

1 評価報告概要表

全体を通して(特に良いと思われる点)	
今治市社協が設立したグループホームで、保健センターや福祉センター、先輩ホームの「ゆいの家」が隣接した広い敷地内にホームはある。建物は平屋の木造で、昔の「庄屋」を思い浮かべる造りである。ホームの離れには、他のホームでは見慣れない多目的ホールが、昔の民家の柱や梁を活用して建てられており、現在はギャラリーとして使用している。このホームを見て、支部長やスタッフ(管理者・職員)と一緒に考えて作った運営理念の具現化を、スタッフは日々のケアに活かしており、生活に「温かさ」を感じる。支部長・管理者の福祉サービスに関する知識・経験は豊富で、質の向上に熱意を持っており、この想いは他の職員にも共有されている。スタッフは、日々、利用者の「自分らしさ」を大切にしたい支援に徹しており、このことは利用者の穏やかな表情に表れている。ホームは、設立当初から地域に根付いており、近くの方が野菜を持ってくるなど、気軽に入れる雰囲気がある。地域の周辺施設との関係も良好であり、協力関係が築かれている。	
分野	特記事項(特に改善を要すると思われる点)
I	社協が設立したグループホームであるため、当初から地域に根付いているが、サービスの質の向上に取り組んだ1年であったため、ホーム独自の地域への働きかけができていない。今後は、利用者のプライバシーに留意しながら、地域向けの広報紙を作成するなど、ホームから意識的・積極的に働きかけることが求められる。
II	特に要改善点はない。すばらしい建物と心温まるスタッフのケアで、家庭的で安らぎのある空間づくりができています。今後、類を見ない「多目的ホール」を活用して、地域の集いの場になることを期待したい。
III	金銭管理をしている利用者は一人で、他の利用者はホームで管理している。全く金銭管理が出来ない利用者は少ないので、日常の買い物の支払いは、可能な限り本人が行うよう支援することが望まれる。
IV	作成している金銭出納帳は、家族来訪時に報告するだけでなく、定期的に報告するようにし、その際には、必ず家族の了承印を取ることが望まれる。また、高い専門性を有したホームなので、認知症の専門機関・地域の社会資源として、意識的・積極的にホーム機能を地域に還元することが望まれる。
V	特に要改善点はない。強いて言えば、内部研修や緊急連絡網ができていますので、それを有効にするため、災害対応マニュアルを作成することが望まれる。
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	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	1
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	2
⑭ ホームと地域との交流	4項目	2
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。	○			支部長・管理者・職員がホームを見て、一緒に考えて作った「家のぬくもり」「ひとのぬくもり」「地域のぬくもり」という運営理念は分かりやすく、十分に共有されており、日々のケアに活かされている。	
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、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、玄関を入った渡り廊下に掲示されており、誰でも簡単に見ることができる。また、利用契約時、利用者や家族に分かりやすく説明するとともに、家族向けの「便り」にも掲載しており、理解を得ている。	掲示されている運営理念の文字が小さく、気をつけていなければ見過ごすことがある。文字の大きさや記載方法を工夫し、一見して分かるようにすることが望まれる。
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・義務と記載はしていないが、運営規程・利用契約書・重要事項説明書に利用者・家族が留意すべき事項、提供されるサービス等、権利・義務に関する事項が具体的に記載され、十分説明されており、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)		○		社会福祉協議会が作ったホームであるため、グループホーム自体の認知度は高いが、ホーム独自の地域への働きかけができていない。	利用者へのサービスの質の向上を目指した1年であったため、地域への啓発はできていない。今後はホーム理念の理解促進を図るため、利用者のプライバシーに留意し、地域向けの広報紙を作成するなど、ホームから意識的・積極的に働きかけることが望まれる。
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)	○			保健センター・福祉センターや先輩格のグループホーム「ゆいの家」が併設する場所にホームがあり、庭先には樹木や草花が植えられ、威圧感も無く、誰でも気軽に訪問できる雰囲気がある。訪問調査当日も、近所の方が野菜を持って立ち寄っていた。	
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。	○			平屋で昔ながらの木作りの建物であり、玄関まわりや中庭、食堂・台所、浴室・洗面所等、家庭と何ら変わらない設えになっている。置かれている調度や設備、物品も家庭で使用する物であり、家庭的な雰囲気が漂っている。	
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。	○			リビング中央に畳の上げ座敷があり、そこを囲むように食事用テーブルと椅子が置かれている。また、廊下には家庭用の椅子が多く置かれ、利用者が自由に過ごせる空間作りができています。	

