

# 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>代表者が訪問診療に従事する中で、グループホームの必要性を感じ設立し、現在4年目を迎えている。利用者の身体機能低下や健康状態の不安に対し、主治医や看護師、理学療法士など医療機関の協力を得て、ホーム内での献身的に努めている。利用者や家族の希望を受入れ、ホームで終末を看取った経験もある。職員の利用者への対応は、明るく穏やかであり、居間の壁の一角には顔写真付きで職員の名前を紹介し、利用者や家族が安心して職員に声を掛けやすい雰囲気をつくっていた。また、家族の他に、近所の人やボランティア、見学者、実習生らの訪問を歓迎し、利用者も訪問者の出入りに慣れているようだった。コーラスやドッグセラピーの訪問を特に楽しみにされている。職員は、自主的に家族にアンケートをとったり、調査時も謙虚に他者の意見に耳を傾け、前向きに取り組む姿勢をもっている。今後の取り組みを期待できるホームである。</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	運営理念をホーム内では共有できているが、地域へ向けでは、インターネット上で紹介している他は、理念の啓発に関する積極的な取り組みがない。町内会や住民との関わりの中で、ホームの理念や役割を伝える方法をさらに検討することが望まれる。
II 生活空間づくり	ホームはマンションの1階にあり、マンション入り口とは別に2ユニットの玄関が各々ある。その玄関は奥まっているため、初めての来訪者には分かりづらいので、看板等の表示について再検討し、分かりやすいように工夫することが望まれる。
III ケアサービス	「介護計画の見直し」を介護認定更新時期に行なっているにも関わらず、計画の実施期間が明記されていなかった。毎日のチェックや1か月毎のカンファレンスの取り組みを活かすためにも、実施期間を明記、計画目標の達成時期を意識して、さらに発展的な見直しが望まれる。「緊急時の手当て」「感染症対策」については、現在も消防士の救命講習や感染症対策マニュアルなどの取り組みはあるが、職員の応急手当技術の不安やマニュアルの活用不足があるため、さらに実践につながるよう、技術講習の継続、マニュアル内容の見直しなど、検討することが望まれる。「ホームに閉じこもらない場合の支援」では、年4～5回の行事を計画、外出の機会もあるが、地域の催しなどに参加する機会がないようなので、さらに周辺地域へ出かける機会を作ることを期待する。
IV 運営体制	「成年後見制度などの活用推進」は、認識不足の職員が多いため、概要やホームの取り組みについて明確にすることが望まれる。「継続的な研修の受講」は、職員が交代で研修に参加しているが、伝達機会がないため、その取り組みが求められる。「ストレス解消策」については、以前はメンタルケアのための派遣員を導入していたが、現在は、その取り組みがないため、再度、スーパーバイザーの導入等を検討することに期待したい。「事故の報告書と活用」については、報告書は作成しているが、活用方法や必要性について思案しているため、職員全員でその活用方法について検討することが望まれる。「市との関わり」「周辺施設等の理解・協力への働きかけ」「ホーム機能の地域への還元」については、いずれも積極的な取り組みが少ないため、今後少しずつ取り組み範囲を広げていかなることを期待している。
V その他	火災報知機等の設備の整備、火災発生時の緊急連絡体制や利用者参加の避難訓練など積極的に取り組んでいる。今後は不足している、地域との連携体制作りや夜間想定避難訓練についての取り組みに期待している。

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	3
II 生活空間づくり		
② 家庭的な生活環境づくり	4項目	3
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	6
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	7
⑨ 地域生活	1項目	0
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	7
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	1
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					
	<b>I 運営理念</b> 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。	○			各ユニット長はホームの意義について理解し、職員と同じ勤務体制をとり、利用者により近い立場で運営方針に関する具体的な話をしている。また、ユニット毎に行なっているカンファレンスでは、ユニット長が進行役となり、運営方針についての話をすることもある。	
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。	○			各ユニットの玄関に入って正面と事務所の壁の見やすい位置に、額縁に入れた運営方針を掲げている。職員は、業務中にこれを見て、その通りの介護ができていないか、また、できるように自問している。	
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。	○			「利用契約書」に「契約者及び入居者の権利」「契約者及び入居者の義務」の条項を設け、具体的に利用者の権利・義務を明示している。入居前に施設長が利用者、家族へ説明し、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)	○			町内会に加入し、公民館役員を知っているが、回覧板を回したり、お祭りの神輿を迎えるのみで、公民館活動に参加するまでには至っていない。ホームページなどインターネット上でホームの方針や活動を紹介しているが、それ以外の取り組みはしていない。	町内会の活動や住民との関わりの中で、ホームの理念や役割、活動など伝える方法を引き続き検討することが望まれる。
