

1 評価報告概要表

全体を通して(特に良いと思われる点)	
久万高原町の中心地の中学校横にグループホームとして新しく建設されたホームである。ホームの周りは新しい住宅が次々に建設されている。このホームの特徴は、経営者と管理者及び職員の連携が十分とれていることである。そして、共に質の高いケアサービスを提供したいと努力していることである。今回2回目の調査であるが、前回の改善項目を見直し、園芸用の畑を確保したり、玄関ホールに明かり窓を設けるなど、環境面での改善を行なっている。ケア面でも、センター方式のアセスメントシートを取り入れ、個別ケアの充実につなげている。また、地域包括センターや町役場、消防署などと密接な関係ができていて、利用者の個性を活かし、安心して生活できるように支援している。安心して生活できていることが利用者の会話や笑顔からうかがえる。	
分野	特記事項(特に改善を要すると思われる点)
I	利用者の権利・義務について、重要事項説明書及び契約書に利用者や家族が理解しやすい表現で明記し、入居時十分に説明をすると共にホームに明示されるよう希望する。
運営理念	
II	特に改善するところはない。今後、利用者の身体機能の低下に備え、常に心配りしておくことが望まれる。
生活空間づくり	
III	要改善点はない。新しく導入したアセスメントシート活用の充実や全職員が自信を持って服薬支援できるように研鑽し、さらなるケアサービスの向上に取り組まれることを期待する。
ケアサービス	
IV	ケアサービス向上のため、ホーム内研修に止まらず、職員の技量にあわせた外部研修への参加推進を希望する。
運営体制	
V	要改善点はない。引き続き利用者の安全確保に努めることを期待する。
その他	

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	3
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	9
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	4
V その他		
⑮ 火災・地震等の災害への対応	1項目	1

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。	○			ホーム開設時、グループホーム名“いこい”と職員のケアに対する思いを管理者がマッチングさせ、“い”「いつも笑顔で」「こ」「行動はゆっくりと」「い」「一緒に楽しく」を理念の中に挿入して構築し、全職員の思いが理念に活かされ、共有できている。	利用者や家族からホームについて深い理解を得るため、入居案内のチラシにも明記しておくことが望まれる。
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、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。	○			ホームの玄関ホールに明示してある。職員が出勤時、理念を見て、ケアの指針にしているとともに、利用者や家族にも分かりやすく説明している。	
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。		○		利用者の権利・義務について、入居時説明はできているが、明示できていない。	入居案内書及び重要事項説明書へ、利用者や家族にも分かりやすく明記することが望まれる。
		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)	○			地域に対してホームの理念を開設時の説明会で啓発・広報している。さらに、ホームの行事の際にも案内し、重ねて説明している。また、現在は自治会に働きかけ、説明会の機会を依頼している。	
①運営理念 4項目中 計			3	1	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)	○			グループホームとして新築されたホームであるが、平屋で周りの建物と違和感を感じない。玄関に久万高原町特産の木でホーム名が掛けてあり、大変親しみがもてる。プランターには花が植えられ、気軽に訪ね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。	○			玄関ホール、リビング、廊下など共用空間には、家庭的な雰囲気の調度品が置かれ、壁にも柔らかい絵、高齢者が見やすい馴染みの時計が掛けられている。	
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。	○			共有空間のフロアはゆったりして、畳のスペースには掘りごたつもある。利用者は、ソファでくつろいだり、テーブルで職員と将棋をしたり、テレビで野球観戦をしたり、それぞれ居場所の確保ができていて、生活を楽しんでいる。	