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
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。	○			居室にホームが用意しているのは押入れだけであり、その他の生活用品や装飾品等は利用者が使い慣れたものを自由に持ち込まれている。	居室が広いため、空間スペースは多くある。家族に協力を求め、利用者の生活に役立つ物品を持ち込むことが望まれる。
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)	○			トイレや浴室、廊下等の要所要所に手摺が設置されている。また、共有スペースは大変広いため、スタッフの見守りで自由に移動できており、利用者の生活に安心感がある。	現在の身体機能では、広い共有スペースで安心感があるが、今後の身体機能の低下に対応するため、要所への滑り止めや手摺の増設等、早めに工夫していくことが望まれる。
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)	○			表札は檜で一律であるが、各居室には色分けした暖簾がかけられ、利用者が居室を間違えることはほとんどない。また、トイレや浴室は、入り口に用紙に大きく記載しており、現状では混乱を招くことはない。	利用者の認知症が進行し、混乱を招きやすい状態になることが予想されるので、居室の目印等、利用者に応じた表示が求められる。
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)	○			雰囲気のある大きくて丸いぼんぼり風の飾りで囲んだ電球が天井からいくつも吊り下げられているが、訪問時は日中なので電球は点けず、天窓と廊下の大きな窓からの自然な採光で、十分な明るさが保たれていた。職員の会話のトーンは穏やかで、利用者は安らぎのある生活をしている。	
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。	○			窓を開け、自然な風を取り込んでおり、気になる臭いや空気のおどみはない。外気で調節が付かない場合は、エアコンや加湿器で調整するなど、換気や空調への配慮はできている。	
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。	○			時計は3個設置していたが、中心であった柱時計が故障し、現在、どうするか検討中である。カレンダーや暦はいくつもかけられている。台所の梁には、「7月13日(木)」と書かれたカラフルで大きなカレンダーが貼られており、スタッフが毎日、付け替えている。	
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)	○			園芸や手芸用品、掃除用具等、利用者が希望するものを用意している。スタッフは、利用者の状態や希望に応じて物品を用意していく準備がある。	
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。	○			利用者の「自分らしさ」を大切にし、具体的な介護計画が立てられている。アセスメントシートは3種類あり、記述式だけでなくチェック方式の様式もあり、利用者の特徴が捉えやすい様式になっている。	
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。	○			毎日のミーティングで、出勤のスタッフが介護計画の変更等について確認しており、共有化は十分に図れている。また、支部長及び「ゆいの家」「ゆいの里」の管理者が月1回会議を行い、サービスや介護計画、運営等について話し合い、その内容を、各ホームの月1回会議で共有している。	
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。	○			利用者や家族が「大切にしている」ことを丁寧に聴き取り、出来る限り介護計画に反映するように努めている。	
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。	○			利用者の状態変化や必要に応じ、毎日のミーティングを中心に見直しを行っている。利用契約書に「必要に応じて、介護計画を見直す」と記載している。	必要に応じた介護計画の見直しの記載だけでなく、定期的な見直し期間の記載も望まれる。
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。	○			利用者の日々の状態を把握するため、チェック表(バイタル、排泄、入浴・清拭、睡眠、カロリー・水分等)を作成し、介護計画に反映させている。	
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行い、重要な点はすべての職員に伝わる仕組みを作っている。	○			申し送りノートを作成し、スタッフは出勤後、必ず確認してサインをする仕組みになっている。	申し送りノートが時系列の記述式であり、作成に時間を要するので、工夫して簡素化することが望まれる。
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。	○			毎日、ミーティングを行い、スタッフは自由・活発に意見を出し合いケアの向上に活かしている。また、月1回のスタッフ会議では、サービスの内容や今後の方針等について話し合っている。	
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)	○			スタッフは利用者の「自分らしさ」を大切に、その人らしい生活ができるよう支援している。このことは、スタッフの言動からも感じ取ることができる。	
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、やさしい雰囲気と接している。	○			スタッフは笑顔で穏やかな言葉かけを行っており、利用者は安らかな雰囲気の中で生活している。	
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。	○			アセスメントシートや利用者・家族の話から、これまでの生活歴や大切なことを知り、園芸や調理等、その人らしい生活が活かせる支援を行っている。	
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。	○			スタッフの言葉かけは穏やかであり、利用者の行動を焦らすことなく、一人ひとりのペースに合せた支援が行われている。	
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)	○			希望を表出することが苦手な利用者もいるが、常に声掛けをし、選んでもらえる場面づくりに努めている。希望が言える利用者に対しては、出来る限り希望に沿うよう支援している。	
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)	○			利用者が「できること、できそうなこと」は、極力、手や口は出さず、見守っている。訪問時も、中庭の菜園へ野菜採りに行く利用者を笑顔で見送ったり、昼食時の配膳等を見守っていた。調理が出来る方には、一緒に作ることもある。	
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。	○			スタッフは、身体拘束について正しく認識しており、身体拘束のない支援が行われている。	
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)	○			夜間の防犯以外は、スタッフの見守りで対応しているので鍵はかけておらず、利用者の出入りは自由である。玄関にセンサーを取り付けているが、スイッチは切った状態である。ホーム内は見晴らしが良く、スタッフの見守りで十分対応できている。	
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	○			箸等各自が持ち込んだ馴染みの使い慣れたものを使用している。	
	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。					
31	44	○			煮物・汁・サラダ・果物等バランスの良い食事であり、利用者の食事に合せた、彩の良い盛り付けである。	
	○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。					
32	45	○			利用者の食事・水分摂取量を記録で把握し、これを基に、隣接する保健センターの栄養士に栄養バランスを計算してもらった献立表である。そのため、健康状態が良くなり、食事摂取量が増えた利用者が多い。	
	○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。					
33	47	○			利用者の状態・性格等に応じて席を決めており、和やかな食事風景であった。食事の見守りが必要な利用者は、スタッフが一緒に席につき、笑顔と穏やかな口調で会話しながら、さりげなくサポートしていた。	
	○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。					
	2) 排泄					
34	48	○			チェック表で排泄パターンを把握しており、自立に向けた支援ができています。	
	○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。					
35	50	○			スタッフの支援は全て利用者の尊厳を重視し、プライバシーに配慮した言動であり、排泄に関しては特に留意している。訪問時も、居室で休息をしていた利用者が食事のために起き、トイレに一人で行ったのを誰にも分からないように支援していた。	
	○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。					
	3) 入浴					
36	53	○			入浴時間は13時から15時とし、時間差をつけて入浴支援しているが、希望があれば午前中の中の入浴も可能である。	
	○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)					
	4) 整容					
37	56	○			行きつけの理美容院へ家族が連れて行く方、スタッフがカットする方等、利用者の希望に合せた支援をしている。	
	○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)					