<b>①運営理念 4項目中 計</b>		3	1	0		
	<b>II 生活空間づくり</b> 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)	○			ホームはマンションの1階にあり、その入り口とは別の位置に2ユニットの玄関がそれぞれある。その玄関が奥まっているため、ホームの表札が目立たず、初めての訪問者にとっては、わかりにくい状況であった。先の外部評価でもこの点を取り上げられ、検討はしてきているが、玄関先のエリアがホームの敷地ではないために、取り組みに限界がある。玄関先には観葉植物や花を植えていた。	違和感、威圧感はなく、利用者や家族、馴染みの訪問者にとっては、現状でも支障ないようだが、ホームの玄関を示す方法を再度検討することが望まれる。物理的に困難であれば、利用案内の明記の工夫など多方面から検討されることを期待している。
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。	○			廊下や居間に絵画や行事の写真など適度な装飾を掲示しており、落ち着いた雰囲気があった。食堂や居間のテーブル、椅子も家庭的な物を使っていた。	
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。	○			食事の終わった利用者から、居間や居室へ移動し、思い思いに過ごしていた。中庭にはチェアを置いていた。	

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。	○			ベッド、引出し箆笥などの収納家具をホームが用意している。その他、使い慣れた箆笥や鏡台、装飾品が置かれ、利用者それぞれの部屋に個々、雰囲気があった。また、位牌を置かれている利用者もいる。	
<b>②家庭的な生活環境づくり 4項目中 計</b>			3	1	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)	○			靴の「脱ぐ」「履く」が安全にできるように、玄関に椅子を常時置いている。廊下、トイレ、浴室には手すりがあり、使い勝手には支障がない状況であった。浴室には折りたたみ式のシャワーチェアもあり、浴槽入浴の困難な利用者が使っている。トイレは、脱衣室内にカーテンで仕切られたものも含めて3か所あり、利用者の状況に応じて使えるように設置されている。	
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)	○			部屋やトイレの入り口のドアは同じであったが、利用者のネームプレートや「トイレ」の表示により、場所間違いはない状況である。	
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)	○			両ユニット共、食堂や居間の共用空間の窓が大きく、適度な明るさであった。職員の会話のトーンやテレビの音量は、静か過ぎず、うるさ過ぎず、適量であった。	
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。	○			訪問日は真夏日であったが、ホーム内はクーラーで快適な室温であった。温度計を置き、随時換気をし、室温調整をしている。冬場は、トイレにも暖房器具を置き、室温に注意している。	
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。	○			居間や食堂の壁に、時計やカレンダーを置いている。位置もその大きさも適度で見やすかった。	
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)	○			小説や絵本など様々なジャンルの本、世界遺産や戦争時代などのビデオやランプ、ゲーム、手作りの歌詞本など、利用者の好む物を中心に用意している。	
<b>③心身の状態に合わせた生活空間づくり 6項目中 計</b>			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
	<b>Ⅲ ケアサービス</b> 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。	○			入居相談時に情報収集した、生活歴や生活習慣などのアセスメントや入居後に確認する「<ケアチェック要約表>」、さらに「利用者の困っていることは何か?」を考慮して、介護計画(「援助計画」)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。	○			月1回、9時～11時、各ユニットでカンファレンスを開き、職員全員で利用者の現状を確認している。欠席者にもその内容を伝えると共に意見を聞いている。「援助計画・チェック表」を毎日計画通り実施できたかを確認し、記録している。	
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。	○			家族へは面会時や援助計画の説明時などに意見を確認し、利用者の意向は普段の言動から考慮して、介護計画(「援助計画」)を作成している。さらに、意向を引き出すために、家族や利用者を変えた個別のカンファレンスの実施について検討している。	引き続き、利用者・家族を交えた個別カンファレンスについて検討し、年に1回、少数からでも実施することを期待する。
