

# 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 平成16年12月6日  
調査実施の時間 開始10時15分～終了15時00分

訪問先ホーム名  
北海道 忘れな草

主任評価調査員  
(記入者)氏名 本間 敦

同行調査員氏名 谷内 米雄

#### グループホーム側対応者

職名 管理者

氏名 吉田 逸子

ヒヤリングをした職員数 3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

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
	<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 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。	○			管理者は、日常的に運営方針や目標を職員に伝えている。	
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、パンフレットや玄関の見やすい壁に明示している。	
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。		○		契約書には、利用者および利用者代理人の権利や義務を明示していない。	早急に契約書に利用者および利用者代理人の権利や義務を明示することが望ましい。
	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)		○		ホーム開設時に、町内会や地域の方々を対象に内覧会を行い、その後は、随時見学者の受け入れも行っているが、継続した取り組みとしては、十分とは言えない。	地域住民の方にグループホームの役割と理解が広まるよう継続して、説明会を開いたり、入居者のプライバシーに配慮しながら、ホーム便りを地域で回覧するなど、認知症であっても地域の中で当たり前の暮らしが出来ることを今後も伝えてほしい。
運営理念 4項目中 計		2	2	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 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)	○			近隣の方々が訪ねやすいように玄関まわりには花を植えたプランタンが置かれている。	
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。	○			各フロア毎に、調度や設備は家庭的なものが配置され、壁の絵画による装飾もさりげなく、温かな雰囲気作りがなされている。	

項目番号		項目	できて いる	要 改善	評価 不能	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	8	○共用空間における居場所の確保 共用空間の中に、入居者が一人になつたり気のあつ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。	○			入居者が一人になれる空間もあり、入居者同士で過せるやや大きめの居間もある。	
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。	○			入居者一人ひとりの居室には、使い慣れた家具や生活用品を持ち込んでもらっている。	
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)	○			廊下、浴槽、トイレには要所に手すりが取り付けられ、流し台も使いやすい高さになっている。	
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、家庭的な雰囲気をおこさず、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)	○			入居者一人ひとりの部屋の入口にはボードが貼られ、それぞれ違う折り紙が取り付けられている。トイレにもわかりやすい文字が掲げられている。	
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)	○			テレビの音や職員の会話のトーンは適度に調整され、室内の明るさも良好である。	
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。	○			気になる臭いや空気のだよみは感じられず、換気も適宜行われている。温度調節も入居者に合わせて行われている。	
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。	○			見やすい時計と暦が見やすい高さに掲示されている。	
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)	○			裁縫道具、編み物、趣味の品などが用意されている。また建物の前の畑に使う園芸用品も用意されている。	
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	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
	<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 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。	○			職員は担当制になっており、入居者一人ひとりのアセスメントに基づいて具体的にケアプランを作成している。	
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。	○			担当職員がケアプランを作成し、最終的には管理者と計画作成者の目を通して、すべての職員がその内容を見ることができている仕組みになっている。	
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。	○			生活歴を具体的に知るためには、ご家族への働きかけによる情報収集が必要なので、できるだけご家族へ相談して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見直しを行っている。		○		入居者の状態の変化に応じて随時見直しを行っているが、ケアプランの見直しは基本的には3ヶ月から6ヶ月の期間で行われている。	きめ細かいケアが求められるグループホームでは、入居者に何ら変化が見受けられない場合でも入居者の可能性や職員の気づきを新たに <u>して、長くても3ヶ月毎に見直すことが求められる。</u>
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。	○			入居者一人ひとりの変化を具体的に記録している。	
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。	○			情報伝達が混同しないように、連絡帳が2種類備えてあり、入居者用と職員間用に分けられている。	
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。	○			チームケアのための全体会議を月に一度、開催しており、勉強会も同時に行っている。	
ケアマネジメント 7項目中 計		6	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
	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)	○			入居者の尊厳を守り、礼儀正しい対応を行っており、常にさりげない介助を心がけている。	
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、やさしい雰囲気で見守っている。	○			ゆったりとした態度で言葉掛けに注意しながら関わっている。	
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。	○			入居者ご本人から、それまでの暮らしの中の出来事などを聞き取り、日々の生活の中でそれらの情報を生かすよう取り組まれている。	さらに、ご家族にも継続して働きかけ、入居者の生活歴を聞き取ってほしい。
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。	○			職員中心、業務中心の生活ペースではなく、あくまでも入居者中心の生活ペースを守れるよう、一人ひとりが自由に暮らせるよう支援している。	
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)	○			食べる物を選んでもらったり、買い物に出かけた際に自分でほしい物を決定してもらったり、入居者が自ら選択する場面を作るよう心がけている。	
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)	○			入居者一人ひとりの「できること」を把握し、「できそうなこと」に対しては声かけを極力行うようにしている。例えば調理の準備など、できそうな入居者に対して声かけを必ず行い、場面作りを提供している。	
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。	○			身体拘束は全く行っていない。	
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)	○			日中玄関には人が通ると必ずチャイムが鳴るようにしているので、鍵をかけることはない。	
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	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
	(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。	○			茶碗、湯呑み、箸は、入居者が使い慣れているものを使用している。	
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しつつ、おいしそうな盛り付けの工夫をしている。	○			咀嚼機能が低下している入居者に対しては、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。	○			摂取カロリーや栄養バランスに関しては、母体病院の栄養士が相談に乗ってくれており、入居者一人ひとりの食事摂取量も毎日生活記録に記入している。水分摂取量も管理必要な入居者に対しては同様に記録している。	
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。	○			職員は一緒にテーブルで、同じ食事を食べながら、さりげなく食事の支援をしている。	
	2) 排泄					
34	48 ○排泄パターンに応じた個別の排泄支援 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。	○			入居者一人ひとりの排泄パターンを生活記録から把握して、定時誘導や声かけを行いながら、自立に向けた支援を行っている。	
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。	○			他の入居者に気づかれないように声かけや誘導を行っている。	
	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)	○			週に2から3回、入居者の希望に合わせて入浴してもらっている。	
	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)	○			入居者の希望で、近隣の理美容院を利用してもらっている。髪染めはホームで職員が行っている。	

