

1 評価報告概要票

全体を通して(特に良いと思われる点)	
<p>県道から少し入った利便性の高い場所に開設されたホームである。道路を隔てて民家やアパートなどが建ち並び、買い物などにも直ぐ出掛けられる。民家として違和感を感じられないところが素晴らしい。又管理者と職員の信頼関係が強く、共に認知症ケアに情熱を持って取り組んでいる。管理者は職員の希望や意見を出来るだけ取り入れ、ミラーの設置や食器の選択などその意見を活かしている。入居者と、職員と馴染みの関係が充分保たれ、入居者の表情や笑顔にその信頼の強さが伺える。ホームに対して苦情がある時の対応としてホームの苦情窓口を明示すると共に行政やその他の窓口についても明示しており、直接ホームに言えない場合についても配慮できている。</p>	
特記事項(特に改善を要すると思われる点)	
I	<p>経営者・管理者の運営方針・理念は明確であるが、職員に充分伝えきれていない。職員の認知症ケアの思いを引き出し、共に理念の構築に取り組まれることを希望する。</p>
運営理念	
II	<p>室内での空間づくりは、1年間という短期間でよく工夫されていて素晴らしい。あえて望むなら、街中の便利な立地条件故の、交通等の危険性がある。また、マンションが近接し建設工事中であるなど、外出の際の注意が必要である。その中でも、生活のメリハリをつけるため、是非外出の機会を確保することが求められる。ご近所のボランティア等の力をお借りして回数を確保することが望まれる。</p>
生活空間づくり	
III	<p>他のホームが得た過去の経験を充分活用できるように、あらゆる機会を捉え、情報を収集することが望まれる。また、緊急時の対応は知っていても、いざという時、慌ててしまいなかなか出来ないので、繰り返し研修の機会をもつことを望む。</p>
ケアサービス	
IV	<p>今後は成年後見人制度を活用する入居者が増えてくると考えられる。職員や管理者の共通理解を図るために勉強会を実施することが望まれる。</p>
運営体制	

分野・領域	項目数	「できている」項目数
I 運営理念		
① 運営理念	4項目	1
II 生活空間づくり		
② 家庭的な生活環境づくり	4項目	4
③ 心身の状態に合わせた生活空間づくり	6項目	6
III ケアサービス		
④ ケアマネジメント	7項目	7
⑤ 介護の基本の実行	8項目	7
⑥ 日常生活行為の支援	10項目	9
⑦ 生活支援	2項目	2
⑧ 医療・健康支援	9項目	8
⑨ 地域生活	1項目	1
⑩ 家族との交流支援	1項目	1
IV 運営体制		
⑪ 内部の運営体制	11項目	10
⑫ 情報・相談・苦情	2項目	2
⑬ ホームと家族との交流	3項目	3
⑭ ホームと地域との交流	4項目	0

2 評価報告書

項目番号		項目	できて いる	要 改善	評価 不能	評価理由 (優れている点や改善すべき点等、評価の根拠)
外部	自己					
		I 運営理念 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、認知症高齢者グループホーム(以下「グループホーム」という。)に関わる法令の意義を理解しており、これを自らが所属するグループホーム(以下「ホーム」という。)の運営上の方針や目標等に具体化し、介護従業者に日常的に話している。		○		管理者はグループホームの意義を理解しており、職員に運営上の方針や目標について話す努力は見られるが、職員との話し合いでは充分ではない。
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、利用者及びその家族や代理人等(以下「家族等」という。)に分かりやすく説明している。		○		ホームの玄関に分かりやすく明示されており、入居時家族や利用者にも説明できている。
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、利用者及びその家族等に説明し同意を得ている。		○		利用契約書・重要事項説明書で、入居契約時入居者・家族に説明できているが、明示はされてない。
		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)		○		ホームページの開設など啓発に取り組んでいるが、地域に対する啓発がまだ開設1年ということもあり充分でないと考えます。
①運営理念 4項目中 計			1	3	0	
		II 生活空間づくり 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、利用者や家族が入りやすく、近隣の住民も訪ねやすいよう、玄関まわりや建物の周囲に、家庭的な雰囲気づくりの配慮をしている。(玄関まわりに草花を植える、親しみやすい表札をかける等)		○		玄関の入り口には植木や花が植えられ親しみやすく、家庭的で入りやすい雰囲気である。
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。		○		食器棚や居間のインテリアも家庭的である。廊下にさりげなくあちこちに掛けられた額が品善く家庭の雰囲気を醸し出している。
7	8	○共用空間における居場所の確保 共用空間の中に、利用者が一人になったり気のあった利用者同士で自由に過ごせるような居場所を確保している。		○		リビング・ダイニングがゆったりしており、ソファやダイニングの椅子など十分に自由に過ごせる居場所を確保できる。