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	○			利用者の整容に乱れはなく、食べこぼしや口の周囲の拭き取り等、さりげなく支援していた。	
	5) 睡眠・休息					
39	60	○			昼間、利用者に活動をしてもらうことで、出来る限り起きている時間をつくり、安眠の支援につなげている。夜、眠れない方は、スタッフが話や見守りをしている。	
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		○		金銭管理をしている利用者は一人だけで、他の利用者は家族からホームが1万円を預り、管理している。	金銭管理が全くできない利用者は少ないので、日常の買い物支払い、可能な限り本人が行うよう支援することが望まれる。
	(4)ホーム内生活拡充支援					
41	66	○			利用者が「できること、しようとしていること」は本人に行ってもらい、スタッフは見守りや一緒に行う等の支援をしている。本人が出番が見出せるような場面作りも行っている。中庭菜園の野菜作り・暦の日めくり・調理・配膳等を担当してもらい、出番を見出している。	
⑦生活支援 2項目中 計		1	1	0		
	(5)医療機関の受診等の支援					
42	68	○			気軽に相談できる医療機関を確保しており、月2回の往診を受けている。また、隣接して保健センターがあり、日常的に保健士と相談できる体制にある。	
43	73	○			今まで2名の利用者が入院し、長期入院になったので退居した。それ以外に入院はないので、早期退院にむけた支援は行っていないが、できる限り利用者や家族の意向に沿って早期退院の支援をしていく。そのための医療機関との連携は積極的に行う姿勢である。	
44	74	○			ホーム開設1年であるが、既に定期健診を受けている。定期健診以外に、提携医療機関から月2回の往診も受けている。	

