

1 評価報告概要表

全体を通して(特に良いと思われる点)	
砂浜が広がる海辺に面して3階の建物の1階がホームである。母体が医療機関であり、特にリハビリに力を入れていてホーム内には訓練用器具を設置し、リハビリ職員による機能訓練も行なっている。また、衛生面での細やかな配慮により利用者の感染を防ぐことにも力を注いでいる。ホームは開設4年を経て、職員は利用者の思いを大切にしながら介護にあたり、共に仲良く楽しく過ごせるよう心がけている。同系列のホームや地域との交流も活発である。	
分野	特記事項(特に改善を要すると思われる点)
I	要改善点はない。(現状の維持、そしてさらなる充実が期待される。)
運営理念	
II	要改善点はない。(現状の維持、そしてさらなる充実が期待される。)
生活空間づくり	
III	要改善点はない。(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	
IV	事故報告書やヒヤリハット報告書は作成しているが、今一度、再発防止の視点で報告書の様式の検討を望む。
運営体制	
V	要改善点はない。(現状の維持、そしてさらなる充実が期待される。)
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	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。	○			全職員で話し合っって作った分かりやすい理念である。さらに、この理念を全員で共有し、日々のケアに繋げている。	理念の中で、さらに具体的に表現することで、日常のケアと関連づけ易いものもある。今一度、理念の振り返りを期待する。
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。	○			事務室と居間の見やすいところに明示している。特に、居間には習字の上手な利用者が筆で大きく書いた理念を掲げていて、親しみがあがる。理念を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。	○			権利・義務と明記はしていないが、重要事項説明書や契約書に権利・義務に関する事項を分かりやすく記載していて、利用者や家族に説明し同意も得ている。	
		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)	○			運営推進会議などでホームの理念や役割が地域に理解されるよう説明し、啓発に努めている。	
①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、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)	○			玄関周りに季節の草花を植え、親しみやすい表札をかけるなどして、家庭的で訪ねやすい雰囲気づくりを心がけている。	
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。	○			居間には家庭的なソファを置き、利用者の習字や作品を展示し、お雛さまを飾るなどしてアットホームな雰囲気がある。台所、浴室、トイレなども家庭的である。	
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。	○			居間にはソファや食卓用の椅子があり、廊下の片隅には1人用の椅子を置き、利用者が自由に過ごせる空間を確保している。	

