

一般社団法人  
北海道認知症グループホーム協会

## 相互評価（333項目）アンケート

- ・ 相互評価（333項目）アンケート について
- ・ 認知症グループホームの相互評価アンケート票

回答期間 : 2019年4月8日～5月31日

回答用ホームページ : <http://www.h-gh.net/question/q31s/>

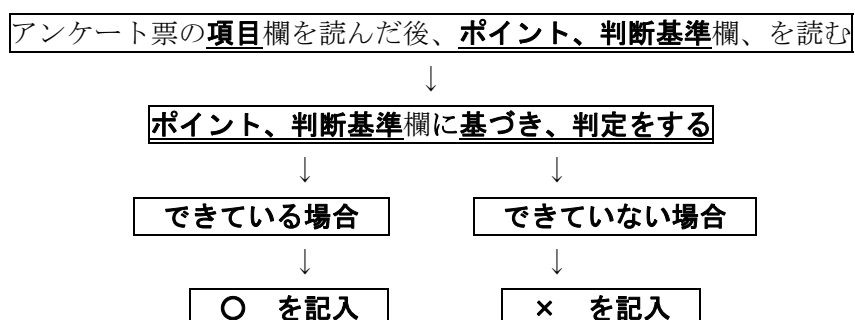
## 相互評価（333項目）アンケート について

認知症グループホームの相互評価アンケート票に基づき、下記留意点をご確認の上、アンケートの実施をお願いいたします。

- ◆ このアンケート票は、調査項目を作成していく際のベースとするため、2004年の痴呆(認知症)高齢者グループホームの自己評価票を使用し平成28年度に相互評価事業推進委員会にて作成された「認知症グループホームの相互調査票」を基に作成されています。
- ◆ ○×欄に、できている場合は「○」、できていない場合は「×」を御記入願います。
- ◆ 当アンケートは、この票を使用して、事業所の取り組み姿勢や、職員の皆さんの意識を確認していくことで、姿勢や意識の向上を促し、質の向上につながることを目指しています。○×の数(点数の高低)について、現時点では大きな意味付けをしていません。あくまで事業におけるスタートラインの確認とお考え願います。(○×の数を競い合うものではありません。)
- ◆ 表の説明  
項目・・・ 認知症グループホームのサービス水準の向上に向けた自発的努力と体制づくりを誘導し、その内容及び範囲において指定基準を上回るものとして設定されています。  
調査方法・・・  
「見る」 ー 事業所内で見確認していただきます。見た際に確認できるかどうかで判定願います。  
「聞く(職)」 ー 職員の方に聞き取りをして確認していただきます。職員の方が答えられるかどうかで判定願います。なお、一人でもできていない方がいれば×となります。  
「聞く(管)」 ー 管理者の方に聞き取りをして確認していただきます。管理者の方が聞かれて答えられるかどうかで判定願います。  
「書類」 ー 事業所内で各種書類を実際に見て確認します。書類があるかどうかで判定願います。  
ポイント・・・ 項目を満たしているかどうか、具体的にポイントを示しています。今後、判定するにあたって、このポイントをどのように捉えたかが重要になります。当事業では、このポイントに対する考え方の差異を少なくしていくことが重要だと考えています。  
判断基準・・・ 項目に対する「できている ○」「できていない ×」の判断をする際の具体的な基準となります。

- ◆ ○×欄は、空欄の無いよう全て記載するようお願いいたします。なお、設問に当てはまらない事柄等の場合は、○となります。×とする理由が無い場合は○となります。  
(例：「パートでも実際には職員と同じ仕事をこなしている場合が多く、会議にパートの人も参加している」の設問についてパートがいない場合は、○とする。)

- ◆ ○×欄記入（333項目）の流れ



- ◆ 相互評価アンケート票の記入が全て終了した後、ホームページにて全ての項目及びNo.について「できている」「できていない」を、**2019年4月8日から5月31日までにご回答**をお願いいたします。

なお、最初に「介護事業者番号」「グループホーム名」の入力（事業所を特定するものではなく、重複、成りすましの防止、データの整合性ため）がありますので、あらかじめご用意ください。「できている」「できていない」の入力画面では、すでに「できている」にチェックがありますので、できていない項目及びNo.の入力のみとなるかと思いません。

また、最後に相互評価アンケートに関するご意見・ご感想を入力することができますので、何かございましたらご入力をお願いいたします。

HPアドレス：<http://www.h-gh.net/question/q31s/>

# 認知症グループホームの相互評価アンケート票

## 【見る】59項目

| 項目  | N o . | 調査方法 | ポイント   |
|---|-------|------|--|
| <b>I 運営理念 1. 運営理念の明確化</b>   |       |      |  |
| ○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。   | 6     | 見る   | 利用案内文(パンフレット等)やホーム内の掲示に理念が明確に示されている  |
|   | 8     | 見る   | 分かりやすい場所に掲示されている   |
| <b>2. 運営理念の啓発</b>   |       |      |  |
| <b>II 生活空間づくり 1. 家庭的な生活空間づくり</b>  |       |      |  |
| ○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。                            | 15    | 見る   | ホームの玄関まわりは、施設的であっても明るく家庭的な工夫がなされている  |
|   | 16    | 見る   | 入居者にとって使いやすいしつらえに造作している自分らしくふるまえるよう馴染みのものを採り入れたり配置やしつらえの工夫をしている                        |
| ○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。                                   | 18    | 見る   | 全体的に殺風景ではなく、いるだけでほっと安らぐような家庭的な温かさを作る配慮をしている  |
|   | 19    | 見る   | 施設等によく見られる天井や壁面への折り紙等の飾り付けが色遣いや装飾の点で幼稚であったり、家庭的な雰囲気をそいでいる状態が見られない                      |
| ○共用空間における居場所の確保 共用空間の中に、入居者が一人になったり気のあっ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。   | 21    | 見る   | ホーム内のちょっとした空間を活かして居場所となるスペースを数か所作っている  |
|   | 22    | 見る   | 喫煙希望者がいる場合、喫煙場所をどう考えるか、確保しているかも確認する  |
| ○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  | 24    | 見る   | 居室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  |
| ○建物の外周リや空間の活用 建物の外周リやベランダを、入居者が楽しんだり、活動したりできるように活かしている。   | 26    | 見る   | 憩う、仕事をする等その人らしく過ごせる場として外回り 空間を活かしている   |
| <b>2. 心身の状態にあわせた生活空間づくり</b>   |       |      |  |
| ○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) | 27    | 見る   | 段差を手すり等でカバーしたり、いすとテーブルの高さの差は踏み台を使うなどの工夫がされている  |
|   | 29    | 見る   | 転落防止の柵等は、過剰な危険防止による抑制・閉じ込めにつながっていない  |
|   | 30    | 見る   | 調理をしたり、洗濯物を干したり、本人の力が活かせるような環境の調整をしている   |
|   | 31    | 見る   | 本人の活動性を維持するために、車イスやキャスター付きイス等を個人の状態に合わせて用意している   |
| ○混乱や失敗を招かない環境づくり 認知症による誤認や錯覚を引き起こして混乱や失敗を招くような状態を放置していない。   | 32    | 見る   | 入居者が鏡やガラスに映った物影に怯えたり、混乱しているのを見極めて、布をかける等の工夫をしている                                       |
| ○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)             | 34    | 見る   | 入居者が場所の誤認をしないように目印をつける場合はホームとしての家庭的な雰囲気のしつらえを大切にしておき馴染みの物を活かしたサイン等、本人にわかる目印になるよう工夫している |
| ○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)                                  | 35    | 見る   | テレビやBGM、チャイムやセンサーの音量が大き過ぎたり、かけっぱなしになっていない  |
|   | 36    | 見る   | 明るすぎる日射しをレースのカーテン等で調節している  |
|   | 37    | 見る   | 職員は、自らのたてる物音や話し声、足音(走る音)が入居者にとって騒がしくストレスになっていないか、配慮をしている                               |
| ○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。   | 43    | 見る   | 時計やカレンダーをただ設置するのではなく、入居者個々の見当識を活かし、暮らしやすくするために、本人に馴染みの暦や時計を使っている                       |
|   | 44    | 見る   | 室内のカレンダーや季節の装飾等は、季節の風物を積極的に活かしている  |
| ○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ている。   | 46    | 見る   | 入居者が自分で使えるように掃除道具やお茶道具が生活空間の中にさりげなく置かれている  |

- (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、管理者及び非常勤職員を含む。

| No. | 判断基準  | メモ欄 | ○×欄 |
|-----|---|-----|-----|
| 6   | 運営理念が掲示物やパンフレットで掲示されている   |     |     |
| 8   | 掲示場所が分かりやすい   |     |     |
| 15  | 実際に、玄関まわりは、施設的であっても明るく家庭的な工夫がなされている（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） |     |     |
| 16  | 実際に見て確認できる  |     |     |
| 18  | 認知症の人だからという理由だけで、物を置かない殺風景な状態ではない。                              |     |     |
| 19  | 保育園にあるような飾り付けや、家庭的な雰囲気や削ぐ装飾がない。（ただしある場合にも意図や配慮の説明ができれば○）        |     |     |
| 21  | 実際に作っているスペースが確認できる  |     |     |
| 22  | 喫煙場所がある（喫煙者がいる場合。いなければ喫煙場所がなくても○）                               |     |     |
| 24  | 調査員は複数の部屋を確認し、家具等が持ち込まれていることがわかる                                |     |     |
| 26  | 入居者が活動できるように外回り空間を活用していることがわかる（物干し場、園芸、水撒き、草取り等）                |     |     |
| 27  | 実際の工夫について見ることができる   |     |     |
| 29  | ホームの中で、過剰な危険防止策は行われていない   |     |     |
| 30  | 実際に環境の調整について、見て確認できる  |     |     |
| 31  | 実際に、本人の活動性を維持するための車イス等がある                                       |     |     |
| 32  | 実際に工夫していることが確認できる。又は混乱する利用者はいない（壁のシミを動物等と錯覚し、混乱を招くような状態等）       |     |     |
| 34  | 入居者の誤認防止の目印がある場合、家庭的であり、雰囲気や壊していない                              |     |     |
| 35  | 共有空間の音は適切である（見た目の判断でチェックし、×の場合、後で「聞く」）                          |     |     |
| 36  | 日射しの調整が適切にできている（見た目の判断でチェックし、×の場合、後で「聞く」）                       |     |     |
| 37  | 調査員は実際に確認し、配慮していることがわかる（見た目の判断でチェックし、×の場合、後で「聞く」）               |     |     |
| 43  | 時の見当識への実際の工夫について確認できる（日めくりの日付があっていないなどは×）                       |     |     |
| 44  | カレンダーや装飾は、違和感がない  |     |     |
| 46  | 実際に掃除道具やお茶道具等が置かれていることが確認できる                                    |     |     |

認知症グループホームの相互評価アンケート票  
【見る】59項目

| 項 目  | N o . | 調査方法 | ポイント   |
|--|-------|------|--|
| <b>Ⅲ ケアサービス 1. ケアマネジメント</b>  |       |      |  |
| ○ケアプランの職員間での共有 ケアプランを、すべての職員の気づきや意見を採り入れて作っており、すべての職員がプランの内容を知ることができる仕組みを作っている。  | 56    | 見る   | 作られたケアプランを職員が日常的に目にし、日々のケアに活かしているような意識づけ、保管の工夫がされている   |
| <b>2. ホーム内でのくらしの支援 (1) 介護の基本の実行</b>  |       |      |  |
| ○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。   | 74    | 見る   | 本人にとっての誇りやプライバシーを尊重した言葉かけや対応がされている                     |
|  | 75    | 見る   | 人前で入浴誘導等の声かけをして本人を傷つけないようにさりげない介助をしている                 |
|  | 76    | 見る   | 居室への出入りは許可を得ている  |
|  | 78    | 見る   | 個人に関する記録やメモを人前に放置していない、またパソコンの画面がすぐに見られる状態にない          |
| ○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。   | 80    | 見る   | 言葉かけ、態度、関わりのスピードやトーンがきつかったり 早すぎて入居者がついていけなかったりしていない。   |
|  | 81    | 見る   | リビング等で職員同士で大きな声で話をしていない                                |
| ○入居者が感情表現できるような働きかけ 入居者の生き生きした言動や笑顔（喜び、楽しみ、うるおい）を引き出すための、言葉かけや雰囲気づくりをしている。   | 82    | 見る   | リビング等で、職員は、笑顔で過ごし、安心できる雰囲気づくりをしている                     |
| ○入居者一人ひとりとのコミュニケーション 入居者一人ひとりの伝えたいことをしっかり受け止め、職員側からは本人に分かるように伝えている   | 86    | 見る   | 言葉だけに頼らず、身振りや目線等、体を使ったコミュニケーションに取り組んでいる                |
| ○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。   | 88    | 見る   | 入居者の動作が緩慢になったり行為が中断しても、職員は入居者にあわせた声かけや介助をしている          |
| ○一人であることへの配慮 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）  | 95    | 見る   | 職員がむやみに手を出したり、口を出したりせず、本人の動きや言葉をゆったり待っている              |
| ○鍵をかけない工夫 入居者の自由な暮らしを支援、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） | 101   | 見る   | 日中、鍵をかけることを常態化させていない                                   |
| <b>(2) 日常生活行為の支援 1) 食事</b>   |       |      |  |
| ○食べる意欲を引き出す働きかけ 食事に際して、食欲を高め、楽しく食べられるような言葉かけや働きかけを行っている。   | 111   | 見る   | 食事のための買い物や準備を一緒にしたり、食器を一緒に選んだり、きれいに盛り付けや配膳をする等の工夫をしている |
|  | 112   | 見る   | 食事の前から今日の献立など、おいしく食べるための配慮をしている                        |
| ○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。   | 115   | 見る   | 入居者の食器は一律ではない（箸、茶碗等）                                   |
| ○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。   | 116   | 見る   | 食器や食器棚に個人名等のラベル表示をしていない                                |
| ○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。   | 119   | 見る   | 個人に合わせた盛り付けに配慮している（量や形等）                               |
| ○食事のペースを乱さない配慮 不用意な言葉かけや刺激で食事が止まってしまうことのないように配慮している。（職員の慌ただしい動き、真剣に食べている途中での脈絡のない言葉かけ、他の入居者との相性や個人のお好みに配慮しない座る位置決め、誰も見えないテレビをつけたままにしておくこと等）  | 124   | 見る   | テレビやBGM等によって食事への集中力を欠いたり、手が止まってしまう等の状況が見られない           |
|  | 125   | 見る   | 食べている最中に本人の動きを止めるような問いかけや促し等の声かけをしていない                 |
|  | 126   | 見る   | 食事の際の入居者の様子は落ち着いている                                    |
|  | 127   | 見る   | 職員が立ったり座ったり、あちこちへ声をかけているようなことがない                       |