項目番号		項目	できて いる	要 改善	評価 不能	評価理由 (優れている点や改善すべき点等、評価の根拠)
外部	自己					
8	9	○利用者一人ひとりにあわせた居室の環境づくり 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。	○			使い慣れた家具の持ち込みを自由にしており、居室には位牌がまつられ、シキミやお供えがあがっており、居室で自由にお茶を楽しむことが出来るなど、入居者の個性に合わせ安心して過ごせる空間となっている。
②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 利用者の身体機能の低下にあわせて、安全かつできるだけ自立した生活を送れるようにするための設備や工夫がある。(すべり止めや要所への手すり等の設置、浴槽・便座・流し台等の使い勝手の工夫、物干し等の高さの調節等)	○			トイレ・浴室・廊下に手すりが設置されている。又玄関や脱衣室には椅子が構えられており、安全に靴や衣服の着脱が出来るように配慮されている。玄関や裏庭への出入り口もスロープになっていて安全の配慮も成されている。物干しの高さも適切である。
10	13	○場所間違い等の防止策 職員は、利用者一人ひとりがホーム内の場所が分かるかを把握しており、家庭的な雰囲気をこわさずに、場所の間違いや分からないことでの混乱を防ぐための工夫をこらしている。(トイレや部屋の目印等)	○			居室には入居者の名前と目印の飾りが違和感なく掛けてあり、トイレ・洗面所も標識と文字で分かり易く表示されている。又このホームの特色として、キッチンにミラーを設置し入居者に知られないように観察できる工夫がされている。
11	14	○音の大きさや光の強さに対する配慮 利用者が落ち着いて暮らせるように、音の大きさや光の強さに配慮している。(テレビ、職員の会話のトーン、照明の強度、まぶしさ、日射し等)	○			職員の声のトーンは適切で、食事中に掛けているテレビや音楽の音量も適切である。
12	15	○換気・空調の配慮 気になる臭いや空気よどみがないように、換気を適宜行っている。また、冷暖房の温度調節は、冷やし過ぎや暖め過ぎがないように適切に行っている。	○			気になる臭気は居室や居間にも無く、換気が適切に行われている。
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。	○			見やすく、馴染みの時計やカレンダーが目につくところに掛けられており、時の見当識への配慮が出来ている。
14	18	○活動意欲を触発する物品の用意 利用者の活動意欲を触発する馴染みの物品を用意し、本人の経験や状況に応じて提供している。(ほうき、たらい、裁縫道具、大工道具、園芸用品、趣味の品等)	○			折り紙や新聞の広告など趣味を活かせる道具が居間に置かれており、オセロゲームの用具も有り、日常的に活用されていると判断した。
③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 外部 自己	項目	できて いる	要 改善	評価 不能	評価理由 (優れている点や改善すべき点等、評価の根拠)
	Ⅲ ケアサービス 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、利用者主体の目標を立て、利用者一人ひとりの特徴を踏まえた具体的な介護計画を作成している。	○			入居前の家族及び利用者からのアセスメントに基づき、ケアプランが作成されている。又、入居者の身体状況により随時見直されている。
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。	○			職員が入居者2～3名の受け持ち制としている。日頃の入居者の課題については、毎月のチーム会議で職員全員で協議している。受け持ち入居者のケアプランを職員が作成し、管理者が確認する方式を採っており、職員間での共有が出来ている。
17	22 ○介護計画への利用者・家族等の意見の反映 介護計画を、利用者や家族等とも相談しながら作成している。	○			毎月ケアプランを家族に送付し、希望を聴きながらプランニング出来ている。家族の確認印から家族との連絡が密に出来ていると判断した。管理者はまだ充分でないと謙虚な考え方を持っておられるが、今後さらに深めていただきたい。
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の見直しを行っている。	○			介護保険に基づき見直しが行われているが、さらに入居者の身体状況に合わせ、随時見直しが出来ている。
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、利用者一人ひとりの特徴や変化を具体的に記録している。	○			個別記録を拝見し、個別の状態を具体的に記載できている。又職員もチェックしやすい記載方法であった
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し、重要な点はすべての職員に伝わる仕組みを作っている。	○			日誌・個別経過総合記録・個人バイタルチェック表・排泄記録や申し送りノートなどで確実な申し送りが出来ている。
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。	○			毎月1回勤務時間内に2～3時間掛けて実施している。このとき意外でも職員の要望は開かれやすく、管理者と職員の信頼関係が構築されており、職員のやる気がさらにチームワークを良くしている。
④ケアマネジメント 7項目中 計		7	0	0	