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						
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。	○			居室は使い慣れたタンスや椅子、時計、ぬいぐるみなどが持ち込まれ、安心して暮らせる場所となっている。	
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)	○			要所へ手摺りを設置し、浴室には滑り止めがあり、物干しの高さも低めである。また、居室に面したスペースには訓練用具を置いていて、利用者が自由に使用している。母体医療機関の理学療法士が週2～3回訪れて訓練を行なっている。	
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)	○			居室の木製の名札は大き目の字で書かれ、手作り用品が添えられ目印となっている。トイレは「といれ」、浴室は暖簾に「ゆ」と書かれていて間違い利用者はいない。	
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)	○			テレビの音や職員の話し声は適度で落ち着いた。照明はやわらかく、採光も適度である。	
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。	○			適度な換気を行なっていて、気になる臭いや空気よどみはない。居間には温湿度計、居室には温度計を置き、室温調節を行なっている。必要時、空気清浄機や加湿器も使用している。	
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。	○			居間や居室には見やすい時計やカレンダーを目につくところに置いている。	
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)	○			習字用具や作品作りに必要な物、菜園作りの用具、調理用具、カラオケ装置などを利用者の状況に応じて提供している。	
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		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						
		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。	○			色々な視点のアセスメントシートを用い、リハビリの要素も入れ、利用者の状態に沿った具体的な介護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。	○			介護計画は利用者の個別記録と共に綴じていて、全職員が計画を知ることが出来るようになっている。	
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。	○			面会時などに家族の思いや意見を聴き、介護計画に反映するよう心がけている。	
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。	○			3か月に1度は見直すことにしている。また、利用者の状態に変化がある時は、その都度見直している。	
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。	○			個人の記録は利用者一人ひとりの状態や介護状況を具体的に記載している。	
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。	○			職員の申し送りや伝達は申し送りノートで伝わる仕組みになっている。ノートには各職員がサインをし、確実に伝わっているか管理者がチェックをしている。	
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。	○			月に1回ミーティングを行ない、ケアの課題を検討したり、意見交換を行なっている。緊急案件がある時は、その都度話し合うことにしている。	
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)	○			職員は利用者の問いかけにも丁寧に答え、食事介助も出来ない部分をさりげなく介助するなど人格を尊重した対応を行っている。	
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、やさしい雰囲気で見守っている。	○			職員は介護にあたり、利用者をせかせることなく、その人のテンポに合わせて、ゆったり見守りながら行っている。	
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。	○			利用者の情報を記載したアセスメントシートを作成し、これを活かしたケアを行っている。	細かい視点でのアセスメントシート数枚が数枚にわたっており、項目の重複点もあるため、記載にも時間がかかる。5年目を迎え、ホーム独自のシートの検討を期待する。
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。	○			職員は食事をゆっくり食べる利用者が食べ終わるまで待って食卓と一緒に立つなど、利用者のペースを大事にした支援を行っている。	
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)	○			利用者が移動販売のパン屋で好きなパンを買ったり、自由に用具を使って訓練をしたり、買物で欲しい物を買うなどの支援をしている。	
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)	○			何とか一人で食事できる利用者には手を出さず、食後の後片付けも利用者に任せるなど職員は利用者の自立支援に努めている。	
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。	○			職員は身体拘束をしないケアの意義を十分認識し、拘束を行っていない。	
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)	○			ホームの玄関は昼間、鍵をかけず自由に出入り出来るようになっている。ドアには大きな鈴をつけ、出入り時に鳴る仕掛けがある。	
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。	○			食器は家庭的なものを使用している。利用者の使い慣れた茶碗や湯呑、箸なども使用している。	
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。	○			利用者一人ひとりの状態に合わせた食材の切り方や調理方法を心がけている。盛り付けも彩り良く美味しそうである。	
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。	○			職員が献立をたて、母体医療機関の栄養士がカロリーや栄養バランスをチェックしている。利用者一人ひとりの摂取量も把握できている。	
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。	○			職員も利用者と同じ食事を一緒に食べながら主食と副菜をバランスよく食べられるよう支援したり、食べこぼしに対してもさりげなくサポートを行っている。また、職員と利用者は冗談を言いながら楽しい雰囲気ですべて食事をしている。	
		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。	○			チェック表で各利用者の排泄パターンを把握し、トイレでの排泄を心がけている。	
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。	○			トイレへの誘導は小声で行い、他の利用者には聞こえないよう配慮している。	
		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)	○			毎日入浴を希望する利用者には、希望の叶うよう支援している。また、入浴剤を入れて入浴を楽しめるような工夫も行っている。	
		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)	○			利用者が希望した時は訪問美容院の方がホームに来て、カット、毛染めなどを行っている。	

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、プライドを大切にしたりカバーしている。(髭、着衣、履き物、食べこぼし、口の周囲等)	○			食事時の食べこぼしや口の周りの汚れをさげなく取り除くなど、プライドを大切にしている。利用者の頭髪や衣服の乱れもない。	
		5) 睡眠・休息					
39	60	○安眠の支援 利用者一人ひとりの睡眠のパターンを把握し、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。	○			昼間は利用者の活動を心がけ、夕食後から入眠まではカラオケ、オセロ、花札などを楽しむことで夜眠れるよう支援している。	
⑥日常生活行為の支援 10項目中 計			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。	○			金銭管理ができる利用者は自分で管理している。管理できない利用者の金銭はホームで預かり、買物時は出来るだけ利用者が支払うことにしている。	
		(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)	○			食器洗い、菜園作業、花の水やりなど利用者の能力に合った役割を楽しみながら行っている。テレビ、カラオケ、習字なども楽しみごととして日常生活に取り入れている。	
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)	○			心身の異常時は看護職員である管理者や他の看護師に相談したり、主治医や母体医療機関の医師に連絡をとり、対応している。	
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。	○			利用者が入院した場合は出来るだけ早く退院できよう、入院先の医師や利用者・家族と話し合っている。	
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。	○			週1回は主治医の診察を受けに行ったり、往診をしてもらっている。年1回の健康診断も行っている。	