(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、管理者及び非常勤職員を含む。

| No. | 判断基準   | メモ欄 | ○×欄 |
|-----|--|-----|-----|
| 56  | ケアプランは職員が日常的に見ることができる場所に置いてある  |     |     |
| 74  | ホームのリビング等では丁寧な言葉使いをしている（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） |     |     |
| 75  | リビング等で大声での入浴誘導等がみられない  |     |     |
| 76  | 居室へ入るときは、許可を得てから入室している   |     |     |
| 78  | 記録やメモが目につくところに出ていない又は伏せてある。パソコンはパスワードなどでロックされている   |     |     |
| 80  | ホームのリビング等での言葉かけのスピードやトーンは適切であり、入居者は自由にゆったりと話していることがわかる   |     |     |
| 81  | 実際にリビング等で、職員同士で大きな声で話している様子はみられない。   |     |     |
| 82  | リビング等で、職員は、笑顔で過ごしていることがわかる   |     |     |
| 86  | リビング等でのコミュニケーション方法にうなずきや身振り・視線・目線が活用されている（十分に話を聞く、顔を見ての対話、短く分かりやすい言葉等）                           |     |     |
| 88  | リビング等でのコミュニケーションからその人の状態に合わせていることがわかる  |     |     |
| 95  | リビング等で、職員が入居者の自立支援に配慮していることがわかる  |     |     |
| 101 | 日中、カギはかけられていない   |     |     |
| 111 | 食事のための買い物や準備を一緒にしていることがわかる   |     |     |
| 112 | リビング等で食事前の職員の工夫が感じられる  |     |     |
| 115 | 個人用を好む入居者についての配慮がわかる   |     |     |
| 116 | 実際に食器や食器棚に個人名等のラベル表示をしていない（している場合は職員のためでないことを確認できる）  |     |     |
| 119 | 食事制限や形状が異なる方に対して、周囲の方と大きな差異が無いように配慮している  |     |     |
| 124 | 食事中に不必要または不似合のテレビや音楽が流れていない ※先に確認！「テレビやBGMで集中力を欠く方はいますか」   |     |     |
| 125 | 食事中の職員の声かけは、本人の動きを止めていない   |     |     |
| 126 | 食事風景は、入居者同士の関係や、入居者の力にあった雰囲気を感じることができる   |     |     |
| 127 | 職員が立ったり座ったり、あちこちへ声をかけていない  |     |     |

認知症グループホームの相互評価アンケート票  
【見る】59項目

| 項目  | No. | 調査方法 | ポイント  |
|---|-----|------|---|
| ○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。                | 130 | 見る   | 気配りは怠らないが、多少の汚れや乱れは気にせず、ゆったりと一緒に食べている                                     |
| 2) 排泄   |     |      |   |
| ○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。                              | 138 | 見る   | 人前で大きな声で尿意・便意の確認をしていない  |
| 3) 入浴   |     |      |   |
| 4) 整容   |     |      |   |
| ○個性を尊重したおしゃれの支援 入居者一人ひとりの個性を大切にした髪形や服装、おしゃれを支援している。                                       | 151 | 見る   | その人らしいおしゃれに気を遣っている  |
| ○プライドを大切にされた整容の支援 整容の乱れ、汚れ等に対し、プライドを大切にして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)              | 156 | 見る   | 髪や髭の乱れ、着衣の乱れ、履き物の乱れ、食べこぼしの汚れ、口の周り等の汚れをそのままにしている                           |
| 5) 睡眠・休息  |     |      |   |
| (3) 生活支援  |     |      |   |
| ○身辺を整える際の支援 居室の掃除、衣類等の洗濯、持ち物の整理や補充などにおいては、入居者のプライバシーを大切に、場面ごとに本人の力を引き出しながら支援している。         | 166 | 見る   | 入れ場所や、目印の工夫等、本人の力を補って自分でやれるよう支援している                                       |
|   | 168 | 見る   | 居室は清潔である  |
| ○通信の支援 入居者が、手紙や電話を日常的に利用できるように、プライバシーに配慮しつつ支援している。(手紙や電話の利用の奨励・介助等)                       | 177 | 見る   | 使いたい時に気軽に電話を使えるようにしている  |
| (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  |     |      |   |
| ○身体の清潔保持 入居者の身体を、清潔に保っている。(頭髪、髭、目の周囲、口の周囲、耳、手足の爪、皮膚等)                                     | 210 | 見る   | 髪や髭の汚れが目立つ、爪が伸びていたり汚れて黒い、目やにがたまっている、耳垢がたまっている、手足が荒れている、皮膚がかさついていたり等がみられない |
| ○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。       | 217 | 見る   | 特定の職員のみが薬の内容(目的、用法、用量、副作用)を知っているのではなく、介護に関わる職員が把握している                     |
| 3. 入居者の地域での生活の支援  |     |      |   |
| ○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)  | 236 | 見る   | 家族がいつでも気軽に来やすい雰囲気を作っている   |
| IV 運営体制 1. 事業の統合性   |     |      |   |
| 2. 職員の確保・育成   |     |      |   |
| ○職員の休憩場所の確保 職員の休憩の場所は、職員が十分にくつろげ、心身を休めるのに適した設備を有しており、必要な備品も整っている。(冷暖房設備、寝具等)              | 267 | 見る   | 職員は入居者と離れて休憩が取れる  |
| 3. 入居時及び退居時の対応方針  |     |      |   |
| 4. 衛生・安全管理  |     |      |   |
| ○手洗い、うがい 職員は、手洗いやうがいを励行している。  | 280 | 見る   | 外出後、食事準備前後、入居者や自身のトイレ利用後、手洗いやうがいを職員が徹底して行っている                             |
| ○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)                                      | 281 | 見る   | 調理の場所、入居者の居住場所、水回り等は清潔や衛生管理が行き届いている                                       |
| ○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。                | 287 | 見る   | 薬や刃物、洗剤等は適切に管理されている   |
| 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   |     |      |   |
| ○防災対策の徹底 ホームの入居者は、自分で災害に対応する力が弱く、過去の悲惨な火災事例等からも、多くの協力者も必要なのが明らかである。そのための日頃からの準備は十分にされている。 | 330 | 見る   | 事業所内に備蓄食が用意されている  |
|   | 331 | 見る   | 事業所にはスプリンクラーが設置されている  |

(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、管理者及び非常勤職員を含む。



| No. | 判断基準   | メモ欄 | ○×欄 |
|-----|--|-----|-----|
| 130 | 職員は気配りをしながらも、一緒に楽しくたべている                             |     |     |
| 138 | 実際に人前で大きな声で尿意・便意の確認をしていない                            |     |     |
| 151 | 入居者の服装は、その人らしい気づかいされた服装となっている                        |     |     |
| 156 | 職員がさりげなく整容の乱れ等に対応していることがわかる                          |     |     |
| 166 | 本人の力を活用するための工夫をしていることがわかる                            |     |     |
| 168 | 居室は清潔であることが確認できる                                     |     |     |
| 177 | 使いたい時に気軽に電話ができる工夫をしている                               |     |     |
| 210 | 入居者一人ひとりが、清潔が保持された状態で日常生活を送っていることがわかる                |     |     |
| 217 | 薬の情報はどの職員も確認できる場所に保管されている                            |     |     |
| 236 | 気軽に来やすい雰囲気が作られている                                    |     |     |
| 267 | 職員は入居者と離れて休憩が取れる場所がある                                |     |     |
| 280 | 調査時に職員が手洗い等を徹底していることが確認できる                           |     |     |
| 281 | 水回り等を中心に衛生管理が行き届いていることが確認できる                         |     |     |
| 287 | 調査時に、薬や刃物、洗剤等が無造作に置かれ、職員が離れている場面は見られない               |     |     |
| 330 | 実際に事業所内に備蓄食がある。あるいは近隣の協力施設等から支援を受けられる。               |     |     |
| 331 | スプリンクラーが実際に設置されている又はスプリンクラーと同等の対策がされている（自動の消火剤噴霧設備等） |     |     |

認知症グループホームの相互評価アンケート票  
【聞く】(職員) 114項目

| 項目   | No. | 調査方法  | ポイント   |
|--|-----|-------|--|
| <b>I 運営理念 1. 運営理念の明確化</b>  |     |       |  |
| ○運営理念の実現 全ての職員が、ホームの運営理念を述べる<br>ことができ、常に運営理念の実現に取り組んでいる。   | 4   | 聞く(職) | 職員にグループホームの根本的な理念(大切なこと、<br>根本的な考え方)が浸透している  |
|  | 5   | 聞く(職) | 理念を形式的なものにしないで、日常的に職員が意識<br>して働いている  |
| <b>2. 運営理念の啓発</b>  |     |       |  |
| <b>II 生活空間づくり 1. 家庭的な生活空間づくり</b>   |     |       |  |
| ○家庭的な共用空間づくり 共用の生活空間(玄関、廊下、居<br>間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、いずれも家庭的な雰囲気を<br>有しており、調度や設備、物品や装飾も家庭的である。                          | 17  | 聞く(職) | 提供側にとっての好みや管理ではなく、入居者にとっ<br>て馴染みのある家庭的な環境を作る取組みをしている   |
| ○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<br>人になったり気のあった入居者同士で自由に過ごせるような居場所<br>を確保している。  | 20  | 聞く(職) | 入居者個々の状態の変化、入居者同士の関係性の変化<br>に応じた環境づくりをしている   |
| ○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<br>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<br>る場所となっている   | 23  | 聞く(職) | 家族や本人の持ち込みが少なく部屋が殺風景な場合<br>等、ホーム側の配慮で家庭的な雰囲気を作り出している   |
|  | 25  | 聞く(職) | 家族は新しい品物を揃えてしまいがちであるが、入居<br>者が安らぎを得るような馴染みの物、古い物が環境づ<br>くりには欠かせないことを家族に理解してもらい、協力<br>を求める働きかけをしている |
| <b>2. 心身の状態にあわせた生活空間づくり</b>  |     |       |  |
| ○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<br>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、<br>場所の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<br>ている。(トイレや部屋の目印等) | 33  | 聞く(職) | 目印等は、入居者の状態により大きく目立つものが必<br>要だったり、必要なかたつたりと様々である 本人の状<br>態を把握し、対応や工夫がなされている                        |
| ○換気・空調の配慮 気になる臭いや空気よどみがないよう<br>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<br>ぎや暖め過ぎがないように適切に行っている。                               | 38  | 聞く(職) | 空気の入れ換えの必要性を職員が意識しており、1日<br>の流れの中で積極的に行っている  |
|  | 39  | 聞く(職) | 寒暖期でも、冷暖房に頼りすぎずに温度調節をこまめ<br>にしている  |
|  | 40  | 聞く(職) | 個々の居室、共有空間等、その場の特徴を考慮して室温<br>管理を行っている  |
|  | 41  | 聞く(職) | 職員の体感に頼った温湿度の調整ではなく、入居者一<br>人ひとりにあわせて適切かつ本人が好む温湿度の調整<br>を行っている                                     |
| ○五感への働きかけの工夫 心地よさや能動的な言動を引き出す<br>ために、五感に働きかける様々な刺激を生活空間の中に採り入れて<br>いる。   | 42  | 聞く(職) | 入居者一人ひとりの馴染みや好みにあわせて、色、<br>音、におい、味、手ざわり等、多様な五感刺激を暮ら<br>しの中に採り入れている                                 |
| ○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<br>馴染みの物品を用意している。  | 45  | 聞く(職) | 入居者が興味を示して、自然に動き出したり、会話が<br>はずむような物品が用意されている   |
| <b>III ケアサービス 1. ケアマネジメント</b>  |     |       |  |
| ○アセスメントの実施 入居者一人ひとりの状態像、生活特<br>性、入居者や家族の求めていることを把握し、これによってアセス<br>メントを行い、課題を明らかにしている。                                 | 48  | 聞く(職) | 計画作成担当者が中心になりながら、本人と生活を共<br>に過ごしている職員全員が観察と気づきを共有し、課<br>題を浮き彫りにしている                                |
| ○個別具体的なケアプラン アセスメントに基づいて、入居者<br>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ケ<br>アプランを作成している。                                       | 51  | 聞く(職) | 一人ひとりの日々のケアに職員が直接活かせるような<br>具体的な内容になっている   |
| ○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<br>に行い、重要な点はすべての職員に伝える仕組みを作っている。   | 68  | 聞く(職) | 不在の職員にも重要なことが伝わるための仕組みを<br>作っている   |
| ○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<br>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<br>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<br>ている。            | 72  | 聞く(職) | 職員がやりがいを感じる会議になっている 発言をし<br>たり聞いたりする中で、職員がチームケアに前向きに<br>取り組む原動力となるような機会にしている                       |
|  |     |       |  |
| <b>2. ホーム内でのくらしの支援 (1) 介護の基本の実行</b>  |     |       |  |
| ○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<br>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<br>行っていない。   | 77  | 聞く(職) | 家族やとくに外来者に対して、職員が入居者のプライ<br>バシーに関する話を安易にしないことを徹底している   |
| ○入居者が感情表現できるような働きかけ 入居者の生き生きし<br>た言動や笑顔(喜び、楽しみ、うるおい)を引き出すための、言葉<br>かけや雰囲気づくりをしている。                                   | 83  | 聞く(職) | ホームで一緒に過ごす中で、職員も笑ったり、泣いたり<br>している  |
|  | 84  | 聞く(職) | コミュニケーションがとりづらいう入居者の方にも、言<br>葉はもちろん表情や体全体の動き、スキンシップ等で<br>感情を引き出すようにしている                            |
| ○入居者一人ひとりとのコミュニケーション 入居者一人ひとりの<br>伝えたいことをしっかり受け止め、職員側からは本人に分かるよう<br>に伝えている   | 85  | 聞く(職) | 入居者一人ひとりのコミュニケーションの特徴を職員<br>全員でつかみ、その人に理解できる言葉で伝えるよう<br>に職員が話している                                  |
| ○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<br>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<br>がら暮らせるように支えている。                                   | 87  | 聞く(職) | 入居者のペースにそって見守りながら一緒に生活を<br>送っている   |
|  | 90  | 聞く(職) | 業務をこなすことを優先にするのではなく、なるべく<br>入居者と向きあうように努力、工夫をしている  |

