を出している。   |   |
| 6                   | 7  | ○家庭的な共用空間づくり<br>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。  | ○         |         |          | 民家を改修しているため、全ての共用空間が一般家庭と同じである。木造のため、木の温かみもあり、障子の和紙も落ち着いた感じがする。                         |   |
| 7                   | 8  | ○共用空間における居場所の確保<br>共用空間の中に、利用者が一人になったり気のあった利用者同士で自由に過ごせるような居場所を確保している。  | ○         |         |          | 居間に置かれたソファやいすに腰掛けて、テレビを見たり、談笑したりしている。また、台所や多目的室でも、自由に過ごすことができる。                         |   |

| 項目番号                             |    | 項目   | できている | 要改善 | 評価不能 | 評価理由<br>(優れている点や改善すべき点等、評価の根拠)   | 改善方策等 |
|----------------------------------|----|--|-------|-----|------|--|-------|
| 外部                               | 自己 |  |       |     |      |  |       |
| 8                                | 9  | ○利用者一人ひとりにあわせた居室の環境づくり<br><br>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。   | ○     |     |      | 箆笥やテレビ、布団を持ち込んで、一人ひとりその人らしい居室になっている。   |       |
| <b>②家庭的な生活環境づくり 4項目中 計</b>       |    |  | 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<br><br>利用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) | ○     |     |      | 要所要所に手摺りやスロープをつけている。利用者は段差があった方が反って気を付けるため、全てをバリアフリーにはしていない。浴室も手摺りや職員の補助で対応できている。今後、身体機能の低下のため入浴が困難になった場合は、移動入浴の設備も準備している。 |       |
| 10                               | 13 | ○場所間違い等の防止策<br><br>職員は、利用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)             | ○     |     |      | 利用者は、ホーム内のトイレや台所、居間の場所を分かっている。居室の分からない利用者が一名だけいるが、居室の前にマーク入りの名前を付けて混乱を防いでいる。   |       |
| 11                               | 14 | ○音の大きさや光の強さに対する配慮<br><br>利用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)                                  | ○     |     |      | テレビやCDの音は大き過ぎず、適当である。難聴の利用者もいるため、職員の会話はやや大きめであったが、声のトーンは低めで、利用者も気にしている様子はなく落ち着いている。  |       |
| 12                               | 15 | ○換気・空調の配慮<br><br>気になる臭いや空気よどみがないように、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。  | ○     |     |      | 居室に温湿度計が掛けられ、利用者に確認しながら、冷暖房の調節をしている。冬季は特に加湿器や洗濯物による加湿で、空気の乾燥を防いでいる。また、換気もできしており、気になる臭い等はない。                                |       |
| 13                               | 17 | ○時の見当識への配慮<br><br>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。   | ○     |     |      | 居間には見やすい位置に日めくりカレンダーと時計が掛けられ、居室にもそれぞれ好みのカレンダーや時計を置いている。また、季節を感じられるよう、玄関には雛人形が飾られていた。                                       |       |
| 14                               | 18 | ○活動意欲を触発する物品の用意<br><br>利用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)                             | ○     |     |      | 掃除道具、園芸用品、調理道具等を用意し、いつでも使えるようにしている。また、塗り絵、折り紙、編み物、お手玉、歌のCD等趣味の品も数多く揃え提供している。   |       |
| <b>③心身の状態に合わせた生活空間づくり 6項目中 計</b> |    |  | 6     | 0   | 0    |  |       |

