

1. 評価報告概要表

全体を通して — ホームの優れている点、独自に工夫している点など —

「グループホーム うすい」は、特別養護老人ホームを中心に、さまざまなサービス事業を実施している法人が運営している。ホーム自体は、通所介護と併設されている。ホームは地域との関わりを大切にして運営されており、開設4年目を迎え地域における大切な福祉拠点となっている。

ホームは平屋建ての1ユニットであり、玄関から入ると、壁には入居者の笑顔があふれる写真が掲示してあり、楽しく生活されている様子が伝わってきた。ホームの中央に位置する食堂と居間には天窗もあり、明るく居心地のいい光が差し込こんでいる。居間には畳みのスペースもあり、入居者が自然と寛げる環境となっている。

家族にホームや入居者を身近に感じてもらえるように、ホームだよりは毎月発行し、カラー写真をふんだんに使用しながらホームの生活の様子をきめ細かく伝えている。積極的にホームの外に出て行く働きかけが行われており、日常的に地域の商店に買い物にでかけることにより地域と馴染みの関係ができています。また、ホームの駐車場を地域の夏祭りに提供したり、入居者が地域の行事にも参加したりして、入居者が地域住民と一緒に楽しめるよう支援している。

入居者を中心とした介護計画や日々の記録、入居者の地域での生活を大切にしている姿勢等から、管理者を中心に職員全員が入居者と真摯に向かい合いながら、より質の高いケア提供を目指している姿勢が感じられた。

分野	特記事項(※優先順位の高い要改善点について)
Ⅲ ケアサービス	一人ひとりの入居者の意向に沿いながら、その人らしい生活を支援していくことは大切である。しかし入浴拒否がある方に関して、身体の保清は働きかけていたが、十分な入浴支援が行われていなかった。入浴拒否のある入居者に対して、その人に応じた、適切な声掛けと、対応の検討が望まれる。 入居者の日々の献立や栄養バランスが適切かどうか、定期的に管理栄養士等からアドバイスを受ける事が望まれる。 職員一人ひとりは、入居者一人ひとりの状況を把握して個別のケアを行っているが、事故防止や感染症の予防については、職員が統一した対応が必要であり、ホーム独自のマニュアル作りやリスク管理への取組が望まれる。
Ⅳ 運営体制	浴室の脱衣室に、洗剤等の薬品が入居者の目の触れるところにおいてあった。現在は入居者で誤嚥の可能性のある方はいないとの事だったが、使用しない時は施設が可能で適切な場所に置くことを職員同士で検討することが望まれる。 事故報告は原因や経過の記録がきちんと整備されていた。今後は、職員間で日常のホームでの出来事の中で気づいたことやヒヤリとしたことを記録に残し、共有することにより、事故を未然に防ぐための取組が望まれる。

分野	特記事項(※優先順位の高い要改善点について)
Ⅰ 運営理念	改善点は特になし。(更なる充実が期待される。)
Ⅱ 生活空間づくり	住環境について、廊下やトイレ・浴室には、入居者にあった手摺が設置されていた。トイレについては、用を足したトイレに座ると便座の高さが高いのではないかと感じられた。入居者の身体にあっておらず、便座が少し高いために座位が不安定になると感じられた。入居者がより使用しやすいように、工夫することが望まれる。 また、浴室の汚物入れに蓋がないため、少し空気のよどみが感じられたので、対応策の検討が望まれる。