(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、管理者及び非常勤職員を含む。

| No. | 判断基準  | メモ欄 | ○×欄 |
|-----|---|-----|-----|
| 4   | 職員は理念を言える（ランダムに選んだ職員）   |     |     |
| 5   | 職員はどのように理念を意識しているか具体的に言える   |     |     |
| 17  | 提供側の好みや管理とならないよう、どのように取り組んでいるか、答えられる                                    |     |     |
| 20  | 職員は、状態の変化関係性の変化に応じてどのように工夫しているか言える                                      |     |     |
| 23  | 職員は、具体的に持込みの少ない方の部屋への工夫を答えられる   |     |     |
| 25  | 働きかけについて、職員は説明できる   |     |     |
| 33  | 目印等をつけているかを聞き、つけている場合はその工夫について答えられる                                     |     |     |
| 38  | 職員は、どのような判断で空気の入れ換えをしているか説明できる。   |     |     |
| 39  | 職員は冷暖房以外でどのように調節しているかを説明できる。  |     |     |
| 40  | 職員は空間ごとに室温管理の考え方を説明できる  |     |     |
| 41  | 職員は自分たちの体感ではなく、温湿度の調整を行っていることを説明できる                                     |     |     |
| 42  | 職員は、五感刺激の大切さと工夫について答えられる（家事の音、食事のにおい、安らぎや潤いをもたらす絵やポスター、季節の草花、こたつのぬくもり等） |     |     |
| 45  | 用意されている物品について、答えられる（ほうき、裁縫道具、大工道具、園芸用品、趣味の品、新聞、雑誌等）                     |     |     |
| 48  | 職員はどのような課題があるか具体的に言える   |     |     |
| 51  | 職員はケアプランを日々のケアにどのように活かしているか具体的に答えられる。（調査員が選んだ2名について確認）                  |     |     |
| 68  | 職員は、不在の職員に重要なことが伝わる仕組みについて説明できる（連絡ノート、回覧、掲示板等）                          |     |     |
| 72  | 議事録等の議題などから、会議を活用出来ていることがわかる  |     |     |
| 77  | 職員はプライバシーに関する話を聞かれても安易に答えられないことが徹底されている                                 |     |     |
| 83  | 職員はどのような場面で入居者と感情を共有しているか説明できる  |     |     |
| 84  | 職員はどのような場面で、感情を引き出しているか説明できる  |     |     |
| 85  | 職員は入居者一人ひとりが、理解できる言葉に置き換えて伝えるなどコミュニケーションの特徴や工夫について説明ができる。               |     |     |
| 87  | 職員はどのように入居者のペースを尊重しているか説明できる  |     |     |
| 90  | 職員は業務をこなすことと入居者とのふれあいのバランスをどのようにとっているか説明できる                             |     |     |

認知症グループホームの相互評価アンケート票  
【聞く】(職員) 114項目

| 項目   | No. | 調査方法  | ポイント   |
|--|-----|-------|--|
| ○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、それらを促す取組を日常的に行っている。  | 92  | 聞く(職) | 訪問時や電話、家族会等の機会を通じて、家族から本人の嗜好や関心事、意見や希望を聞くことを積極的にしている                   |
| ○自信の回復 常に自信を高めるような言葉かけや働きかけをしている。  | 93  | 聞く(職) | 本人ができた場面では、そのことが自信につながるように一緒に喜びあったり、さりげなくほめる、感謝する等の対応をしている             |
| ○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)   | 94  | 聞く(職) | 入居者一人ひとりが持っている力を見出し活かそうという姿勢が職員にみられる                                   |
| ○共に支えあう場面づくり 職員が、入居者に助けてもらったり教えてもらったりする場面を作っている。   | 96  | 聞く(職) | 入居者に助けてもらったり教えてもらったりする場面を作っている   |
|  | 97  | 聞く(職) | 年長者である入居者から生活の技や生活文化の大事さを教えてもらう場面がある                                   |
| ○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) | 102 | 聞く(職) | 日中、鍵をかけることを常態化させていない   |
|  | 103 | 聞く(職) | 入居者一人ひとりの外出のくせや傾向をつかみ、出ていく気配を職員が見落とさないような見守りや、出ていくことに対する工夫ができています      |
|  | 104 | 聞く(職) | 近所の人にも理解を求め、見守り、声かけや連絡をしてもらえる関係を築いている                                  |
| <b>(2) 日常生活行為の支援 1) 食事</b>   |     |       |  |
| ○献立づくりや調理等への入居者の参画 献立づくりや食材選びを、入居者と共に行っており、可能な限り買い物や調理も一緒に行っている。意思の確認が困難な場合には、好みを把握して献立や調理に活かしている。   | 107 | 聞く(職) | 職員側の発想ではなく、入居者に馴染み深い料理や好きなものを献立に採り入れている                                |
| ○献立の工夫 献立には、季節感を感じさせるものや、入居者にとって昔なつかしいもの、個別のお祝い等を探り入れている。  | 110 | 聞く(職) | 季節感、食欲、食べる動作を引き出すような献立の工夫をしている   |
| ○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。   | 113 | 聞く(職) | 使い慣れた物の大切さの意味を家族に伝え、なるべく使い慣れた湯呑み等を入居時に持ってきてもらっている                      |
|  | 114 | 聞く(職) | 壊れて新調する場合は、本人と一緒に選ぶ等、本人にとって馴染みややすい品を購入している                             |
| ○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つつ、おいしいような盛り付けの工夫をしている。   | 118 | 聞く(職) | 見た目が食欲をそそり、しかも飲み込みやすいソフト食等の知識や技術等を採り入れている                              |
| ○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。  | 122 | 聞く(職) | 定期的に、栄養の専門的な観点からチェックしてもらっている(例：近隣の社会福祉施設等の栄養士に点検してもらう等)                |
|  | 123 | 聞く(職) | 食事・お茶の時間の水分補給はもちろん、外出後や入浴後にも番茶やスポーツ飲料を勧める等、水分不足にならないように配慮をしている         |
| ○食事のペースを乱さない配慮 不用意な言葉かけや刺激で食事が止まってしまうことのないように配慮している。(職員の慌ただしい動き、真剣に食べている途中での脈絡のない言葉かけ、他の入居者との相性や個人の好みに配慮しない座る位置決め、誰も見ていないテレビをつけたままにしておくこと等)  | 128 | 聞く(職) | ペースの違う人や相性の悪い人が影響しあって食事が進まなくならないよう、状況に応じてテーブルを分ける、職員が座る位置を変える等の配慮をしている |
| ○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。   | 129 | 聞く(職) | 職員も一緒に食事を食べることができる   |
| <b>2) 排泄</b>   |     |       |  |
| ○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。   | 132 | 聞く(職) | 失敗を防ぐため、個々のパターンや兆候にあわせて前誘導を行っている                                       |
| ○状態にあわせた下着等の使い分け 下着、おむつ又はパットは、入居者一人ひとりのその時々状態にあわせて使い分けている。   | 133 | 聞く(職) | おむつやパットを使用するときは、どのような時間帯にどのようなものを使用するか根拠が明確である                         |
|  | 135 | 聞く(職) | 入居時にはおむつをしてもそのままにするのではなく、はずせる可能性を意識しながらケアしている                          |
|  | 136 | 聞く(職) | 一人ひとりの使い分けについて、職員全員が一致して行っている  |
|  | 137 | 聞く(職) | 職員が一方的に選択するのではなく、本人の好みや自分なりに使いこなす力も活かした選択をしている                         |

(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、管理者及び非常勤職員を含む。

| No. | 判断基準   | メモ欄 | ○×欄 |
|-----|--|-----|-----|
| 92  | 職員はどのような手段で職員が家族から意向を聞いているか説明できる（選んでもらう場面を作る、選ぶのを待つ等）                      |     |     |
| 93  | 職員はどのように本人の自信につながるような場面づくりをしているか説明できる（活躍の場面づくり、一緒に喜びあう、感謝する等）              |     |     |
| 94  | 職員は、入居者が一人で行う為のお膳立てや工夫の具体例を挙げられる   |     |     |
| 96  | 職員は、入居者に助けてもらったり教えてもらったりする場面について説明できる                                      |     |     |
| 97  | 職員は、入居者から生活の技等について学んだことを説明できる  |     |     |
| 102 | 職員は施錠についての考え方を説明できる（施錠されていても「近隣の交通量が激しい」等の理由があり、暗証番号等で入居者の出入りが制限されていなければ○） |     |     |
| 103 | 職員は、入居者の外出のくせや傾向、出ていく理由と対応・工夫について説明できる                                     |     |     |
| 104 | 近所の人との連携の仕方について説明できる   |     |     |
| 107 | 職員は入居者の嗜好を献立に入れていることが説明できる   |     |     |
| 110 | 職員は、どのように季節感や食欲を引き出しているか説明できる  |     |     |
| 113 | 職員は、使い慣れた食器等を使う大切さについて説明できる  |     |     |
| 114 | 職員は、食器類を新調する際の配慮について説明ができる   |     |     |
| 118 | ソフト食等を探り入れている、またはソフト食等の導入について具体的に情報収集や研修を行っていることを説明できる                     |     |     |
| 122 | 定期的に、栄養的なチェックをどのように受けているか説明できる   |     |     |
| 123 | 水分不足にならないための日頃の管理方法について職員は説明できる  |     |     |
| 128 | 職員は現在の食事のテーブルの配置等はどのような配慮がされているか説明できる                                      |     |     |
| 129 | 職員も一緒に食事を食べることができる   |     |     |
| 132 | パターンにあわせて前もって支援できる仕組みについて職員は説明できる  |     |     |
| 133 | 職員は、どのような根拠でそのおむつ等を使用しているか、説明できる（一律のパットやおむつの使用でなければ○）                      |     |     |
| 135 | 職員は、おむつを外せる可能性について、どのように日々のケアの中で意識しているか、説明できる                              |     |     |
| 136 | 職員は、一人ひとりの使い分けの根拠を説明できる  |     |     |
| 137 | 職員は一方的に選んでいないことを実例を挙げて説明できる  |     |     |

認知症グループホームの相互評価アンケート票  
【聞く】(職員) 114項目

| 項目  | N o . | 調査方法  | ポイント  |
|---|-------|-------|---|
| ○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。                      | 139   | 聞く(職) | 衣服やおむつ等に職員が手を出すときは、一方的に行うのではなく、本人のプライドを傷つけないような言葉かけや対応をしている |
|   | 140   | 聞く(職) | 失敗してしまった場合の対応は、極力本人が傷つかないように手早く、周囲に気づかれない等の配慮をしながら行っている     |
| ○個別の便秘予防 便秘予防に配慮して、飲食物の工夫や排便誘導、運動への働きかけ等に取り組んでいる。                                 | 141   | 聞く(職) | 便秘予防に向けて、食事はもちろんおやつも含めて食材やメニューを工夫している                       |
|   | 142   | 聞く(職) | 一人ひとりの1日の暮らし全体の中で、食事、排泄、活動状態を見直し、自然排便を促す工夫を個別に行っている         |
|   | 143   | 聞く(職) | 下剤や浣腸等を使用している場合は、個々の状態にあわせて使用量、頻度となっている                     |
| <b>3) 入浴</b>  |       |       |   |
| ○入浴可否の見極め 入浴前にその日の健康状態を確認し、入浴して大丈夫かを見極めをしている。                                     | 144   | 聞く(職) | そのときの顔色や熱感、日中の言動、いつもと違う様子等の把握が職員全員でなされている                   |
|   | 145   | 聞く(職) | 入浴の可能性について健康状態だけでなく、精神的な面でも見極めをしている                         |
| ○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)           | 147   | 聞く(職) | 希望にあわせて、毎日入浴できる工夫をし、そのための人員体制を作っている                         |
|   | 148   | 聞く(職) | 入浴を拒む人に対して、言葉かけや対応の工夫、チームプレイ等によって一人ひとりにあわせた入浴支援を試みている       |
|   | 149   | 聞く(職) | 浴室内での入居者の状況を把握しており、適切な声かけや支援がなされている                         |
| ○入浴時の不安や羞恥心等への配慮 入浴は、入居者の不安や羞恥心、プライバシーに配慮した方法となっている。(誘導、着脱衣、洗身、洗髪、浴槽への出入り等)       | 150   | 聞く(職) | 衣類の着脱、とくに下着の着脱に対する羞恥心への配慮を十分にしている                           |
| <b>4) 整容</b>  |       |       |   |
| ○個性を尊重したおしゃれの支援 入居者一人ひとりの個性を大切に髪形や服装、おしゃれを支援している。                                 | 153   | 聞く(職) | 服装やおしゃれについて家族等とも話しあっている。                                    |
|   | 154   | 聞く(職) | 理美容院利用について本人や家族等と相談し、入居者が望む場合は、町の理美容院を利用できるように支援している        |
|   | 155   | 聞く(職) | 毎日の服装等を職員の感覚や価値観で選んだり、決めたりしていない                             |
| ○衣類の調節の支援 衣類を着込みすぎたり、逆に脱いでしまう入居者には、気温や場にあわせて衣服や下着の調節をさりげなく支援している。(衣服の枚数、外出時の調整等)  | 157   | 聞く(職) | 本人の体調や習慣、好みを配慮しつつ、季節や1日の気温差などに適切に対応できるよう支援している              |
|   | 158   | 聞く(職) | 衣服のみでなく、外出時にはおる物、靴下、帽子等の支援もしている                             |
| ○生活場面にあわせたその人らしい服装支援 外出や面会、年中行事等、生活の彩りにあわせたその人らしい服装を楽しめるよう支援している。                 | 159   | 聞く(職) | 生活場面にあわせ、入居者の希望や好みを大切に服装の支援をしている                            |
| <b>5) 睡眠・休息</b>   |       |       |   |
| ○休息の支援 落ち着いたのさや緊張、疲労の程度に応じて、一服したり、心身を休める場面を個別に取れるよう支援している。                        | 163   | 聞く(職) | 一人ひとりの疲労や緊張の度合いに応じてこまめに休息がとれるように配慮している                      |
| <b>(3) 生活支援</b>   |       |       |   |
| ○身辺を整える際の支援 居室の掃除、衣類等の洗濯、持ち物の整理や補充などにおいては、入居者のプライバシーを大切に、場面ごとに本人の力を引き出しながら支援している。 | 164   | 聞く(職) | 職員が一方的、一律に掃除、洗濯、整理をしていない                                    |
|   | 167   | 聞く(職) | 居室の清掃、持ち物の整理を入居者や家族任せにしていない                                 |
| ○買い物の支援 必要物品や好みの買い物に出る機会を日常的につくり、買い物を楽しく行えるように支援している。                             | 170   | 聞く(職) | 買い物に行くときは、買い物がスムーズにできるよう配慮をしている                             |
|   | 171   | 聞く(職) | 近隣に商店等がなくても、日常的に買い物を楽しめるよう工夫している                            |
| ○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。  | 172   | 聞く(職) | 職員はお金を持つことの大切さを理解し、入居者一人ひとりの力量に応じて支援している                    |
|   | 174   | 聞く(職) | ホームは、入居者の金銭の全面的な管理をしていない                                    |