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。		○		利用者の状態変化に応じ随時計画を変更し、定期的な見直しは介護認定更新時期にしている。「援助計画・チェック表」は計画と評価が1枚でまとまり見やすいが、「策定期間」の部分に記録がなく、計画の達成目安を意識していない状況であった。	毎日のチェックで利用者の状態観察はよくできているため、「策定期間」を表わすことにより、さらに、計画の達成時期の明確化や発展的な見直しにつなげることが望まれる。
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、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。	○			体温・血圧・食事量・排泄などの記録の「個人別バイタルチェック表」「経過総合記録」などの個人記録と介護計画記録は別にして個人ファイルに綴じている。「経過総合記録」は時系列に日勤・夜勤帯の記録を色別している。	
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・夜勤者の申し送りは常に行ない、申し送りノートや個別の「経過総合記録」などを勤務前に確認して、全職員に情報伝達できる仕組みがある。訪問調査日程についても申し送られていた。	
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、9時から11時の職員の出席しやすい時間帯にカンファレンスを開き、意見している。また、緊急で話し合いが必要な時は、随時、その機会をとっている。欠席者にも内容を伝えたり、意見を聞いている。	
<b>④ケアマネジメント 7項目中 計</b>		6	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)	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)	○			調査時、利用者の言動に対して否定したり、強要する場面はなかった。食事のすすみにくい利用者へも、一口でも多く食べられるよう穏かに声をかけ、残してもそれを普通に受入れていた。	
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、やさしい雰囲気です。	○			介護度の高い利用者が多く、職員の負担も大きくなっているが、どの職員も穏やかに、また、明るく対応していて、心地よい雰囲気であった。	
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。	○			入居前のアセスメントで生活歴や経験を聞いたり、その後の利用者、家族との関わりの中で情報を追加し、利用者の生活スタイルや趣味活動などに活かしている。	
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。	○			食事時間をずらしている利用者もいた。食後の歯磨きを拒否する利用者に対し、それを入浴前後に勧め、利用者ができる方法を考慮していた。利用者の身体機能低下傾向のため、困難になっているが、以前のように利用者が入浴したい時間に入浴できるよう対応したいと職員は考えている。	思う時に入浴することに関しては、対応困難なことが多いと察するが、現在思案されていることを大事にされ、引き続き利用者の状態、意向に合わせて可能な限り対応されることを期待している。
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)	○			洋服、おやつ、飲み物、誕生日などや祝い事の食事などは、利用者を選択してもらっている。	
27	35 ○一人ですることへの配慮 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)	○			洗濯物を干したり、たたんだりを職員は利用者と一緒にしている。利用者が自力で、歯ブラシに歯磨き粉をつけ歯磨きをしている場面もあった。	
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、身体的にも精神的にも拘束を行わない、という意識で介護にあたり、拘束例はない状況である。	
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)	○			日中は玄関に鍵をかけず、玄関のセンサーのチャイムと見守りで利用者の所在を確認している。外出傾向の強い利用者へは、外出を優先し、職員が同行するようにしている。	
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。	○			病院から入居する利用者が多く、使い慣れた食器を持ちこむ例は少ないが、ホームが、誕生日に箸や茶碗、湯のみをプレゼントして利用者一人ひとりの食器が用意されている。他の食器も、陶器で家庭的な物である。	
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。	○			嚥下困難な利用者に対し寒天ゼリーを添えたり、汁物にはとろみをつけたり、工夫をしていた。台所に個別の調理方法や好みなどのメモを掲示し、確認しながら調理できる仕組みになっている。	
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。	○			協力医療機関の栄養士に参考メニュー作製の協力を依頼している。献立にカロリーを明記し、おおまかに摂取カロリーを把握している。状態変化のある時は、さらに細かく水分、カロリーの摂取状態を記録している。	
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。	○			利用者の中には、食事中、咳き込みやむせる方がいて、他の利用者がそれで気分を害することがあるので、テーブルの配置や席を変え、できるだけ快適に食事がすすむように工夫している。職員も一緒に席につき、咳き込みのひどい利用者への対応を自然体で行っていた。	
