

1. 評価報告概要表

全体を通して(このホームの優れている点、独自に工夫している点など)	
2ユニット18名定員のグループホームとして平成13年9月に開設以来、様々なサービス提供の工夫がなされ、ノウハウが蓄積されたホームである。現在、18名の利用があり、入居者の介護を要する程度も幅広く、一人ひとりに合わせた適切なケアが実践されている。状態の変化に対応したスムーズなケアが期待できる安心感がある。また、同法人が運営する診療所及び通所介護施設が隣接し、連携がよくとられている。特に、医療面においては、診療所からの日常的な協力が得られる体制が確保され、夜間も、法人の看護師による協力が得られる。建物は周りの環境と違和感なくとけこみ、落ち着いた雰囲気となっている。住環境も、入居者が過しやすい工夫や雰囲気づくりがなされ、居心地のよい	
特記事項(優先順位の高い要改善点について)	
運営理念	ホーム内の職員による理念の共有と、地域に対する広報活動は適切になされているが、運営理念の変更に伴う、利用者、家族への説明が不十分となっており、周知及び掲示方法の工夫が求められる。また、入居者の権利・義務について、重要事項説明書及び契約書から具体的な内容が確認できないので、わかりやすく明示されることが求められる。
生活空間づくり	特に改善を要する点は見られなかった。(現状の維持、そしてさらなる充実が期待される。)
ケアサービス	介護計画については、適切なアセスメントがなされ、個別・具体的な計画が作成されているが、一部評価欄の記載のないものが見られる。また、申し送り事項の記録は行われ、確実に伝達される仕組みとしてサイン欄が設けられているが、サインされていないこともある。さらに、前述のとおり、医療面における緊急時の連携体制は確保されているが、職員による対応が求められることから、救急救命法の学習・訓練が年1回以上必要である。
運営体制	ホーム内の衛生管理について、実質上の問題はないが、確実な実施の為に、手順書の作成が求められる。また、同様に、注意を要する物品の保管・管理についても、マニュアルの作成が必要である。 仙台市との関わりについては、ホームの活動内容等が伝えられるように、家族向けに発行している季刊誌を送付する等の働きかけが求められる。

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

2. 評価報告書

項目番号		項目	できている	要改善	評価困難	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
外部	自己	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。				毎月開催される全体会議等で、管理者から理念を踏まえた具体的なケアの方策として伝えられている。	
2	3	運営理念の明示 ホームの運営理念を利用案内時の説明文書及びホームの見やすいところに明示し、かつ、入居者及びその家族等に分かりやすく説明している。				今年度から運営理念が新しく変更されているが、パンフレットの記載が前の内容のままとなっている。また、掲示がわかりにくい。	新しくなった理念を入居者及びその家族に十分に説明すると共に、ホーム内の掲示も入居者から、見え易くする工夫が求められる。
3	4	権利・義務の明示 利用者の権利・義務を利用案内時の説明文書及び契約書に分かりやすく示し、かつ、入居者及びその家族等に説明し同意を得ている。				重要事項説明書及び契約書に記載されている内容から、具体的な権利・義務が不明確である。	重要事項説明書及び契約書に、権利・義務の内容が分かりやすく明示されていることが求められる。
		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）				町内会に加入し、地域行事への参加やホームの行事への招待等が計画されている。	
		運営理念 4項目中 計	2	2	0		
		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、入居者や家族が入りやすく、近隣の住民も訪ねやすいよう、玄関まわりや建物の周囲に、家庭的な雰囲気づくりの配慮をしている。（玄関まわりに草花を植える、親しみやすい表札をかける等）				意図的に看板を設けず、玄関先に草花が植えられている。また、普通家庭のように物干しが設置され、雰囲気作りがなされている。	
6	7	家庭的な共用空間づくり 共用の生活空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、いずれも家庭的な雰囲気を有しており、調度や設備、物品や装飾も家庭的である。				過度な装飾はなく、家庭的で落ち着いた雰囲気となっている。	