(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、管理者及び非常勤職員を含む。

| No. | 判断基準   | メモ欄 | ○×欄 |
|-----|--|-----|-----|
| 139 | どのような言葉かけをしているか、その工夫について職員は説明できる   |     |     |
| 140 | 失敗したときの対応について、どのように配慮しているか職員は説明できる   |     |     |
| 141 | 便秘予防に向けて、どのようにメニューを工夫しているか、職員は説明できる  |     |     |
| 142 | 職員は、自然排便を促す工夫について説明できる   |     |     |
| 143 | 職員は、下剤や浣腸の量が適切であるか、また薬に頼らない工夫をしている   |     |     |
| 144 | 職員は、入浴可否の判断基準について、説明できる  |     |     |
| 145 | 入浴にあたり、どのように精神面について見極めているか説明できる  |     |     |
| 147 | 希望に合わせて、毎日入浴できるように、どのように工夫しているか、説明できる（入浴日が限定されているのは×）  |     |     |
| 148 | 職員は、入浴拒否があった場合、どのように支援しているか説明できる   |     |     |
| 149 | 入浴中の入居者への支援について、例を挙げて説明できる（湯温、湯のつかりすぎ、同じところを何度も洗っている、行為の中断等への配慮等）  |     |     |
| 150 | 羞恥心への配慮について職員は説明できる  |     |     |
| 153 | 家族と話しあいながら本人と共にその人らしい、おしゃれな姿を取り戻していく取り組みをしている  |     |     |
| 154 | 実際に町の理美容院を使用している   |     |     |
| 155 | どのように職員本位でなく、入居者の毎日の服装を決めているか、職員は説明できる   |     |     |
| 157 | 本人の好みや習慣を尊重して、衣服を調節していることを説明できる  |     |     |
| 158 | 衣服以外の体温調節の工夫について説明できる  |     |     |
| 159 | 外出や来客の日には、どのような服装になるよう配慮しているか、職員は説明できる   |     |     |
| 163 | 一人ひとりの疲労や緊張の度合いに応じてこまめに休息がとれるように配慮している。とくに外出の後や入浴後は十分に休息をとってもらえるようにしている  |     |     |
| 164 | 職員は、掃除、洗濯、整理に入居者のできる力を活かす大切さについて説明できる  |     |     |
| 167 | 入居者や家族に任せる部分と支援する部分の見極めについて職員は説明できる  |     |     |
| 170 | 買い物の際は混乱したり、恥をかいたりしないよう配慮している  |     |     |
| 171 | 近隣に商店がないときの工夫について職員は説明できる（車を使って買い物をしに外出、訪問販売等の活用）  |     |     |
| 172 | 職員は、入居者がお金を使うことの大切さについて理解しており、説明もできる（額がわからない、混乱するから、なくすからとはじめから決めつけてしまうのではなく、少額でも、買い物に行くときだけでも力量や状況に応じて支援するように取り組んでいる）       |     |     |
| 174 | 入居者のお金の管理について、聞いても、全面的な管理はしていないことがわかる（小遣いは家族から預かっているが本人にはいっさい持たせない等 なお、本人と話し合い「自分で持っている」と不安だから」という希望により預かっている場合は全面管理には当たらない） |     |     |

# 認知症グループホームの相互評価アンケート票 【聞く】(職員) 114項目

| 項目  | No. | 調査方法  | ポイント  |
|---|-----|-------|---|
| ○通信の支援 入居者が、手紙や電話を日常的に利用できるように、プライバシーに配慮しつつ支援している。(手紙や電話の利用の奨励・介助等)   | 176 | 聞く(職) | 家族からの手紙や電話を歓迎し、本人は手紙が書けない、電話はできないと決めつけずに利用を促している  |
|   | 178 | 聞く(職) | ホームは、入居者が電話を気兼ねなく使えるようにプライバシーに配慮している  |
| <b>(4) ホーム内生活拡充支援</b>   |     |       |   |
| ○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。   | 179 | 聞く(職) | 各自の習慣、希望、有する力をふまえて、何が一人ひとりの楽しみごと、役割、出番になるのかを把握し、場面を作っている                                      |
|   | 181 | 聞く(職) | 入居者に馴染み深く、かつて楽しみや張りあいにしてきたならわしや行事を年間にわたって行うようにしている  |
|   | 182 | 聞く(職) | 職員主導やプログラムの行事ではなく、入居者個々が暮らしの継続や懐かしさを感じ取れるよう、計画や準備、当日の作業等を入居者が中心となって行えるように支援している               |
| ○馴染みのならわし等を楽しむ支援 その地域や入居者に馴染みの季節のならわし等を、入居者に主体になってもらいながら家庭的な雰囲気で行っている。  | 183 | 聞く(職) | 職員がわからないからやらない、あるいは逆にわからないから調べて準備してしまうのではなく、入居者に教えてもらいながらやれることから取り組んでいる                       |
|   |     |       |   |
| <b>(5) 医療機関の受診等の支援</b>  |     |       |   |
| ○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、保健師、看護師等)   | 185 | 聞く(職) | 24時間相談が可能な体制がある   |
|   | 187 | 聞く(職) | 入居者をよく知り、医療を受けることに関して適切な判断と職員への助言指導をできる十分なキャリアを持つ人材と体制がある                                     |
| ○希望する医療機関での受診 入居者又は家族が希望し、又は納得している医療機関、歯科医療機関を受診している。   | 188 | 聞く(職) | 受診時の通院介助の方法についても話しあわれ、家族等と合意ができています   |
| ○認知症に知見の深い医師の確保 認知症に関する診断や治療、対応方法等について、指示や助言をもらえる医師を確保している。   | 192 | 聞く(職) | 認知症専門医でなくても、認知症についての診断や薬等を含めて全般的に職員が相談できる医師を確保している  |
| ○認知症の人の受診に理解と配慮のある医療機関の確保 認知症の人の受診の困難さを理解し、受診しやすいよう配慮してくれる医療機関、歯科医療機関を確保している。(受診時間の配慮、優先的な診療、必要時の待診等)                             | 194 | 聞く(職) | 医療機関が認知症の人やグループホームについて理解できるよう、ホームとして十分な説明や情報提供を行うなど配慮している                                     |
|   | 195 | 聞く(職) | 入居者の受診や往診の際、ストレスや負担を軽減するための配慮をしてもらえるよう、個々に合わせた受診の仕方の相談や対応策を医療機関と話しあっている                       |
| ○入院受入れ医療機関の確保 認知症のある入居者の入院を受けてもらえる医療機関を確保している。  | 196 | 聞く(職) | 入院先の医療機関の職員が認知症の人やグループホームについて理解し、ストレスや負担を軽減するための配慮をしてもらえるよう、個々に合わせた入院生活の仕方の相談や対応策を医療機関と連携している |
| <b>(6) 心身の機能回復に向けた支援</b>  |     |       |   |
| ○心理機能の把握・維持 認知症の人の中核症状(見当識障害、記憶障害、失認、失行、失語、判断力の低下、実行機能障害等)とBPSDとの関係を職員が理解しており、日常のケアに活かしている。(不安の除去や混乱時の対応、長期記憶の引き出し、見当識の維持のための工夫等) | 201 | 聞く(職) | 長期記憶の引き出しや見当識を維持するための働きかけを個々の入居者に応じて行っている   |
|   | 202 | 聞く(職) | 訓練的なやり方ではなく、日常生活場面を活かしてさりげなく行っている   |
| ○身体機能の維持 認知症の人の身体面の機能低下の特徴を理解し、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・向上するよう取り組んでいる。   | 204 | 聞く(職) | 一般的な老化に加えて、認知症の人の身体的特徴について職員が理解している   |
|   | 206 | 聞く(職) | 訓練的なやり方ではなく、日常生活場面を活かしてさりげなく行っている   |
| <b>(7) 入居者同士の交流支援</b>   |     |       |   |
| ○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。   | 209 | 聞く(職) | 職員はトラブルの際、ホーム全体の雰囲気や和ませ、他の入居者への悪影響をやわらげる働きをしている   |
| <b>(8) 健康管理</b>   |     |       |   |
| ○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・義歯の手入れ・うがい等の支援、出血や炎症のチェック等)                                       | 211 | 聞く(職) | 口の中の手入れの必要性を職員全員が理解し、毎食後何らかの支援を行っている  |
|   | 212 | 聞く(職) | 義歯の管理、手入れが確実にされている  |

(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、管理者及び非常勤職員を含む。



| No. | 判断基準   | メモ欄 | ○×欄 |
|-----|--|-----|-----|
| 176 | 家族へ歓迎の意向を伝え、本人の力を活用するための工夫をしていることがわかる  |     |     |
| 178 | 電話を使う際のプライバシーの配慮について説明できる(居室で電話ができる、事務所の電話は戸を閉めて音が漏れないようになっている等)                                     |     |     |
| 179 | 出番、役割を、どのように作りだしているか、具体例を挙げて説明できる(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)                          |     |     |
| 181 | 入居者に馴染み深い行事等をどのように取り入れたか説明できる  |     |     |
| 182 | 計画や作業にどのように入居者にかかわってもらっているか説明できる(お正月、節句、お祭り、お盆、すす払い、ゆず湯等)  |     |     |
| 183 | 実際に入居者に教えてもらいながら取り組んだ事例について説明できる   |     |     |
| 185 | 職員は深夜の発熱等の対応について具体的に答えられ、日常的に困る状況ではないことがわかる(例えば深夜の発熱等の際、救急で行くべきか、明日まで待ってもよい状況なのか等の判断の相談)             |     |     |
| 187 | 実際に入居者をよく知り、医療を受けることに関して適切な判断と職員への助言指導をできる十分なキャリアを持つ人材と体制がある   |     |     |
| 188 | 家族等との合意の状況について職員は説明できる   |     |     |
| 192 | 職員は認知症に理解がある医師が確保できているか説明できる   |     |     |
| 194 | 医療機関が、認知症について理解してもらえるよう行っている工夫について職員は説明できる   |     |     |
| 195 | 入居者の通院時の負担軽減のための工夫の必要性和実際の工夫(例えば、待ち時間を少なくしてもらう、刺激の多い待合室ではなく落ち着いた待てる場の提供等)について職員は説明できる                |     |     |
| 196 | 入院に際し、ホームとして、医療機関との連携ができているかどうか、職員は具体的な工夫(例えば、安心できる馴染みの環境づくり、馴染みの関係づくり、馴染んだ食事、排泄、着替え、過ごし方等)について説明できる |     |     |
| 201 | 職員は長期記憶の活用や見当識維持の働きかけについて具体的に説明できる   |     |     |
| 202 | どのようにさりげなく日常生活に採り入れているか説明できる   |     |     |
| 204 | 職員は認知症の人の身体的特徴(筋力低下、平衡感覚の悪化、嚥下機能の低下等)について具体的に説明できる   |     |     |
| 206 | どのようにさりげなく日常生活に採り入れているか説明できる   |     |     |
| 209 | 職員が雰囲気や和ませるための意識や方法について説明できる   |     |     |
| 211 | 食後に行っている支援について、具体的に説明できる   |     |     |
| 212 | 義歯の管理、手入れの状況について職員が説明できる   |     |     |

認知症グループホームの相互評価アンケート票  
【聞く】(職員) 114項目

| 項目  | No. | 調査方法  | ポイント  |
|---|-----|-------|---|
| ○身体状態の変化や異常の早期発見・対応 入居者一人ひとりの身体状態の変化や異常のサインを早期に発見できるように、すべての職員が注意しており、重度化や入院を防ぐ努力をしている。また、その変化やサインを記録に残している。      | 213 | 聞く(職) | バイタルチェック(体温、血圧、脈測定)を作業として一律にしていない   |
| ○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)  | 223 | 聞く(職) | 予防と早期発見、早期対応が実践できるように、職員に定期的な学習や訓練を行っている  |
| ○健康管理情報の家族との共有 入居者の健康状態について、少なくとも月1回程度は家族に連絡し、健康管理情報を共有している。  | 225 | 聞く(職) | 入居者の健康状態について、少なくとも月1回程度は家族に連絡し、健康管理情報を共有している。                                   |
| ○異変情報及び対応方法の家族との共有 入居者の心身の状態に異変がみられた時は、その都度家族に連絡を入れて対応の相談をしている。   | 227 | 聞く(職) | 異変情報の連絡に関する取り決めは、個々の家族に応じて具体的に作られ、家族の合意が得られている                                  |
|   | 228 | 聞く(職) | 異変が見られたときは、誰が家族へ連絡するか、職員は理解している   |
| ○家族が通院介助を行った時の情報交換 家族が通院介助をする場合、受診前に家族に情報を提供するとともに、受診後に家族から医師や歯科医師の指示や説明の伝達(診断内容、治療、薬、注意事項等)を受けて、入居者の健康管理に活かしている。 | 231 | 聞く(職) | 具体的な記録の抜粋や職員が把握しているデータを転記して家族に渡すシートを作る等、情報提供の方法を決めている                           |
| <b>3. 入居者の地域での生活の支援</b>   |     |       |   |
| ○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)                          | 237 | 聞く(職) | 面会時間を設けている場合は、その時間設定の理由が入居者本位のもので、各家族の事情に応じた柔軟な配慮がある                            |
| <b>IV 運営体制 1. 事業の統合性</b>  |     |       |   |
| ○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。  | 240 | 聞く(職) | 法人代表者がケアサービスの質を理解しており、質の向上について管理者または現場責任者と十分話し合い、意見の統一が図られている                   |
| ○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。  | 242 | 聞く(職) | ホームにとって大事な決定に関して、現場の職員の意見が取り上げられている   |
| ○管理者による状況把握 管理者は、直接に、又は報告により、毎日の昼夜の入居者及び職員の状況を把握している。   | 244 | 聞く(職) | 管理者がふだん現場にいる いない場合は、日常的に現場に来て実際の状況をつかむために入居者や職員としっかり接している                       |
| ○バックアップ機関の充実 協力医療機関や介護老人福祉施設等のバックアップ機関の職員は、グループホームをよく知っており、ホームを支えていく協力体制が確保されている。                                 | 250 | 聞く(職) | 画一的な日課や一斉介護及び全ての食事が外部給食といったことは見られない   |
| <b>2. 職員の確保・育成</b>  |     |       |   |
| ○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。  | 256 | 聞く(職) | 年間の研修計画を立て、職員が研修を受講できるようにしており、受講内容も周知されている。                                     |
| ○OJT(職場での働きながらの学習)の確保 職員が日常的に学ぶことをホームとして推進しており、職員に的確に助言できる人材がいる。  | 259 | 聞く(職) | 日々の申し送りの機会等で、管理者が職員に指導や助言を行っている   |
| ○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、健康診断、スーパーバイザーの導入等)                            | 262 | 聞く(職) | 管理者や事業者が職員の話をよく聞き、各自のストレスや背景をよく理解している   |
|   | 264 | 聞く(職) | 職員相互が気兼ねなく話しあう場面や、親睦や気晴らしの機会を作っている  |
|   | 265 | 聞く(職) | 職員が外部者と接する機会づくりをしている  |
| ○職員の休憩場所の確保 職員の休憩の場所は、職員が十分につるげ、心身を休めるのに適した設備を有しており、必要な備品も整っている。(冷暖房設備、寝具等)                                       | 269 | 聞く(職) | 職場で心身を休めることができるよう配慮されている  |
| <b>3. 入居時及び退居時の対応方針</b>   |     |       |   |
| <b>4. 衛生・安全管理</b>   |     |       |   |
| ○手洗い、うがい 職員は、手洗いやうがいを励行している。  | 279 | 聞く(職) | 職員全員が、自身の手洗いやうがいの大切さを理解している   |
| ○ごみの処分 ごみ処理、汚物処理等の衛生面に関する取扱いの取り決めがあり、職員間で実行している。(速やかな除去、封入、保管、消毒等)  | 284 | 聞く(職) | 入居者の近くから速やかな除去、汚れを拡げないための封入、入居者の目に触れない場所への移動、必要に応じた消毒等全員が守るルールが作られ、適切な処理がなされている |
| ○緊急時の対応の周知 けが、転倒、窒息、意識不明、行方不明等の緊急事態の対応策のマニュアルがあり、すべての職員が内容を熟知している。  | 291 | 聞く(職) | 職員は内容や流れを把握し、いざという時、適切な行動をとれるよう徹底している   |
| <b>5. 情報の開示・提供</b>  |     |       |   |
| ○開示請求に対する対応 入居者及び家族からの情報開示の要求に応じている。(開示情報の整理、開示の実務等)  | 295 | 聞く(職) | 要求が出た場合の対応を職員間で統一している   |
| ○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。   | 296 | 聞く(職) | ケアサービスの現状や書式の整備等について、まだこれからという段階であっても現状を開示し、調査等の機会をとらえて今後改善を図っていこうという積極性がある     |
| <b>6. 相談・苦情への対応</b>   |     |       |   |
| <b>7. ホームと家族との交流</b>  |     |       |   |