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
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。	○			サイドボード・本箱・仏壇・テレビ・いすなど利用者がそれぞれに個人の持ち物を持ち込んでおり、落ち着いて安心して過ごせる居室となっている。	
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)	○			ホームの利用者は現在、身体機能が保たれ自立の方がほとんどであるが、身体機能の低下に対応できるよう、トイレは車いす対応の3枚スライドドアになっており、手すりも設置している。廊下や風呂にも手すりが取り付けられており、玄関やウッドデッキはスロープを設置している。	
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)	○			場所間違いを防止するため、トイレは利用者に分かりやすい目印を、また、居室の入り口には木製で見やすい大きさの表札が掛けられている。併せて、利用者の担当職員の氏名も明示している。	
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)	○			利用者が落ち着いて生活できるようテレビの音や採光に配慮がされている。開設時に玄関ホールは照明だけでは明るさが不足していたことから、天井に明かり窓を取り付けるなど、改善に向けて積極的に取り組む姿勢がうかがえる。	
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。	○			ホーム全体に、気になる臭いや空気よどみはない。日中、玄関は開放している。リビングも適宜ドアを開け、室温の調節や換気など配慮できている。	
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。	○			見やすく利用者に馴染みの時計がリビングや玄関に置かれている。また、カレンダーもリビングや居室にも掛けてあり、時の見当識への配慮ができている。	
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)	○			裁縫道具や園芸用品・将棋盤など、利用者の活動意欲を触発する物品が用意されている。職員は利用者の喜びと意欲につながる事を理解し、趣味の作品の展示や掲示をしている。	
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。	○			センター方式のアセスメント様式を使い、利用者主体の目標を立て、アセスメントを活かした計画が立てられている。	
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。	○			利用者の担当を決めてあり、担当職員がチーム会議で利用者の課題について説明し、職員全体で協議し、担当者が介護計画を作成していることから、職員間で共通理解ができています。	
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。	○			家族来訪時、意向を聞き計画を立てている。遠方の家族については、毎月の居室担当者の状況報告の送付を通じて家族の意見を確認している。	
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の見直しを行っている。	○			三か月を目安に介護計画の見直しをしている。また、利用者の身体状況の変化に伴い、随時、見直している。	
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。	○			個別記録ファイルに、利用者一人ひとりの日々の記録が明確に記載できている。	
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。	○			チームカンファレンスでの話し合い、申し送り簿と連絡ノートで利用者の状態や重要な事項について全職員に周知できるようになっている。	
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、各ユニットで2回、合同で1回のチーム会議を開催している。ユニット会議の時は他のユニットが協力し、利用者の生活に支障のないように、安心して話し合いができる体制にしてあり、活発な意見交換ができています。	
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)	○			利用者それぞれを理解し、対応できている。	
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、やさしい雰囲気です。	○			ホームの理念、「いつも笑顔で、行動はゆったりと、一緒に楽しく」を実践し、優しい言葉掛けや態度で対応できている。	
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。	○			農業経験のある方には畑での作業時、編み物・裁縫の指導経験者に趣味の時間にと、過去の経験を活かし、利用者それぞれが先生役を務めるなど、自信を持ち、共に楽しめるケアができている。	
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。	○			職員は、利用者ペースを尊重し、“慌てなくていいですよ”と声を掛けながら、本人ができること、やりたいことを支援している。	
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)	○			「外出先をどこにするか」「そこで何をして楽しむか」など、利用者の希望を取り入れながら決定しており、意思表示の支援ができている。	
27	35 ○一人でできることへの配慮 自立支援を図るために、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)	○			食後、利用者はそれぞれ自分が使った食器を下膳している。歩行車に食器を乗せて下膳したいと望む利用者に対しても、見守りながら支援している。	
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。	○			職員は、身体拘束を行わないケアの大切さを認識している。身体拘束だけでなく、薬の拘束も避けたいという思いから利用者の主治医と話し合い、睡眠剤の使用は1名のみである。	
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)	○			日中は職員が気をつけることで玄関だけでなく、ホーム全体に鍵を掛けられない生活ができるよう配慮されている。	
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。	○			利用者本人の食器ではないが、家庭的な食器を使っている。また、陶器製が重く負担になる利用者には軽量のプラスチック製にするなど工夫もできている、	
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。	○			利用者の身体状況に合わせ、細かく刻んだり、量を調整している。	
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。	○			食事や水分摂取量が個別記録簿に記載され、栄養摂取量の把握ができている。	摂取カロリーについての把握はできているが、栄養バランスと正確なカロリー把握をするため、併せて町との連携を深めるためにも、町の管理栄養士にメニュー表をチェックしていただくことを希望する。
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。	○			利用者には食事介助が必要な方はいない。食べやすい姿勢に調整したり、食べこぼしをティッシュで取り除くなど、利用者と職員が食事を共にしながら、さりげないサポートができている。	
	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。	○			リハビリパンツを使っている利用者はいるが、アtent式おむつは使っていない。全職員がおむつをあてる心理的負担を理解し、できるだけおむつに頼らない排泄援助に心がけている。	
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。	○			職員が尿意を感じることを理解し、「食事前だから、就寝前だから」といって先走って対応するのではなく、利用者のペースにあわせ誘導している。トイレはリビング側と洗面所側の2か所にドアがあるので、注意が必要な方は洗面所側のドアの間から、職員が羞恥心に配慮しながら安全の確認をしている。	
	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)	○			ホームで入浴日を決めているが、利用者の希望があれば随時対応している。開設時からノーマライゼーションの生活に配慮し、入浴時間は夕方と決めている。	
	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)	○			利用者の希望に合わせ、美容室を希望する方は美容室で、ホームで行う場合は美容師に出張してもらって、1～2か月に1度、理美容の支援を行っている。洗面所には寄付された洗髪用いすが置かれ、安楽で、心地よい支援ができていることがうかがえる。	