| 項目番号             |    | 項目   | できて<br>いる | 要<br>改善 | 評価<br>不能 | 評価理由<br>(優れている点や改善すべき点等、評価の根拠)  | 改善方策等                                 |
|------------------|----|--|-----------|---------|----------|---|---------------------------------------|
| 外部               | 自己 |  |           |         |          |   |                                       |
|                  |    | <b>Ⅲ ケアサービス</b> 1. ケアマネジメント  |           |         |          |   |                                       |
| 15               | 20 | ○個別具体的な介護計画<br><br>アセスメントに基づいて、利用者主体の目標を立て、利用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。                          | ○         |         |          | 担当を決めてフェイスシートを作成し、利用者一人ひとりの希望を聴いて、長期目標と短期目標を決めている。また、利用者の状態に合わせ、サービス内容を考えている。   |                                       |
| 16               | 21 | ○介護計画の職員間での共有<br><br>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。                  | ○         |         |          | 職員は、担当利用者の個別記録から、支援経過を生活面と身体面に分けて分かりやすくまとめ、計画作成担当者に提示している。担当外の利用者についても、毎月1回開かれるカンファレンスで意見を出し合っている。また、ケア目標は個別の記録に記載し、全ての職員が把握している。 |                                       |
| 17               | 22 | ○介護計画への利用者・家族等の意見の反映<br><br>介護計画を、利用者や家族等とも相談しながら作成している。   | ○         |         |          | 月1回は、必ず面会に来る家族へは行事の写真等盛り込んだ「個別ニュース」を見せ、介護計画への要望を聴いている。利用者の意見は、日々のケアの中で聞き出すよう努力している。   |                                       |
| 18               | 23 | ○介護計画の見直し<br><br>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。                       | ○         |         |          | 利用者によって異なるが、長期目標は1年、短期目標は3か月と実施期間を決めている。月1回のカンファレンスで、支援経過を話し合い、必要に応じて見直しをしている。また、入居の初期や状態変化のあるときも随時見直ししている。                       |                                       |
| 19               | 24 | ○個別の記録<br><br>日々の介護や介護計画に反映させるため、利用者一人ひとりの特徴や変化を具体的に記録している。  | ○         |         |          | 個別にファイルがあり、生活の様子を詳しく記入し、水分量、食事量、排泄、清潔、服薬、バイタル等記録している。また、この記録から支援経過を抜き出し、介護計画の作成に活かしている。   | 記録に要する時間を減らすため、記録の重複を避ける工夫をすることを期待する。 |
| 20               | 25 | ○確実な申し送り・情報伝達<br><br>職員の申し送りや情報伝達を確実に言い、重要な点はすべての職員に伝わる仕組みを作っている。                                    | ○         |         |          | 口頭による申し送りに加え、業務日誌の特記事項に伝達内容を書いて確実に伝わるようにしている。また、業務日誌のチェック欄に職員は確認した日付を入れるようにしている。  |                                       |
| 21               | 26 | ○チームケアのための会議<br><br>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1回チーム会を開いて、全ての職員が意見を出し合っており、よりよいケアにするため活発に話し合いを行い、会議録に記録している。また、緊急を要する時は随時会議を開いたり、カンファレンスで話し合ったりしている。                            |                                       |
| ④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 | 評価理由<br>(優れている点や改善すべき点等、評価の根拠)  | 改善方策等 |
|------------------|----|--|-------|-----|------|---|-------|
| 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 | ○利用者一人ひとりの尊重<br>職員は、常に利用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。(利用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)  | ○     |     |      | 利用者に同じことを何度も聞かれても、その都度優しく丁寧に答えて安心してもらっている。また、男性の利用者が一人のため、同性と話ができるようにデイサービスを利用する等の配慮をしている。          |       |
| 23               | 28 | ○職員の穏やかな態度<br>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。   | ○     |     |      | 職員は常に笑顔で優しく利用者には話しかけている。また、利用者も職員との会話を楽しんでおり、和気あいあいとした雰囲気で過ごしている。                                   |       |
| 24               | 30 | ○利用者一人ひとりの過去の経験を活かしたケア<br>利用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。   | ○     |     |      | 利用者の過去の仕事等について話題にすることで、利用者の気分が落ち着くように配慮している。  |       |
| 25               | 32 | ○利用者のペースの尊重<br>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、利用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。  | ○     |     |      | 食事の時、食べ残しのある利用者のお盆を直ぐに下げずに談笑していた。その間に、「あんまり好きじゃないけど食べてみる。」と再び食べ始めた利用者がいた。利用者を急かすことなくゆっくり待つ姿勢がうかがえた。 |       |
| 26               | 33 | ○利用者の自己決定や希望の表出への支援<br>職員は、利用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し、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)   | ○     |     |      | 食べたい料理を本や新聞の告で選んでもらったり、更衣の時、着たい洋服を選んでもらうなど、利用者の希望を積極的に聴いている。  |       |
| 27               | 35 | ○一人でできることへの配慮<br>自立支援を図るために、利用者の「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)  | ○     |     |      | 全ての職員が、利用者の「できること、できそうなこと」を見極め、総合的に判断して見守りしている。そのため、利用者によっては、入居してからできることが増えた人もいる。                   |       |
| 28               | 37 | ○身体拘束のないケアの実践<br>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。   | ○     |     |      | 以前、24時間点滴が必要な利用者がいた時、チューブが外れないように手を握っておくなど、身体拘束に当たる行為を全ての職員が正しく認識し、身体拘束をしないケアをしている。                 |       |
| 29               | 38 | ○鍵をかけない工夫<br>利用者の自由な暮らしを支え、利用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、その理由を家族等に説明している。(外出の察知、外出傾向の把握、近所の理解・協力の促進等) | ○     |     |      | 朝6時半から夜7時までの日中は、玄関に鍵をかけていない。玄関の内側の引き戸に鈴を付けて、外出を察知している。  |       |
| ⑤介護の基本の実行 8項目中 計 |    |  | 8     | 0   | 0    |   |       |