	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、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。	○			おむつの種類は数種類あり、利用者の一人ひとりの状態に合わせて使っている。また、「個人別バイタルチェック表」や「排便チェック表」に排尿や排便の内容を記録し、トイレで排泄できるよう誘導時間を見計らっている。	
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。	○			トイレへ誘導する時には、さりげなく他者に気づかれないように声をかけ、また、排泄介護の、特に失禁時には、「大丈夫」などと、声のかけ方に気をつけ、不安を与えないようにしている。	
	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)	○			週3回、午後1時半から入浴をしている。入浴時間は利用者の希望に応じている。入浴を拒否している利用者が、職員の工夫した誘いで入浴し、一転して喜びくつろいでいる、という事例を紹介していただいた。浴槽につかることが困難な利用者へは、シャワーチェアで対応している。	
	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)	○			経済的なことを考慮し、職員が散髪を行っている。希望により、職員が行き帰り同行して顔見知りの美容室へ行く利用者もいる。	

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
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さげなくカバーしている。(髷、着衣、履き物、食べこぼし、口の周囲等)	○			衣服の乱れや食べこぼしなどに気づいた時には、他利用者のいない場へ誘導し、一緒に直している。食事時は、おしぼりやティッシュを用意しているため、それを使って、自分で口元を意識して拭く利用者もいた。	
	5) 睡眠・休息					
39	60					
	○安眠の支援 利用者一人ひとりの睡眠の 패턴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。	○			夜勤者から日勤者へ利用者の睡眠状態の報告を受け、日中活動の取り組みを考えている。主治医からの指示を受け、眠剤を服用している利用者もいるが、日中は活動してもらい、不眠時は見守りながら安眠できるよう支援している。	
<b>⑥日常生活行為の支援 10項目中 計</b>		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。	○			利用者の状態・意向を確認し、家族と相談のうえ、2ユニット合わせて4人の利用者が2,000～3,000円を自己管理している。それ以外の利用者も、外出先では、ホームで管理しているお金を渡し、自分で支払いができるよう支援している。	
	(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)	○			ホームのあらゆる場面で使う新聞の小物入れは、利用者が毎日折って作った物である。開設以来、使い続けているランチョンマットを毎食後丁寧に拭いている利用者もいた。洗濯物干しや洗濯物たたみ、おしぼり巻きも毎日利用者が行っている。	
<b>⑦生活支援 2項目中 計</b>		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)	○			ホームの代表者が主治医であり、相談しやすい状況である。ターミナルケアを行なった時も、主治医や看護師の協力があり、家族と共に穏かに利用者を看取った経験を紹介された。	
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。	○			協力医療機関への入院が多く、入院先での話し合いに参加したり、利用者の面会や連携もしやすく、いつでも退院できるよう準備している。原則入院後1か月の目安で部屋を確保しているが、それ以上の期間でも柔軟に対応している。	
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週間に1回、主治医の往診、必要時には検査受診などで、利用者の健康管理をしている。家族アンケートから、市の健康診断や検診を希望する利用者へは、その対応もしている。	

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。	○			長い廊下を活用し、歩行練習をしている。足裏マッサージ器を使ってマッサージもしている。散歩で近くの大学内を散歩することもある。利用者の半数は訪問リハビリを受け、さらに身体機能低下に努めている。ドッグセラピーも定期的にあり、利用者は犬との触れ合いを楽しみにしている。	
	(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。	○			トラブルの起こった時には、両者の話をよく聞くように努めている。また、トラブルや再発が予期できる時は、食堂の席を変えるなど、防止対策も行っている。	
	(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、歯磨きをするよう支援している。入れ歯は、夜間、ポリデントにつけて清潔にしているが、これらのことを頑固に拒否する利用者もいて、職員は1回でも多く歯磨きができるよう、入浴時に磨くなど、試行錯誤しながら気長に対応している。	
