

1 評価報告概要表

全体を通して(特に良いと思われる点)	
<p>自然の多い住宅地の5階建てのビルの2階にホームがある。1階はデイサービス、3階より上は高齢者賃貸住宅となっている。ホームにはゆったりとしたスペースがあり、家具類も含めて落ち着いている。開設して8か月が経過し、利用者も職員も落ち着いたやさしい生活を続けている。利用者は表情も明るく、会話も多く、身だしなみが良い。ホームの生活は利用者のできることで得意なことを大切にしており、雑誌・新聞も取っている。上階のマンションの方・民生委員の方・地域の人々の訪問があり、散歩・買い物・お出かけ等繋がりを持っている。食事は昼(週1回だけ除く)と夕は外注しているが、簡単な追加や盛り付けも行っている。調理に余り時間を要しないため、他の介護に時間をかけている。医療機関との連携はよく取れており、協力医師より週1回の往診も受けて安心につながっている。</p>	
分野	特記事項(特に改善を要すると思われる点)
I 運営理念	ホームの方針に沿った具体的で評価し易い目標を職員で立て、日々の生活に活かしていくことを期待する。また、雰囲気や損ねない形で、利用者や家族、職員が見やすいところに明示することを期待する。また、地域の方々との交流を通して理解していただく機会の計画を希望する。
II 生活空間づくり	要改善点は特にない。強いて言えば、ホームの玄関は二階にあるが、廊下や階段の手すり柵の間が広く、混乱時、間をすり抜けてしまう等危険であるため、対策を立てることを希望する。
III ケアサービス	感染症マニュアルを作成しているが、具体的に時々の見直しが期待される。また、来訪者からの感染予防、利用者間の使用タオル類、施設内の整理整頓や掃除等を始めとして、季節による感染症、施設の特異性、職員の対応等、感染に関する日常業務の検討やチェックが望まれる。
IV 運営体制	施設内の衛生管理や薬品管理等を利用者の視点で検討することが望まれる。職員研修の必要性は十分認識しているが、実施出来ていない。計画性のある継続した研修の実施を期待する。また、事故報告書はヒヤリハットも活用し、事故防止策につなげることを期待する。なお、市との関わりや周辺施設への働きかけは、機会を利用し、少しずつ進んでいるが、今後の成果に期待する。
V その他	具体的な連絡・通報・消火・避難について検討し、訓練を積み重ねてゆくことを期待する。

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	8
⑥ 日常生活行為の支援	10項目	10
⑦ 生活支援	2項目	2
⑧ 医療・健康支援	9項目	8
⑨ 地域生活	1項目	1
⑩ 家族との交流支援	1項目	1
IV 運営体制		
⑪ 内部の運営体制	11項目	6
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	2
V その他		
⑮ 火災・地震等の災害への対応	1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)	改善方策等
外部						
自己						
	I 運営理念 1. 運営理念の明確化					
1	1		○		理念に基づいた方針を掲げているが、職員間で検討し、より具体的な目標となることを期待する。	職員間で方針に沿った具体的で評価しやすい目標を検討し、日々の生活に活かしていくことが望まれる。
2	3		○		運営理念は利用案内時、文書と共に説明し、ホーム内に明示しているが、より具体的に利用者や家族へ説明することが望まれる。	雰囲気損ねない形でホーム内の見やすいところに明示し、利用者や家族等に分かりやすく伝えることを期待する。
3	4	○			利用案内時の説明文書や契約書に示して説明し、同意を得ている。	
	2. 運営理念の啓発					
4	5		○		関連施設の広報誌にホームの紹介等しているが、ホーム独自の記事は定期的でない。また、地域の集まりに場所を提供しているが、積極的にホームの理念や役割を紹介する説明会等は行っていない。	行事を通して地域の方との交流を深めたり、理念や役割を知っていただく機会を計画することを期待する。
	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	○			ホーム玄関は二階にあり、鉢植えの花や人形・表札等で飾られている。また、昼間は入り口のドアを開放している。	廊下や階段の手すりの間が広く、混乱時に間をすり抜ける可能性がある等危険であるため、手すり柵の検討が望まれる。
6	7	○			設備は木目を多く取り入れてあり、調度品も家庭的なものが設置されている。	
7	8	○			椅子・ソファ・コタツ等置かれ、それぞれに自由に過している。	