| 項目番号 |    | 項目   | できている | 要改善 | 評価不能 | 評価理由<br>(優れている点や改善すべき点等、評価の根拠)   | 改善方策等  |
|------|----|--|-------|-----|------|--|--|
| 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<br>家庭的な食器を使っており、茶碗や湯呑み、箸等は、利用者一人ひとりが使い慣れたものになっている。                                   | ○     |     |      | 箸や湯呑みは、利用者一人ひとり違うものを使っている。その他の食器も、温かみのある陶器のものを使っている。   |  |
| 31   | 44 | ○ 利用者一人ひとりにあわせた調理方法・盛り付けの工夫<br>利用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。 | ○     |     |      | 現在、利用者は特別な調理を必要としない普通食が主であるが、咀嚼、嚥下力、体調に合わせて軟食、粥、刻み食、ペースト等の調理に変えている。当日は、散らし寿司で、錦糸卵の黄色、絹さやの緑色、でんぶのピンク色がきれいで食欲をそそる盛り付けであった。 |  |
| 32   | 45 | ○ 個別の栄養摂取状況の把握<br>利用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そ把握している。                               | ○     |     |      | 一定期間摂取カロリーを計算し、1200から1500カロリーぐらいの献立になっている。また、食事や水分の摂取量も記録している。栄養バランスについては、赤、黄、緑の食材を使うように工夫している。                          | カロリー計算をするなど改善に向けて努力されているが、法人内の栄養士に定期的に栄養バランスを見てもらうことを期待する。 |
| 33   | 47 | ○ 食事を楽しむことのできる支援<br>職員も利用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。                   | ○     |     |      | 職員も利用者と同じ食事を食べながら、料理の感想等を楽しく話し合っている。利用者一人ひとりに話しかけながら、さりげなく食べこぼしのサポートもしている。   |  |
|      |    | 2) 排泄  |       |     |      |  |  |
| 34   | 48 | ○ 排泄パターンに応じた個別の排泄支援<br>おむつをできる限り使用しないで済むように、利用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。       | ○     |     |      | 排泄チェック表から利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、誘導や介助によってオムツを使用しないで済むようにしている。   |  |
| 35   | 50 | ○ 排泄時の不安や羞恥心等への配慮<br>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。                                 | ○     |     |      | プライバシーに配慮して、さりげなくトイレ誘導している。失禁への対応もプライドを傷つけないように配慮している。   |  |
|      |    | 3) 入浴  |       |     |      |  |  |
| 36   | 53 | ○ 利用者一人ひとりの希望にあわせた入浴支援<br>利用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)                      | ○     |     |      | 午後に入浴時間をとっているが、希望があれば就寝前の入浴にも対応する考えはある。おおむね2日に1回の入浴回数で、時間はゆっくりできるよう配慮している。脱衣所が独立していないので、カーテンで仕切って暖房器具を入れて保温している。         |  |
|      |    | 4) 整容  |       |     |      |  |  |
| 37   | 56 | ○ 理美容院の利用支援<br>利用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)                                 | ○     |     |      | 訪問理容、送迎付きの美容院、家族介助の美容院等利用者の好みに応じて、理美容院を利用している。   |  |