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。	○			利用者が医師の指示通り服薬できるよう、職員は処方箋や薬の説明書を確認している。「薬の理解が不十分」との自己評価があり、さらに努力することを検討している。	さらに、職員全員で薬についての理解を深めることを期待している。
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)		○		職員は、年1回、消防士の救命講習を受けている。利用者の急変時には、状態観察、体温などを計り、主治医へ報告、指示や往診を受けている。電話のそばに緊急連絡網を掲示している。職員は手当てなどの技術が不足しているため、講習を頻回にするなど検討している。	職員全員で緊急時の手当てができるよう、勉強会や講習会をさらに定期的に行なうことが望まれる。
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)		○		インフルエンザ予防については、予防接種をするなどの対策を行っているが、他の感染症については、一般的な予防マニュアルにとどまり、そのマニュアル冊子は事務所の棚に置かれ、目に触れにくい。最近、疥癬症の対策にあたり、改善したところである。	マニュアルの内容を、ホームで取り組みやすい独自の物に見直し、職員全員が見やすいよう保管場所も検討することが望まれる。
<b>⑧医療・健康支援 9項目中 計</b>		7	2	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)		○		年間行事を計画し、4～5回は温泉や観光地などへ外出する機会を作っている。普段の生活の中で地域の催しに出かける機会はほとんどないため、家族やボランティアの協力を得て、参加していくことを検討している。	少数の利用者からでも、希望に応じ、地域の催しへ参加することを試み、地域との交流が深まることが望まれる。
<b>⑨地域生活 1項目中 計</b>		0	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)	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)	○			面会家族にはお茶をもてなしたり、ゆっくりくつろげるよう配慮している。また、遠方から来る家族に対し、希望があれば宿泊や食事が利用者と一緒に対応している。	
◎家族との交流支援 1項目中 計		1	0	0		
	<b>IV 運営体制</b> 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。	○			代表者はホームへの訪問は定期的に行い、また、主治医としても定期的な管理者会議で、ホームの現状などを把握している。	
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。	○			利用者の受入れについて、入居相談後、職員に紹介し、意見を聞き参考にしている。	
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体制度が確保されている。		○		成年後見制度を活用している利用者がいる。制度の説明案内を必要性のある利用者や家族へ配布し、紹介するなどしているが、ホーム内の窓口や制度の概要を職員が把握するまでに至っていない。	職員は、制度概要の知識を高め、ホーム内でどのように取り組んでいくか明確にすることが望まれる。
	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。	○			出産のための退職者に対し、早めに募集を行い、欠員の補充をしている。早出・日勤・遅出・夜勤・短時間パートをバランス良く振り分けたローテーションになっている。施設長が現在のところ対外的な役割になっているため、ユニット長や主任はホーム内のことに専念できている。	
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。		○		研修会には、職員が交代で参加している。その後、報告書を提出するが、他の職員に報告する機会がない。	研修会に参加できなかった職員も、学びを共有できるよう、研修会の報告方法を検討することが望まれる。
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)		○		これまで、外部からメンタルケア派遣員の訪問を受けていたが、派遣員が長く続かなかった経緯がある。現在、介護職に精通したスーパーバイザーの導入を検討している。ストレスの解消には個人差があり、ホーム内の取り組みが必要である。	是非、スーパーバイザーの導入が実現することを期待している。

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
	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)	○			入居相談時にアセスメントをとり、診断書や介護保険証も確認し入居の決定を行っている。、これらの記録、コピーは個人別のファイルに綴じている。	
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。	○			入院による退居のケースが多いが、退院後の相談を受けたり、また、入院中の話し合いにも共に参加し、家族の不安を緩和するようフォローしている。	
	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)	○			まな板は毎夕、ハイターにつけ、食器は洗浄後、乾燥機に入れている。	
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、洗剤、包丁とも、それぞれの保管場所を決め、利用者から見えにくい位置で管理している。	
