

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>周辺住民への理解を得るために、法人代表者やホーム責任者の施設統括は、設立前後から住民と対話を重ね、また、現在も町内会の行事に利用者と共に参加したり、清掃などの活動には職員が参加したり、絶間ない努力を続けている。運動会に「すみれの家」の席を設けてくれるなど、少しずつではあるが、利用者が地域で楽しむ機会が増えてきている。開設当初から地域貢献のためにデイサービス事業を同建物内で行なっている。開設後5年を経て利用者の身体的機能低下があり、3ユニット合わせて半数が要介護3～5の状況であるが、重介護者専用ユニットを設けたり、職員の配置を考慮したりして、一人ひとりに合ったケアを続けている。また、定期的に職員のユニット配置異動を行ない、全職員が多くの利用者の状態を把握し、互いに協力し合える体制を作っている。職員は外部研修も積極的に参加し、その報告書は職員間だけではなく、利用者や家族にも公開し、知識・技術向上に取り組まれている。随所に利用者の立場に立ったこだわりの取り組みがあり、利用者の暮らしを大事にしているホームである。</p>	
分野	特記事項(特に改善を要すると思われる点)
I	改善点はない。今後も、職員は運営理念に誇りを持って、利用者・家族、地域へホームの指針を表わしていかれることを期待している。
運営理念	
II	脱衣所や浴室の手すりの不足や位置に支障が出てきている。元社員寮のため構造的に難しい面もあるが、代替物も含めて検討しているところであった。今後も利用者の身体機能の低下に伴う使いにくさが生じれば、利用者の視点で検討する姿勢を続けることが望まれる。
生活空間づくり	
III	「利用者の緊急時手当て」に関して、緊急対応マニュアルや「緊急時対応・チェックシート」を準備しているが、医療専門職ではない介護職員が緊急時の対応をどこまで担うか、その精神的負担の考慮のために、技術的訓練よりも、利用者の日々の健康管理を徹底して緊急状態防止につなげている。この方針はよく理解できたが、緊急時マニュアルに沿った技術が活かされるとさらに良いので、全職員で是非その取り組みを検討することが望まれる。「馴染みのある食器の使用」について、開設以来、様々な食器を使い、利用者の使いやすさを重視した結果、副菜はワンプレートの食器を使っている。ホームのこだわりを持った取り組みのため「要改善」の評価までにはしなかったが、第三者が違和感をもつことも意識して、今後も定期的に見直しの機会をとることを望んでいる。
ケアサービス	
IV	「成年後見制度等の活用推進」について、制度に関するパンフレットを家族へ送付しているが、それ以上の取り組みはない。相談の役割を担っているのはホーム責任者の施設統括であるが、職員は相談を受けた時の窓口などを十分に把握していない現状があるので、ホーム内、専門窓口など制度の内容と合わせて周知することが求められる。「市との関わり」については、今まで連携はなかったが、今後、運営推進会議の計画もあり、その取り組みに期待すると共に、利用者の暮らしを快適に維持するための支援や介護を重視している方針、マンパワーの実情を運営推進会議のメンバーに理解、協力を得ながら進められることを期待する。
運営体制	
V	火災への対応について、「火を出さない」を重視した設備の整備や初期消火訓練に力を入れているが、避難訓練は1ユニットで行なっているだけである。ホームのこだわりを持った取り組みは理解できるが、火災・地震など様々な不測の事態を考慮し、利用者と共に進める避難訓練については是非検討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	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	5
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	7
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	8
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	3
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 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
		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。	○			施設統括が作った運営理念で、管理者も理解し、施設統括と共に熱意をもって運営にあたっている。方針として、理念を一律に復唱したり、読み上げたりはせず、管理職の仕事への姿勢から、職員に考えてもらうようにしている。職員は各ユニットに設置している運営理念を確認しながら、具体化された目標を掲げ、従事している。	
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。	○			利用案内に明示されている。運営理念は職員のケアの指針であって、「利用者や家族に見てもらわなければならない」「家庭的にふつりあいでないか」という考えを持ちながらも、B5サイズ程の額に入れて、玄関からユニットに入るまでの通路や各ユニットにさりげなく置かれていた。	今後も、ホーム従事者のための指針を利用者や家族へ理解してもらう意味から、運営理念に誇りを持って伝えることが望まれる。
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。	○			入居時に説明、確認している「認知症対応型共同生活介護利用契約」に、「利用者及び利用代理人の権利」「利用者及び利用代理人の義務」の項目を設け、わかりやすく明示している。	
		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)	○			設立時から地域住民の理解を得るために話し合いを重ね、町内会に加入し、回覧板に「ホームだより」を添えたり、清掃活動や防火訓練などに職員、時には利用者も参加し、少しずつ理解を得てきている。運動会にもホーム利用者専用の席が準備され、地域に受け入れられるようになってきている。	
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)	○			住宅地に建っているが、ホームの周辺の数箇所に道案内の看板があり、ホームまで迷わず行くことができた。門からの入り口は階段とスロープがあり、どちらからでも入りやすい。玄関先には花を植えていて、明るい雰囲気である。玄関ホールには寛げるソファが置かれている。	
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。	○			元は社員寮であった鉄筋の建物を、ホームが大規模に改装して利用している。居室やトイレ、浴室などのドアは木製の物を使ったり、居間や居室は畳の部分を用意していたりと家庭的な雰囲気が出せるよう工夫している。納戸やテーブルも家庭的な物を設えている。	
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。	○			ユニットそれぞれの空間を活かして、居間にテーブル、椅子、畳部分、廊下にソファを置いている。	

