

# 1 評価報告概要表

全体を通して(特に良いと思われる点)	
自然が残る住宅地域で、近くに公園・川・集会所があり、利用者の生活に変化をもたらせることができる。開設して1年半の経過であるが、利用者・職員は落ち着いた状況である。ケアは丁寧で、業務に関する委員会を職員で作り、より質の向上に努力している。地域との繋がりも少しずつ進んでおり、地域の代表者との話し合いは続けている。また、地域と共同で防災訓練も実施している。様々なマニュアルは充実しており、記録類も工夫を重ねている。	
分野	特記事項(特に改善を要すると思われる点)
I	要改善点は特に無い。(現状の維持、そして更なる充実を期待している。)
運営理念	
II	要改善点は特に無い。(現状の維持、そして更なる充実を期待している。)
生活空間づくり	
III	利用者の食事や水分について、摂取量は把握できているが、時々、栄養士等専門家のアドバイスを受け、摂取カロリーを把握しておくことが望まれる。また、緊急時の対応について救急救命士による訓練を受けているが、日常的に起こりやすい事故等については、実技訓練を繰り返し計画する事が望まれる。利用者は散歩したり、買い物に行ったりと、外に出る機会を多く作り、ホーム内の生活だけでなく、外で楽しめる雰囲気作りを期待したい。
ケアサービス	
IV	研修は充実しており、各自学んでいるが、受講後の報告書の提出や伝達講習の計画等、他の職員へ周知する事が望まれる。
運営体制	
V	要改善点は特に無い。(現状の維持、そして更なる充実を期待している。)
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	4
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	9
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	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	9
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						
		<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。)に関す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。	○			定期的な会議や日常の中で、運営方針や目標等について話しており、内部研修や時々配布しているメッセージ等でも伝えている。職員間でアンケートをとった後、話し合っ、具体的な目標も共有している。	
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。	○			運営理念は利用案内時の説明書に明示し、ホーム内の見やすいところ4か所に掲示している。また、家族や利用者者に説明している。	
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。	○			権利・義務については、利用案内時の説明書及び契約書に分かりやすく明示し、説明して同意を得ている。	
		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)	○			運営推進会議を2か月に1回定期的に開催し、既に4回開催しており、地域の方々の活発な発言もある。松山では一番早く、地域の自主防災会と共同で防災訓練を実施した。今後、地域の方と共に取り組みを考えている。	
<b>①運営理念 4項目中 計</b>			4	0	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)	○			玄関には草花が植えてあり、ベンチも有り、ゆったりと過ごす事ができる。入口も分かりやすい。	
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。	○			木目の物を多く取り入れており、家具も落ち着いて家庭的である。	
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。	○			ベンチ、ソファ、いすが置かれており、利用者が思い思いに過ごせる居場所は十分に確保できている。	

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
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。	○			家庭で使用していた冷蔵庫、テレビ、テーブルや仏壇、写真、飾り等持参されている。配置も利用者が自由にしている。	
<b>②家庭的な生活環境づくり 4項目中 計</b>			4	0	0		
		<b>2. 心身の状態にあわせた生活空間づくり</b>					
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)	○			ベットの高さを調節したり、浴槽に滑り止めマットを敷いたり、トイレ・浴室・廊下等の適所に手摺りを設置している。	
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、家庭的な雰囲気をごわさずに、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)	○			居室の入口に大きめの字で書いた名札が掛けてあり、目印としている。トイレの表示は無いが、今のところ利用者の状態から必要性は無い。利用者の状況により対応している。	
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)	○			音の大きさは、特に気にならない。西日などの暑さ対策は、熱遮断のフィルムを貼って効果を得ている。	
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。	○			換気は適宜行っている。冷暖房は利用者の状況に配慮しながら対応している。	
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。	○			リビングにシンプルで見やすい時計がある。また、適所に日めくりやカレンダーを掛けている。	
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)	○			手芸用品、お手玉、パズル、絵本、園芸道具等が用意されており、利用者は自由に利用している。	
<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		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>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。	○			入居前、入居後も利用者に関する情報を詳細に収集し、個々の具体的な計画が出来ている。	
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回の定期的なカンファレンスや毎日のチェック表を確認する事で、職員間で十分確認・共有出来ている。	
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。	○			利用者や家族の意見を大切にして、相談しながら介護計画を作成している。	
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。	○			定期時に、また、状況が変化した時に見直しを行っている。毎月のカンファレンスでは、ケアチェック表の評価と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。	○			時系列で具体的に記録し、利用者個々の変化の把握に努めている。	
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。	○			業務前に記録へ目を通してから、申し送りを行っている。申し送りノート等、日誌や記録、口頭で確実に伝えられるようにしている。	
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。	○			定期的カンファレンスを行い、活発に意見交換が出来ている。また、委員会を作って個々の活動を点検・評価し、ケアの質の向上に努めている。	
④ケアマネジメント 7項目中 計			7	0	0		