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)	改善方策等
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。	○			嫁入りダンス・愛用のテレビ・本人のベット・鏡・時計やカレンダー・写真等各自の持ち物が持ち込まれている。	
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)	○			浴室・トイレ・洗面所等要所に手すりが設置してある。浴槽はすべり止めマットを使用している。	
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)	○			大きなトイレ表示があり、居室の入り口は利用者が作成した表札が掛かっている。目印にリボンや飾りを付けている部屋もある。	大きくよくわかる表示であるが、さらに色の工夫も期待する。
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)	○			テレビの音や職員の会話は気にならない。日中は自然の光で過せるよう気をつけている。	
12	15					
	○換気・空調の配慮 気になる臭いや空気のとどみがないように、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。	○			日中は天候や外気温に気をつけながら、できるだけ窓を開けている。冷暖房の調節は、利用者の意見や行動に配慮している。居室にはエアコンがあり、利用者に適した室温に調節している。	
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。	○			居室は各自時計を持ち込んでおり、手作りのカレンダーが貼ってある。リビングには見やすい時計やカレンダーがある。	
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)	○			利用者は掃除道具・園芸用品・裁縫道具・文具等で得意な活動をしている。また、ホームで新聞と雑誌を定期購読している。	
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)	改善方策等
			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。	○			アセスメントに基づいて利用者主体の具体的な介護計画を作成している。	
16		21	○介護計画の職員間での共有 介護計画を、すべての職員の気づきや意見を採り入れて作っており、すべての職員が計画の内容を知ることができる仕組みを作っている。	○			介護計画は職員で意見を出し合い、各担当者が作成している。計画は各利用者のファイルに綴り、全職員が見ることができる。	さらに、カンファレンス等で意見を積極的に活用することを期待する。
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。	○			利用者や家族の思い、意見を積極的に聞き、取り入れるよう努めている。また、計画は家族に示し確認している。	
18		23	○介護計画の見直し 介護計画に実施期間を明示して、その期間が終了する際に見直しを行うことはもとより、状態変化に応じた随時見直しを行っている。	○			介護計画は実施期間を明示し、見直しをしている。また、状態の変化に応じて随時見直しを行っている。	
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。	○			利用者の個別記録は具体的に記録している。	
20		25	○確実な申し送り・情報伝達 職員の申し送りや情報伝達を確実にし、重要な点はすべての職員に伝わる仕組みを作っている。	○			9時と17時に日勤者と夜勤者の申し送りをしている。介護日誌・連絡帳と口頭で申し送り、参加できていない職員は必ず目を通し確認印を押している。	記録の記載は重複しないで目的を果たすことも必要であり、介護日誌等様式類の検討が望まれる。
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。	○			月1回、19時から21時頃まで開催している。全員参加で重要事項の検討や意見交換をしている。	会議は前もって議題を示し、より深く効果的に進めることを期待する。
④ケアマネジメント 7項目中 計				7	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)	改善方策等
			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)	○			職員は利用者の一人ひとりを尊重し、誇りやプライバシーを大切にしている。言葉かけや対応は礼儀正しい。	
23		28	○職員の穏やかな態度 職員の言葉かけや態度はゆったりしており、やさしい雰囲気で見ている。	○			職員の言動は優しく、ゆったりしている。	
24		30	○利用者一人ひとりの過去の経験を活かしたケア 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。	○			職員は利用者の生活歴を大切にして、経験や想いを聞き支援している。	
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。	○			職員の押し付けにならないよう、利用者自身のペースで支援している。	
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)	○			日常生活の中で買い物・食事・入浴・散歩等に関する希望や選択の機会をつくっている。	
27		35	○一人で行えることへの配慮 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)	○			利用者の「できること、できそうなこと」について見極め、手や口を出さず見守りや一緒にするようにしている。	
28		37	○身体拘束のないケアの実践 身体拘束は行わないということをすべての職員が正しく認識しており、身体拘束のないケアを実践している。	○			身体拘束は行っていない。	
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)	○			昼間は施錠していない。出入りは玄関入口に設置しているチャイムで確認している。	
⑤介護の基本の実行 8項目中 計				8	0	0		

項目番号 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)	改善方策等
	(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。	○			茶碗と湯のみは利用者が使用していたものを持ち込んでいる。	
31	44 ○利用者一人ひとりにあわせた調理方法・盛り付けの工夫 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。	○			粥にしたり、刻んだり、一口大に切ったり、主食の量を加減したりと個々の健康状態に合わせて対応している。盛り付けも楽しんで、工夫している。	昼と夕は外注のため、下処理の段階からは個々に合った対応は難しいが、工夫が望まれる。また、旬の野菜等を追加する等の工夫も望まれる。
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。	○			チェック表を作成し、食事量が分かるようにしている。摂取カロリーやおおよその水分量を把握している。	さらに、体重の変化への対応も望まれる。
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。	○			職員は利用者と同じテーブルを囲み、同じものを食べながら、それとなく気配りしている。食事時間の長い方への対応もゆっくり行っている。食事中は童謡のバックグラウンドミュージックが静かに流れている。	
	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。	○			おむつをはずせた方があり、現在は一名がパットを使用している。排泄パターンを把握し、個々に対応している。	
35	50 ○排泄時の不安や羞恥心等への配慮 排泄の誘導・介助や確認、失禁の対応は、不安や羞恥心、プライバシーに配慮して行っている。	○			排泄パターンを把握し、誘導している。失禁時は洗濯室につながっているトイレへ誘導し、プライバシーに配慮した支援ができています。	
	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)	○			利用者の希望に合わせて、入浴している。毎日の方、週1回の方と色々であるが、回数の少ない方は清拭したり、足浴したりと工夫している。	
	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)	○			月一度の出前理美容院を利用している方が多い。馴染みの理美容院を利用する方もいる。	