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
8	9	○			利用者の好みで何も飾っていない居室もあったが、使い慣れた物を持ち込む呼びかけ、収納家具や時計、家族の写真などを持ち込んでいる居室の様子が見れた。フローリングであるが、和室としても使えるよう、畳を準備している。その他にベッドもホーム側が準備し、各居室に洗面台もある。	
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		○		利用者がよく使う居室のドアノブやトイレの戸はスライド式にするなど、手の力が低下しても使いやすいように工夫している。浴室はデイスサービスと共用の機械浴槽も準備され、半数程の利用者はこの浴槽を利用をしている。脱衣所、浴室の手すりの不足や位置に支障のあるものがあり、設備上の問題も含めて検討している。	支障の出ている部分の検討を続けて対応することが望まれる。
10	13	○			居室の入り口ドアには、名前や造花、写真など利用者一人ひとりにあつた目印を目線の位置に掲示している。トイレの入り口にも大きな文字で、「トイレ」「べんじょ」の2種類の表示をして分かりやすくしている。	
11	14	○			特に2つのユニットの居間は南側に位置し、大きなガラス戸から日差しが適度に入り明るかった。大きすぎる音や声もなく、落ち着いた雰囲気であった。調査時間帯は利用者の食事前後で、活動が落ちていたためか、各ユニット入口のセンサー音が大きめに感じたが、利用者や職員にとっては、不快音量ではなく、むしろ他の活動時間帯では利用者や来訪者の動きを知るには適音量であることをうかがった。	
12	15	○			不快な臭い、空気のとどみはなく、室温も丁度良かった。各居室の冷暖房の調整は職員が行って適度に保っている。	
13	17	○			各居室に、カレンダーや時計を置いているが、各ユニットの居間にも掛時計や日めくりカレンダー、月単位のカレンダーを掲示していた。	
14	18	○			ほうき、ちりとの掃除道具や園芸用品、趣味活動に使う折り紙やぬりえ道具などを用意している。	
③心身の状態に合わせた生活空間づくり 6項目中 計		5	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
	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。	○			入居当初1か月間は、入居前のアセスメントの資料を参考に、その後はユニット会議の情報収集、日々の記録により、「生活支援計画」を立てている。項目に「何をどのようにするか」(具体的計画)という表現を使い、計画が立てやすい様式になっており、具体的な計画が立てられていた。	
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。	○			「生活支援計画」をファイルに綴じ、ユニットの事務スペース部分に置き、職員が随時確認できる。また、1か月に1回ユニット会議での職員の情報交換にも活かしている。	
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。	○			3か月目の評価時に会議への参加を家族に案内し、参加されている家族も少数いる。立案後に「生活支援計画」を説明し、承認を得ている。来訪の難しい家族には郵送している。家族の意向を引き出すのに苦慮している現状もあるが、1か月に1回利用者の様子を文章で伝える努力をしている。利用者の意向は、普段の言動から配慮している。	
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。	○			1か月に1回、ユニット会議で計画を見直し、3か月に1回「生活支援計画」の見直しをしている。計画書に「どのようになったか」(評価)の項目があり、計画内容と連動して見れる。利用者の状態変化に応じて随時見直しをしている。	
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。	○			介護記録は医療に関する内容とその他の内容を、色別で記録している。昼夜共に関わった職員が時系列に直接記録している。	
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言い、重要な点はすべての職員に伝わる仕組みを作っている。	○			伝言ノート、申し送りノートを日々確認している。毎日、ミニミーティングを行なっている。	
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。	○			毎日ミニミーティング(テーマは自由)、月1回ユニット会議を行なっている。職員は積極的に意見交換をしている。欠席者はノートで確認している。	
④ケアマネジメント 7項目中 計		7	0	0		