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。	○			町の図書館まで散歩を兼ねて出かけたり、少し離れた畑まで園芸道具を持って歩いてゆくなど、日常生活の中に身体機能の低下予防につながる工夫ができています。	
	(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。	○			利用者の活動場面でトラブルはあるが、チーム会議で職員全員の関わり方について協議し、共通理解した上で対応しているため、当事者も他の利用者も職員も不安や支障は生じていない。	
	(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)	○			口腔ケアについて、介助を必要とする方はいない。食後の声かけや利用者自ら進んで口腔ケアを行っている。	
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。	○			服薬担当者を決め、個々の利用者が服用している薬の作用・副作用について把握している。薬を確認したうえで与薬できるようにしている。	服薬担当者はもちろん、全職員が自信を持って服薬援助ができるよう、ホーム内で勉強会を開催することが望まれる。
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)	○			年2回消防署と連携をとり、緊急時の対応についての研修会を実施している。マニュアルを作成し、手順表などは事務所やトイレに貼付、常に意識付けを行っている。緊急連絡網も作成、職員の見やすいところに貼付してある。	
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)	○			インフルエンザの予防接種を実施している。また、感染症対応マニュアルも作成している。	チーム会議などで、個々の感染症について勉強会を行い、疾患についての理解を深め、疾患別マニュアルの作成も希望する。
⑧医療・健康支援 9項目中 計		9	0	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)	○			畑で園芸作業を楽しんだり、散歩を兼ねて町の図書館に出かけたりして、ホームに閉じこもらない支援ができています。また、地域行事に参加したり、月に1回は利用者の希望を取り入れ外出している。	
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)	○			家族が気軽に訪問できる雰囲気作りができています。また、宿泊を希望する家族には宿泊できる体制もできています。	
◎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。	○			代表者及び管理者の連携は十分とれていて、共にケアサービスの向上を図る姿勢がうかがえる。	
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。	○			代表者が地元出身でないこともあり、入居の可否や職員の採用について、職員の意見を積極的に取り入れている。	
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。	○			成年後見制度を利用している利用者を通じて学んだり、地域包括センターや町とも密接に連携をとり、勉強会に参加するなどして、制度の理解を深める努力がされている。また、家族に制度について説明し、事業の推進が図られている。	
	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。	○			利用者の生活に支障がないように、職員の確保ができています。	地域性もあり、職員の希望で非常勤職員数が多くなっているが、利用者の理解を深め、さらなるケアの質の向上につなげるために常勤職員の増員を希望する。
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。		○		採用時の研修は受講しているが、職員それぞれの段階にあわせた研修会への参加は実践されていない。	ケアのマンネリ化を防ぎ、ホームが目指す質の高いケアサービスを提供するためには、全職員の意識の高さが大切である。研修に参加し、刺激を受け、さらなる質の向上につなげることを期待する。
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)	○			ホームの特色として、職員が問題提起や意見が出せるよう意見箱が設置してある。意見箱について、本社の代表ほか3人のメンバーが対応してくれている。代表者・管理者・職員全員が十分話し合えるような体制作りができていて、ストレスを感じていない。	

