

### 1 評価報告概要表

全体を通して(特に良いと思われる点)	
古い民家を改装したグループホームで、ホーム内の雰囲気は利用者・職員ともに明るく家庭的な雰囲気が感じられた。建物内は広くはないが、利用者がこれまで生活してきた家庭と同様の馴染みの空間を提供するために、壁にしみ等があれば、その上に折り紙を使用した飾り付けを行うなど、様々な面で工夫がされている。また、運営推進会議を開き、地区の代表者などと活発な意見交換を行っている。ホームは、家庭的な雰囲気をモットーにし、職員と利用者は明るく楽しく生活しており、利用者・職員ともにとても多くの笑顔が見られた。法人代表と管理者は、お互いに連携を取りながら、ホームの質の向上に努めており、職員の意見も反映されている。	
分野	特記事項(特に改善を要すると思われる点)
I 運営理念	権利・義務に関しては、契約書に記載されているが分かりづらく、明示もされていない。利用者や家族が分かりやすいように工夫するとともに、文書化して明示していくことが求められる。運営推進会議などを通して、地域での理解を深めているが、近隣の地域住民に対してはまだ十分に啓発活動ができていないので、ホームからの積極的な働きかけが望まれる。
II 生活空間づくり	特に要改善点はない。古い民家を改造しており、さまざまな工夫がされているが、今後、更なる充実を期待している。
III ケアサービス	特に要改善点はない。今後さらに、ケアサービスの向上に努めていくことを期待する。
IV 運営体制	成年後見制度は、職員の理解がまだまだできていないため、研修会などを通して、制度についての理解を深めていくことが求められる。町事業の積極的な受託や、地域の人が気軽に立ち寄ってもらえるような取り組みを、運営推進会議等を活用しながら、さらに進めていくことを期待する。
V その他	特に要改善点はない。火災や震災などの対応マニュアルを作成しており、避難訓練も実施している。今後は地域を交えた火災・震災対策を行っていくことを期待する。

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	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	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					
	<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。	○			職員・管理者ともに運営理念を共有し、念頭に置きながら利用者に接している。また、運営理念の見直しについても、職員は利用者と一緒に考えている。	
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。	○			ホームの玄関口や共有空間に分かりやすく掲示している。	
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・義務に関しては、契約書に該当するものが記載されているが、分かりづらく、明示もされていない。	利用者の権利について、分かりやすく文書化し、ホーム内に明示することが求められる。
	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)	○			住民まで十分に啓発活動は行われていないが、運営推進会議で地区の代表なども参加し、ホームについて理解してもらうとともに、活発な意見交換も行われている。	今後は、運営推進会議を軸に、近隣の地域住民にもホームの理解を深めていくようにしていくことが期待される。「ホームの便り」については、利用者の写真も多く使われているので、個人情報取り扱いについて検討していることが求められる。
	<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)	○			ホームは普通の一軒家であり周りに草木を植え、訪ねやすい雰囲気を作っている。	
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。	○			古い民家の居間を共有空間として利用しているため、全体的にあまり広くはないが、利用者はそれぞれ自由に過ごしており、家庭的な雰囲気が感じられた。	
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。	○			建物が古い民家なので共有空間自体が広くないが、台所や居室などを利用し、自由に過ごせることができる。	

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。	○			居室内への持ち込みは自由に行っている。家族から衣装ケース等の持ち込みなどもあった。	
<b>②家庭的な生活環境づくり 4項目中 計</b>			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)	○			古い民家を改造しているということであったが、必要に応じて改善を行っている。また、同一法人内の他の事業所の職員がホームに来て、改善場所がないかチェックすることもある。	今後、さらに充実していくことが期待される。
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)	○			トイレや居室などには、見えやすい位置に目印を掲げている。利用者は今のところ場所間違いが少ないので、必要以上には目印をつけていない。	
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)	○			光に対しては簾などを利用し、眩しすぎないように調節している。耳の悪い人がいるため、職員の声が大きくなる時がある。	
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。	○			温度調節は、利用者の意見を聞きながらこまめに行っている。	
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。	○			見えやすい位置にカレンダーや時計を置いている。カレンダーも、その日の日付がわかるようにしている。	
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)	○			カラオケ・おはじき・お手玉や畑仕事の道具などがあり、利用者もよく活用している。	
<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 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。	○			利用者一人ひとりの特徴や体調などの変化を踏まえた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、職員会議で職員の意見を聞いたうえで作成している。	
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。	○			介護計画は、家族が面会に来た時、相談しながら作成している。	
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の見直しを行っている。	○			最低3か月に1回は見直しを行っている。また、状態の変化等に応じて必要な見直しも行われている。	
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。	○			介護計画に関する記述は青色、また、緊急的なことに対しては赤色など色分けをしてわかりやすく記録を残している。	さらに、日々の記録が今後活用できるようにまとめていくことを期待したい。
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。	○			申し送りノートや業務日誌を利用して申し送り、見た職員はサインをするようにしている。	
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。	○			毎月、職員会議を実施し、管理者と職員が活発な意見交換を行っている。また、法人代表者にも参加してもらおうこともある。	
<b>④ケアマネジメント 7項目中 計</b>		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	○			家庭的な雰囲気を持ちながらも、利用者一人ひとりの尊厳を尊重したケアを行っている。	さらに、利用者の人権を尊重した意識の向上に努めていくことを期待したい。
23	28	○			ホーム自体が明るく楽しい雰囲気であり、職員はやさしい雰囲気です。	
24	30	○			おはじき・お手玉・園芸用品などがあり、利用者や家族の話聞きながら、今後もさらに利用者の生活歴を活かしたケアの実践を心がけている。	
25	32	○			利用者のペースに合わせた生活を送ることができるよう支援している。	
26	33	○			ほんの些細なことも利用者意見に求め、できる限り利用者の意見を聞き出そうとしている。	
27	35	○			料理の手伝いや配膳、洗濯物の片付けなど利用者ができることは、できるだけしてもらうようにしている。	
28	37	○			身体拘束のないケアを実施している。	
29	38	○			日中は玄関を開放している。できる限り、利用者の行動パターンを把握し、利用者が無断で外出した場合も、地域の方の協力を得ている。	
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。	○			利用者が使い慣れた食器を使用している。	
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。	○			利用者の状態にあわせ、食事を刻んだりしている。	
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。	○			同じ法人内の栄養士に、ホームからの要望を元に献立を作ってもらっている。予定の献立から変更することもあるが、そのときも何を作ったかの記録を残している。	
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、職員が楽しく会話をしながら食事をしている。食べこぼしなども、さりげなくサポートしている。	
	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。	○			排泄のチェック表をつけ、利用者一人ひとりの排便パターンを把握したうえで、トイレ誘導を行っている。オムツの着用もだんだんと減ってきている。	
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。	○			トイレ誘導は、さりげなく肩をたたいたりしながら、プライバシーに配慮して支援を行っている。	
	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)	○			利用者ひとり一人にあわせ、ゆっくりと入浴してもらえるように配慮している。	
	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)	○			利用者や家族の希望する理美容院を利用している。	