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

2. 評価報告書

項目番号	項目	できて いる	要 改善	評価 点数	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
	I 運営理念 1. 運営理念の明確化・啓発					
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、ホームの理念や目標を日常的に職員へ話しており、職員はそれを理解している。また、ケースカンファレンスや職員会議で、折に触れて管理者から理念について説明したり、話し合うなどして、ホームの理念を周知している。	
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。	○			運営理念は、玄関に掲示されており、入居者に説明がされている。また現在職員による独自の運営方針を作成中である。	
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。	○			入居者の権利・義務については契約書に明記され、入居者と家族へ十分な説明が行われており、同意を得ている。	
	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)	○			ホーム通信を年1回発行しており、グループホームの役割を理解してもらえるように広報に取り組んでいる。	
	運営理念 4項目中 計	4	0	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、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)	○			同一法人が運営しているデイサービスと一緒の敷地内にグループホームがあるが、看板が立てられわかりやすい。ホームの玄関周辺には畑が作られたり、プランターが違和感なく置かれており、家庭的な雰囲気があった。	
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。	○			ホームの様子を感じることができる写真が廊下に掲示されており、花の絵や、写真などさりげない装飾がされ、くつろげる環境となっている。	

項目番号	外部	自己	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
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。	○			食堂から畳部屋に自由に移動でき、複数のソファが用意されているため、気の合った入居者同士が自由に過ごす事のできる空間となっていた。	
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。	○			それまでの生活が継続できるよう入居者・家族に働きかけ、一人ひとりが入居前から使用している家具や生活用品を居室に持ち込まれている。	
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)	○			玄関周りやトイレ、浴室に手摺を設置する等配慮がなされているが、トイレの便座がやや高く、入居者にとって使いにくいように感じた。	入居者がより安楽に腰掛けて、安全に使用できるよう、トイレの便座の高さについて工夫することが望まれる。
10	13		○場所間違い等の防止策 職員は、入居者一人ひとりがホーム内の場所が分かるかを把握しており、家庭的な雰囲気をおこさず、場所の間違いや分からないことでの混乱を防ぐための工夫をこらしている。(トイレや部屋の目印等)	○			トイレにはわかりやすいように目印が作られている。また居室についても、部屋間違いを予防できるように、入口に一人ひとり異なるのれんを下げて、目印としている。	
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)	○			入居者に穏やかなやさしい声掛けが行われており、テレビ等の音も会話に支障のない音量だった。居間は採光性もよく、明るい生活環境で、落ち着いて暮らせるよう配慮されている。	
12	15		○換気・空調の配慮 気になる臭いや空気のおどみがないように、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。	○			居室は換気がきちんと行われており、温度も適温であった。しかし、浴室の汚物入れには蓋がなく、少々臭いが感じられた。	浴室に設置してある汚物入れについて、蓋をすることにより臭いの拡散を防ぐ工夫が望まれる。
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。	○			居間の入居者が見やすい所に、暦と時計が設置してある。	
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)	○			入居者の目につくところに、入居者の活動の様子を取めたアルバムやほうき、趣味の毛糸などがさりげなく置かれている。	
心身の状態に合わせた生活空間づくり 6項目中 計				4	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
	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、入居者主体の目標を立て、入居者一人ひとりの特徴を踏まえた具体的な介護計画を作成している。	○			職員は入居者との日々の関わりや、生活記録から、センター方式を活用しながらアセスメントを行い、介護計画を作成している。また、機会があるごとに家族から入居者の生活歴についても情報収集を行い、入居者一人ひとりの特徴を踏まえた介護計画になるよう努めている。	
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。	○			職員は、意見交換・情報の共有を行って入居者一人ひとりの状態把握に努めて、介護計画を作成している。計画書も事務室の所定の場所に保管され、職員がいつでも確認することができる。	
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。	○			入居者と家族から意向を聞き、計画に反映している。面会に来ることのできない家族に対しては連絡を取って、意見と要望を聞いている。	
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。	○			介護計画については3ヶ月ごとの見直しが行われており、状況変化があった時には、随時計画の見直しと変更が行われている。	
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、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。	○			介護計画に対する日々の評価記録が充実しており、職員は一人ひとりの変化を細かく記録している。また食事摂取状況、排泄、入浴状況なども詳細に記録している。	
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。	○			日勤と夜勤の申し送りは、業務日誌だけではなく、口頭でも行い、入居者の状況を確実に伝達する仕組みが作られている。	
21	26 ○チームケアのための会議 チームとしてケアを行う上での課題を解決するため、すべての職員で、定期的に(緊急案件がある場合にはその都度)会議を開催し、活発に意見交換を行って合意を図っている。	○			毎月1回定例の会議が開かれ、職員が意見交換を行い、ホームの課題検討、業務の確認を行っている。	
21 の 2	26 の 2 ○マニュアルの作成 サービス水準確保のための各種マニュアルが整備され、職員に周知されている。また、マニュアルの見直しが適宜行われている。		○		法人としてのマニュアルは作成されていたが、ホームの入居者に応じた独自のマニュアルは充足されていない。過去、入居者がひとりで外出された事例があったが、再発に備えて職員の対応を具体的に示してあるマニュアルが整備されていない状況だった。	入所者の所在確認や無断外出時の対応、火災・地震等災害対応マニュアルなど、緊急性の高いものから順次整備していくことが望まれる。
ケアマネジメント 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 困難	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
	2. 介護の基本の実行					
22	27 ○入居者一人ひとりの尊重 職員は、常に入居者一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねるような言葉かけや対応を行っていない。(入居者一人ひとりの違いの尊重、さりげない介助、プライベートな場所での礼儀、本人の返答能力に応じた質問方法、本人が思っている「現実」を否定しない等)	○			入居者一人ひとりの状況に応じ、入居者の希望や意見を受け入れながら職員は傾聴する姿勢で関わっていた。	
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、やさしい雰囲気で見守っている。	○			入居者一人ひとりの状況に応じ、穏やかな口調で言葉かけや対応が行われていた。	
24	30 ○入居者一人ひとりの過去の経験を活かしたケア 入居者一人ひとりの生まれてからこれまでの生活歴、本人にとって大切な経験や出来事を知り、その人らしい暮らしや尊厳を支えるためにそれを活かしている。	○			入居者の生活歴や過去の経験、出来事などを、家族からも情報を得ながら把握し、ホームでの生活に活かせるよう支援している。	
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。	○			ホームでの生活の中で、入居者の意見や希望を尊重し、その人なりのペースを大切にしながら穏やかに過ごしていただけるような関わりが行われている。	
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、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)	○			入居者の意向を和やかに引き出す言葉かけが行われており、買い物や外出など希望に応じて対応している。	
27	35 ○一人で行えることへの配慮 自立支援を図るために、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)	○			掃除や食事作りなど、入居者一人ひとりのできる事、できそうな事を把握し、実際の場面で職員が見守りや一緒に行うことにより、入居者が自信や喜びを持って生活できるよう支援している。	
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。	○			身体拘束のないケアについて、職員間で共通認識があり、実践している。	
29	38 ○錠をかけない工夫 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、日中は玄関に錠をかけなくてもすむような配慮をしている。やむを得ず錠をかける場合は、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)	○			日中は玄関の施錠は行われず、職員間の見守りと連携を行いながら安全に対する配慮が行われている。	
介護の基本の実行 8項目中 計		8	0	0		