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)	○			事前に調査をしたり、話し合いを持ったりして、十分検討している。また、希望があれば1週間を限度に体験入居もできる体制ができています。	
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。	○			退居者は家族の金銭的理由によるもの、病状の悪化による入院、他施設に予約していて順番がきたものなどそれぞれの理由によるが、互いに十分な話し合いの上、円滑に退居支援ができています。	
	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)	○			それぞれの道具や素材に適した消毒法で衛生管理ができています。	
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。	○			薬は介護室に、包丁は流し台の内ドアに、トイレ用洗剤は利用者の目の届かない場所へと職員間で保管場所を取り決め保管している。また、夜間など職員が少ない場合は台所は施錠できる仕組みになっている。	
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。(再発防止の話し合い、今後に活かす意義づけ等)	○			ヒヤリハット報告記録に明確に記載できており、発生後、職員間で十分に話し合いを持ち、事故の再発予防につなげている。	
⑪内部の運営体制 11項目中 計		10	1			
	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。	○			積極的に情報を提供していただき、調査員に対する姿勢に好感が持てた。	
	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。	○			相談や苦情を受入れるホーム側の窓口は重要事項説明書に明記され、入居時及び機会を捉えて、家族等に説明を繰り返している。	ホーム側の窓口について明記しているが、国保連合会や県社会福祉協議会の相談窓口についても重要事項説明書に明記することが望まれる。
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。	○			居室担当者が利用者の近況を伝える報告書を利用し、家族が来訪される方については来訪時、遠距離や家族が高齢のため来訪できにくい方は、毎月、意見や要望をうかがっている。また、電話での問い合わせや要望にも対応している。	
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「久万いこいの郷だより」と共に、利用者の居室担当介護者が利用者個別の状況報告を添え、家族に伝えている。	
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。	○			個別金銭出納帳を作成し、きちんと管理できている。領収書は毎月家族に報告し、確認を得た後、まとめて保管している。	
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。	○			町との連携が十分にとれていて、町からの適切なアドバイスももらっている。また、介護相談員の受入れもしている。	
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。	○			地域の方から畑を提供していただき、園芸のアドバイスや耕すのを手伝ってもらったりしている。また野菜や魚を届けていただいたり、通りすがりに気軽に声を掛けてくれる方もいる。地域の催しに参加したり、ホーム行事にお誘いして交流を図っている。	
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)	○			図書館や消防署等の連携は密接にできている。他の施設とも電話や訪問で理解を得ている。小学校にもホームについて説明に出かけ、小学生にも理解をいただき協力を得る働きかけをしている。	
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)	○			介護教室は開催していないが、ホームの見学や福祉専門学校の研修受入れなどに取り組んでいる。	
⑭ホームと地域との交流 4項目中 計		4	0	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)	○			消防署に依頼し、年2回緊急時の対応と共に防災訓練や避難訓練を実施している。新築されたホームで防災設備は整っている。2ユニットで2人の夜間職員が助け合いできるので、利用者や職員の心理的負担は軽減できる。	
⑮その他 1項目中 計		1	0	0		

ホームID 38100

評価件数	
自己	2
外部	1
家族	11

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)	100.0%	100.0%	80.5%	83.8%	84.1%
自己(外部共通項目)	100.0%	100.0%	85.5%	87.5%	88.9%
外部	75.0%	100.0%	100.0%	95.0%	97.2%
家族	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	93.7%

★ 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。