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						
		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)	○			利用者一人ひとりを尊重し、さりげない支援がスムーズに出来ている。	
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。	○			利用者のペースに合わせて、ゆっくりと穏やかに接している。	
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。	○			家族や利用者本人からの情報は観察日記に書きとめ、職員間で情報を共有し、ケアに活かしている。	
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。	○			利用者本人のペースを尊重し、「ちょっと待つて」は言わないよう心がけている。	
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)	○			おやつや入浴等、本人の希望するものを選んでもらう場面を多く作っている。	
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)	○			利用者の「できること」「できそうな事」は見守りや、一緒に行う事で自立支援している。	
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。	○			職員は身体拘束の弊害を正しく認識し、拘束のないケアを実践している。	
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)	○			利用者は、日中、玄関の出入りを自由に行っている。利用者の行動は把握できており、施錠やアラームは必要としない。	
⑤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 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						
		(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。	○			馴染みの食器の持ち込みや職員による利用者への誕生日プレゼントに本人の好む食器等を渡している。	
31	44	○ 利用者一人ひとりに合わせた調理方法・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。	○			利用者に合わせた盛り付けをしている。煮た物、小さく切った物、量を調節した物等で出来るだけ同じものを準備している。	
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そ把握している。		○		利用者の摂取量や水分量はチェックしている。献立は利用者の希望等活かし調理している。バランスや旬の食材の調理等、気に掛けているが、摂取カロリーの把握はできていない。	栄養士等専門家のアドバイスを受け、摂取カロリーを計算し、数値として把握していく事が望まれる。
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。	○			職員も利用者と共に食事をして、介助の必要な人や支援の必要には、さりげなく対応している。会話も少しづつされている。ペースも各々に違うが、急がせてはいない。	
		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。	○			紙パンツの着用者はいるが、利用者各々の排泄パターンをチェックしてあり、トイレでの排泄に向けた支援をしている。	
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。	○			排泄の誘導は、そっと行っており配慮している。失禁時は、トイレ、浴室、居室等状況に応じて、さりげなくプライバシーに配慮して対応している。	
		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)	○			利用者の希望を聴き、ゆっくり入浴できるよう、支援している。	
		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)	○			出張理美容室の利用や、行きつけの美容院の利用等、希望に添っている。	



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
外部	自己						
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)	○			季節に合った服装で、女性の方は彩りよく、髪もとかしており、お洒落である。男性も髭を綺麗に剃っている。	
		5) 睡眠・休息					
39	60	○安眠の支援 利用者一人ひとりの睡眠の 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じた安眠策を取っている。	○			個々の生活パターンを尊重しながら、日中の行動で夜間安眠できるよう支援している。出来る限り睡眠薬は使用しないようにしている。	
⑥日常生活行為の支援 10項目中 計			9	1	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。	○			利用者の能力に応じて支援している。出張パン販売の利用やスーパーの利用等、回数は少ないが希望や力量に応じて利用者本人が支払いが出来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)	○			園芸・食器洗いや後片付け、掃除、洗濯物たたみ、小動物との生活や世話等、職員と共に行っている。	
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)	○			協力医療機関等との連携は密に取れており、相談はきちんと出来ている。看護職3名が主となり、連携している。	
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。	○			入居時に、利用者や家族と話し合いが出来ており、早期退院にむけた働きかけはスムーズに行っている。	
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。	○			利用者全員、医療機関にかかっているため、健康面での管理は出来ている。	利用者の状態や検診の状況は、データとして把握することを期待する。

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						
		(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。	○			日常的な生活リハビリを中心に取り組んでいる。また、作業療法士による集団リハビリを隔週で取り入れている。	
		(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。	○			双方の話をよく聴くようにしている。また、トラブルを予測できる場合もあり、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)	○			朝夕、利用者が口腔の清潔を行なう時に支援している。必要に応じて歯科医の往診を受けている。	
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。	○			職員は医師の指示通り、服薬できるよう薬の目的や用法等を理解し、服薬の確認、症状の変化を確認している。	
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)		○		救急救命士による、全職員対象の訓練を実施し、毎年継続的に行えるよう計画している。しかし、実践には不安が残り、特に夜間は強い。	実技訓練の回数を多くし、職員の不安を払拭する事が望まれる。特に、日常的に起こりやすいことについて、実技訓練を続ける事を期待する。
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)	○			マニュアルを作成し、職員に配布し、いつでも見ることができる場所へ置いている。うがい、手洗いを励行し、トイレ、手洗い場は紙タオルを使用している。インフルエンザワクチンを接種している。	
<b>⑧医療・健康支援 9項目中 計</b>			<b>8</b>	<b>1</b>	<b>0</b>		
		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)		○		近くの散歩は出来ているが、買い物や遠くへの外出はあまり出来ていない。職員の外出支援体制を整え、介護度の重い方も含めて計画する事を期待する。	支援について工夫したいとの意欲もあるため、外出について職員間で検討していく事が望まれる。
<b>⑨地域生活 1項目中 計</b>			<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>		