項目番号		項目	できている	要改善	評価困難	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
外部	自己						
7	8	共用空間における居場所の確保 共用空間の中に、入居者が一人にな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。				食堂以外の談話スペースやベンチスペースが数か所設けられ、居場所づくりに配慮されている。	
8	9	入居者一人ひとりにあわせた居室の環境づくり 居室には、使い慣れた家具や生活用品、装飾品等が持ち込まれ、安心して過ごせる場所となっている。				入居者個々が使い慣れた家具等を自由に持ち込み、それぞれ個性的な居室となっている。	
家庭的な生活環境づくり 4項目中 計			4	0	0		
2. 心身の状態にあわせた生活空間づくり							
9	11	身体機能の低下を補う配慮 入居者の身体機能の低下にあわせて、安全かつできるだけ自立した生活を送れるようにするための設備や工夫がある。(すべり止めや要所への手すり等の設置、浴槽・便座・流し台等の使い勝手の工夫、物干し等の高さの調節等)				入居者の状態に応じた、入浴補助具等の設置及び用意がなされている。また、談話スペースである和室の段差解消の工夫が行われている。	
10	13	場所間違い等の防止策 職員は、入居者一人ひとりがホーム内の場所が分かるかを把握しており、家庭的な雰囲気をこわさずに、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)				居室については、入り口に造花を飾ったり、それぞれ異なるふくろうの置物を置いたりして工夫されている。また、トイレについても、マークによる表示の他、「トイレ」、「御便所」、「御手洗」等個々の入居者に対応した表示がなされている。	
11	14	音の大きさや光の強さに対する配慮 入居者が落ち着いて暮らせるように、音の大きさや光の強さに配慮している。(テレビ、職員の会話のトーン、照明の強度、まぶしさ、日射し等)				建物の構造による明暗の差が見られるが、特に違和感なく、配慮されている。音についても同様である。	
12	15	換気・空調の配慮 気になる臭いや空気の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。				換気及び温度管理は適切になされている。	
13	17	時の見当識への配慮 見やすく、馴染みやすい時計や暦を、目につくところに設置している。				見やすい大きさの時計及びカレンダーが各所に設置され、季節感への配慮もなされている。	問題となる程度ではないが、時計の位置が入居者の目線よりもやや高めなので、調整が期待される。
14	18	活動意欲を触発する物品の用意 入居者の活動意欲を触発する馴染みの物品を用意し、本人の経験や状況に応じて提供している。(ほうき、たらい、裁縫道具、大工道具、園芸用品、趣味の品等)				一部危険物となるおそれのあるものは保管されているが、庭先に園芸用品が用意され、玄関に掃除道具が置かれ、いつでも使用できるように配慮されている。	
心身の状態に合わせた生活空間づくり 6項目中 計			6	0	0		

項目番号		項目	できている	要改善	評価困難	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
外部	自己						
		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、入居者主体の目標を立て、入居者一人ひとりの特徴を踏まえた具体的な介護計画を作成している。				アセスメントが適切になされ、個別・具体的な介護計画が作成されている。	
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取り入れて作っており、すべての職員が計画の内容を知ることができる仕組みを作っている。				担当職員が入居者個々のニーズを把握し、計画作成担当者により毎月のユニット会議でとりまとめられている。作成された介護計画は入居者全員分がファイリングされ、職員が確認しやすいように工夫されている。	
17	22	介護計画への入居者・家族の意見の反映 介護計画を、入居者や家族とも相談しながら作成している。				入居者については、担当職員により生活の中でニーズを把握するように努められている。家族へは、面会時及び電話により意見が聴取され、介護計画が交付されている。	
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。				介護計画の変更はなされているが、評価欄の記載のないものがあり、適切に見直しがなされているか確認ができない。	評価が記載されていることが求められる。
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、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。				個別ファイルが用意され、経過が記録されている。	
20	25	確実な申し送り・情報伝達 職員の申し送りや情報伝達を確実に言い、重要な点はすべての職員に伝わる仕組みを作っている。				業務日誌に申し送り事項の記録がなされ、伝わる仕組みとして、確認のサイン欄があるが、サインされていないこともある。	申し送り事項を確認した印として、必ずサインするように徹底することが求められる。
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。				毎月全職員を対象としたユニット会議及び全体会議が開催され、記録が残されている。	
ケアマネジメント 7項目中 計			5	2	0		