項目番号		項目	できて いる	要 改善	評価 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. 日常生活行為の支援 (1) 食事					
29 の 2	40	○ 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。	○			入居者は、買い物で食材を選んだり、料理を一緒に作ったりしている。献立は、季節感を取り入れながら入居者の嗜好に合わせて作成されている。	
30	43	○ 馴染みの食器の使用 家庭的な食器を使っており、茶碗や湯呑み、箸等は、入居者一人ひとりが使い慣れたものになっている。	○			湯のみや茶碗などは、入居者が入居前から自宅で使用されていたものである。また、料理に応じた家庭的な食器を使用している。	
31	44	○ 入居者一人ひとりにあわせた調理方法・盛り付けの工夫 入居者一人ひとりの咀嚼・嚥下等の身体機能や便秘・下痢等の健康状態にあわせた調理方法としつつ、おいしそうな盛り付けの工夫をしている。	○			料理に応じて副菜を刻んだり、噛み切りにくいものは細かくする等、入居者の状態にあわせた形態の食事が提供されている。	
32	45	○ 個別の栄養摂取状況の把握 入居者一人ひとりの摂取カロリーや水分摂取量、栄養バランスを、一日全体を通じておおよそ把握している。		○		職員は、同じメニューや食材が続かないよう考慮ながら日々の献立作りを行い、食事と水分摂取量をきちんと記録に残して健康管理が行われていたが、食事のカロリーや栄養のバランスは把握がされていなかった。	定期的に法人内施設の管理栄養士等から、カロリーや栄養バランスの助言を受け、献立作成や入居者一人ひとりの支援に活用することが望まれる。
33	47	○ 食事を楽しむことのできる支援 職員も入居者と同じ食事を一緒に楽しんで食べながら、食べ方の混乱や食べこぼし等に対するサポートをさりげなく行っている。	○			職員も入居者と一緒に食事を食べながら、さりげない食事摂取の見守りと介助が行われていた。	
		(2) 排泄					
34	48	○ 排泄パターンに応じた個別の排泄支援 おむつをできる限り使用しないで済むように、入居者一人ひとりの排泄パターンを把握し、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	○			入居者一人ひとりの排泄パターンや身体状況に応じたトイレ誘導と声掛けがされ、自立に向けた支援が行われている。	
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。	○			入居者の自尊心を大切にしながら、状況に応じた声かけが行われている。また、さりげない関わりを心掛け、失敗事例と成功事例を記録に残しながら、羞恥心に配慮した対応を行うよう努めている。	
		(3) 入浴					
36	53	○ 入居者一人ひとりの希望にあわせた入浴支援 入居者一人ひとりの希望にあわせ、くつろいだ入浴ができるように支援している。(時間帯、長さ、回数等)		○		入居者の希望に応じて、連日入浴にお誘いしている。しかし、入浴拒否があり、入浴頻度が少ない入居者がおられた。	入浴拒否のある入居者に対して、清潔を保つための努力がなされていたが、認知症を抱えた方への関わり方などについてより一層の工夫を試み、気持ちよく入浴して頂ける方法について検討していくことが望まれる。