項目番号 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)	○			日報の「今日は誰に注目する日?」の項目に、日替わりで該当する利用者の状態、ケアプランに沿った目標などを挙げ、一人ひとりに着目し、工夫した取り組みをしている。	
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。	○			調査中、職員は、利用者へ丁寧な言葉かけをし、穏やかな対応をしていた。	
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。	○			入居後2週間から1か月の間に、アセスメントをする中で、家族の面会時に利用者のそれまでの暮らしぶりを聞き、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。	○			他の利用者と昼食時間をずらして摂りたい利用者へ、その通りの対応をしていた。利用者の動きを焦らしたり、止めたりするような対応はなく、食事もゆっくりそれぞれの利用者のペースですすめられていた。	
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)	○			着替えの時、利用者が服を選べるようにしたり、水分補給時には好きな飲み物を選べるようにしている。	
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)	○			食事摂取、洗濯物干し、掃除など、できることはそばで見守ったり、一緒にし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。				身体的にも精神的にも介護度の高い利用者を拒むことなく受け入れているが、どのような状態でも、その利用者が生命の危険に及ばない限り身体拘束は行わないよう徹底している。男性職員を多く配置するなど勤務の工夫もしている。身体拘束の例はない。	
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)	○			新しく入所した利用者がホームに慣れ落ち着くまで、家族の同意を得て、施錠により無断離所などを防止することはあるが、それが長く続かないよう対策を考えている。玄関周辺には事務所、デイサービスの部屋があり、事務員は玄関の見守りがしやすい状況がある。	
⑤介護の基本の実行 8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)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。	○			湯のみや箸は利用者が用意した物で、その他食器の陶器を使っている。ワンプレート式のお皿を使っていたので、その意図を確認すると、開設時から利用者のレベルにあった使いやすさを職員で検討した結果であるとうかがった。さらに、その皿に少しの違和感があることを伝え、一人ひとりに応じた食器を使えないか提案すると、すでに試みたが他利用者と違うことへの不満が多く出たため、現状に至っている。	ワンプレート式の皿の使用は、安易な意図ではなく、利用者の使いやすさなど検討されてきたことを考慮し、「できている」と評価したが、一方で第三者が違和感を持つことも意識して、今後も職員全員で、利用者の視点に立って見つめ直す機会を持つことを期待する。
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。	○			健康状態、咀嚼レベル、好みに応じておかゆ、キザミ、ミキサー食など調理方法の工夫をしている。毎食、汁物、果物をつけるようにしている。	
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。	○			水分は1日1000mlを目安に、毎食の汁物、お茶、好みでポカリスエット、ヤクルトなどで摂取している。献立は栄養士が担当し、塩分制限の必要な利用者もいるため、調理時に塩みスプーンを使って配慮している。職員は、栄養バランスについて勉強している。	
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。	○			食事介助の必要な利用者の隣で、介助しながら、一緒に食事をしている。職員が、利用者へ声かけを行い、ゆったりとした食事をしていた。	
	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。	○			座位保持がどうかできる利用者には、排泄パターンを把握し、トイレへ誘導し排泄ができるよう支援している。夏、冬の季節や尿量に応じ、おむつの種類を考慮している。	
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。	○			車いすを使用している利用者のトイレ誘導や介助後出てくる様子を拝見したが、その姿は目立たず、さりげない様子であった。利用者の羞恥心や不安、プライバシーに配慮していることがうかがえた。	
	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回以上入浴できるよう支援している。身体的レベルにもよるが、職員の対応可能な限り、入浴時間、回数など希望に応じている。また、機械浴の対象者も増えてきているが、デイサービスと共用し、身体的低下があってもホーム内で入浴できるようにしている。	
	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)	○			地域美容師が、利用者の希望時にホームへ出向きカットをしている。利用者の希望で、行きつけの美容室へ付き添って行くこともある。	