| 項目番号                      |    | 項目   | できている | 要改善 | 評価不能 | 評価理由<br>(優れている点や改善すべき点等、評価の根拠)   | 改善方策等 |
|---------------------------|----|--|-------|-----|------|--|-------|
| 外部                        | 自己 |  |       |     |      |  |       |
| 38                        | 57 | ○プライドを大切にした整容の支援<br>整容の乱れ、汚れ等に対し、プライドを大切にできさざりげ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)                                | ○     |     |      | 櫛や手鏡など、利用者ができることは自分でできるよう勧め、衣服の乱れ等についてはさりげなく整えているため、身だしなみはきちんとされていた。   |       |
|                           |    | 5) 睡眠・休息   |       |     |      |  |       |
| 39                        | 60 | ○安眠の支援<br>利用者一人ひとりの睡眠のパターンを把握し、夜眠れない利用者には、1日の生活リズムづくりを通じた安眠策を取っている。  | ○     |     |      | 安眠剤を使用することで夜間のふらつき等の危険があるため、利用者が希望する場合を除いて使用しないようにしている。日中に活動することで眠ることができるように支援している。また、眠れない利用者には、「居間で話す」「暖かい飲み物を飲む」「足湯」等の対応をしている。 |       |
| <b>⑥日常生活行為の支援 10項目中 計</b> |    |  | 10    | 0   | 0    |  |       |
|                           |    | (3) 生活支援   |       |     |      |  |       |
| 40                        | 64 | ○金銭管理の支援<br>利用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、利用者一人ひとりの希望や力量に応じて支援している。                            | ○     |     |      | 利用者や家族と予め相談して支援の仕方を決めている。自己管理している利用者と管理の難しい利用者があるが、後者については、ホームでお金を預かり、買い物のお金をお金を渡して支払いをしてもらっている。                                 |       |
|                           |    | (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<br>ホーム内で利用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) | ○     |     |      | 掃除機を掛ける、拭き掃除をする、草引きをする、金魚の世話をし、洗濯物のしわを伸ばす等できることをしてもらっている。歌を唄ったり、食器洗いを手伝ったりする姿が見られた。  |       |
| <b>⑦生活支援 2項目中 計</b>       |    |  | 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<br>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)   | ○     |     |      | 訪問看護ステーションから看護師に週1回来てもらっている。他の日は、バイタルを医療機関へファックスで送って指示してもらっている。なお、24時間電話相談ができる。また、医師の往診は、月2回ある。                                  |       |
| 43                        | 73 | ○早期退院に向けた医療機関との連携<br>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。  | ○     |     |      | 利用者や家族の意向に沿って、代表者が管理者が連絡を密にとっている。さらに、早期退院に向けて、ホームがバックアップ体制を取って進めている。   |       |
| 44                        | 74 | ○定期健康診断の支援<br>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。                              | ○     |     |      | 市の生活習慣病検査を毎年受けている。また、往診時の検査や受診記録についてもファイルして分かりやすく管理している。   |       |

| 項目番号                   |    | 項目   | できて<br>いる | 要<br>改善 | 評価<br>不能 | 評価理由<br>(優れている点や改善すべき点等、評価の根拠)  | 改善方策等                                       |
|------------------------|----|--|-----------|---------|----------|---|---|
| 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<br>認知症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。 | ○         |         |          | ホーム内での役割や散歩等の日常生活を通して機能低下を防いでいる。また、週2回協力医院でリハビリを受けている利用者もいる。                                      |   |
|                        |    | (7) 利用者同士の交流支援   |           |         |          |   |   |
| 46                     | 78 | ○トラブルへの対応<br>職員は、利用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、当事者や他の利用者に不安や支障を生じさせないようにしている。                   | ○         |         |          | 利用者同士でトラブルを解決することもあるので、過剰な介入はせず、見守りをしている。必要があれば席を替える等の対応をしている。                                    |   |
|                        |    | (8) 健康管理   |           |         |          |   |   |
| 47                     | 80 | ○口腔内の清潔保持<br>利用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)         | ○         |         |          | 朝は洗顔時に一緒に口腔ケアの支援をしている。夕方は、義歯の洗浄をして、記録をすることで確実にこなすようにしている。   | 昼食やおやつの後にも、うがい等で口腔内が清潔に保たれるよう、支援することを期待したい。 |
| 48                     | 83 | ○服薬の支援<br>職員は、利用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、利用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。                 | ○         |         |          | 医師から処方された薬について、一覧表にまとめて分かりやすくしている。下剤のように排便のあった時は飲まなくてよいものは、別にするなど工夫している。医師の指示通り服薬できるよう、支援し記録している。 |   |
| 49                     | 85 | ○緊急時の手当<br>利用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)   |           | ○       |          | 研修に参加し、マニュアルを作成しているが、全職員が応急手当の技量を身に付けているとは言い難い。   | 実技研修を繰り返し行うことで、応急手当の力量を付けることが望まれる。          |
| 50                     | 86 | ○感染症対策<br>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)  | ○         |         |          | 考えられる感染症についてマニュアルを作り、予防法を周知している。特に手洗いに気をつけ、職員は紙タオルを使用し、利用者はタオルを使用する度に取替え、消毒している。                  |   |
| <b>⑧医療・健康支援 9項目中 計</b> |    |  | 8         | 1       | 0        |   |   |
|                        |    | 3. 利用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<br>利用者が、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)                | ○         |         |          | 季節に応じて行事を計画し、外出している。散歩や、近くのデイサービスを利用したり、買い物に出かけたりしている。調査当日も梅を見に出かける姿が見られた。                        |   |
| <b>⑨地域生活 1項目中 計</b>    |    |  | 1         | 0       | 0        |   |   |