項目番号	項目	できて いる	要 改善	評価 不能	評価理由 (優れている点や改善すべき点等、評価の根拠)
	2. ホーム内でのくらしの支援(1)介護の基本の実行				
22	27 ○利用者一人ひとりの尊重 職員は、常に利用者一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねるような言葉かけや対応を行っていない。(利用者一人ひとりの違いの尊重、さりげない介助、プライベートな場所での礼儀、本人の返答能力に応じた質問方法、本人が思っている「現実」を否定しない等)	○			排泄の援助の場面で、排泄に30分程度の時間を要する入居者に対し、励ましながら援助されていた。
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、やさしい雰囲気と接している。	○			職員の声掛けや態度は穏やかでゆったりしており、入居者との信頼関係が密にできていると感じました。馴染みの関係になると、気付かないまま、言葉や態度が馴れ馴れしくなりすぎるようになるので、今の入居者に対する態度を維持して欲しい。
24	30 ○利用者一人ひとりの過去の経験を活かしたケア 利用者一人ひとりの生まれてからこれまでの生活歴、本人にとって大切な経験や出来事を知り、その人らしい暮らしや尊厳を支えるためにそれを活かしている。		○		入居前、家族訪問時に入居者の情報を収集し、活かそうと努力されている様子は何えるが、充分でない。
25	32 ○利用者のペースの尊重 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、利用者が自由に自分のペースを保ちながら暮らせるように支えている。	○			食事の場面を拝見したが1人ひとりのペースや相性に合わせテーブルを3つのグループに分け、それぞれのグループに職員が同席し入居者のペースに合わせて援助されていた。
26	33 ○利用者の自己決定や希望の表出への支援 職員は、利用者一人ひとりが自分で決めたり希望を表したりすることを大切に、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)	○			調査訪問時入居者の希望に合わせた外出も見られた。
27	35 ○一人でできることへの配慮 自立支援を図るために、利用者の「できること、できそうなこと」については、手や口を極力出さずに見守ったり一緒に行うようにしている。(場面づくり、環境づくり等)	○			配膳や下膳・洗濯ものをたたむなど入居者に出来ることを手伝っていただいている。調理も出来る方には手伝ってもらっていたが、入居者の中に「入居者の調理したものは食べたくない」と言われる方がいたため、現在は調理には携わっていない。
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。	○			職員が拘束のないケアを正しく認識して、拘束のないケアを実施している。
29	38 ○鍵をかけない工夫 利用者の自由な暮らしを支え、利用者や家族等に心理的圧迫をもたらさないよう、日中は玄関に鍵をかけなくてもすむような配慮をしている。やむを得ず鍵をかける場合は、その根拠が明白で、その理由を家族等に説明している。(外出の察知、外出傾向の把握、近所の理解・協力の促進等)	○			トイレや居室に両開きの鍵が設置されている。プライバシーを配慮しながら、安全を確保する上で善いと考えます。
⑤介護の基本の実行 8項目中 計		7	1	0	