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	○			利用者は男性も女性も、服装や整容をこぎれいにしていた。	
	5) 睡眠・休息					
39	60	○			日中は散歩、デイサービスの参加など活動的に過ごし、夜間安眠できるよう生活リズムをつけているが、夜間安眠しにくい時は医師に相談し、眠剤の処方を受けることもある。夜勤者は、不眠の利用者が眠るまで寄り添って見守る支援をしている。	
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	○			介護度3以上の利用者が半数いる状況の中で、利用者2名が現金を自己管理している。その他の利用者は、事務所で預かっているお金を買い物時などに渡し、自身で支払えるよう支援している。	
	(4) ホーム内生活拡充支援					
41	66	○			スポーツ観戦の好きな利用者が、深夜のサッカーワールドカップのテレビ観戦を楽しんでいたことを紹介された。テレビゲームやカセットテープ、CDの音楽鑑賞、習字、料理の下ごしらえなど、利用者一人ひとりにあった楽しみごとの支援をしている。	
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	○			協力医療機関門田整形外科から定期往診がある。認知症に関しては、精神科の医師に相談指示を受けている。利用者のかかりつけ医は入居後も変わらないため、ホームとしては複数の医師と連携しており、利用者の病歴、認知症についてよく理解している利点から、相談しやすい状況である。	
43	73	○			入院中は、職員が面会に行っている。管理職や職長が、入院先の看護師や主治医に、治療経過、見込みを確認・相談し、治療が終了しだい、ホームで受入れできるよう準備している。	
44	74	○			全利用者がかかりつけ医へ受診し、必要時に検査も受けている。また、月2回協力医療機関からの往診もあり、常に健康管理に配慮している。	

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・向上するよう取り組んでいる。	○			掃除や料理の下ごしらえなど、生活の中でできることは時間がかかっても自力で取り組めるよう、見守る姿勢で対応している。	
	(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。	○			トラブルが起こらないよう、利用者の様子を見守ったり、声をかけているが、口論などトラブルが起こった時は、気分をまぎらわすように散歩など違う活動に誘って支援している。	
	(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)	○			歯磨きしている場面は拝見できなかったが、起床後や食後に歯磨きに誘ったり、介助したりしている。歯科医の往診もあり、口腔ケアの指示を受け、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。	○			受診ノートに処方内容や副作用について記載し、薬、薬カードと共に確認できるよう同じ場所に置いている。薬を利用者の服薬時毎に小分けして管理し、その時間の担当者が白湯を準備し服薬の支援をしている。	
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)		○		緊急時は、「緊急時対応・チェックシート」に沿って状態観察、連絡、対応している。簡易式の吸引器を各ユニットに設置している。全職員ではないが、緊急時の実技訓練を受けている。医療専門職でない職員がどこまで緊急時対応をするか、各職員への精神的配慮を優先し、現在のところ、普段から利用者の健康管理に注意し、緊急事態予防に重きを置いている。	予測可能な緊急事態の予防に努力していることは、高く評価するが、さらに予測不可能な緊急事態にも緊急マニュアルの技術が活かされると良いので、全職員でその取り組み方法を検討することが望まれる。
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)	○			感染症対策のマニュアルがあり、感染症発生時には、それにそって対応した事例を紹介された。	
⑧医療・健康支援 9項目中 計		8	1	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)	○			日常的に散歩、月1回観光地や買い物に外出する機会を作っている。町内会の運動会や盆踊りなどにも参加している。	
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)	○			家族の面会時に、お茶をもてなし、ゆっくりくつろげるよう配慮している。また、遠方から来訪された家族に宿泊の対応をしている。	
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。	○			法人代表者がホームへ来訪する機会は年に1回程度であるが、施設統括が常駐し、法人代表者と連携している。施設統括は管理職と共に、ケアサービスの質の向上に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。	○			管理者は職員と同じ勤務をしていて、職員の意見を身近で聞き、理解しやすい立場にあり、それを配慮した運営等をすすめている。	
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。		○		家族へ制度に関するパンフレットを配布したことがある。現在、活用している利用者はいない。施設統括が制度活用の手続きに関わった経験があり、相談の役割を担っているが、全職員がそれを理解している状況ではない。	全職員が成年後見制度等の知識を深め、相談を受けた時にホーム内の窓口や関係機関の窓口が紹介できるなど、活用促進に取り組むことが望まれる。
	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。	○			重介護対象のユニットには、男性職員を多めに配置している。担当ユニット以外の利用者の状態を把握し、協力し合うために、職員の異動を定期的に行なっている。利用者、家族へは機関紙でそれを知らせている。	
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。	○			ホーム側が研修費を負担し、職員が研修に参加しやすい体制を作っている。その報告書は掲示板で供覧され、職員以外にも、家族や来訪者にも周知できる仕組みである。	
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)	○			職員間の関係は良く、話し合うことで悩みを解消することが多いとうかがった。建物の構造上、職員の休憩室がない分、ホーム側がドリップコーヒーなどを提供し、仕事の合間にリラックスできるよう工夫をしている。	