(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、管理者及び非常勤職員を含む。

| No. | 判断基準   | メモ欄 | ○×欄 |
|-----|--|-----|-----|
| 213 | 職員は、どういう場合にバイタルチェックを行っているか説明できる（日常的にバイタルチェック、とくに血圧測定等を頻回に業務として行うことは、普通の暮らしを職員主導の作業で乱すことになりやすい） |     |     |
| 223 | 定期的に感染症対策の研修等を行っていることが説明できる  |     |     |
| 225 | 入居者の健康状態について、少なくとも月1回程度は家族に連絡し、健康管理情報を共有している。  |     |     |
| 227 | どのように家族との連絡方法について工夫しているか、職員は説明できる（家族毎の連絡方法の一覧表があるなど）※一律に決まっている場合は×                             |     |     |
| 228 | 異変が見られた際の、連絡担当者について、職員は説明できる   |     |     |
| 231 | 家族が通院介助を行う際に、どのように情報提供を行うか、職員は説明できる  |     |     |
| 237 | 面会時間を設けているか、その場合の理由は配慮されたものであることを職員は説明できる（制限が強い場合は×）   |     |     |
| 240 | 法人代表者はケアサービスの質について説明でき、意見の統一について理解している   |     |     |
| 242 | 職員は大事な決定に職員の意見が反映されていると感じている（日頃から職員の意見を聞いていることがわかれば以下は○）                                       |     |     |
| 244 | 職員は、管理者がどのように状況を把握しているか理解しており、調査員に説明できる  |     |     |
| 250 | 実際に大型施設のような画一的な日課や一斉介護及び全ての食事が外部給食といったことは見られないことを職員は説明できる                                      |     |     |
| 256 | 年間の研修計画が作成され、受講の偏りもない。また、研修内容も周知されていることが説明できる。   |     |     |
| 259 | 管理者の指導実績について書類から確認できる（学習の動機づけ、助言、指導、資料、文献の提供、スーパーバイズの提供、定期的な勉強会等）                              |     |     |
| 262 | 職員は管理者等から話を聞いてもらっていると実感している  |     |     |
| 264 | 具体的に親睦や気晴らしの機会があることを職員は説明できる   |     |     |
| 265 | 職員が外部者と接する機会があることが説明できる  |     |     |
| 269 | 休憩場所は十分心身を休められる場所であることが職員は説明できる  |     |     |
| 279 | 職員は、手洗いやうがいがいなぜ大切かを理解しており、明確に説明できる   |     |     |
| 284 | 職員は、ゴミの処分に関する配慮について説明できる   |     |     |
| 291 | 職員は、いざという時の適切な対応について説明できる  |     |     |
| 295 | 記録の開示要求があった場合、どのように対応するか職員は説明できる   |     |     |
| 296 | 本調査の準備をする中で、実際に改善したり、または改善について積極的に質問するなどの姿勢が見られる   |     |     |
|     |  |     |     |
|     |  |     |     |

認知症グループホームの相互評価アンケート票  
【聞く】(職員) 114項目

| 項 目  | No. | 調査方法  | ポイント  |
|--|-----|-------|---|
| <b>8. ホームと地域との交流</b>   |     |       |   |
| ○地域との連携 地域の人達に対して、日頃から関係を深める働きかけを行っている。(自治会への職員の出席等)   | 318 | 聞く(職) | 日常生活の中であいさつ等をとおして顔馴染みの関係を作っている                            |
| ○地域の人達との交流の促進 地域の人達が、遊びに來たり立ち寄ってくれたりするように取り組んでいる。  | 320 | 聞く(職) | ふだんの暮らしの中で、近隣や地域の人たちに声かけや交流のきっかけづくりを積極的に行っている             |
| ○生活の拡充を支える近隣住民等への働きかけ 近隣住民、家族、ボランティア等が、入居者の生活の拡がりや充実を図ることを支援してくれるよう、働きかけを行っている。(日常的な活動の支援、遠出、行事等の支援) | 323 | 聞く(職) | 近隣住民、家族、ボランティア等が、入居者の生活の拡がりや充実を図ることを支援してくれるよう、働きかけを行っている。 |

- (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、管理者及び非常勤職員を含む。

| No. | 判断基準                                     | メモ欄 | ○×欄 |
|-----|--|-----|-----|
| 318 | 日常のかかわりについて、関係づくりの工夫を職員は説明できる            |     |     |
| 320 | 交流のきっかけづくりの具体例について職員は説明できる               |     |     |
| 323 | ホームとして積極的に生活相手となる人材探しに取り組んでいることを職員は説明できる |     |     |

# 認知症グループホームの相互評価アンケート票 【聞く】(管理者) 48項目

| 項目   | No. | 調査方法  | ポイント   |
|--|-----|-------|--|
| <b>I 運営理念 1. 運営理念の明確化</b>  |     |       |  |
| ○理念の具体化及び運営理念の共有 管理者は、認知症グループホーム（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。            | 1   | 聞く（管） | 管理者は法令における目的を理解している  |
|  | 2   | 聞く（管） | 管理者は自らのグループホームの理念を明確にいえる   |
| ○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。  | 9   | 聞く（管） | 入居者及び家族に十分な説明をしている とくに入居時にきちんと伝えている  |
| <b>2. 運営理念の啓発</b>  |     |       |  |
| ○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）  | 12  | 聞く（管） | 運営推進会議等において、そのホームの趣旨や内容を積極的に説明している   |
|  | 13  | 聞く（管） | 地域の実情にあわせて理解を広めていくための手段を工夫している   |
| <b>II 生活空間づくり 1. 家庭的な生活空間づくり</b>   |     |       |  |
| <b>2. 心身の状態にあわせた生活空間づくり</b>  |     |       |  |
| ○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）                        | 28  | 聞く（管） | 入居者の状態にあわせて環境を改善している   |
| <b>III ケアサービス 1. ケアマネジメント</b>  |     |       |  |
| ○ケアプランの職員間での共有 ケアプランを、すべての職員の気づきや意見を採り入れて作っており、すべての職員がプランの内容を知ることができる仕組みを作っている。<br>○ケアプランへの入居者・家族の意見の反映 ケアプランを、入居者や家族とも相談しながら作成している。         | 54  | 聞く（管） | ユニット会議や職員会議等の開催時間の工夫について管理者は説明できる  |
|  | 57  | 聞く（管） | 本人またはご家族の意向についてどのように引き出してケアプランに反映しているか管理者は説明できる                                    |
|  | 59  | 聞く（管） | ケアプランの家族の閲覧、配布について、どのようにしているか説明できる   |
|  | 60  | 聞く（管） | 面会の少ない家族に対して、どのように説明や相談の機会を作っているか説明できる   |
|  | 61  | 聞く（管） | ケアプランの作成にあたり、家族の意見を出しやすくする工夫について説明できる  |
| ○ケアプランの見直し ケアプラン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。   | 64  | 聞く（管） | 管理者はケアプランの見直し時期について説明できる   |
| ○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。  | 73  | 聞く（管） | 職員がやりがいを感じる会議になっている 発言をしたり聞いたりする中で、職員がチームケアに前向きに取り組む原動力となるような機会にしている               |
| <b>2. ホーム内でのくらしの支援 (1) 介護の基本の実行</b>  |     |       |  |
| ○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。   | 79  | 聞く（管） | 管理者は、職員の言葉が乱れないような声かけを行っている  |
| ○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。  | 99  | 聞く（管） | 転倒等の入居者が抱えるリスクに対して、身体拘束をしない介護上の工夫を行っている  |
| ○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） | 105 | 聞く（管） | 鍵をかけない自由な暮らしについて家族の理解を図っている 家族が安全を優先するために施錠を望んでいる場合もあるが、自由な暮らしの大切さと安全確保について話しあっている |
|  | 106 | 聞く（管） | 管理者は入居者が安心して外出できるように地域の連携やネットワークづくりの推進を行っている                                       |
| <b>(2) 日常生活行為の支援 1) 食事</b>   |     |       |  |
| ○献立づくりや調理等への入居者の参画 献立づくりや食材選びを、入居者と共に行っており、可能な限り買い物や調理も一緒に行っている。意思の確認が困難な場合には、好みを把握して献立や調理に活かしている。   | 109 | 聞く（管） | 十分な検討をせずに、併設施設からの食事の搬入や外注化等の方式を固定化していない  |
| <b>2) 排泄</b>   |     |       |  |
| <b>3) 入浴</b>   |     |       |  |
| <b>4) 整容</b>   |     |       |  |
| <b>5) 睡眠・休息</b>  |     |       |  |
| <b>(3) 生活支援</b>  |     |       |  |
| <b>(4) ホーム内生活拡充支援</b>  |     |       |  |

(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、管理者及び非常勤職員を含む。

認知症グループホームの相互評価アンケート票  
【聞く】(管理者) 48項目

| No. | 判断基準  | メモ欄 | ○×欄 |
|-----|---|-----|-----|
| 1   | 管理者は法令における目的を実際に言うことができる  |     |     |
| 2   | 管理者が正確に答えられ、具体的な取組みを説明できる   |     |     |
| 9   | 家族等へ普段行っているように説明してもらって判断する  |     |     |
| 12  | 事業所の啓発の姿勢について管理者が説明できる  |     |     |
| 13  | 事業所の具体的な工夫について管理者は説明できる   |     |     |
|     |   |     |     |
| 28  | 管理者は入居者の状態にあわせて環境を改善したことを具体例を挙げて説明できる（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） |     |     |
| 54  | ユニット会議や職員会議等の開催時間の工夫について管理者は説明できる（時間外手当を活用している、任意の参加となっている等）                            |     |     |
| 57  | 本人またはご家族の意向についてどのように引き出してケアプランに反映しているか管理者は説明できる   |     |     |
| 59  | 管理者は、ケアプランの家族の閲覧、配布について、どのようにしているか説明できる   |     |     |
| 60  | 管理者は、面会の少ない家族に対して、どのように説明や相談の機会を作っているか説明できる   |     |     |
| 61  | 管理者は、家族の意見を出しやすくする工夫について説明できる   |     |     |
| 64  | 管理者はケアプランの見直し時期について説明できる（一律であれば×）   |     |     |
| 73  | 議事録等の議題などから、会議を活用出来ていることがわかる  |     |     |
| 79  | 管理者は、言葉かけの質を保つための方策を説明できる   |     |     |
| 99  | 管理者は、身体拘束を行わないための意識や、工夫について説明でき、例外3原則（切迫性、一時性、非代替性）もいえる                                 |     |     |
| 105 | 鍵をかけない、又は施錠していることについて家族に説明していることを管理者は説明できる  |     |     |
| 106 | 管理者は入居者が安心して外出できるような地域の連携等について説明できる   |     |     |
| 109 | 管理者は外注等を行っている場合は、その検討の経緯を管理者は説明できる（外注していない時は○）  |     |     |
|     |   |     |     |
|     |   |     |     |
|     |   |     |     |

(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、管理者及び非常勤職員を含む。

認知症グループホームの相互評価アンケート票  
【聞く】(管理者) 48項目

| 項目  | No. | 調査方法  | ポイント   |
|---|-----|-------|--|
| <b>(5) 医療機関の受診等の支援</b>  |     |       |  |
| ○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、保健師、看護師等)   | 184 | 聞く(管) | 管理者は入居者の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、保健師、看護師等)         |
|   | 186 | 聞く(管) | 24時間相談が可能な体制がある  |
| ○希望する医療機関での受診 入居者又は家族が希望し、又は納得している医療機関、歯科医療機関を受診している。   | 189 | 聞く(管) | 家族等の付き添いが無理なために受診できなくなることがないように、通院支援の役割分担や確保のあり方について確実な方策を立てている      |
|   | 190 | 聞く(管) | 往診についても、入居者または家族が納得した医療機関の往診体制を確保している                                |
| ○認知症の人の受診に理解と配慮のある医療機関の確保 認知症の人の受診の困難さを理解し、受診しやすいよう配慮してくれる医療機関、歯科医療機関を確保している。(受診時間の配慮、優先的な診療、必要時の往診等)                             | 193 | 聞く(管) | ホームでは、認知症の人が、安心して受診できる医療機関を確保している                                    |
| <b>(6) 心身の機能回復に向けた支援</b>  |     |       |  |
| ○心理機能の把握・維持 認知症の人の中核症状(見当識障害、記憶障害、失認、失行、失語、判断力の低下、実行機能障害等)とBPSDとの関係を職員が理解しており、日常のケアに活かしている。(不安の除去や混乱時の対応、長期記憶の引き出し、見当識の維持のための工夫等) | 203 | 聞く(管) | 入居者のBPSDが原因で退居になったことはない  |
| <b>(7) 入居者同士の交流支援</b>   |     |       |  |
| <b>(8) 健康管理</b>   |     |       |  |
| ○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)  | 224 | 聞く(管) | 予防と早期発見、早期対応が実践できるように、職員に定期的な学習や訓練を行っている                             |
| <b>3. 入居者の地域での生活の支援</b>   |     |       |  |
| ○地域に出やすい周辺環境の整備 入居者の外出が容易になるように、ホーム周辺の安全対策やホームを認識しやすい工夫を施している。  | 234 | 聞く(管) | ホーム近隣の散歩コースなどで危険な箇所があり、その改善に向けて行政等に働きかけたことはある                        |
| <b>IV 運営体制 1. 事業の統合性</b>  |     |       |  |
| ○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。  | 241 | 聞く(管) | 法人代表者がケアサービスの質を理解しており、質の向上について管理者または現場責任者と十分話しあい、意見の統一が図られている        |
| ○管理者による状況把握 管理者は、直接に、又は報告により、毎日の昼夜の入居者及び職員の状況を把握している。   | 245 | 聞く(管) | 管理者は夜勤をしている。又は夜間のケアの状況について十分に把握している                                  |
| ○バックアップ機関の充実 協力医療機関や介護老人福祉施設等のバックアップ機関の職員は、グループホームをよく知っており、ホームを支えていく協力体制が確保されている。   | 249 | 聞く(管) | 協力医療機関や介護老人福祉施設等のバックアップ機関の職員は、グループホームをよく知っており、ホームを支えていく協力体制が確保されている。 |
| <b>2. 職員の確保・育成</b>  |     |       |  |
| ○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。   | 252 | 聞く(管) | 職員の急病や急な休みのときに、応援してくれる人が確保できている                                      |
| ○グループホームのケアに適した人材の採用 グループホームのケアに適した資質を有する者を採用している。  | 253 | 聞く(管) | 事業者や管理者は、グループホームのケアに適した資質を認識している                                     |
|   | 254 | 聞く(管) | グループホームのケアに適した資質のある人材の確保に努めている                                       |
|   | 255 | 聞く(管) | 法人内の配置転換の際も、適した人材の配置に十分配慮している  |
| ○OJT(職場での働きながらの学習)の確保 職員が日常的に学ぶことをホームとして推進しており、職員に的確に助言できる人材がいる。  | 258 | 聞く(管) | ホームは積極的にOJTに取り組んでいる  |
| ○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、健康診断、スーパーバイザーの導入等)  | 263 | 聞く(管) | 日常的にストレスを緩和するような取り組みをしている  |
|   | 266 | 聞く(管) | 管理者は職員の悩みを聞いたり、ストレスを解消できる機会を作っている。                                   |
| ○職員の休憩場所の確保 職員の休憩の場所は、職員が十分につるげ、心身を休めるのに適した設備を有しており、必要な備品も整っている。(冷暖房設備、寝具等)   | 268 | 聞く(管) | 勤務に応じて、休憩が確保できるように工夫をしている  |
| <b>3. 入居時及び退居時の対応方針</b>   |     |       |  |
| ○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)   | 271 | 聞く(管) | 入居前の情報収集は十分に行っている  |
| ○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。                                 | 274 | 聞く(管) | 困難な問題が出てきた場合に、本人または家族と、十分な話し合いをしている                                  |
|   | 276 | 聞く(管) | 看取りを出来る体制があり、すでに看取りを行っている(まだ看取りの体制ができていない場合は定期的に研修等で看取りについて学んでいる)    |