項目番号		項目	できている	要改善	評価困難	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
外部	自己						
		2. ホーム内でのくらしの支援(1) 介護の基本の実行					
22	27	入居者一人ひとりの尊重と職員の穏やかな態度				入居者一人ひとりに対して、穏やかな態度でさりげないケアが実践されている。	
23	28	職員の言葉かけや態度はゆったりしており、常に入居者一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねるような言葉かけや対応を行っていない。(入居者一人ひとりの違いの尊重、さりげない介助、プライベートな場所での礼儀、本人の返答能力に応じた質問方法、本人が思っている「現実」を否定しない等)					
24	30	入居者一人ひとりの過去の経験を活かしたケア 入居者一人ひとりの生まれてからこれまでの生活歴、本人にとって大切な経験や出来事を知り、その人らしい暮らしや尊厳を支えるためにそれを活かしている。				生活歴や好みが入居前に家族から聴取され、アセスメント票に記載されている。また、入居者については、日々の生活の中で、好み等が把握されて、ケアに生かされている。	
25	32	入居者のペースの尊重 職員は、職員側の決まりや都合で業務を進めていく態度ではなく、入居者が自由に自分のペースを保ちながら暮らせるように支えている。				日課について、入居者のニーズに対応した柔軟な取組みがなされている。また、入居者のペースを尊重したケアが実践されている。	
26	33	入居者の自己決定や希望の表出への支援 職員は、入居者一人ひとりが自分で決めたり希望を表したりすることを大切にし、それらを促す取組を日常的に行っている。(選んでもらう場面を作る、選ぶのを待つ等)				外出先、行事、日々の献立等に選択できる場面づくりが行われている。また、意思表示が充分でない入居者に対しては、好み等が把握され、支援がなされている。	
27	35	一人でできることへの配慮 自立支援を図るために、入居者の「できること、できそうなこと」については、手や口を極力出さずに見守ったり一緒に行うようにしている。(場面づくり、環境づくり等)				一人で「できること、できそうなこと」が把握され、支援が行われている。	
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。				契約書第7条に「身体拘束の禁止」が明記され、拘束のないケアが実践されている。	マニュアルが整備され、職員の身体拘束に関する理解は概ねできているが、新任職員に対する周知の必要から勉強会の開催が望まれる。
29	38	鍵をかけない工夫 入居者の自由な暮らしを支え、入居者や家族等に心理的圧迫をもたらさないよう、日中は玄関に鍵をかけなくてもすむような配慮をしている。やむを得ず鍵をかける場合は、その根拠が明白で、その理由を家族に説明している。(外出の察知、外出傾向の把握、近所の理解・協力の促進等)				日中は施錠されていない。玄関の内扉に鈴を取り付ける工夫がなされ、無断外出のおそれのある入居者に対しては、個別対応が行われている。	
介護の基本の実行 7項目中 計			7	0	0		

項目番号		項目	できている	要改善	評価困難	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
外部	自己						
		(2) 日常生活行為の支援 1) 食事					
30	43	<p>馴染みの食器の使用</p> <p>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。</p>				茶碗、御椀、湯呑み、箸はなじみのものが使用されている。	
31	44	<p>入居者一人ひとりにあわせた調理方法・盛り付けの工夫</p> <p>入居者一人ひとりの咀嚼・嚥下等^{ソシャク・エンゲ}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。</p>				盛り付けに配慮しながら、入居者一人ひとりの状態に配慮した調理方法がなされている。	
32	45	<p>個別の栄養摂取状況の把握</p> <p>入居者一人ひとりの食事摂取量や水分摂取量、栄養バランスを、一日全体を通じておおそ把握している。</p>				チェック票により、食事摂取及び水分摂取の量が把握されている。また、グループ施設の栄養士が月に一度来所し、入居者からの希望を聴取し、毎月の献立表が作成されている。	
33	47	<p>食事を楽しむことのできる支援</p> <p>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。</p>				要介助者が多く、一緒に食べるのが難しい状況にあるが、できるだけ同じテーブルで入居者と食事を楽しみながら、さりげない支援が行われるよう努められている。	
		2) 排泄					
34	48	<p>排泄パターンに応じた個別の排泄支援と排泄時の不安や羞恥心への配慮</p> <p>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おり、不安や羞恥心、プライバシーに配慮して行っている。</p>				排泄パターンが把握され、さりげない支援及び前誘導が実施されている。	
35	49						
		3) 入浴					
36	53	<p>入居者一人ひとりの希望にあわせた入浴支援</p> <p>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)</p>				現在は、入浴介助の必要から、14:00～17:00の間で入浴が行われているが、希望により夜間入浴、毎日入浴、一人での入浴も可能である。	