| 項目番号                    |     | 項目   | できている | 要改善 | 評価不能 | 評価理由<br>(優れている点や改善すべき点等、評価の根拠)  | 改善方策等 |
|-------------------------|-----|--|-------|-----|------|---|-------|
| 外部                      | 自己  |  |       |     |      |   |       |
|                         |     | 4. 利用者と家族との交流支援  |       |     |      |   |       |
| 52                      | 94  | ○家族の訪問支援<br>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。<br>(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)  | ○     |     |      | 家族が面会に来たときには、必ず声を掛けて歓迎している。居室に宿泊できるように布団の用意等もしている。                                |       |
| <b>⑩家族との交流支援 1項目中 計</b> |     |  | 1     | 0   | 0    |   |       |
|                         |     | <b>IV 運営体制</b> 1. 事業の統合性   |       |     |      |   |       |
| 53                      | 96  | ○責任者の協働<br>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。  | ○     |     |      | 法人代表は計画作成担当者でもあり、管理者と共に通常のシフトに入って、共にサービスの質の向上に意欲的に取り組んでいる。                        |       |
| 54                      | 97  | ○職員の意見の反映<br>介護従業者の採用、運営方法、利用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。   | ○     |     |      | チーム会議等で職員は意見を述べやすく、運営方法や利用者の受け入れについて、積極的に意見交換しながら決めている。                           |       |
| 55                      | 101 | ○成年後見制度等の活用推進<br>利用(予定)者やその家族による、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の活用を推進している(制度概要等の説明、申立手続に関する専門機関や相談窓口の紹介等)。また、専門機関等は認知症高齢者の特性やグループホームをよく知っており、利用者や家族等並びにホームを支えていく協力体制が確保されている。 | ○     |     |      | 研修に参加し、制度の内容について把握し、相談窓口を紹介できるようにしている。現在、制度を活用している利用者はいないが、相談を受けて、活用を勧めている事例もある。  |       |
|                         |     | 2. 職員の確保・育成  |       |     |      |   |       |
| 56                      | 102 | ○利用者の状態に応じた職員の確保<br>利用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。   | ○     |     |      | 外出行事の際には、全ての職員が勤務して、利用者とマンツーマンで支援できるようにしている。また、月に半分くらいは職員を1名増やして事務等の業務を行っている。     |       |
| 57                      | 104 | ○継続的な研修の受講<br>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。  | ○     |     |      | 業務として研修に参加できる体制があり、実践者研修やグループホーム連絡協議会の研修に参加している。また、研修内容を研修報告書にまとめ、内部研修で周知している。    |       |
| 58                      | 106 | ○ストレスの解消策の実施<br>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)   | ○     |     |      | 職員同士、何でも話し合える関係にあり、悩みやストレスを相談できる仲間がいる。また、法人の事務局を相談窓口として、担当者を置いている。親睦会等で楽しむこともできる。 |       |