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、今後活かす意義づけ等)	○			転倒などに関わった職員が事故報告書を作成し、カンファレンスで状況の確認、対策の話し合いをしている。それらの状況は個別の記録に記して、事故報告書はファイルに綴じているが、職員間の回覧はしていない。管理職は、それが「責任所在を表わすだけの書類になっていないか」「必要な書類か」等、活用方法について思案している。	事故報告書は、職員全員で回覧し、事故防止につなげていくための書類として活用できるよう、再度職員で見直すことが望まれる。
⑩内部の運営体制 11項目中 計		7	4	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。	○			訪問時、情報を積極的に提供していただき、協力的であった。	
	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」にホーム内、外部の苦情相談窓口を詳細に明示し、家族へ説明している。些細な意見も記録し、その後の対応に気をつけている。	
⑪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。	○			面会時に声をかけ、家族が職員と話しやすい雰囲気を作っている。介護計画書を作成時期に説明し、要望を聞いたり、アンケートもとっている。掲示版には、利用者・家族が分かりやすいよう、写真付きで職員の紹介をしていた。	
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)	○			家族会を年に数回開いている。また、ホームの行事を案内したり、2か月に1回、個別に利用者の日常の様子を知らせるため手紙や写真を送っている。ホームの掲示版にも写真が貼られ、生活ぶりがよく分かった。	
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。	○			出納帳に個別で預かり金の収支を領収書やレシートを添えて整理している。預かり金が少なくなった時や家族から閲覧を要求された時等、不定期に家族へ詳細を説明し、サインをしてもらっている。	出納帳の確認は現状の不定期でも支障はないようだが、利用料の請求時、あるいは利用者の近況報告時などと共に定期的に確認してもらう方法をとることを望む。
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。		○		これまで、市や在宅介護支援センターなどと活動の協力をしたことがない。今後、民生委員や市の担当職員と運営推進会議の検討をしている。	互いに連携不足のところがあるため、運営推進会議の開催に向けて積極的にアプローチをするなど、できることから少しずつ取り組むことが望まれる。
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。	○			近所の人や、定期的にコーラスなどのボランティアで来訪してくる。また、同じビルに住む高齢者が散歩がてら中庭に来ることもある。来訪者を歓迎する雰囲気がある。	
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)		○		近くの美容室や商店をよく利用し、顔なじみになり、ホームの理解が得やすくなっている。また、東雲短大・大学生の実習の場として提供したり、大学構内を利用者が散歩するなどの交流はあるが、警察や消防署も含めて、周辺施設への積極的な働きかけは、少ない状況である。	地域の担当交番や消防署などの所在を把握することから始め、理解を広げるための働きかけを少しずつ取り組むことが望まれる。
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)		○		見学やボランティアを積極的に受入れている。特に、東雲大学の学生の体験学習(週1回9:30~17:30)を受入れる予定がある。外部に向けての還元活動をしていないため、少しずつ取り組む考えである。	日頃、認知症ケアをしている社会資源として、地域へのホーム機能の還元が望まれる。法人内のグループホームや協力医療機関、包括支援センターなどと協力して実施することも可能である。
⑭ホームと地域との交流 4項目中 計		1	3	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)		○		消防士の点検を受け、警報機、火災報知機、非常口の表示などを整備している。年1回は利用者も参加しての避難訓練を実施している。火災発生時の緊急対応マニュアルも職員の目につくところへ掲示している。地域との連携については未対策であるので、今後、取り組みを検討する予定である。	ホーム内での対策はできているので、避難訓練については夜間も想定して実施し、今後、検討予定の地域との連携体制作りを早急に行うことが求められる。
⑮その他 1項目中 計		0	1	0		

ホームID	38105
評価件数	
自己	2
外部	1
家族	12

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)	40.0%	100.0%	87.7%	80.0%	84.8%
自己(外部共通項目)	50.0%	100.0%	86.8%	80.0%	84.7%
外部	75.0%	90.0%	89.5%	65.0%	81.9%
家族	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	85.9%

**★ 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。