項目番号		項目	できている	要改善	評価困難	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
外部	自己						
		4) 整容					
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、プライドを大切にした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)				乱れ、汚れに対して、さりげないケアが実践されている。	
		5) 睡眠・休息					
39	60	安眠の支援 入居者一人ひとりの睡眠のパターンを把握し、夜眠れない入居者には、1日の生活リズムづくりを通じた安眠策を取っている。				入居者一人ひとりの睡眠状態が把握され、不眠傾向のある入居者へは、日中の生活への働きかけをはじめとして、アロマ足浴やホットミルクの提供等の支援がなされている。	
日常生活行為の支援 8項目中 計			8	0	0		
		(3)生活支援					
40	64	金銭管理の支援 入居者が自分でお金を持つことの大切さを職員が分かっており、日常の金銭管理を本人が行えるよう、入居者一人ひとりの希望や力量に応じて支援している。				所持金の管理ができる入居者は自分で管理し、できない入居者にたいしては、ホームで管理し、支援が行われている。	
		(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 ホーム内で入居者一人ひとりが楽しみごとや出番を見い出せるよう、場面づくり等の支援を行っている。(テレビ番組、週刊誌、園芸、食器洗い、掃除、洗濯物たたみ、小動物の世話、新聞取り等)				入居者の力量に応じて、調理、食器洗い、食器拭き、洗濯物たたみ、掃除等の役割づくりが支援されている。	
生活支援 2項目中 計			2	0	0		
		(5)医療機関の受診等の支援					
42	68	医療関係者への相談 心身の変化や異常発生時に、気軽に相談できる医療関係者を確保している。(医師、歯科医師、保健婦、看護婦等)				隣接する同法人の診療所との間で十分な連携体制がとられている。	
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。				主治医を通じての入院がほとんどであることから、早期退院に向けての連携体制が確保されている。また、見舞いにより入居者の状態の把握に努められている。	
44	74	定期健康診断の支援 年に最低1回は、健康診断や医師の指導を受けられるように支援している。開設間もないホームは、健康診断を受けられる準備や体制を整えている。				定期的な健康診断の受診が行われている。	

項目番号		項目	できている	要改善	評価困難	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
外部	自己						
		(6) 心身の機能回復に向けた支援					
45	76	身体機能の維持 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、嘔下機能の低下等)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。				外部研修の伝達研修や内部研修により機能低下の特徴等が学習されている。また、日常の散歩、買い物等の外出により、維持・向上が支援されている。	
		(7) 入居者同士の交流支援					
46	78	トラブルへの対応 職員は、入居者同士のけんかやトラブルの原因を把握し、必要な場合にはその解消に努め、当事者や他の入居者に不安や支障を生じさせないようにしている。				トラブルの内容や程度に応じて、当事者に任せるか、介入するか判断し対応されている。	
		(8) 健康管理					
47	80	口腔内の清潔保持 入居者の力を引き出しながら、口の中の汚れや臭いが生じないように、口腔の清潔を日常的に支援している。(歯磨き・入れ歯の手入れ・うがい等の支援、出血や炎症のチェック等)				食事後の口腔衛生については、入居者の力量に応じて、誘導や介助が行われている。	
48	83	服薬の支援 職員は、入居者が使用する薬の目的や副作用、用法や用量を承知しており、入居者一人ひとりが医師の指示どおりに服薬できるよう支援し、症状の変化を確認している。				薬剤の説明書は個別ファイルに綴られ、職員が確認できるようにされている。また、薬剤の変更時には、確実に申し送りが行われ、ケース記録に記載されている。	
49	85	緊急時の手当 入居者のけが等の緊急時に、職員は応急手当を行うことができる。(けが、骨折、発作、のど詰まり等)				救急救命法の学習・訓練が年1回以上行われていない。	職員全員が緊急時の対応ができるように、最低年1回以上救急救命法の学習・訓練の実施が求められる。
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)				感染症予防マニュアルが作成され、職員への周知が図られている。また、インフルエンザの予防接種も実施されている。	
医療・健康支援 9項目中 計			8	1	0		