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。	○			利用者一人で行えることは行ってもらい、状況に応じては、隣接の福祉センターでリハビリや体操を行っている。また、日常的に散歩も行っている。	
		(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。	○			性格の違いで利用者間のトラブルはあるが、その際には、利用者の距離をおき、スタッフが各々の話を十分聴いて仲を取り持っており、他の利用者に不安や支障を生じさせていない。	
		(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)	○			1日1回の口腔ケアを実施しているが、無理強いせず、本人が自主的に行うよう促しの支援をしている。	
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。	○			スタッフは薬について書類で確認しているので、目的・用量・用法等承知している。また、利用者の薬が追加・変更になった時も、スタッフの申し送り書類で確認をしている。	
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)	○			現在まで緊急時対応はない。事故防止対応マニュアルを作成しており、スタッフはマニュアルに基づいて対応するので、不安は特にない。また、隣接の保健センターに看護師がいるので安心している。	介護福祉士国家資格取得時、あるいは、ホームヘルパー養成研修時に学んでいるため、スタッフには不安がないようであるが、夜間時等一人になったときに対応できるか疑問であるので、継続した研修が望まれる。
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)	○			感染症対策マニュアルを作成している。また、玄関先や洗面所に消毒液等を常備しており、常にうがい・手洗いを励行している。	
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)	○			午前中は散歩等を行い、ホームに閉じこもらない仕組みにしている。また、15:00から17:00は利用者に散歩等自由に活動してもらっている。	
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)	○			スタッフから話しかけたり、お茶を出したり等、ゆっくりできる雰囲気づくりをしている。	
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。	○			法人代表は今治市社協会長なので、その代わりを支部長が行っている。支部長は日常的にホームへ足を運び、ケアサービスの質の向上に取り組んでいる。支部長・管理者とも福祉サービスに関する知識・経験が豊富で、熱意を持って取り組んでいる。	
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。	○			毎日のミーティングで職員は自由に意見を言っているため、利用者の状況は詳細なことまで把握しており、ケア等で良いと思われることは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。		○		支部長のいる社協との協力体制は取れているが、スタッフは制度について理解不足で、活用推進に至っていない。	内部研修のテーマに取り上げ研究をしたり、外部研修に参加する等で制度に関する理解を深め、利用者や家族、地域への利用促進を図ることが望まれる。
		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。	○			利用者の多くが活動する日中の11時から15時までの5時間、スタッフは4人体制と十分確保ができています。また、行事等特別な場合は、スタッフを増員した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。	○			全スタッフが研修できるよう、計画的に外部研修へ参加させている。また、参加した研修については、ホーム内で伝達研修を行っている。	
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)	○			職員は日常的に意見交換しているので、ストレスを感じていない。支部長や隣接保健センター保健師等のスーパーバイズも、随時、行っている。また、親睦会等を実施し、意識的なストレス解消も行われている。	