項目番号 外部 自己	項目	でき ている	要 改善	評価 不能	評価理由 (優れている点や改善すべき点等、評価の根拠)
	(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、利用者一人ひとりが使い慣れたものになっている。	○			自宅からの持参した物ではないが、職員や入居者で話し合っ て買い求めた食器である。入居者の身体状況に合わせた陶器 が重くて不適切な方にはプラスチックの軽いコップを使うなどの 配慮も見られた。
31	44 ○利用者一人ひとりにあわせた調理方法・盛り付けの工夫 利用者一人ひとりの咀嚼・嚥下等の身体機能や便秘・下痢等の健康状態にあわせた調理方法としつつ、おいしそうな盛り付けの工夫 をしている。	○			入居者一人一人の身体状況に合わせた盛りつけや食べやすく 刻むなどの配慮が出来ている。おかずは煮物・汁物・酢の物等 バランス善く献立されており、各ユニットでメニューも違ってい た。
32	45 ○個別の栄養摂取状況の把握 利用者一人ひとりの摂取カロリーや水分摂取量、栄養バランスを、一日全体を通じておおよそ把握している。	○			入居者の食事摂取量は日々把握し、個人情報に記載してい る。毎月の体重測定なども参考にしている。
33	47 ○食事を楽しむことのできる支援 職員も利用者と同じ食事を一緒に楽しんで食べながら、食べ方の混乱や食べこぼし等に対するサポートをさりげなく行っている。	○			入居者と職員と一緒に食卓を囲み、さりげなくサポートをしなが ら楽しく食事が出来ている。
	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、利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援 を行っている。	○			排泄に30分くらい時間のかかる方に対しても、ゆっくり励ましな がら援助できていた。又職員同士も担当職員を励ますなど、 チームとして取り組んでいることが伺えた。
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。	○			夜間の排泄はプライバシーを守りながら、ミラーでトイレの出入り を確認し、援助の必要な方については即対応できる配慮が 出来ている。
	3) 入浴				
36	53 ○利用者一人ひとりの希望にあわせた入浴支援 利用者一人ひとりの希望にあわせ、くつろいだ入浴ができるように支援している。(時間帯、長さ、回数等)		○		週2～3回昼間入浴、汚れたときは随時シャワー浴を行ってい る。
	4) 整容				
37	56 ○理美容院の利用支援 利用者一人ひとりの希望にあわせて、理美容院の利用を支援している。(カット、パーマ、染め、セット等)	○			希望者は従来の美容室に出掛けており、その他の方はホーム に出張していただき実施している。

項目番号		項目	できて いる	要 改善	評価 不能	評価理由 (優れている点や改善すべき点等、評価の根拠)
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ざり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)	○			入居者全員、整容の乱れは見られない。食事甲口の周囲に食べ物が付いた場合、さりげなくティッシュを手渡していた。居間のテーブルの上やソファのテーブルの下などあちこちにティッシュが置かれ、入居者自身いつでも使えるよう配慮できている。
		5) 睡眠・休息				
39	60	○安眠の支援 利用者一人ひとりの睡眠のパターンを把握し、夜眠れない利用者には、1日の生活リズムづくりを通した安眠策を取っている。	○			現在は不眠で眠れない方は居ない。不眠の方がいたときは添い寝をしたり、話を聞くなどの対応をしていた。
⑥日常生活行為の支援 10項目中 計			9	1	0	
		(3)生活支援				
40	64	○金銭管理の支援 利用者が自分でお金を持つことの大切さを職員が分かっており、日常の金銭管理を本人が行えるよう、利用者一人ひとりの希望や力量に応じて支援している。	○			入居者自身にお金を持っていただき、支払う楽しみをもっている。家族からお金を預かり、入居者にお金を渡した場合は金銭出納帳に記載し、入居者にも見せて確認していただいている。領収書も添付している。
		(4)ホーム内生活拡充支援				
41	66	○ホーム内の役割・楽しみごとの支援 ホーム内で利用者一人ひとりが楽しみごとや出番を見い出せるよう、場面づくり等の支援を行っている。(テレビ番組、週刊誌、園芸、食器洗い、掃除、洗濯物たたみ、小動物の世話、新聞取り等)	○			下膳や洗濯物を畳むことなどは日常的にされている。テレビを見る方やオセロゲームを楽しんだり、折り紙などもされている。
⑦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)	○			経営者が医師であり、関連病院との連携も密で気軽に相談できる体制が出来ている。
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。	○			関連に両機関と話し合いが出来ている。
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。	○			2週に1回往診又は受診しており、必要に応じ検査を実施されている。