項目番号		項目	できている	要改善	評価困難	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
外部	自己						
		3. 入居者の地域での生活の支援					
51	90	ホームに閉じこもらない生活の支援 入居者が、ホームの中だけで過ごさずに、積極的に近所に出かけて楽しめるような雰囲気を作っている。(買い物、散歩、近隣訪問、集会参加等)				買い物、散歩、ドライブ、外出行事等外出機会を設け、楽しい雰囲気のなかで実施されている。	
地域生活 1項目中 計			1	0	0		
		4. 入居者と家族との交流支援					
52	94	家族の訪問支援 家族が気軽に訪問でき、訪問時は居心地よく過ごせるような雰囲気を作っている。(来やすい雰囲気、歓迎、関係再構築の支援、湯茶の自由利用、居室への宿泊のしやすさ等)				面会時間の設定はなく、自由に来所できるように配慮されている。また、面会時には、職員によりお茶の提供がなされ、希望により宿泊も可能とされている。	
家族との交流支援 1項目 計			1	0	0		
		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。				月1回の法人経営会議のなかで、具体的に、話し合われている。	
54	97	職員の意見の反映 介護従業者の採用、運営方法、入居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。				入居者の受入については、管理者とユニットリーダーが実態調査を実施し、翌日の送り時に職員へ伝えられ、意見が聴取されている。また、毎月の全体会議に職員の意見を聴取する場が設けられている。	
		2. 職員の確保・育成					
55	101	入居者の状態に応じた職員の確保 入居者の状態や生活の流れを支援するために、これに即した職員の勤務ローテーションを組んでいる。				入居者の生活支援が適切に行われるように勤務ローテーションが組まれている。	法人内の人事異動が年1~2回程度あることから、なじみの関係が継続できるような配慮が法人に期待される。
56	103	継続的な研修の受講 職員が、採用時、フォローアップ等それぞれの段階に応じた研修を受講し、その内容をすべての職員に周知している。				新人研修、外部研修、伝達研修、法人合同の内部研修の受講機会が確保されている。	
57	105	ストレスの解消策の実施 職員の業務上の悩みやストレスを解消する方策を採り入れている。(外部者と接する機会、職員相互の親睦、悩みの聴取、スーパーバイザーの導入等)				同法人内の事業所交流会や隣接3事業所合同による親睦の機会がある。また、メンタルヘルスに関するアンケートによる相談のシステムが設けられている。	