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)	○			入居前の相談時に医師診断書、介護保険証など、関係機関からの情報も得ながら確認し、制度上の対象外でなければ、どのような状態の要介護者でも受入れる方針のもと検討している。	
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。	○			入院による退居が多いが、利用者の状態を家族へ伝え、入院後は1か月から3か月までは部屋をそのままにし、退院後も再利用のフォローをしている。	
	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)	○			食品は必要量だけ配達してもらうため使い切ることが多いが、余った場合は冷蔵庫で保管している。布巾、まな板など台所用品は、ハイターや熱湯で消毒している。	
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、刃物、洗剤などは利用者の手に届きにくい決められた場所で保管している。	
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)	○			転倒の事故が多い。それに対応した者が報告書を作成し管理職へ提出、日々のミーティングで職員に報告、対策の話し合いをしている。	
㊤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。	○			調査が長時間かかったため仕事に支障を与えてしまったが、最後まで協力的に情報提供していただいた。	
	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」でホーム内、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。	
㊤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。	○			家族の面会頻度には格差があり、面会の少ない家族程、意向を引き出すことに苦慮しているが、毎月の近況報告などで関心を持ってもらえるよう継続した対応をしている。	
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)	○			毎月利用料請求書に各ユニットの職長が利用者の近況を文書で添え、機関誌と共に家族へ郵送している。	
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。	○			毎月利用料請求書と合わせて、レシートなどを家族へ郵送し、家族の来訪時、出納帳を提示している。	
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。	○			市からの連携連絡は現在までなく、また、ホーム利用者の支援の充実に力を注いでいるため、マンパワー的にも事業を受託する余裕がない実情がある。地域の方、市担当課などが参加した運営推進会議開催を検討している。	運営推進会議を利用し、市担当課の理解・協力を求めながら、ホームが担える事業を検討し、互いに連携していくことを望んでいる。
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りてくれたりするように取り組んでいる。	○			地域の方が、町内会の会費徴収や回覧板を届けるなどの所用でホームに寄る機会がある。利用者宅の近隣の方の訪問がある。また、建物内のデイサービスに利用者も参加し、デイサービス利用者と交流している。ホームは、利用者のプライバシーに配慮し、外出して交流することの方を優先して取り組んでいる。	
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)	○			町内会の消防訓練や運動会、盆踊りなどには利用者と共に、また、清掃活動には職員が参加し、ホームの存在と役割を少しずつ理解していただいている。今後、運営推進会議を定期的開催していく計画がある。	
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)	○			教師、ホームヘルパー・学生の実習を受入れ、対応している。ボランティアは有償ボランティアとして受入れている。これ以上の取り組みをするにはマンパワー的に不足するので、できる範囲での取り組みに努力している。	
⑭ホームと地域との交流 4項目中 計		3	1	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)	○			年に1回、町内会の防火訓練に利用者と一緒に参加している。重介護対象のユニットは、避難訓練をしたことがある。防火マニュアルがあり、利用者を歩行自立・不可に分けて、避難経路を決めている。ホームの方針として、「火を出さない」を重視し、消火器使用訓練はしているが、避難訓練はおこなっていない。	現実を見据えた方針は十分に理解できるが、「火を出さない」ことをより強固に徹底するために、全職員が利用者と共に避難訓練を実施し、火災・地震が起こった時の対応の難しさを知ることが望まれる。
⑮その他 1項目中 計		0	1	0		

ホームID 38098

評価件数	
自己	3
外部	1
家族	4

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)	60.0%	89.7%	90.9%	68.3%	83.0%
自己(外部共通項目)	66.7%	90.0%	90.4%	71.7%	83.8%
外部	100.0%	90.0%	97.4%	90.0%	94.4%
家族	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	98.1%

★ 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。