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)	改善方策等
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、プライドを大切にできさ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)	○			そっと声を掛けて接している。身だしなみはきちんとしており、着替えもその都度している。髪の毛の仕上げや髭剃りもできている。	
	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じた安眠策を取っている。	○			生活のリズムを守り、日中の生活や健康状態に気をつけている。ラジオ体操を日課としたり、希望者はリハビリの部屋で訓練している。続けての不眠の方はいないが、夜間眠れないときは職員と共に過ごしている。	
⑥日常生活行為の支援 10項目中 計		10	0	0		
	(3)生活支援					
40	64					
	○金銭管理の支援 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。	○			小遣いを自分で管理できる2名の利用者以外は、買い物時、職員の支援で本人が支払っている。小遣いは管理者が利用者個々の金銭出納帳で管理している。	
	(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)	○			料理や洗濯・掃除等の家事、園芸や水遣り、趣味や嗜好等に合わせて活躍の場を作り支援している。	
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)	○			協力医療機関との連携は取れている。異常時の相談や指示を受けている。	
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。	○			入院中はできるだけ面会して状態の把握に努め、退院後に備えている。また、医療機関との連携を図っている。	
44	74					
	○定期健康診断の支援 年に最低1回は、健康診断や医師の指導を受けられるように支援している。開設間もないホームは、健康診断を受けられる準備や体制を整えている。	○			週1回は往診を受けることができている。必要に応じて指示や指導を受けている。	

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)	改善方策等
	(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。	○			同じ建物内にリハビリの訓練室があり、楽しみながら自由に参加している。買い物・散歩・日常生活等で身体機能の維持・向上に取り組んでいる。	
	(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。	○			関わりの中で予測できることもあり、職員で原因となるものをできるだけ取り除いている。起こってしまったら速やかに間に入り、お互い距離をとり個々に対応している。	
	(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に、口腔の清潔を日常的に支援している。(歯磨き・入れ歯の手入れ・うがい等の支援、出血や炎症のチェック等)	○			毎食後、歯磨きをして個々に応じた援助をしている。また、必要に応じて歯科受診している。	
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。	○			薬の作用・副作用・用法・用量等周知しており、処方箋の控えて確認し、医師の指示どおり服薬できるよう支援している。	薬の保管場所は利用者の手の届かない、目に触れない所にするよう検討が望まれる。
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)	○			緊急時対応マニュアルを作成し、関連機関と研修している。	さらに、継続した具体的な教育や自己研鑽することが望まれる。
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)		○		感染防止マニュアルは作成しているが、具体的にその時々への追加や見直しが必要であり、その周知・徹底を期待する。	来訪者からの感染予防、利用者使用のタオル類、施設内の整理整頓や掃除等を始めとして、季節、施設の特長性、職員の対応等、感染に関する日常業務の検討やチェックが望まれる。
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)	○			車でのお出かけや、天気の良い日は買い物・散歩・隣の学校訪問等を楽しんでいる。途中で近所の方々とお話もしている。	
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)	改善方策等
	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)	○			家族の訪問時は笑顔で迎え、お茶を出して利用者との時間を大切に、情報交換にも努めている。また、希望があれば宿泊も可能である。	
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。	○			代表と管理者はより良いサービスのために共に協働して取り組んでいる。	
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。	○			職員の意見は職員の採用、運営方法、利用者の受入れや継続について聞いている。	さらに、引き続き意見を聞き、質の向上に努めることを望まれる。
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働体制が確保されている。		○		利用者で制度を利用している方はいない。また、職員は制度についてまだ理解できていない。	制度についての勉強会を計画し、知識を深めることで具体的な利用方法を知り、利用者等を支えていくことが求められる。
	2. 職員の確保・育成					
56	102 ○利用者の状態に応じた職員の確保 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。	○			利用者が活発に活動したり、入浴する午後の時間帯や外出の日等に職員を多く配置している。	
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。		○		開設して8か月を経過し、業務に関する会議や勉強会は行っているが、外部への研修会や講演会へは参加できていない。	質の向上のため、数多い研修会の中から目的に沿った内容を選んで参加することが望まれる。また、研修後の報告方法を検討することを期待する。
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)	○			普段から発言しており、あまり深刻でない。職員同士のおしゃべりや食事会・忘年会や行事を開催している。また、上司による面接も計画している。	開設して日が浅いので、仕事の中で充実感が味わえる場面が少しでも多くあることを期待する。