- (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、管理者及び非常勤職員を含む。



認知症グループホームの相互評価アンケート票  
【聞く】(管理者) 48項目

| No. | 判断基準   | メモ欄 | ○×欄 |
|-----|--|-----|-----|
| 184 | 管理者は入居者の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どのように確保しているか説明できる。                      |     |     |
| 186 | 管理者は深夜の発熱等の対応について具体的に答えられ、職員が困る状況ではない                                      |     |     |
| 189 | 管理者は家族等が付き添わなくても必要な医療が受けられる体制をどのように整えているか、説明できる                            |     |     |
| 190 | 管理者は、入居者や家族が納得できる医療機関の往診体制を確保していることを説明できる                                  |     |     |
| 193 | 管理者は、入居者が認知症に理解がある医療機関に通院していることが説明できる（困っている状況をそのままにしない）                    |     |     |
| 203 | BPSDが原因で退居した場合は、その際の対応が十分かどうか調査員が判断する                                      |     |     |
| 224 | 定期的に感染症対策の研修等を行っていることが説明できる  |     |     |
| 234 | ホーム近隣の散歩コースなどで危険な箇所はある（なければ○）。ある場合は、その改善に向けて行政等に働きかけたことがある（実際に改善できたかは問わない） |     |     |
| 241 | 法人代表者はケアサービスの質について説明でき、意見の統一について理解している                                     |     |     |
| 245 | 管理者は夜勤をしている（していれば○）、していない場合は、どのように夜間のケアの状況について把握しているか説明できる                 |     |     |
| 249 | グループホームについて理解し、支援してくれるバックアップ施設（申請時の施設でなくても可）は確保できている                       |     |     |
| 252 | 管理者は、応援体制について明確に説明できる  |     |     |
| 253 | 管理者は必要な資質を説明できる  |     |     |
| 254 | 管理者は確保に努めていることを説明できる   |     |     |
| 255 | 管理者は異動にも配慮していることを説明できる   |     |     |
| 258 | 管理者はOJTを中心に、日常的に学ぶことを推進している  |     |     |
| 263 | どのようにストレスを緩和しているか説明できる   |     |     |
| 266 | 職員が悩んだり、ストレスを感じたりした場合の方策を探り入れている。  |     |     |
| 268 | 管理者は休憩確保のための工夫について説明できる  |     |     |
| 271 | 入居前の情報収集はどのように行っていますか（フェイスシートだけなど、あまり情報をとっていないようなら×）                       |     |     |
| 274 | 管理者は困難な問題が出た際の十分な説明について、調査員にもわかりやすく説明できる                                   |     |     |
| 276 | 看取りの体制について管理者は説明できる  |     |     |

(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、管理者及び非常勤職員を含む。

## 認知症グループホームの相互評価アンケート票 【聞く】(管理者) 48項目

| 項 目  | N o . | 調査方法  | ポイント   |
|--|-------|-------|--|
| ○入退居時のダメージの防止策 入退居の前には、入居者が「移り住むことのダメージ」を最小限に食い止めるために、家族等とはもちろん、本人に係る保健医療福祉の関係者と十分な情報交換と話しあいを行っている。退居事例がない場合は、その体制がある。 | 278   | 聞く(管) | 本人、家族がホーム側と移行先の関係者による継続的な支援を受けられるよう、移り住むダメージを最小にする努力がなされている        |
| <b>4. 衛生・安全管理</b>  |       |       |  |
| <b>5. 情報の開示・提供</b>   |       |       |  |
| <b>6. 相談・苦情への対応</b>  |       |       |  |
| ○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。  | 297   | 聞く(管) | 入居時に降も相談窓口について入居者や家族に伝えている   |
|  | 300   | 聞く(管) | 相談や苦情を気軽に言ってもらえるように働きかけを続けている                                      |
| ○第三者への相談機会の確保 家族が、相談や苦情を第三者に伝えるための機会を、積極的に設けている。(第三者も交えた家族の会の開催、公的窓口の紹介、外部者による家族アンケート等)                                | 302   | 聞く(管) | 第三者(オンブズマン、公的窓口)に伝えるための具体的な機会を設けている                                |
| <b>7. ホームと家族との交流</b>   |       |       |  |
| <b>8. ホームと地域との交流</b>   |       |       |  |
| ○地域包括支援センターとの関わり 市町村等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。   | 315   | 聞く(管) | 運営推進会議に、行政や地域包括支援センターの担当者に参加してもらえるよう働きかけている                        |
| ○地域との連携 地域の人達に対して、日頃から関係を深める働きかけを行っている。(自治会への職員の出席等)   | 319   | 聞く(管) | 入居者が地域の中であたりまえの暮らしを続けていくために、近隣で求められる役割を果たし、近所や地域の人々との関係づくりに取り組んでいる |
| ○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、理解を拓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)                  | 324   | 聞く(管) | ホームの近隣で、地域の資源を活用できるようにふだんから連携を取っている                                |
| ○防災対策の徹底 ホームの入居者は、自分で災害に対応する力が弱く、過去の悲惨な火災事例等からも、多くの協力者も必要なことが明らかである。そのための日頃からの準備は十分にされている。                             | 329   | 聞く(管) | 管理者は、火災、地震、その他事業所の立地で想定される災害についてどのように対応するか、具体的に説明できる               |

(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、管理者及び非常勤職員を含む。

認知症グループホームの相互評価アンケート票  
【聞く】(管理者) 48項目

| N o . | 判断基準   | メモ欄 | ○×欄 |
|-------|--|-----|-----|
| 278   | 移行する際のダメージを少なくする工夫について管理者は説明できる                                    |     |     |
|       |  |     |     |
| 297   | 契約時から、それ以降もどのように家族に伝えているか管理者は説明できる                                 |     |     |
| 300   | 働きかけをしていることを具体例を挙げて管理者は説明できる                                       |     |     |
| 302   | 具体的な取組みについて管理者は説明できる   |     |     |
|       |  |     |     |
| 315   | 運営推進会議に、行政や地域包括支援センターの担当者に参加してもらえるための工夫について管理者は説明できる(実際に来ていなくてもよい) |     |     |
| 319   | 地域の中でグループホームとしてどのような役割を果たし、溶け込む努力をしているか、管理者は説明できる                  |     |     |
| 324   | 管理者はホームと近隣の施設の連携について説明できる  |     |     |
| 329   | 火災のみではなく、他の災害への対策についてマニュアル等を用いて管理者が説明できる                           |     |     |

- (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、管理者及び非常勤職員を含む。

認知症グループホームの相互評価アンケート票  
【書類】112項目

| 項目  | No. | 調査方法 | ポイント   |
|---|-----|------|--|
| <b>I 運営理念 1. 運営理念の明確化</b>   |     |      |  |
| ○理念の具体化及び運営理念の共有 管理者は、認知症グループホーム（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。 | 3   | 書類   | 管理者はグループホームの理念や方針を職員と話し合っている   |
| ○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。   | 7   | 書類   | 利用案内文（パンフレット等）やホーム内の掲示に理念が明確に示されている  |
| ○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。  | 10  | 書類   | 契約書等に利用者の権利・義務（基準となる約束事）が明確に、わかりやすく書かれている  |
|   | 11  | 書類   | 内容について同意を得ている  |
| <b>2. 運営理念の啓発</b>   |     |      |  |
| ○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）   | 14  | 書類   | 地域の実情にあわせて理解を広めていくための手段を工夫している   |
| <b>II 生活空間づくり 1. 家庭的な生活空間づくり</b>  |     |      |  |
| <b>2. 心身の状態にあわせた生活空間づくり</b>   |     |      |  |
| <b>III ケアサービス 1. ケアマネジメント</b>   |     |      |  |
| ○アセスメントの実施 入居者一人ひとりの状態像、生活特性、入居者や家族の求めていることを把握し、これによってアセスメントを行い、課題を明らかにしている。  | 47  | 書類   | 一人ひとりの入居者について、その人独自の生活歴、個性や希望、現在の心身状態を把握している   |
| ○個別具体的なケアプラン 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ケアプランを作成している。  | 49  | 書類   | ケアプランは画一的な計画ではなく、一人ひとりのその時点の状態に沿った計画を作成している  |
|   | 50  | 書類   | 職員の視点からみた業務をこなすためのケアプランではなく、入居者主体の暮らしを反映したケアプランになっている  |
|   | 52  | 書類   | ホームの職員のみに関わりでなく、入居者に関わるホーム以外の人たち（家族、福祉・医療のプロ、地域の人々）や資源（介護保険以外の自治体の公的サービス、福祉・医療以外の生活を拡充するための場所・物・サービス）を活かすことも視野に入れた、暮らしを豊かにするためのケアプランになっている |
|   | 53  | 書類   | ケアプランを機械的に更新するのではなく、入居者の今の状況や希望をよく知る職員の情報に基づいて現時点にあった計画づくりをしている  |
| ○ケアプランの職員間での共有 ケアプランを、すべての職員の気づきや意見を採り入れて作っており、すべての職員がプランの内容を知ることができる仕組みを作っている。   | 55  | 書類   | 新規に作られたり、更新されたケアプランにみんなが目をとし、目をとしたらサインする等のルールを作っている  |
| ○ケアプランへの入居者・家族の意見の反映 ケアプランを、入居者や家族とも相談しながら作成している。   | 58  | 書類   | ケアプランを作成する途上で、現時点での家族の意見と希望をとらえてケアプランに具体的に活かしている   |
|   | 62  | 書類   | ケアプランの作成にあたり、家族の意見を出しやすくする工夫について説明できる  |
| ○ケアプランの見直し ケアプラン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。  | 63  | 書類   | ワンパターンの期間設定ではなく、入居者の状態や計画内容に応じた個別な期間設定をしている  |
| ○個別の記録 日々の介護やケアプランに反映させるため、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。   | 65  | 書類   | 昼夜ともにポイントが把握できるような内容、書き方となっている   |
|   | 66  | 書類   | ケアプランにそって実践されたか、それでどうなったかの評価を日常的に記入している  |
| ○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行い、重要な点はすべての職員に伝わる仕組みを作っている。  | 67  | 書類   | 何を伝えるか、日々の中で職員全体でつねに検討し、申し送りや情報伝達を職員が積極的に行っている   |
| ○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。                                     | 69  | 書類   | 日々の申し送りで情報交換や意思疎通がよくてもズレやマンネリは避けられないので、チームケアのための会議を定期的に設けて話し合っている  |
|   | 70  | 書類   | すべての職員を参加対象とし、実際に業務に差し支えない範囲でできるだけ多くの職員が会議に参加できる仕組みを作っている さらに、参加できない職員がいた場合には話し合われた内容が伝わるようにしている   |
|   | 71  | 書類   |  |
| <b>2. ホーム内でのくらしの支援 (1) 介護の基本の実行</b>   |     |      |  |
| ○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。  | 89  | 書類   | 職員側の決まりや都合によるルールを作っていない  |
| ○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、それらを促す取組を日常的に行っている。   | 91  | 書類   | 日常生活の中で一人ひとりの能力に応じて入居者自身が決定する場面を具体的に作っている  |

(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、管理者及び非常勤職員を含む。

| No. | 判断基準   | メモ欄 | ○×欄 |
|-----|--|-----|-----|
| 3   | 議事録や、申し送りなどの記録物で確認できる※浸透しているかどうかが大事で頻度（月1回など）は問わない                                 |     |     |
| 7   | 運営理念がパンフレット等で確認できる   |     |     |
| 10  | 契約書等にわかりやすく明示されている   |     |     |
| 11  | 同意をとっていることが記録からわかる 本人・家族のサイン（2名分）  |     |     |
| 14  | 事業所の具体的な工夫について、実際の資料で確認できる（ひとつでもあれば可）  |     |     |
|     |  |     |     |
|     |  |     |     |
| 47  | アセスメントシート等で生活歴、ライフスタイル等が把握されている。またチェックシート等を用いて排泄や睡眠の状況を把握している                      |     |     |
| 49  | 2名のケアプランを見て、個性が確認できる（例えば最も介護度が重い方と最も軽い方等）  |     |     |
| 50  | ケアプランは入居者主体の暮らしを反映している   |     |     |
| 52  | ケアプランで職員以外の人、ホーム以外の資源が活用されている  |     |     |
| 53  | ケアプランの更新の際に職員からの直近の情報を反映している   |     |     |
| 55  | ケアプランに目を通していることが実際の資料からわかる   |     |     |
| 58  | 実際に関心や意見が引き出された計画がある   |     |     |
| 62  | 実際に関心や意見が引き出された計画がある   |     |     |
| 63  | 入居者それぞれで計画期間を変更していることが資料でわかる   |     |     |
| 65  | 昼夜共にポイントが把握できる書き方である   |     |     |
| 66  | 個別の記録は、ケアプランに対する結果が日常的に書かれている  |     |     |
| 67  | 情報伝達の仕組みが、どのように機能しているか、書類等で確認できる   |     |     |
| 69  | 定期的に会議を行っていることが議事録等から確認できる（カンファレンス、職員会議、各委員会等） ※議事録がない場合、以下は全て× またメモ等は議事録とはいえないため× |     |     |
| 70  | 議事録等から、パート職員を含め、多くの職員が参加していることが確認できる   |     |     |
| 71  | 不参加の職員にも会議の内容が確実に伝わる仕組みがある   |     |     |
| 89  | 重要事項説明書等には入居者の生活のペースを制限するような記述はない（例：外出時間や外泊の制限等）                                   |     |     |
| 91  | 記録等から、入居者自身が決定する場面を作っていることが読み取れる   |     |     |