項目番号 外部 自己	項目	できて いる	要 改善	評価 不能	評価理由 (優れている点や改善すべき点等、評価の根拠)
	(6)心身の機能回復に向けた支援				
45	76 ○身体機能の維持 認知症の人の身体面の機能低下の特徴(筋力低下、平衡感覚の悪化、嚥下機能の低下等)を理解し、買い物や散歩、調理、楽しみごと等の日常生活の中で自然に維持・向上するように取り組んでいる。	○			買い物や園芸・食事の片づけなど日常生活の中に身体機能維持を図れるようにしており、さらに家族の希望を入れ一日に何回か室内散歩のメニューを取り入れている入居者もいる。
	(7)利用者同士の交流支援				
46	78 ○トラブルへの対応 職員は、利用者同士のけんかやトラブルの原因を把握し、必要な場合にはその解消に努め、当事者や他の利用者に不安や支障を生じさせないようにしている。	○			ホーム内で大きなトラブルはない。夜間大声を出す方がおられたが、部屋の交替などで対応し、落ち着いている。入居者同士のトラブルについてはテーブルに座る位置を配慮したり、職員が話題を変えるなどの工夫をしている。
	(8)健康管理				
47	80 ○口腔内の清潔保持 利用者の力を引き出しながら、口の中の汚れや臭いが生じないよう、口腔の清潔を日常的に支援している。(歯磨き・入れ歯の手入れ・うがい等の支援、出血や炎症のチェック等)	○			食後入居者自ら洗面所で歯磨きをされていた。車椅子の方は職員が洗面所へ誘導し、職員が入れ歯を磨いている間に入居者が口をすすぐなど自然な援助が出来る。
48	83 ○服薬の支援 職員は、利用者が使用する薬の目的や副作用、用法や用量を承知しており、利用者一人ひとりが医師の指示どおりに服薬できるよう支援し、症状の変化を確認している。	○			個別管理ケースに保管され、その日の担当者が朝昼夕寝前のケースに個人別に管理し、服薬時個人に手渡している。薬変更時は申し送り時報告。当日休みの職員はノートを確認してサインをして確実な周知が出来る体制を取っている。
49	85 ○緊急時の手当 利用者のけが等の緊急時に、職員は応急手当を行うことができる。(けが、骨折、発作、のど詰まり等)		○		訪問介護員養成研修やビデオ学習で学んでいるが充分とは言えない。しかし、緊急時連絡網を事務所以外の見やすいところに掲示していて、日頃から緊急時の対応についての意識付けには効果的な取り組みが伺える。
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)	○			以前疥癬に感染した入居者が居て対応した。種々の感染症の対応についてのマニュアルを作成、ホームで出来ることについて職員と協議、それについてもマニュアルに記載している。
⑧医療・健康支援 9項目中 計		8	1	0	
	3. 利用者の地域での生活の支援				
51	90 ○ホームに閉じこもらない生活の支援 利用者が、ホームの中だけで過ごさずに、積極的に近所に出かけて楽しめるような雰囲気を作っている。(買い物、散歩、近隣訪問、集会参加等)	○			出納帳の記載からいろいろなマーケットに買い物に行かれている様子が伺える。ホームの裏庭にはサツマイモやピーマン・ネギなど植えられ日頃畑作りも楽しんでいることが伺えた。
⑨地域生活 1項目中 計		1	0	0	