項目番号		項目	できて いる	要改 善	評価 困難	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
外部	自己						
		3. 入居時及び退居時の対応方針					
58	107	入居者の決定のための検討 グループホームに適した入居対象者であるか、十分に検討している。(介護保険被保険者証、診断書、入居申請に至る経過、生活や対人関係、入居者・家族の希望等)				実態調査の際に、必ず入居希望者本人との面接が行われている。調査結果は職員へ伝えられ、受入に関する意見が聴取されている。	
59	109	退居の支援 退居は、契約に基づくとともにその決定過程が明確である。また、入居者や家族に十分な説明を行った上で、納得のいく退居先に移れるように支援している。退居事例がない場合は、その体制がある。				入居者及び家族と事前の話し合いが行われている。また、退去先との調整もなされている。	
		4. 衛生・安全管理					
60	112	ホーム内の衛生管理 ホーム内の清潔や衛生を保持している。(食品、布巾、包丁、まな板、冷蔵庫、洗濯機等)				衛生管理は適切になされているが、手順書がない。	衛生管理が確実に行われるように、手順書の作成が求められる。
61	114	注意の必要な物品の保管・管理 薬や洗剤、刃物等の注意の必要な物品については、保管場所、管理方法等を明確に取り決め、かつ、そのとおりに実行している。				保管場所を定め適切に管理がなされているが、マニュアルがない。	確実な保管・管理を継続的に実行するためには、マニュアルの作成が求められる。
62	115	緊急時の対応の周知・訓練 けが、転倒、窒息、意識不明、行方不明、災害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、災害時の訓練を実施している。				緊急時対応マニュアル及び災害時対応マニュアルが作成されている。また、避難訓練は4月に行われている。	
62	116	事故の報告書と活用 けが、転倒、窒息、意識不明、行方不明等の緊急事態が発生した場合、事故報告をまとめており、サービスの改善につなげている。(再発防止の話しあい、今後に活かす意義づけ等)				事故報告書が作成され、その日のうちに対応策及び防止策について、職員間で検討されている。	
内部の運営体制 11項目中 計			9	2	0		
		5. 情報の開示・提供					
		6. 相談・苦情への対応					
64	119	相談・苦情受付の明示 相談や苦情を受け入れるホーム側の窓口及び職員が明確であり、入居者及び家族にその利用の仕方を文書と口頭で繰り返し伝えている。				重要事項説明書に苦情受付窓口及び公的受付機関が明示され、毎月送付される請求書にも記載されている。また、4月から第三者委員も設置されている。さらに、玄関に「ご意見箱」が設置されている。	第三者委員の設置について、入居者、家族への周知が期待される。
情報・相談・苦情 1項目中 計			1	0	0		

項目番号		項目	できている	要改善	評価困難	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
外部	自己						
		7. ホームと家族との交流					
65	122	家族の意見や要望を引き出す働きかけ 家族が、気がかりなことや、意見、希望を職員に気軽に伝えたり相談したりできるように、面会時の声かけ、定期的連絡等を積極的に行っている。				家族の面会時、入居者の生活の様子が伝えられ、意見が聴取されている。また、面会の少ない家族に対しても、月1度は連絡がなされている。	
66	123	家族への日常の様子に関する情報提供 家族に、入居者の暮らしぶりや日常の様子を定期的、具体的に伝えている。（「たより」の発行や行事ビデオの上映、写真の送付等）				家族へ季刊誌が送付されている。また、アルバムが作成され、面会時に見てもらっている。月1度は、必ず生活の様子が伝えられている。	
67	126	入居者の金銭管理 入居者が金銭の管理ができない場合には、その代替方法を家族と相談の上定めており、家族に定期的にその出納を明らかにしている。				毎月領収書及び出納帳の写しが家族に送付され、報告されている。	
ホームと家族との交流 3項目中 計			3	0	0		
		8. ホームと地域との交流					
68	127	市町村との関わり 市町村との連絡を密にとり、家族介護教室等の市町村事業を積極的に受託又は協力している。				具体的な関わりが確認できない。	家族へ配布されている季刊誌を送付する等、ホームの活動内容が伝わるような関わりが求められる。
69	130	地域の人達との交流の促進 地域の人達が、遊びに来たり立ち寄ってくれたりするように取り組んでいる。				町内会に加入し、地域行事への参加及びホーム行事への招待が計画されている。	
70	132	周辺施設等の理解・協力への働きかけ 入居者の生活の安定や拡がりのために、周辺地域の諸施設から協力を得ることができるよう、理解を拡げる働きかけを行っている。（商店、福祉施設、警察、消防、文化教育施設等）				近隣の商店や警察・消防署等と日常的に関わりがもたれている。	
71	133	ホーム機能の地域への還元 ホームの機能を、入居者のケアに配慮しつつ地域に開放している。（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）				慰問及び学生ボランティアの受入が行われている。また、訪問介護員養成及びグループホーム関係の研修受入も積極的になされている。	
ホームと地域との交流 4項目中 計			3	1	0		

(1)「管理者」には、管理者不在の場合にこれを補佐する者を含む。

(2)「職員」には、管理者及び非常勤職員を含む。