項目番号 外訳 自己	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
	(4) 整容					
37 56	○理美容院の利用支援 入居者一人ひとりの希望にあわせて、理美容院の利用を支援している。(カット、パーマ、染め、セット等)	○			入居者一人ひとりが、定期的に近所の美容室等を利用している。	
38 57	○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たりげなくカバーしている。(髪、着衣、履き物、食べこぼし、口の周囲等)	○			入居者の衣類や整容に対して、さり気ないサポートがされており、清潔感のある整容の支援が行われている。	
	(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。	○			日中に本人の希望に応じた活動を提供しながら、一人ひとりに応じた生活のリズムを作り、夜間の安眠に結び付けている。	
日常生活行為の支援 11項目中 計		9	2	0		
	4. 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。	○			職員は、金銭管理の大切さを認識しながら、入居者の一人ひとりの状態と希望に応じて外出時などに支援を行っている。	
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)	○			職員は入居者一人ひとりの状況を把握し、意向を大切にしながら、ホームでの役割を持っていただけるように支援している。また、入居者の意欲を大切にしながら、無理強いのないよう関わっている。	
生活支援 2項目中 計		2	0	0		
	5. 健康等の支援 (1) 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)	○			異常発生時には、同一敷地内のデイサービスの看護師に相談を行っている。また、医療協力病院が車で5分以内の場所に確保されている。	
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。	○			入院中は医療機関と連携を図りながら、早期退院にむけての関わりを行っている。	
44 74	○定期健康診断の支援 年に最低1回は、健康診断や医師の指導を受けられるように支援している。開設間もないホームは、健康診断を受けられる準備や体制を整えている。	○			入居者のかかりつけの医療機関で受診の際に必要な検査を行っている。市町村が実施している健康診断についても、希望に応じて受けられるよう支援している。	