項目番号 外部 自己	項 目	できて いる	要 改善	評価 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)	○			職員の意見を取り入れながら、保健師・民生委員・介護支援専門員・支部長・管理者による話し合い(ホーム独自の判定委員会)で検討している。	
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。	○			転居は、長期入院になった2名の利用者だけであるが、利用者や家族が十分納得のいく転居先について検討する準備ができている。	
	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)	○			布巾やまな板、冷蔵庫等はハイターで清掃している。また、ホーム内の掃除は、隅々まで行き届いている。	
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。	○			洗剤や刃物等注意の必要な物品は保管場所を決めている。また、薬は、1週間を超えるもの、1週間分、1日分と分け、利用者の目に触れないようにしている。	
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)	○			介護事故防止対応マニュアルを作成し、スタッフはそれに基づき対応している。また、事故報告書も作成しており、ヒヤリハットがあった場合は、スタッフで話し合い、共有している。	事故報告書を基にスタッフで検討・分析し、リスクマネジメントに活用することが望まれる。
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。	○			訪問調査の意義を理解し、快く、積極的に情報を提供してくれた。	
	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。	○			重要事項説明書に苦情相談窓口を記載し、利用契約時に利用者・家族に説明し、同意を得てる。	重要事項説明書には、公的な苦情相談窓口と連絡先を記載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。	○			家族来訪時、スタッフから積極的に働きかけ、十分話を聴くようにしており、その雰囲気づくりにも努めている。また、家族への連絡事項は「お伝えノート」を作成し、確認してもらっている。	
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)	○			3か月毎に発行する「便り」や定期的な電話連絡で具体的に伝えている。利用者に変化があった時は、直ぐに電話連絡するようにしている。	
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。		○		預かっている金銭の出納帳を作成し、家族来訪時に領収書と併せて報告しているが、家族からの了承印は取っていない。	来訪時に報告するだけでなく、定期的に報告するようにし、その際には必ず家族の了承印を取ることが望まれる。
⑬ホームと家族との交流 3項目中 計		2	1	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。		○		今治市と社協は連携しており、ホームについての理解はされているが、ホーム独自の働きかけはしていない。	利用者の「自分らしさ」を大切にし、サービスの質の向上を目指した1年であったが、今後は地域へも目を向け、今治市へホームから働きかけ、連携を強め、市事業等を独自に受託することが求められる。
70	131 ○地域の人達との交流の促進 地域の人達が、遊びに來たり立ち寄ってくれたりするように取り組んでいる。	○			ホームとして地域に特別な働きかけはしていないが、ホーム設立当初から地域に馴染んでおり、近隣住民は気軽に立ち寄っている。それをホームが快く受入れるので、相乗効果を生み、地域との交流を促進している。	
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)	○			同法人に福祉関連施設があり、連携は密である。また、警察や消防署は緊急連絡網であり、協力を得ることができる。近所の商店にも理解・協力を得ている。	
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)		○		見学や研修等は受入れているが、ホーム機能を地域に還元しているとは言えない。	高い専門性を有したホームであるので、認知症の専門機関・地域の社会資源として、積極的にホーム機能を地域に還元することが求められる。
⑭ホームと地域との交流 4項目中 計		2	2	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)	○			消防署と確認をとりながら、夜間を想定した避難訓練や消火器の配置場所・使用方法等の内部研修を実施している。また、緊急連絡網で消防署や地域に連絡がとれる体制ができている。	内部研修や緊急連絡網はできているが、それを有効にするため、災害対応マニュアルを作成することが望まれる。
⑮その他 1項目中 計		1	0	0		

ホームID 38083

評価件数	
自己	1
外部	1
家族	7

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%	97.4%	87.5%	94.1%
自己(外部共通項目)	75.0%	100.0%	100.0%	95.0%	97.2%
外部	75.0%	100.0%	97.4%	80.0%	91.7%
家族	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	87.9%

★ 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。

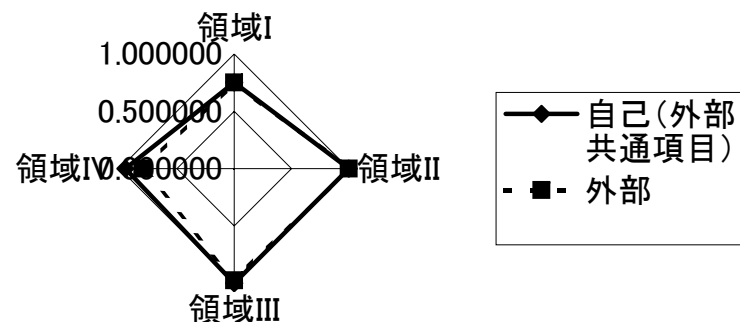
自己(全項目)の領域Ⅰでは5項目あり、全項目の合計は134項目となります。同様に、自己(外部共通項目)は、外部評価項目と同じ項目なので、4項目で、合計は71項目となります。家族アンケートは、特に領域に分けていないので、NAと表示されています。合計は13項目です。

★ 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。

領域別達成率の比較



達成率(全項目)の比較