認知症グループホームの相互評価アンケート票  
【書類】112項目

| 項目   | N.º. | 調査方法 | ポイント  |
|--|------|------|---|
| ○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。                                    | 98   | 書類   | 高齢者虐待防止法第20条にあるように、ホームは虐待や身体拘束の防止のため、身体拘束による身体的・精神的弊害について理解する機会を設けている |
|  | 100  | 書類   | 安全確保等、緊急かつやむを得ない事情で何らかの拘束が行われる場合、その理由、方法、期間を明記した記録、家族への説明、理解を図っている    |
| <b>(2) 日常生活行為の支援 1) 食事</b>   |      |      |   |
| ○献立づくりや調理等への入居者の参画 献立づくりや食材選びを、入居者と共に行っており、可能な限り買い物や調理も一緒に行っている。意思の確認が困難な場合には、好みを把握して献立や調理に活かしている。 | 108  | 書類   | 献立づくりや調理を職員が一方的に進めるのではなく、入居者の力や希望を考慮している                              |
| ○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。       | 117  | 書類   | 咀嚼・嚥下機能のアセスメントに基づいて、食形態が選択されている                                       |
| ○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。                                    | 120  | 書類   | 一人ひとりの摂取総量が残食量等からも大まかに把握されている   |
|  | 121  | 書類   | 献立は嗜好や栄養バランスに配慮がなされている  |
| <b>2) 排泄</b>   |      |      |   |
| ○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。             | 131  | 書類   | 個々の排泄パターンを把握している（間隔、量、排尿排便の兆候）  |
| ○状態にあわせた下着等の使い分け 下着、おむつ又はパットは、入居者一人ひとりのその時々状態にあわせて使い分けている。   | 134  | 書類   | おむつやパットの使用の必要性、適切性を一人ひとりについてつねに見直している                                 |
| <b>3) 入浴</b>   |      |      |   |
| ○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）                            | 146  | 書類   | 個々の今までの生活習慣にあわせて入浴できるようにしている  |
| <b>4) 整容</b>   |      |      |   |
| ○個性を尊重したおしゃれの支援 入居者一人ひとりの個性を大切に髪型や服装、おしゃれを支援している。  | 152  | 書類   | 化粧、髪型、衣服、装身具、おめかし等、その人の希望や好みによって選べるように支援している                          |
| ○生活場面にあわせたその人らしい服装支援 外出や面会、年中行事等、生活の彩りにあわせたその人らしい服装を楽しめるよう支援している。                                  | 160  | 書類   | 外出の行先、来客、行事等にあわせた服装や化粧、整髪、履き物等も配慮している                                 |
| <b>5) 睡眠・休息</b>  |      |      |   |
| ○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。                                   | 161  | 書類   | 入居者一人ひとりについて個々の記録や睡眠チェックシート等で睡眠パターンを把握している                            |
|  | 162  | 書類   | 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。             |
| <b>(3) 生活支援</b>  |      |      |   |
| ○身辺を整える際の支援 居室の掃除、衣類等の洗濯、持ち物の整理や補充などにおいては、入居者のプライバシーを大切に、場面ごとに本人の力を引き出しながら支援している。                  | 165  | 書類   | 一人ひとりが、自分の力を活かして掃除、洗濯、整理を行っている  |
| ○買い物の支援 必要物品や好みの買い物に出る機会を日常的につくり、買い物を楽しく行えるように支援している。  | 169  | 書類   | 一人ひとりの習慣、買いたいもの、持てる力が大切にされ、買い物に行く機会が日常的にあるか、職員が場面を作る工夫をしているかを点検する     |
| ○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。                   | 173  | 書類   | 入居者が小遣いを持つことができないようなホーム側のきまりがない                                       |
| ○通信の支援 入居者が、手紙や電話を日常的に利用できるように、プライバシーに配慮しつつ支援している。（手紙や電話の利用の奨励・介助等）                                | 175  | 書類   | 入居者が有する力に応じて手紙や電話を日常的に利用する支援をしている                                     |
| <b>(4) ホーム内生活拡充支援</b>  |      |      |   |
| ○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。                                  | 180  | 書類   | 日常の中に一人ひとりの楽しみごと、役割、出番を作り出す取り組みをしており、写真等で確認できる                        |
| <b>(5) 医療機関の受診等の支援</b>   |      |      |   |
| ○認知症に知見の深い医師の確保 認知症に関する診断や治療、対応方法等について、指示や助言をもらえる医師を確保している。  | 191  | 書類   | 認知症に関する診断や治療、対処方法等、医療の対応が入居者個々にできている                                  |
| ○入院受入れ医療機関の確保 認知症のある入居者の入院を受けられる医療機関を確保している。   | 197  | 書類   | 医療機関が受け入れやすくなるように、入居者やケアに関する情報提供やホーム側できる協力を行っている                      |

(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、管理者及び非常勤職員を含む。

| No. | 判断基準   | メモ欄 | ○×欄 |
|-----|--|-----|-----|
| 98  | 書類から身体拘束の弊害について研修を行っていることが確認できる  |     |     |
| 100 | 身体拘束を行っている場合に必要書類が確認できる(実績が無い時は○)  |     |     |
| 108 | 入居者の意向を引き出していることが記録から読み取れる   |     |     |
| 117 | 咀嚼・嚥下機能のアセスメントに基づいて、食形態が選択されていることがわかる  |     |     |
| 120 | 摂取総量が把握されていることが資料からわかる   |     |     |
| 121 | 嗜好や栄養バランスに配慮していることが、献立表からわかる   |     |     |
| 131 | アセスメントシートなどから、個々の排泄パターンが把握されていることがわかる  |     |     |
| 134 | アセスメントシートなどから、個々の排泄パターンを定期的に見直していることがわかる   |     |     |
| 146 | アセスメントシート等には、これまでの入浴の習慣についての記載がある  |     |     |
| 152 | アセスメントシート等から髪型や服装、おしゃれについての希望を把握していることがわかる   |     |     |
| 160 | 行先や行事にあわせてどのように服装や化粧に配慮したか、記録や写真からわかる  |     |     |
| 161 | 睡眠チェック表等を活用している  |     |     |
| 162 | 眠れない入居者については、原因を見極めて、その人本来のリズムを取り戻せるように1日の生活リズムづくりをしていくアプローチをしたり、医師と相談して、睡眠や食事、薬剤等のあり方について全体的な調整の方針を決めたりしていることがケアプランや議事録等からわかる |     |     |
| 165 | 記録等から、一人ひとりが、その力に合わせて掃除等を行っていることがわかる   |     |     |
| 169 | アセスメントシート等から、それぞれの希望を見極め、買い物の機会も設けていることがわかる  |     |     |
| 173 | 重要事項説明書等で、小遣いを持つことについて禁じる記述はない   |     |     |
| 175 | 記録等から、実際に電話や手紙を利用する支援をしていることがわかる   |     |     |
| 180 | 記録等から、実際に役割や出番を作りだした取組について確認できる  |     |     |
| 191 | アセスメントシート等から、一人ひとりの認知症への対応ができてきていることがわかる   |     |     |
| 197 | 入居者のケアに関する情報提供をしている記録がある   |     |     |

認知症グループホームの相互評価アンケート票  
【書類】112項目

| 項目  | No. | 調査方法 | ポイント   |
|---|-----|------|--|
| ○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合いや協力を医療機関と行っている。  | 198 | 書類   | 入院したケースがある場合、早期退院への支援がどうであったかふり返りを行っている  |
| ○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。  | 199 | 書類   | 定期的に健康診断を受けていることが書類からわかる   |
| <b>(6) 心身の機能回復に向けた支援</b>  |     |      |  |
| ○心理機能の把握・維持 認知症の人の中核症状(見当識障害、記憶障害、失認、失行、失語、判断力の低下、実行機能障害等)とBPSDとの関係を職員が理解しており、日常のケアに活かしている。(不安の除去や混乱時の対応、長期記憶の引き出し、見当識の維持のための工夫等) | 200 | 書類   | 日常の中での入居者の不安や混乱の状態を具体的に理解し、不安や混乱を予防したり、早期に対応するケアが行われている                                    |
| ○身体機能の維持 認知症の人の身体面の機能低下の特徴を理解し、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。  | 205 | 書類   | 身体機能維持の視点をもって、一人ひとりの入居者が日々の生活行為を主体的に行う支援をしている  |
| <b>(7) 入居者同士の交流支援</b>   |     |      |  |
| ○入居者同士の支えあい支援 入居者同士の助けあいや気持ちの支えあいができるような支援を、日常的に行っている。  | 207 | 書類   | 仲の良い人同士が過ごせる配慮をしたり、世話役の人にもうまく力を発揮してもらい他の入居者の気持ちを引き上げてくれる場面を作る等、入居者同士の関係や力、個性をうまく活かす配慮をしている |
| ○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。   | 208 | 書類   | 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。                    |
| <b>(8) 健康管理</b>   |     |      |  |
| ○身体状態の変化や異常の早期発見・対応 入居者一人ひとりの身体状態の変化や異常のサインを早期に発見できるように、すべての職員が注意しており、重度化や入院を防ぐ努力をしている。また、その変化やサインを記録に残している。                      | 214 | 書類   | 職員が、つねに顔色や様子に注意し、日々暮らしを共にする中で兆候を見落とさないようにしている  |
| ○体重の管理 体重の経過をモニターし、運動量と食事に留意している。   | 215 | 書類   | 体重測定を最低1ヶ月に1度行っている   |
|   | 216 | 書類   | 体重の増減が目立つ人に関しては、原因を探り、本人や家族の納得を図りながら対応策をとっている  |
| ○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。   | 218 | 書類   | 薬の内容を全職員が知るために、分かりやすい薬剤の早見シートを用意したり、勉強の機会を作っている  |
| ○持病等の管理 職員は、入居者の持病やアレルギーについての留意事項をプライバシーに配慮しつつ共有しており、それらの事項を守っている。(高血圧や糖尿病等による食べ物の留意点の記録等)  | 219 | 書類   | 個々の観察ポイント(その病気の特徴、発見のきっかけとなる症状の現れ方等)と早期の対応策について職員に周知されている                                  |
| ○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)   | 220 | 書類   | けが、骨折、発作、のど詰まり、意識不明等の対処方法、救急救命法等、学習や訓練を行っている   |
| ○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)  | 221 | 書類   | 予防と早期発見、早期対応に関する取り決めが明文化され全職員に周知されている  |
|   | 222 | 書類   | 感染症に対する予防や対策が新しい知識、技術によって更新されている   |
| ○異変情報及び対応方法の家族との共有 入居者の心身の状態に異変がみられた時は、その都度家族に連絡を入れて対応の相談をしている。   | 226 | 書類   | 緊急時の連絡・相談の体制や取り決めが明確にある  |
|   | 229 | 書類   | 家族との連絡・相談内容を記録にとどめておくルールがある  |
| ○家族が通院介助を行った時の情報交換 家族が通院介助をする場合、受診前に家族に情報を提供するとともに、受診後に家族から医師や歯科医師の指示や説明の伝達(診断内容、治療、薬、注意事項等)を受けて、入居者の健康管理に活かしている。                 | 230 | 書類   | 受診前、家族に情報提供を具体的に行い、通院介助した家族から診断内容や治療、薬の内容注意事項等を具体的に聞いている                                   |
|   | 232 | 書類   | 家族が診断内容等を報告する必要性について、家族に説明と依頼がしっかりとされている   |
| <b>3. 入居者の地域での生活の支援</b>   |     |      |  |
| ○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。   | 233 | 書類   | 個々に合わせた楽しみや張りあいになることをみつけて、外に出かける機会を積極的に設けている   |
| ○行事での外出や旅行等の機会づくり 入居者や家族と相談・協力して、行事での外出や旅行等の機会を作っている。(地域の行事や集会に出かける、ホーム主催での花見や小旅行等を企画、実施する等)                                      | 235 | 書類   | 行事等の実現までのプロセスを入居者、家族等と相談し、協力を得ながら実施している  |
| ○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)  | 238 | 書類   | 家族に遠慮なくお茶を飲んでもらったり、ときには本人と家族だけでゆっくりと過ごせる時間を作ったり、希望があれば一緒に入浴してもらったり、泊まってもらったり等の支援をしている      |
| ○家族の参加支援 家族がホームでの活動に参加できるように、場面や機会を作っている。(食事づくり、散歩、外出、行事等)  | 239 | 書類   | 本人とのつながりを深めていけるよう、ホームでの暮らしや介護にも家族も関われる場面や機会づくりをしている  |

(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、管理者及び非常勤職員を含む。



| No. | 判断基準  | メモ欄 | ○×欄 |
|-----|---|-----|-----|
| 198 | 記録等から、早期退院への支援への話し合いが行われているか、確認できる  |     |     |
| 199 | 健康診断又は同等の健康管理を年1回行っていることが確認できる  |     |     |
| 200 | どのように不安や混乱を軽減する取組みを行っているか記録等から確認できる   |     |     |
| 205 | ケアプラン等から入居者の身体機能維持の視点に基づいた支援が確認できる  |     |     |
| 207 | 入居者同士の関係を活かす配慮について書類や写真等から確認できる（仲の良い入居者同士が過ごせる配慮をする、孤立しがちな入居者が交わる機会を作る、世話役の入居者にうまく力を発揮してもらう場面をつくる等） |     |     |
| 208 | トラブルの発生状況について把握し、適切に対応していることが記録等で確認できる  |     |     |
| 214 | 職員は、変化や異常のサインを見つけていることが記録等からわかる   |     |     |
| 215 | 体重測定を1カ月に1度行っていることが記録等からわかる   |     |     |
| 216 | 職員は、体重の増減が目立つ入居者に対してどのように対応しているか記録等から確認できる  |     |     |
| 218 | 薬剤を管理する資料はわかりやすい  |     |     |
| 219 | ケアプラン等から個々の観察ポイントや急性の症状への対応策について把握されていることがわかる   |     |     |
| 220 | 普通救命講習や内部研修を行った記録があり全職員が定期的に受講していることがわかる  |     |     |
| 221 | 感染症対策についてマニュアル等で明文化されている  |     |     |
| 222 | マニュアル等は見直され、新しい情報が反映されている   |     |     |
| 226 | 重要事項説明書やマニュアルから取り決めの内容が確認できる  |     |     |
| 229 | 家族への連絡・相談内容が確認できる記録等がある   |     |     |
| 230 | 記録等から、家族に情報提供を行ったことがわかる   |     |     |
| 232 | 家族が通院する際の注意事項について重要事項説明書等で確認できる   |     |     |
| 233 | 記録等から積極的に外出の機会を設けていることがわかる（買い物、散歩、近隣訪問、集会参加等）   |     |     |
| 235 | 入居者や家族の協力を得ながら、準備していることが記録等から読み取れる  |     |     |
| 238 | 家族が居心地よく過ごしていることがわかる記録等がある  |     |     |
| 239 | 日頃の、生活場面にどのように家族が関われるようにしているか、確認出来る記録等がある   |     |     |