項目番号 外部 自己	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
	(2)心身の機能回復に向けた支援					
45	78 ○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、膝下機能の低下等)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。	○			日常生活の中で、入居者の気持ちを大切にしながら散歩等の機会を持ち、身体機能の維持向上への支援が行われている。	
	(3)入居者同士の交流支援					
46	78 ○トラブルへの対応 職員は、入居者同士のけんかやトラブルの原因を把握し、必要な場合にはその解消に努め、当事者や他の入居者に不安や支障を生じさせないようにしている。	○			トラブルが発生した際には、職員がさり気なく間に入って双方の話を伺いながら、問題解決に導いている。また、活動等を働きかけ、入居者にストレスが発生しないような関わりが行われていた。	
	(4)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)	○			入居者一人ひとりに合わせて、口腔の清潔を保持していくように働きかけや見守りを行っている。	
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。	○			薬について説明書が個別にファイリングしており、いつでも確認できるようになっている。医師の指示通りに服薬できるよう、整理・分包されている。	
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)	○			法人内で応急手当の研修が実施されており、職員は理解している。また、非常時の連絡体制もきちんと整備されていた。	
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)	○			感染症に関する対応方法は取り決められていたが、マニュアルが作成中のため、文書で明示されていなかった。	入居者は高齢であり、感染症に対して抵抗力が弱いため、予防を含めた対応方法と職員間の取り決めをきちんと明示していくことが望まれる。
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
	6. 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)	○			毎日入居者の希望を確認しながら、近所への外出を働きかけている。地域住民との交流を行いながら、外に出かける楽しさを提供している。	
地域生活 1項目中 計		1	0	0		
	7. 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)	○			家族訪問時は職員が笑顔で迎え、積極的に関わるよう努めている。湯茶も自由に利用できる等、気軽に訪問できる環境が整えられ、訪問しやすい雰囲気が感じられた。	
家族との交流支援 1項目中 計		1	0	0		
	IV 運営体制 1. 内部の運営体制 (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。	○			併設のデイサービスのセンター長がグループホームも統括しており、管理者ともよく連携がとられている。センター長を通じて法人本部とも情報交換がなされており、ケアの質の向上に共に取り組んでいる。	
54	97 ○職員の意見の反映 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。	○			入居者のケア提供や、入所判定委員会についても、管理者が介護職員へ情報提供を行い、職員の意見を汲みとっている。	
	(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。	○			入居者の状態や生活の流れに合った職員のローテーションが組まれている。	
56	103 ○継続的な研修の受講 職員が、採用時、フォローアップ等それぞれの段階に応じた研修を受講し、その内容をすべての職員に周知している。	○			外部研修については内容に応じた職員の参加が実施されており、積極的に学んでいく体制が作られている。法人内の研修も実施されており、研修内容は職員へ伝達されている。	
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)	○			職員の業務上の悩みを管理者が受け止め、相談できる体制が出来ている。職員の悩みを会議の中で解決できるように、話し合いが行われている。	