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)	改善方策等
	3. 入居時及び退居時の対応方針					
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)	○			代表と管理者が入居希望者の家族や本人と面談して書類をはじめ情報を収集し、できるだけ希望に応えるようにしている。	
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。	○			希望に沿い、納得した転居となるよう、利用者や家族と十分話し合っている。	
	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)		○		布巾・包丁・まな板等の消毒や衛生管理は特に取り決めていない。冷蔵庫・食器棚・食品庫の消毒や整理整頓等も取決めて実施することを期待する。	業務の中で、具体的に実施日や時間を決めて管理することを期待する。
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。		○		トイレや脱衣室の洗剤、消毒液等が目に触れ、手が出せる場所に置いてあるため、早急に検討し改善することが求められる。	職員の使い勝手はよくないが、扉の中に保管したり、手の届きにくい場所に移動させることを希望する。
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、今後活かす意義づけ等)		○		事故報告書を書いて改善策を検討しているが、件数は少ない。ヒヤリハットはまだなく検討予定である。	さらに、事故防止のため、ヒヤリハット報告書を作成し、事故につながる事項を検討することが求められる。
⑪内部の運営体制 11項目中 計		6	5	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。	○			書類をはじめ情報を積極的に提供している。	
	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。	○			相談や苦情窓口は職員が契約時に文書と口頭で説明している。また、公の相談窓口も知らせている。	
⑫情報・相談・苦情 2項目中 計		2	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)	改善方策等
	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。	○			意見を言ったり、気軽に相談できるよう面会時声かけをしている。また、面会が少ない時は電話や手紙で連絡をとっている。	
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	○			毎月、請求書を送付する時、近況報告の手紙や行事の写真と同封している。リビングにはお出かけの写真が貼ってある。	
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。	○			小遣いを預かっている利用者の報告は、個々の出納帳の写しを家族に送り確認してもらっている。	さらに、出納帳へ家族の確認印があることが望まれる。
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。		○		市の関係者へホームを理解し、支援してもらえるような働きかけはまだできていない。きっかけ作りのため、近隣のホーム等と家庭介護教室を計画している。	今後、市との関わりを意識的に作り、地域へ理解と協力をしてもらえる事業を実施することを期待する。
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。	○			自治会に入会して、地域の行事に参加している。また、民生委員との関わりを持ち、気軽に立ち寄ってもらっている。地域の方に場所の提供もしている。ビルの上階の高齢者マンションの住民も時々立ち寄っている。	
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)		○		買い物に行く商店、利用する食事どころ、防災訓練に協力していただいた消防署、隣の小学校、散歩で出会う人や犬、利用者とゴミだし等日常的に挨拶をしたり、関わりを大切にしている。	交番に利用者の安否の見守り等お願いすることが望まれる。また、職員が地域の方々と挨拶し顔見知りになることも望まれる。
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)	○			高齢者マンションの方々との交流は日常的にあり、場所の提供でホームの理解がされている。地域の一部の方にはボランティアとして関わってもらうこともある。	
⑭ホームと地域との交流 4項目中 計		2	2	0		
	V その他 1. その他					
73	144 ○火災・地震等の災害への対応 利用者や施設の状況を考慮に入れ、夜間も念頭においた防火対策を講じている。(災害発生時の職員、家族、その他関係機関(母体法人等)との連絡体制の確保、防災応援協定など地域との連携体制の確保、これらの連絡・連携体制を踏まえた災害に対応するための手引書等の作成、避難・誘導等定期的な訓練の実施等)		○		避難訓練は消防署の協力を得て実施したが、具体的な通報・避難方法・避難場所・連携体制等は整理できていない。	早急に具体的な連絡・通報・消火・避難について検討することを期待する。
⑮その他 1項目中 計		0	1	0		

ホームID 38078

評価件数	
自己	1
外部	1
家族	7

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)	60.0%	100.0%	85.7%	77.5%	83.7%
自己(外部共通項目)	50.0%	100.0%	84.2%	85.0%	84.7%
外部	25.0%	100.0%	97.4%	65.0%	84.7%
家族	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	97.8%

★ 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。