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。	○			浜辺の散歩、買物、カラオケ、食器洗い、訓練用具を使っての運動などを行うことで身体機能の低下防止に努めている。母体医療機関の理学療法士の週2～3回の支援も効果的である。	
	(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。	○			利用者同士のトラブルは、職員が当事者から話をじっくり聞くことで解決に努めている。	
	(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、職員は利用者の歯磨きを促したり、車いすを押して洗面所へ行き口腔内の清潔の支援をしている。	
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。	○			利用者が服用する薬を一覧表にしているため、職員は一人ひとりの薬の目的や用法などを承知している。服薬時は何度も確認をし、指示通り服用できるよう支援している。	
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)	○			マニュアルを作り、それに沿って緊急時の応急手当の学習会を年に1～2回行なっている。AED(自動体外式除細動器)も近じか設置の予定である。	
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)	○			マニュアルがあり、感染予防の基本や感染症別の対応も記載されている。玄関入口に手指消毒薬を置き、調理用具をこまめに消毒するなど、感染予防の実践がある。	
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)	○			利用者は下校時に合わせて散歩に出かけ生徒を見守ったり、すぐ前の浜辺を歩いて海を眺めたり、買物で好きな物を買ったりして、外出を楽しんでいる。	
⑨地域生活 1項目中 計		1	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						
		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)	○			職員は家族が自由に出入り出来るような雰囲気作りを心がけている。家族が希望すれば、利用者と一緒に食事をしたり、宿泊することも可能である。	
⑩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。	○			管理者は職員の意見を参考に法人代表者とよく話し合い、共にケアの質向上にむけ、熱心に取り組んでいる。	
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。	○			職員の採用や利用者の入居継続の可否などは、職員の意見を聞き、判断している。	
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力的体制が確保されている。	○			成年後見制度の対象となる利用者があることもきっかけとなり、職員は制度の講習会に参加し、勉強会を持ち、学習を重ねている。	
		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。	○			利用者の生活を支援するために必要な職員を確保している。	
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。	○			職員はそれぞれの段階に応じた研修を受講し、他の職員に受講内容を伝えている。	
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)	○			ストレスは食事会、趣味、同系列ホーム合同の親睦会や職員旅行などでほぼ解消している。	

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)	○			申込み時に、利用者や家族などの話を十分聴いた上で、入居対象者であるか否かを検討している。	
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。	○			利用者に合った退居先かどうかを、利用者、家族と共に検討し、決定している。	
	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)	○			玄関に手指消毒薬を置き、調理用具を除菌剤で消毒するなどの衛生的配慮がある。冷蔵庫や洗濯機も清潔に管理している。	
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。	○			薬は事務室の戸棚に、洗剤や刃物は利用者の手の届かない所に保管、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)		○		事故報告書やヒヤリハット報告書を作成し、その内容を全職員に伝達している。しかし、報告書の内容が再発防止の点で不十分である。	事故報告書・ヒヤリハット報告書は同じような事故を起こさないために作成するものである。報告書の様式が事故やヒヤリハットの分析、防止策などを経時的に記載できるよう検討を望む。
⑪内部の運営体制 11項目中 計		10	1	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。	○			調査の意義を理解した上で、情報提供には協力的である。	
	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の苦情窓口と共に公的機関の窓口を記載し、利用者や家族にも説明している。玄関に意見箱も設置している。	苦情窓口の公的機関を具体的に明記しているが、その機関の電話番号なども記載すると一層分かりやすく、そのような配慮を期待する。
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	○			家族の面会時には利用者の状態を伝え、気さくに声をかけをし、家族が意見や希望を職員に言い易いよう、心がけている。	
67	124	○			利用者の暮らしぶりは家族の面会時に伝えたり、ホームの掲示板に行事の写真を展示し、見てもらことで伝えている。毎月「ホーム便り」を家族に送付している。	
68	127	○			ホームで預かっている金銭は利用者別に出納帳を作り、家族が毎月、領収書と共に確認をし、サインをしている。	
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	○			ホームの事業主体の職員が利用者のことや運営推進会議のことなどで市と密に連絡をとっている。今のところ家族介護教室などの依頼はない。	
70	131	○			行事の時などは家族や地域の人達も参加して、利用者や職員と一緒に楽しんでいる。また、ホームは「こども見守り隊」を担い、地域での役割を果たしている。	
71	133	○			近くの小学校や保育園と連携があり、子ども達がホームに来て利用者とゲームをしたり、話をして楽しんでいる。警察や消防署にも連絡をして、夏などは浜辺のパトロールを依頼することもある。	
72	134	○			町内会に出席したり、ホームの行事などを通じて、少しずつホームの機能を地域に開放している。見学、相談などの受入はいつでも対応できる。	
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	○			防災訓練を年2回、消防署にも連絡して行なっている。防災マニュアルがあり、非常連絡網もある。ホームの2階、3階は同系列の施設の職員の住居であり、災害時は支援が得られる。	夜は職員が1人であり、災害時の対応は厳しい。防災訓練の年2回のうち1回は夜間想定での訓練を期待する。
⑮その他 1項目中 計		1	0	0		

ホームID 38174

評価件数		
自己		1
外部		1
家族		6

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%	97.4%	90.0%	95.6%
自己(外部共通項目)	100.0%	100.0%	94.7%	90.0%	94.4%
外部	100.0%	100.0%	100.0%	95.0%	98.6%
家族	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	80.8%

★ 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。