| 項目番号                    |     | 項目  | できて<br>いる | 要<br>改善 | 評価<br>不能 | 評価理由<br>(優れている点や改善すべき点等、評価の根拠)   | 改善方策等 |
|-------------------------|-----|---|-----------|---------|----------|--|-------|
| 外部                      | 自己  |   |           |         |          |  |       |
|                         |     | <b>3. 入居時及び退居時の対応方針</b>   |           |         |          |  |       |
| 59                      | 108 | ○利用者の決定のための検討<br>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、利用者・家族の希望等)          | ○         |         |          | 入居に関する問い合わせがあれば、ホームを見学に来てもらい、仮入居等も勧めている。さらに、全ての職員で話し合って検討している。                 |       |
| 60                      | 110 | ○退居の支援<br>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、利用者や家族等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。 | ○         |         |          | ホームでは、利用者を最期まで看取することを基本としているが、利用者や家族の希望があれば、介護施設等へ紹介する体制はある。                   |       |
|                         |     | <b>4. 衛生・安全管理</b>   |           |         |          |  |       |
| 61                      | 113 | ○ホーム内の衛生管理<br>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)   | ○         |         |          | 定期的に布巾等を除菌剤で消毒している。トイレのスリッパが利用者にとって危険な場合があるため、掃除をこまめにしてスリッパを置かなくてもよいように配慮している。 |       |
| 62                      | 115 | ○注意の必要な物品の保管・管理<br>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、管理方法を明確に取り決め、かつ、そのとおりに実行している。                          | ○         |         |          | 包丁は手の届かないところへ、まな板で目隠しをするように置かれている。薬は引き出しの中、洗剤は室外の目に付きにくいところに保管している。            |       |
| 63                      | 117 | ○事故の報告書と活用<br>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)      | ○         |         |          | 事故、ヒヤリハット、トラブルについての報告書を綴っている。また、それを元に再発防止のための話し合いをしている。                        |       |
| <b>⑪内部の運営体制 11項目中 計</b> |     |   | 11        | 0       | 0        |  |       |
|                         |     | <b>5. 情報の開示・提供</b>  |           |         |          |  |       |
| 64                      | 119 | ○調査等の訪問に対する対応<br>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。  | ○         |         |          | サービスの質の向上のために、積極的に情報提供している。  |       |
|                         |     | <b>6. 相談・苦情への対応</b>   |           |         |          |  |       |
| 65                      | 120 | ○相談・苦情受付の明示<br>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、利用者及び家族等にその利用の仕方を文書と口頭で繰り返し伝えている。                         | ○         |         |          | 重要事項説明書に苦情等申立先を明記し、入居時や家族会で説明している。公的窓口として国民健康保険団体連合会の苦情相談窓口も紹介している。            |       |
| <b>⑫情報・相談・苦情 2項目中 計</b> |     |   | 2         | 0       | 0        |  |       |

| 項目番号                      |     | 項目   | できて<br>いる | 要<br>改善 | 評価<br>不能 | 評価理由<br>(優れている点や改善すべき点等、評価の根拠)  | 改善方策等   |
|---------------------------|-----|--|-----------|---------|----------|---|---|
| 外部                        | 自己  |  |           |         |          |   |   |
|                           |     | <b>7. ホームと家族との交流</b>   |           |         |          |   |   |
| 66                        | 123 | ○家族の意見や要望を引き出す働きかけ<br>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。   | ○         |         |          | 家族に少なくとも月1回面会に来訪してもらえるよう、支払いは現金集金にしている。来訪時には必ず声をかけ、ゆっくり過ごせるよう配慮している。また、家族会で家族同士が話す機会を設けている。 |   |
| 67                        | 124 | ○家族への日常の様子に関する情報提供<br>家族に、利用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)   | ○         |         |          | 「ホーム便り」では、個人情報の問題もあるため、写真入の「個別ニュース」を作成して、利用者の日常の様子を具体的に伝えている。                               |   |
| 68                        | 127 | ○利用者の金銭管理<br>利用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等と相談の上定めており、利用者側に定期的にその出納を明らかにしている。   | ○         |         |          | 金銭出納帳に明記し、領収書を添付し、毎月家族に確認してもらっている。  |   |
| <b>⑬ホームと家族との交流 3項目中 計</b> |     |  | 3         | 0       | 0        |   |   |
|                           |     | <b>8. ホームと地域との交流</b>   |           |         |          |   |   |
| 69                        | 128 | ○市町村との関わり<br>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。  |           | ○       |          | 運営推進会議を2か月に1回の割合で、5回開催している。市職員も出席しているが、現在のところ市から事業の要請はなく、積極的に事業を受託してはいない。                   | 4月から地域密着型サービスとなり、市との繋がりを密にしていくことが大事であるから、様々な事業を受託する等独自の積極的な取り組みが望まれる。 |
| 70                        | 131 | ○地域の人達との交流の促進<br>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。   | ○         |         |          | 自治会に加入し、清掃等にも参加している。また、散歩や買い物途中に地域の方に挨拶し、ホームへの来訪をお誘いしている。                                   | 「ホーム便り」の発行を増やしたり、地域の行事に参加したり、今後も交流を深めることを期待したい。                       |
| 71                        | 133 | ○周辺施設等の理解・協力への働きかけ<br>利用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)   | ○         |         |          | 商店、福祉施設、警察、消防署等、周辺施設に利用者と共に訪れ、協力をお願いしている。   |   |
| 72                        | 134 | ○ホーム機能の地域への還元<br>ホームの機能を、利用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)  | ○         |         |          | 中学生の見学、中・高校生の研修等受け入れている。また、近所の知り合いや職員の子どもが、ボランティアで手伝いに来てくれる。                                | 介護教室を開く等、地域に認知症の理解を浸透させるように働きかけていくことを期待したい。                           |
| <b>⑭ホームと地域との交流 4項目中 計</b> |     |  | 3         | 1       | 0        |   |   |
|                           |     | <b>V その他</b>   |           |         |          |   |   |
|                           |     | 1. その他   |           |         |          |   |   |
| 73                        | 144 | ○火災・地震等の災害への対応<br>利用者や施設の状況を考慮に入れ、夜間も念頭においた防火対策を講じている。(災害発生時の職員、家族、その他関係機関(母体法人等)との連絡体制の確保、防災応援協定など地域との連携体制の確保、これらの連絡・連携体制を踏まえた災害に対応するための手引書等の作成、避難・誘導等定期的な訓練の実施等) | ○         |         |          | 火災災害時の対応マニュアルを作成し、電話連絡網を作っている。消防署にも情報提供し、避難経路を決めて、職員が訓練している。また、近所の人や法人のデイサービスにも応援を依頼している。   | 消防団と連絡を取り、夜間も想定に入れた避難訓練を利用者と一緒を実施することを期待したい。                          |
| <b>⑮その他 1項目中 計</b>        |     |  | 1         | 0       | 0        |   |   |