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						
		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)	○			家族が訪問しやすいよう、時間の制限はしていない。居心地よく過ごせるよう、お茶を出すなどの気遣いもしている。居室への宿泊も可能である。	
<b>⑩家族との交流支援 1項目中 計</b>			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（管理者）は質の向上に熱心に取り組んでおり、開設して1年半程度だが、活発に職員と話し合うシステムの充実に取り組んでいる。	
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。	○			運営方法については職員の意見を聞いており、内容別プロジェクトを作って反映するシステムを作っている。	
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。		○		学習会を1回開催したが、まだ十分でない。現在、対象となる利用者はいないが、より具体的に職員全員が理解するような学びを続けることを期待したい。	具体的な利用等についての研修会を開催し、実践につなげる事が望まれる。
		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。	○			利用者の生活の流れや状況によって職員のローテーションを組んでいる。	
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。		○		採用時、段階に応じて研修を実施している。また、外部の研修を受講している。しかし、受講後の報告書、伝達講習等が不十分である。	研修後の報告書の提出や伝達講習について、具体的に検討する事が望まれる。
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）	○			食事会や親睦会でゆっくり話し合っている。また、夜勤で時間のある時、悩みや相談等を個人的に話し合ったりしている。2つのユニットの交流をするため、1日職員を交代する事も実施している。	

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
外部	自己						
		<b>3. 入居時及び退居時の対応方針</b>					
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)	○			事前面接を始め書類等検討し、家族や利用者の希望等を聴いて検討している。	
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。	○			利用者や家族と話し合っ、納得した退居先に移れるよう支援している。また、病院に入院時は利用者の状態を知らせている。	
		<b>4. 衛生・安全管理</b>					
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)	○			マニュアルを作成し、日常的に物品の管理をし、衛生管理が出来ている。	
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。	○			薬品は事務室の戸棚の中に、洗剤等は利用者の目に触れない場所に保管している。刃物は戸棚の中の所定位置に保管・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、今後に活かす意義づけ等)	○			事故報告書、ヒヤリハット報告書は書きやすく、分析しやすい様式になっている。報告書の意味も明記している。	
<b>⑪内部の運営体制 11項目中 計</b>			9	2	0		
		<b>5. 情報の開示・提供</b>					
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。	○			書類を始め、積極的に情報を提供し、質の向上に取り組んでいる様子がよく分かる。	
		<b>6. 相談・苦情への対応</b>					
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。	○			重要事項説明書に苦情・相談窓口を明記し、利用者や家族に説明している。また、入口にも明示している。	
<b>⑫情報・相談・苦情 2項目中 計</b>			2	0	0		

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>7. ホームと家族との交流</b>					
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。	○			年3回家族会を開催し、意見を取り入れている。また、面会時や定期的な連絡時に意見を聴いたり、相談している。アンケートもとり、意見を聴いている。	
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)	○			定期的に「ホーム便り」を配布し、利用者の日頃の様子やホームでの取り組みなど、情報提供している。	
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。	○			お金の管理の出来ない方は、毎月、通帳のコピーを送付し、確認してもらっている。また、現金を預かっている利用者は金銭出納帳に記入し、面会時等に確認してもらっている。	
<b>⑬ホームと家族との交流 3項目中 計</b>			3	0	0		
		<b>8. ホームと地域との交流</b>					
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。	○			運営推進会議へ市の介護保険課職員の出席があり、必要な手続き等では介護保険、生活保護関係の係と連携をとっている。	
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。	○			近くの住民の方々と良い関係が出来ており、気軽に声を掛けていただいている。時に、野菜等の差し入れもある。	
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)	○			運営推進会議で地域の代表の方とも情報交換している。また、集会所でも地域の代表者と話し合いを持つ予定である。お互い交流を深めていけるように話し合っている。消防署・商店等との交流も進んでいる。	
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)	○			小学生の見学や自由研究の受入れを行った。地域の代表者との話し合いで、来年度は地域への受入を具体的に計画予定である。	
<b>⑭ホームと地域との交流 4項目中 計</b>			4	0	0		
		<b>V その他</b>					
		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、夜間も念頭において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)	○			地域と合同で防災訓練を実施した。防災マニュアルがあり、避難誘導訓練は定期的実施している。通報体制、連絡体制も確保し、訓練している。	
<b>⑮その他 1項目中 計</b>			1	0	0		

ホームID 38147

評価件数		
自己		2
外部		1
家族		15

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)	80.0%	100.0%	90.9%	85.0%	89.6%
自己(外部共通項目)	100.0%	100.0%	94.7%	85.0%	93.1%
外部	100.0%	100.0%	92.1%	90.0%	93.1%
家族	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	89.7%

**★ 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。