項目番号 外部 自己	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
	(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)	○			入居判定委員会を開催し、入居希望者に対する検討が適正に行われている。	
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。	○			退居理由について明確な理由を家族へ説明し、入居者にとって最善の対応となるように支援が行われている。	
	(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)	○			業務日誌の中に、清潔や衛生管理の実施をチェックする欄が設けられ、連日職員が実施、確認を行っている。	
61	114 ○注意の必要な物品の保管・管理 薬や洗剤、刃物等の注意の必要な物品については、保管場所、管理方法等を明確に取り決め、かつ、そのとおりに実行している。	○			薬剤などは浴室が保管場所になっているが、昼夜を問わず誰でも入れる状況であり、入居者の目に触れるところに置いてある。	現在、誤飲等の危険性のある入居者はいないとのことだが、突発的な事故を防ぐためにも、薬剤の配置場所の検討が望まれる。
62	116 ○事故の報告書と活用 けが、転倒、窒息、意識不明、行方不明等の緊急事態が発生した場合、事故報告をまとめており、サービスの改善につなげている。(再発防止の話しあい、今後活かす意義づけ等)	○			事故報告書があり、経過と原因、対応方法が記載されていた。しかし事故の予兆や、事故を未然に防ぐための取り組みが記録化されていなかった。	事故を未然に防ぐために、日頃から、小さなことでもあぶないと感じたことをヒヤリハット報告に記載し、活用することが望まれる。
内部の運営体制 10項目中 計		8	2	0		
	2. 情報開示、相談・苦情への対応					
63	118 ○調査等の訪問に対する対応 介護相談員や評価調査員等の訪問時には、情報を積極的に提供している。	○			こちらが希望した書類や資料・情報を積極的に提供していただいた。	
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。	○			契約書にホーム側の苦情受付担当者が明記しており、入居者と家族にその仕組みを口頭と契約書で伝えられている。しかし契約書に苦情窓口として、市町村や国民保険連合会等の記載が不足していた。	家族は事業所に対して、直接苦情を訴える事は、難しい場合も考えられる。法人で第三者委員も設置しているとのことなので、外部の苦情窓口を明記し、家族に対する情報提供を行うことが望まれる。
64 の 2	121 ○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。	○			苦情に対して、内容と経過、対応をきちんと記録に残し、サービス改善に努めている。	
情報・相談・苦情 3項目中 計		2	1	0		

項目番号 外部 自己	項目	できている	要改善	評価 点数	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
	7. ホームと家族との交流					
65 122	○家族の意見や要望を引き出す働きかけ 家族が、気がかりなことや、意見、希望を職員に気軽に伝えたり相談したりできるように、面会時の声かけ、定期的連絡等を積極的に行っている。	○			家族の方が来られた時には、気楽に希望や要望を話していただけるように声をかけるよう努め、その都度ホームでの暮らしぶりや様子などを伝えている。	
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)	○			ホーム便りを毎月家族に送付している。文章だけでなくカラー写真を掲載しながら、生き生きとした様子を伝えている。	
67 126	○入居者の金銭管理 入居者が金銭の管理ができない場合には、その代替方法を家族と相談の上定めており、家族に定期的にその出納を明らかにしている。	○			入居者の状況に応じて立替払いを行っている。家族には請求書に領収書やレシートを添付して、出納を明らかにしている。	
ホームと家族との交流 3項目中 計		3	0	0		
	8. ホームと地域との交流					
68 127	○市町村との関わり 市町村との連絡を密にとっている。(家族介護教室等の市町村事業を積極的に受託している等)	○			地域の研修に関してホームでの認知症ケアの事例を提供したり、情報交換をする等、市町村との連携を図っている。地域で行なわれる研修の講師依頼にも応じている。	
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。	○			地域の商店を活用する等、顔馴染みの関係となっている。夏祭りにはホームの敷地を地域に開放したり、地域行事にも参加する等、ホームが地域の一員として認められるよう関わりを行なっている。	
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)	○			消防署とも地域協定を結び、ホームを理解してもらおうと働きかけている。また、町内会長にも協力を依頼し、関わりを持つよう努めている。	
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還元している。(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・研修の受け入れ等)	○			ボランティアや実習などの積極的な受入や地域の研修への講師派遣などを行い、ホームの機能を地域に還元している。	
ホームと地域との交流 4項目中 計		4	0	0		

※ (1)「管理者」には、管理者不在の場合にこれを補佐する者を含む。
(2)「職員」には、管理者及び非常職員を含む。