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、プライドを大切にささ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)	○			さりげない声かけと支援によって、入居者の衣服の乱れはなく、汚れも見られない。	
		5) 睡眠・休息					
39	60	○安眠の支援 入居者一人ひとりの睡眠のパターンを把握し、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。	○			入居者一人ひとりの睡眠パターンを把握して、一人ひとりが自由に一日のリズムづくりができるようにサポートしている。	
日常生活行為の支援 10項目中 計			10	0	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。	○			入居者の力量に応じて、管理ができる入居者のみお金を持ってもらっている。お金を所持してもらっている入居者は多い状況である。	
		(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)	○			日常生活の中での食器洗い、掃除、洗濯たたみなどをできるだけ行ってもらい、畑作業や歌を唄ったりなど興味があるものにも声かけをして参加してもらっている。	
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)	○			提携医療機関が確保されており、内科医が月に一度往診してくれ、精神科は2週に一度約6名が受診されている。緊急の場合には市立病院に対応してもらっている。	
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。	○			医療機関に入院した場合は、医療機関との情報交換を積極的に行い、早期の退院に向けてご家族も交えて話し合いを行っている。	
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。	○			定期的に、医師による指導や健康診断を受けられることができる体制にある。	

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。	○			入居者一人ひとりの身体機能に合わせて、買い物や散歩、畑作業を通して機能維持ができるように取り組んでいる。	
	(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。	○			トラブルが起こった時には、入居者の訴えを良く聞き、理解して、関係改善に努めるようにしている。	
	(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)	○			一日に3度、歯磨きと入れ歯の手入れを励行している。	
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。	○			入居者一人ひとりの服薬状況を、医師の指示である処方箋を通して、薬の目的や副作用を理解しながら服薬を支援している。	
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)			○	緊急マニュアルは作成されている。職員も把握しており、消防署による心肺蘇生法の講習を受講されているが、年に一度ということもあり、全ての職員が緊急時に速やかに対応できるのか不安が残る。	緊急時に全ての職員が速やかに対応できるように(吸引などの具体的な実技を伴う訓練を定期的実施し、日頃から事故や発作などに備えておいてほしい。
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)	○			感染症マニュアルは作成されている。食中毒についても外部研修を受講し、勉強会も行っている。	
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)	○			日常的には買い物や散歩を行っている。全体行事としては年に2回開催し、ドライブ外出にも頻回に出かけている。	
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)	○			ご家族の訪問はいつでも歓迎しており、制限時間もなく自由に訪問してもらっている。入居者の居室に宿泊されるご家族もいる。	
家族との交流支援 1項目中 計			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 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。	○			法人は、運営は人材育成が要になるという信念を持っているので、ケアサービスの質の向上に対しては前向きに考えている。毎週法人役員とグループホームについての会議が持たれ、課題があれば相談できる体制にある。	
54	97	○職員の意見の反映 介護従業者の採用、運営方法、入居者の受け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。	○			職員の採用や入居者の受け入れに関しては、管理者が主に携わっている。	なお、チームケアには、現場で直接入居者に接する職員の意見が欠かせないので、職員採用や入居受け入れなどについても、現場職員の意見も聞かれることが望まれる。
		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。	○			決して、余裕のある職員体制ではないが、現在の入居者の生活を支援するのに十分な勤務ローテーションを組んでいる。	
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。	○			計画作成者は、認知症介護実務者研修の基礎研修を受講するようすすめているが、全職員の段階毎の研修参加が実施されているとは言えない。研修終了後は研修報告書を書くことを義務付けており、さらに勉強会で他の職員に対しても周知するようにしている。	職員の経験や習熟度に応じた段階毎の研修参加が出来るような体制作りを行い、職員の専門職としてのスキルアップを図ってほしい。
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)	○			職員相互の親睦などについては行っている。	さらに、他のグループホームとの交流や、外部のスーパーバイザーの導入なども検討してほしい。