ホームID 38171

|      |    |   |
|------|----|---|
| 評価件数 |    |   |
|      | 自己 | 1 |
|      | 外部 | 1 |
|      | 家族 | 5 |

| 評価項目数      | 領域I    | 領域II   | 領域III | 領域IV  | 計     |
|------------|--------|--------|-------|-------|-------|
| 自己(全項目)    | 5      | 13     | 77    | 40    | 135   |
| 自己(外部共通項目) | 4      | 10     | 38    | 20    | 72    |
| 外部         | 4      | 10     | 38    | 20    | 72    |
| 家族         | N.A.   | N.A.   | N.A.  | N.A.  | 13    |
| 達成率        | 領域I    | 領域II   | 領域III | 領域IV  | 計     |
| 自己(全項目)    | 80.0%  | 100.0% | 84.4% | 70.0% | 81.5% |
| 自己(外部共通項目) | 75.0%  | 100.0% | 78.9% | 75.0% | 80.6% |
| 外部         | 100.0% | 100.0% | 97.4% | 95.0% | 97.2% |
| 家族         | N.A.   | N.A.   | N.A.  | N.A.  | 83.1% |

**★ グラフの解説:**

(1) 評価件数について  
 \* 自己 … 自己評価はユニット毎に行います。自己評価を実施したユニット数を表しています。グラフに使用する達成率(「できている」と回答した率)は、複数ユニットの場合では平均値を採用しています。  
 \* 外部 … 外部評価はユニット全てを調査しますが、評価結果は、一事業所として行うので「1」となっています。  
 \* 家族 … 家族アンケートは利用者ご家族全員にお願いしています。記載されている数字は、返送頂いたアンケートの有効回答数を表しています。

(2) 評価項目数について  
 評価項目の領域は、I 運営理念・II 生活空間づくり・III ケアサービス・IV 運営体制で構成されています。  
 自己(全項目)の領域 I では5項目あり、全項目の合計は134項目となります。同様に、自己(外部共通項目)は、外部評価項目と同じ項目なので、4項目で、合計は71項目となります。家族アンケートは、特に領域に分けていないので、NAと表示されています。合計は13項目です。

**★ グラフの見方:**

\* レーダーチャート … 自己評価のうち、外部評価の共通項目(71項目)を抽出し、外部評価との達成率を比較しています。  
 \* 棒グラフ … 自己評価(134項目)、外部評価(71項目)、家族アンケート(13項目)におけるそれぞれの達成率(「できている」率)を比較しています。