項目番号 外部 自己	項目	できて いる	要 改善	評価 不能	評価理由 (優れている点や改善すべき点等、評価の根拠)
	4. 利用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)	○			訪問しやすい雰囲気であり、毎日訪問して、入居者と一緒に過ごしている方もいる。居室に個人のコーヒーやお茶・お菓子・果物等も置いてあり、訪問時一緒に食している様子が伺えた。
⑩家族との交流支援 1項目中 計		1	0	0	
	IV 運営体制 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。	○			経営者と管理者のケアについての考え方は共通理解しており、共に認知症ケアの質の向上に努めている。
54	97 ○職員の意見の反映 介護従業者の採用、運営方法、利用者の受入れや入居継続の可否については、職員の意見を聞いている。	○			入居者の受け入れ時に相談があり、職員の意見も採り上げている。
55	101 ○成年後見制度等の活用推進 利用(予定)者やその家族による、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の活用を推進している(制度概要等の説明、申立手続に関する専門機関や相談窓口の紹介等)。また、専門機関等は認知症高齢者の特性やグループホームをよく知っており、利用者や家族等並びにホームを支えていく協力体制が確保されている。		○		つい最近成年後見制度を活用することになった入居者がいるが、そのことについて、 まだ 職員と充分話し合いが出来ていない。
	2. 職員の確保・育成				
56	102 ○利用者の状態に応じた職員の確保 利用者の状態や生活の流れを支援するために、これに即した職員の勤務ローテーションを組んでいる。	○			現在のところ、管理者・職員の協力で入居者のケアに支障は 無い が、入居者のADLの低下が進むと対応でなくなると考える。
57	104 ○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。	○			研修参加については理解があり、研修内容により研修費も職場負担で参加させている。グループホーム協議会主催の研修にも積極的に参加しており、研修報告書もきちんと記載できている。さらに在宅酸素使用中の入居者もいるので、在宅酸素についても学びたい希望を持っている。
58	106 ○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)	○			スーパーバイザーを置いていたが、その人が法人代表に告げ口をしたと職員が不信感を持ち現在スーパーバイザーはいない。職員各自が工夫して趣味や話し合いで解決できている。

項目番号 外部 自己	項目	できて いる	要 改善	評価 不能	評価理由 (優れている点や改善すべき点等、評価の根拠)
	3. 入居時及び退居時の対応方針				職員
59	108 ○利用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、利用者・家族の希望等)	○			入居対象者の検討は経営者・管理者で相談し、さらに職員にも確認して検討している。試験入居は行っていない。
60	110 ○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、利用者や家族等に十分な説明を行った上で、納得のいく退居先に移れるように支援している。退居事例がない場合は、その体制がある。	○			開設して1年目のホームであるので、退居者は身体状況により入院退居された方のみである。退居にあつては充分話し合つて実施している。
	4. 衛生・安全管理				
61	113 ○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)	○			ホーム内は清潔で、食品や台所用品も清潔が保たれている。
62	115 ○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。	○			薬は個別に薬箱に入れ事務室に保管、包丁は使用後入居者の目に触れない所に保管。洗剤なども入居者の手の届かない棚に保管するなどホーム内で管理方法などを明確に取り決め保管できている。
63	117 ○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、今後に活かす意義づけ等)	○			転倒事故が2件あったが、事故報告書に事故の原因、そのときの状態、今後の注意すべき点など記載、チーム会議で話し合い今後のケアに活かせるようにしている。
㊴内部の運営体制 11項目中 計		10	1	0	
	5. 情報の開示・提供				
64	119 ○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。	○			調査訪問に対し、情報を管理者・職員共々提供していただいた。訪室可能な入居者の部屋で入居者と個別な話しをする機会も提供していただいた。
	6. 相談・苦情への対応				
65	120 ○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、利用者及び家族等にその利用の仕方を文書と口頭で繰り返し伝えている。	○			重要事項説明書に苦情受付について明確に記載され、入居時口頭で説明できている。このホームの素晴らしいところはホームにおける苦情受付のみならず行政機関やその他の苦情受付機関まで明記しているところである。
㊵情報・相談・苦情 2項目中 計		2	0	0	