項目番号	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. 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)	○			管理者が主に行っており、ご家族の希望などを十分に聞いて、入居を検討している。	
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。	○			退居に関しては入居者やご家族に十分な説明をして、納得の行くように支援している。	
			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)	○			衛生チェック表を作成しており、台所の布巾、包丁、まな板などは常に清潔にしている。	
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。	○			薬や刃物は、管理方法を徹底しており、保管場所も決めている。	
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)	○			事故およびヒヤリハット報告書を作成しており、原因を分析し、再発防止のためにミーティングも行っている。	
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。	○			調査員に対しては積極的に情報を提供している。	
			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。		○		玄関横に苦情相談窓口の設置を明記したポスターを掲示されているが、重要事項説明書には、ホーム側の窓口および職員の明記はなく、また公的機関の窓口の明記も見られない。	重要事項説明書には、苦情窓口担当者としてホーム側の窓口職員と公的機関の窓口を明記し、さらにご家族が苦情や要望を言いやすいような環境作りを行ってほしい。
情報・相談・苦情 2項目中 計				1	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
	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。	○			ご家族の面会時には必ず声かけをして、入居者の日常生活の様子を伝えるようにしている。	
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)	○			毎月グループホームだよりを発行しており、それと同時に担当者が手紙を書いて同封している。	
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。	○			入居者一人ひとりのお預かりしている金銭に関しては、出納帳を作り、毎月一度コピーをご家族に送付している。	
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。	○			深川市はグループホームに事業を委託していないが、市町村が老人クラブ、婦人会その他の非営利団体や住民の協力を得て行う事業については、受託されていない。	市町村が実施する事業には、市町村が老人クラブ、婦人会その他の非営利団体や住民の協力を得て行う事業も含まれており、それらに対しても、ホーム側から働きかけを行い、地域の認知症ケアの向上に向け協働出来るよう取り組んでいかれることが望まれる。
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。	○			町内会に加入しており、夏はホームの前の広場に鉢植えを置いたり、冬はアイスキャンドルを並べて地域の人達との交流のきっかけ作りを考えられているが、今のところ、地域の方が気軽にホームに立ち寄ってくれる方は少ない。	自治会や町内会との日頃からの交流を図り、ホームの年間行事に定期的な参加を求めるとして、関係を深め、気軽にホームに立ち寄ってくれる方を増やして行ってほしい。
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)	○			近隣のスーパーマーケット、美容室、歯科医をよく利用している。消防署にも周知を図っている。	さらに、警察署や公共施設にも周知を図り、入居者の地域の中での暮らしが広がるよう支援して行ってほしい。
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・研修の受入れ等)	○			地域の婦人会や市町村からの見学などを受けているが、ホームの機能を地域に還元するまでには至っていない。	地域に向けて、グループホーム機能を示す意味でも地域のボランティアや実習生、小中学校の体験学習など入居者に十分に配慮しながら受け入れを行っていかれることが望まれる。
ホームと地域との交流 4項目中 計		2	2	0		

※ (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>深川市で唯一のグループホームである。母体病院が医療、保健、福祉に対する考え方がしっかりしており、グループホームへの尽力も並々ならぬものである。建物は旧病院のビルディングなので、決して家庭的な雰囲気とはいえないが、ホーム内は、内装を効果的に使い、また広いスペースをうまく利用して入居者が居心地よく過ごせるような空間作りがなされている。地域との交流も積極的に行っているグループホームである。</p>	
分野	特記事項(※優先順位の高い要改善点について)
I	<p>ホーム開設時に、町内会や地域の方々を対象に内覧会を行い、その後は、随時見学者の受け入れも行っているが、継続した取り組みとしては、十分とは言えない。地域住民の方にグループホームの役割と理解が広まるよう継続して、説明会を開いたり、入居者のプライバシーに配慮しながら、ホーム便りを地域で回覧するなど、認知症であっても地域の中で当たり前の暮らしが出来ることを今後も伝えていってほしい。</p>
運営理念	
II	<p>要改善点は特になし(現状の維持、そしてさらなる充実が期待される)</p>
生活空間づくり	
III	<p>入居者の状態の変化に応じて随時見直しを行っているが、ケアプランの見直しは基本的には3ヶ月から6ヶ月の期間で行われている。きめ細かいケアが求められるグループホームでは、入居者に何ら変化が見受けられない場合でも入居者の可能性や職員の気づきを新たにして、長くても3ヶ月毎に見直すことが求められる。</p>
ケアサービス	
IV	<p>計画作成者は、認知症介護実務者研修の基礎研修を受講するようすすめているが、全職員の段階毎の研修参加が実施されているとは言えない。職員の経験や習熟度に応じた段階毎の研修参加が出来るような体制作りを行い、職員の専門職としてのスキルアップを図ってほしい。玄関横に苦情相談窓口の設置を明記したポスターを掲示されているが、重要事項説明書には、ホーム側の窓口および職員の明記はなく、また公的機関の窓口の明記も見られない。重要事項説明書には、苦情窓口担当者としてホーム側の窓口職員と公的機関の窓口を明記し、さらにご家族が苦情や要望を言いやすいような環境作りを行ってほしい。</p>
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	2
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	6
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	10項目	9
⑫ 情報・相談・苦情	2項目	1
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	2