# 認知症グループホームの相互評価アンケート票 【書類】112項目

| 項目   | N o . | 調査方法 | ポイント  |
|--|-------|------|---|
| <b>IV 運営体制 1. 事業の統合性</b>   |       |      |   |
| ○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。   | 243   | 書類   | 大事な決定に関して、現場の職員の意見が取り上げられている  |
| ○評価の意義の周知と活用 ケアサービスの質の評価の意義について、職員に周知し、評価結果をサービス改善に活かしている。また、その体制がある。  | 246   | 書類   | 管理者は、職員、入居者、家族に対してグループホームのサービス評価（自己評価、外部評価）の意義とあらましを説明し、理解を求めると共に職員への動機づけを行っている |
|  | 247   | 書類   | ケアサービスの向上に向けて、運営者、職員チームが一丸となって評価を行い結果を活かしていくための話し合いがなされている                      |
|  | 248   | 書類   | 改善点が見出された場合、その改善に向けて改善計画等を立てながら改善に取り組む姿勢がある                                     |
| <b>2. 職員の確保・育成</b>   |       |      |   |
| ○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。  | 251   | 書類   | 1日の流れの中で、入居者本位の暮らしを実際に支援できる人員配置になっている   |
| ○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。   | 257   | 書類   | 新人からグループホームのケアの経験者まで、職員の経験や力量に応じて、必要な研修が受けられるよう組織的な体制を作っている                     |
| ○OJT（職場での働きながらの学習）の確保 職員が日常的に学ぶことをホームとして推進しており、職員に的確に助言できる人材がいる。   | 260   | 書類   | 全国や各地域の様々な取り組みについての資料や文献、最新情報等日常的に職員に提供している                                     |
|  | 261   | 書類   | グループホームの現場で職員が助言、指導等を受けられるように外部から適切な人材に来てもらっている                                 |
| <b>3. 入居時及び退居時の対応方針</b>  |       |      |   |
| ○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）                              | 270   | 書類   | 入居前に十分に情報収集し、検討の上、入居判断をしている   |
| ○料金の内訳の明示と説明 利用契約時及び料金改定時には、料金の内訳を文書で示し、料金の設定理由を十分説明している。（食材料費、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）                           | 272   | 書類   | 入居時、入居後を通じて、口頭のみではなく文書で正確に分かりやすく示している   |
|  | 273   | 書類   | 食材料費、水道光熱費、その他実費等の積算根拠がわかりやすく示されている   |
| ○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。                      | 275   | 書類   | 納得のいく退居先に移れるよう、説明や、送り先との調整をしている   |
| ○入退居時のダメージの防止策 入退居の前には、入居者が「移り住むことのダメージ」を最小限に食い止めるために、家族等とはもちろん、本人に係る保健医療福祉の関係者と十分な情報交換と話し合いを行っている。退居事例がない場合は、その体制がある。 | 277   | 書類   | 暮らしやケアの継続が保たれることを大切にして、入居時退居時共に具体的に情報交換を行っている                                   |
| <b>4. 衛生・安全管理</b>  |       |      |   |
| ○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）   | 282   | 書類   | 布巾やまな板、冷蔵庫、食品管理、洗濯機の清潔等を保持するルールがあり、職員間で守られている                                   |
|  | 283   | 書類   | 定期的に点検する方策を明確にしている  |
| ○ごみの処分 ごみ処理、汚物処理等の衛生面に関する取扱いの取り決めがあり、職員間で実行している。（速やかな除去、封入、保管、消毒等）   | 285   | 書類   | 定期的に点検する方策を明確にしている  |
| ○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。   | 286   | 書類   | 薬や刃物、洗剤等の取扱いについて取扱い方法が明確にされている  |
| ○緊急時の対応の周知 けが、転倒、窒息、意識不明、行方不明等の緊急事態の対応策のマニュアルがあり、すべての職員が内容を熟知している。   | 288   | 書類   | 現在の入居者に応じて、想定される危険を全職員で洗い出している  |
|  | 289   | 書類   | 現在の職員体制や支援対策を活かして、緊急事態に対応するための実現可能なマニュアルを作っている                                  |
|  | 290   | 書類   | 夜間等人手がないとき等の緊急対応方法の想定もしている  |
| ○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。（再発防止の話し合い、今後を活かす意義づけ等）                          | 292   | 書類   | 事故発生を管理者や事業者が前向きに受け止め、再発防止に向けた組織的な対応策をとっている                                     |
|  | 293   | 書類   | 事故に関する報告、記録がきちんと整理、保存されている  |

(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、管理者及び非常勤職員を含む。

| No. | 判断基準  | メモ欄 | ○×欄 |
|-----|---|-----|-----|
| 243 | 採用や運営方法等について現場の職員の意見を運営に反映していることが議事録等から確認できる  |     |     |
| 246 | 管理者は、サービス評価の意義を理解し、どのように動機づけを行っているか記録等から確認できる |     |     |
| 247 | 議事録等から、評価結果を運営に活かしていこうという姿勢が読み取れる             |     |     |
| 248 | 管理者は、改善点について具体的に取り組んだ例について記録等から確認できる          |     |     |
| 251 | 勤務表等で人員の状況は問題ない                               |     |     |
| 257 | 必要な研修を受けていることが書類等から確認できる                      |     |     |
| 260 | これまでに提供した具体的な情報について確認できる                      |     |     |
| 261 | 外部から適切な人材に来てもらった実績について確認できる                   |     |     |
| 270 | 入居前に十分に情報収集し、検討の上、入居判断をしていることが確認できる           |     |     |
| 272 | 重要事項説明書等で、料金はわかりやすく示されている                     |     |     |
| 273 | 重要事項説明書等で、食費等についてもわかりやすく示されている                |     |     |
| 275 | 退居にあたり、適切な支援を行っていることを記録等から確認できる               |     |     |
| 277 | 入退居時には十分な情報提供がされて、支援が行われていることが記録等から確認できる      |     |     |
| 282 | 清潔等に関するルールについて、マニュアル等で確認できる                   |     |     |
| 283 | 定期的（毎日、週1回等）に点検する方策についてマニュアル等で取り決められている（衛生管理） |     |     |
| 285 | 定期的に点検する方策についてマニュアル等で取り決められている（ゴミ処理）          |     |     |
| 286 | 薬や刃物、洗剤等の取扱いについてマニュアル等で取り決められている              |     |     |
| 288 | アセスメントシート等から、具体的に危険が洗い出されていることがわかる            |     |     |
| 289 | 実現可能な緊急時の対応がマニュアル等に定められている                    |     |     |
| 290 | 夜間等、人手が無い時の対応についてもマニュアル等に定められている              |     |     |
| 292 | 事故報告書等から、事故を前向きにとらえ、対応策をとっているか確認できる           |     |     |
| 293 | 事故報告書等は全て適切に作成、保存されていることがわかる                  |     |     |

認知症グループホームの相互評価アンケート票  
【書類】112項目

| 項目   | N o . | 調査方法 | ポイント   |
|--|-------|------|--|
| <b>5. 情報の開示・提供</b>   |       |      |  |
| ○開示請求に対する対応 入居者及び家族からの情報開示の要求に応じている。(開示情報の整理、開示の実務等)   | 294   | 書類   | 事業所として、情報開示(記録の開示)に積極的に応じる意向と体制を持っている                                      |
| <b>6. 相談・苦情への対応</b>  |       |      |  |
| ○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。                            | 298   | 書類   | 入居時以降も相談窓口について入居者や家族に伝えている   |
|  | 299   | 書類   | 相談や苦情を伝えてもけっして不利にならないこと、前向きに活かすことを繰り返し伝えている                                |
|  | 301   | 書類   | 相談や苦情を気軽に言ってもらえるように働きかけを続けている  |
| ○第三者への相談機会の確保 家族が、相談や苦情を第三者に伝えるための機会を、積極的に設けている。(第三者も交えた家族の会の開催、公的窓口の紹介、外部者による家族アンケート等)              | 303   | 書類   | 第三者(オンブズマン、公的窓口)に伝えるための具体的な機会を設けている  |
|  | 304   | 書類   | アンケート等をとおして、より多くの相談や苦情を出してもらえる配慮をしている                                      |
| ○苦情への迅速な対応 入居者や家族から苦情が寄せられた場合には、職員で速やかに対策案を検討して回答するとともに、サービス改善につなげている。                               | 305   | 書類   | 苦情に対し、入居者、家族の立場にたって納得のいく対応をしている  |
|  | 306   | 書類   | 苦情への対応で終わりではなく、その苦情の発生要因を探り課題を検討し、質の向上をめざす取り組みがなされている                      |
| <b>7. ホームと家族との交流</b>   |       |      |  |
| ○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。                | 307   | 書類   | 家族がホームに来たときには必ず声をかけ、入居者の状況や家族のことについて話しあっている                                |
|  | 308   | 書類   | 来訪時に意見が自由に書けるノートを用意したりする等の工夫をしている  |
| ○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)                      | 309   | 書類   | 各入居者の家族と形式的な連絡だけではなく、本人の暮らしぶりやその人らしい生き生きした姿が見られた場面等を、定期的手紙や写真等をとおして伝えている   |
|  | 310   | 書類   | プライバシーに配慮しながら、入居者のホームでの日常の暮らしぶりやエピソード等を盛り込んだホーム便り等を作って家族にみてもらう取り組みをしている    |
| ○外泊時の家族との情報交換 家族との外出や外泊時には、入居者の生活やケアの継続性が保たれるように、情報交換を行っている。   | 311   | 書類   | 外出や外泊の際、家族との情報交換を行っている   |
| ○家族同士の交流促進 家族同士の交流が図られるように、様々な機会を提供している。(家族会、行事、旅行等への働きかけ)   | 312   | 書類   | 家族会、行事、旅行等、家族同士が出会い、交流できる機会づくりを行っている                                       |
| ○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。                               | 313   | 書類   | 金銭管理の取り決めを家族としている  |
|  | 314   | 書類   | 金銭の取り扱いについて利用契約時に話しあっており、利用している中でも疑問点がない また、入居者の状態の変化に応じて説明と相談を繰り返し行う必要がある |
| <b>8. ホームと地域との交流</b>   |       |      |  |
| ○地域包括支援センターとの関わり 市町村等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。   | 316   | 書類   | 運営推進会議に、行政や地域包括支援センターの担当者に参加してもらえるよう働きかけている                                |
| ○地域との連携 地域の人達に対して、日頃から関係を深める働きかけを行っている。(自治会への職員の出席等)   | 317   | 書類   | グループホームの役割等について地域の人たちへの説明と協力依頼を行い、良好な関係性を築いている                             |
| ○生活の拡充を支える近隣住民等への働きかけ 近隣住民、家族、ボランティア等が、入居者の生活の拡がりや充実を図ることを支援してくれるよう、働きかけを行っている。(日常的な活動の支援、遠出、行事等の支援) | 321   | 書類   | お年寄りの生活を広げ、楽しみごとを可能とするために職員のみではなく多様な人との関わりがある                              |
|  | 322   | 書類   | 認知症の人への配慮をふまえた関わり方ができる人の輪が広がっていくように、機会をとらえて説明したり、簡単な話しあいや学習会等を開いている        |
| ○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。(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)       | 325   | 書類   | 地域の研修や啓発の場に職員等が積極的に出て、ホームの成果を地域の認知症の人のケアサービスの推進に還元していく取り組みを行っている           |

(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、管理者及び非常勤職員を含む。

| No. | 判断基準   | メモ欄 | ○×欄 |
|-----|--|-----|-----|
| 294 | 重要事項説明書等で記録の開示について明示されている                                    |     |     |
| 298 | 重要事項説明書等に明示されている   |     |     |
| 299 | 相談や苦情を前向きに活かすことを伝えていることが掲示物や広報誌から分かる                         |     |     |
| 301 | 働きかけをしていることが記録等から読み取れる                                       |     |     |
| 303 | 重要事項説明書等に具体的に明示されている   |     |     |
| 304 | アンケート等により意見を出してもらっていることが記録等からわかる                             |     |     |
| 305 | 苦情に対し、どのように納得できる対応をしたか記録等から確認できる                             |     |     |
| 306 | 苦情への対策を、さらに活用できているか記録から確認できる                                 |     |     |
| 307 | 家族等が来訪したときに、声をかけていることが記録等から確認できる                             |     |     |
| 308 | ノート又はそれに類似した工夫を行っていることが確認できる                                 |     |     |
| 309 | 定期的到手紙や写真で伝えていることが、送付控等からわかる                                 |     |     |
| 310 | 取り組みについて手紙や広報誌で確認できる   |     |     |
| 311 | 記録等から情報交換を行っていることがわかる  |     |     |
| 312 | どのような機会づくりを行っているか、記録等から確認できる                                 |     |     |
| 313 | 金銭管理の取り決めの内容について文書で確認できる                                     |     |     |
| 314 | 金銭管理の取り決めの内容について書類が整備され、金銭の使途や報告をホームから定期的に行っていることが記録等から確認できる |     |     |
| 316 | 運営推進会議に、行政や地域包括支援センターの担当者が参加していることが会議録等からわかる                 |     |     |
| 317 | 地域への説明等を行っていることが記録等から確認できる                                   |     |     |
| 321 | 多様な人との関わりが確認できる写真や記録等がある                                     |     |     |
| 322 | 実際に開いた学習会等の活動について記録等から確認できる                                  |     |     |
| 325 | 実際に地域に出てどのような啓発活動をしたか記録等から確認できる                              |     |     |

認知症グループホームの相互評価アンケート票  
【書類】 112項目

| 項 目  | N o . | 調査方法 | ポイント  |
|--|-------|------|---|
| ○人材育成への貢献  他のホーム等から実習生の受入れの要請がある場合には、入居者及び家族の意向や状況、受入れ人数等を勘案して対応している。(受入れ方針の明示、入居者・家族への事前説明、担当者を選任、効果を上げるための工夫等) | 326   | 書類   | 良質なホームを増やしていくために、実習生の研修を積極的に受け入れている               |
|  | 327   | 書類   | 入居者の個人情報等、プライバシーの保護の観点から本人と家族へ説明をした上で、受け入れがなされている |
|  | 328   | 書類   | 実習をとおして、気づきや具体的実践が生まれるよう、実習生との話しあいや支援のあり方を検討している  |
| ○防災対策の徹底 ホームの入居者は、自分で災害に対応する力が弱く、過去の悲惨な火災事例等からも、多くの協力者も必要なのが明らかである。そのための日頃からの準備は十分にされている。                        | 332   | 書類   | 年に2回以上、避難訓練が実施されている                               |
|  | 333   | 書類   | 避難訓練には職員だけでなく、近隣住民や家族等が参加している                     |

- (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、管理者及び非常勤職員を含む。

| No. | 判断基準  | メモ欄 | ○×欄 |
|-----|---|-----|-----|
| 326 | 実習生を積極的に受け入れていることが記録等から確認できる                          |     |     |
| 327 | 契約等の際に、プライバシーに配慮しつつも、実習受入等を行う意義について家族に同意を得ていることが確認できる |     |     |
| 328 | 実習記録等から、支援のあり方を検討していることが確認できる                         |     |     |
| 332 | 実施記録等から避難訓練が実施されていることが確認できる                           |     |     |
| 333 | 実施記録等から、職員以外の協力者の訓練への参加が確認できる                         |     |     |

一般社団法人 北海道認知症グループホーム協会

相互評価（333項目）アンケート

---

発行日 2019年4月5日

発行 一般社団法人 北海道認知症グループホーム協会  
〒060-0001 札幌市中央区北1条西7丁目1番地  
広井ビル 3階

TEL 011-208-3320 FAX 011-204-7312