項目番号		項目	できている	要改善	評価不能	評価理由 (優れている点や改善すべき点等、評価の根拠)
外部	自己					
7. ホームと家族との交流						
66	123	○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。	○			定期的にケアプランや日常生活の様子を伝え、ケアプランの意見を求めている。又訪問家族には直接情報を提供し家族の意見を採り入れている。家族からは寝たきりにさせないために一日に「何回歩かせて欲しい」「ホームで入居者と一緒に過ごさせて欲しい」など希望を取り入れている。
67	124	○家族への日常の様子に関する情報提供 家族に、利用者の暮らしぶりや日常の様子を定期的、具体的に伝えている。(「たより」の発行や行事ビデオの上映、写真の送付等)	○			定期的なたよりの発送はしていないが、面会時に伝えたり、遠方の家族にはケアプラン送付時に伝えている。又インターネットの開設しており、入居者の孫に当たる方からの喜びの反応を得ている。
68	127	○利用者の金銭管理 利用者が金銭の管理ができない場合には、その代替方法を家族等と相談の上定めており、利用者側に定期的にその出納を明らかにしている。	○			出納帳に明確に記載されており、毎月領収書のコピーと共に家族に報告している。
⑬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						
69	128	○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。		○		まだ開設1年目でもあり、市町村との関わりは充分でない。
70	131	○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。		○		回覧板が回ってきたり、秋祭りにホーム内へ御輿を入れてもらったり、神社に参拝などしているが、現在日常的に近隣の方の訪問までに到っていない。
71	133	○周辺施設等の理解・協力への働きかけ 利用者の生活の安定や拡がりのために、周辺地域の諸施設から協力を得ることができるよう、理解を拡げる働きかけを行っている。(商店、福祉施設、警察、消防、文化教育施設等)		○		まだ開設1年でもあり、周辺施設などへの理解・協力への働きかけは充分とはいえない。
72	134	○ホーム機能の地域への還元 ホームの機能を、利用者のケアに配慮しつつ地域に開放している。(認知症の理解や関わり方についての相談対応・教室の開催、家族・ボランティア等の見学・研修の受入れ等)		○		ホームの見学やポリテクセンターからの実習生の受け入れは出来ているが、教室の開催までは出来ていない。
⑭ホームと地域との交流 4項目中 計			0	4	0	

ホームID 38001

評価件数	
自己	2
外部	1
家族	14

評価項目数	領域I	領域II	領域III	領域IV	計
自己(全項目)	5	13	77	40	135
自己(外部共通項目)	4	10	38	20	72
外部	4	10	38	20	72
家族	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	13
達成率	領域I	領域II	領域III	領域IV	計
自己(全項目)	30.0%	92.3%	85.7%	67.5%	78.9%
自己(外部共通項目)	37.5%	90.0%	81.6%	70.0%	77.1%
外部	25.0%	100.0%	92.1%	75.0%	84.7%
家族	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	78.0%

★ グラフの解説:
 (1) 評価件数について
 * 自己 … 自己評価はユニット毎に行います。自己評価を実施したユニット数を表しています。グラフに使用する達成率(「できている」と回答した率)は、複数ユニットの場合では平均値を採用しています。
 * 外部 … 外部評価はユニット全てを調査しますが、評価結果は、一事業所として行うので「1」となっています。
 * 家族 … 家族アンケートは利用者ご家族全員にお願いしています。記載されている数字は、返送頂いたアンケートの有効回答数を表しています。
 (2) 評価項目数について
 評価項目の領域は、I 運営理念・II 生活空間づくり・III ケアサービス・IV 運営体制で構成されています。
 自己(全項目)の領域Iでは5項目あり、全項目の合計は134項目となります。同様に、自己(外部共通項目)は、外部評価項目と同じ項目なので、4項目で、合計は71項目となります。家族アンケートは、特に領域に分けていないので、NAと表示されています。合計は13項目です。
★ グラフの見方:
 * レーダーチャート … 自己評価のうち、外部評価の共通項目(71項目)を抽出し、外部評価との達成率を比較しています。
 * 棒グラフ … 自己評価(134項目)、外部評価(71項目)、家族アンケート(13項目)におけるそれぞれの達成率(「できている」率)を比較しています。