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。	○			買い物や散歩だけでなく、利用者のできることは、できるだけ利用者にしてもらい、職員はできる限り見守るように心がけている。	
	(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。	○			利用者同士のトラブルはあまりないが、トラブルが起こったときは、職員が仲裁に入るようにしている。	
	(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)	○			毎食後、歯磨きを行うようにしている。また、入れ歯を使用している利用者の方にも、ボリデント等を使用して清潔に心がけている。	
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。	○			常勤の看護師が中心となり、現在、服用している薬の処方箋を利用者ごとに保存している。変更時は、ノートなどを利用して引継ぎを行うようにしている。	
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)	○			緊急時マニュアルを作成するとともに、マニュアルの復習を兼ねた勉強会も行っている。	
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)	○			感染症に対するマニュアルを作成している。また、手洗いを徹底するとともに、タオルも利用者ごと別々にしている。	
<b>⑧医療・健康支援 9項目中 計</b>		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)	○			利用者の希望に応じて、散歩や買い物、近くへのドライブなども行っている。また、同一法人の施設との交流会なども行っている。	
<b>⑨地域生活 1項目中 計</b>		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)	○			家族が来訪すると、職員は笑顔で対応し、家族も職員や利用者 に気兼ねなく話し掛けており、気軽に訪問できる雰囲気が感じら れた。	
◎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。	○			法人代表者と管理者は、お互いに連携を取りながら、ホームの 質の向上に努めている。	
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。	○			管理者は、職員の話をしてできるだけ聞くように心がけている。職員 も管理者に意見を言いやすい環境が作られている。	
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。		○		職員には研修などを行っているが、まだまだ、活用されていると は言いがたく、職員も制度に関してあまり理解できていない。	職員に対してホーム内外の研修などを行い、制 度の知識を深めていくことが望まれる。
	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。	○			一日の流れや、行事などを考慮して、それらに対応できる職員 の勤務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。	○			定期的に職員が外部に研修に行く機会があり、研修を受けたあ とは報告をするようにしている。	職員のレベルに応じた研修を受講していくことを 期待する。
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)	○			職員間での親睦会があったり、他のグループホームとの交流が あったりしている。業務上の悩みも、管理者等を交えて、速やか に解決するように努めている。	

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)	○			建物が古い民家であり、歩行器や車いす等の使用が難しいが、その点も含めて、入居時に十分に検討をしている。	
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。	○			家族や利用者とは十分に話し合いをした上で、退居を決めている。	
	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)	○			ハイターなどを使用した消毒を、少なくとも週1回は実施している。	
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。	○			包丁などの危険なものについては、できる限り利用者の目の届かないところに保管するように心がけている。	
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。(再発防止の話あい、今後活かす意義づけ等)	○			ヒヤリハットや事故報告書を作成し、再度同じような事故が起こらないよう、また、事故を未然に防ぐことができるよう職員会などで話し合いがされている。	
<b>⑩内部の運営体制 11項目中 計</b>		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。	○			情報を積極的に提供してくれている。	
	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。	○			相談・苦情の受付は重要事項説明書に記載されており、口頭でも利用者や家族に伝えている。	
<b>⑪情報・相談・苦情 2項目中 計</b>		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。	○			家族が面会に来たとき、職員は笑顔で話しかけるようにし、できるだけ家族の持っている不安を取り除いて希望等を聴きだそうとしている。また、定期的な近況報告も行っている。	
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	○			家族に対して「ホーム便り」の配布と、月1回、近況報告も送付している。	
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。	○			自己管理をしている利用者が1名いる。ホームで管理している利用者は、家族が面会に来たときに、出納帳や領収書などで確認してもらい、確認後は出納帳にサインをしてもらっている。	
<b>⑬ホームと家族との交流 3項目中 計</b>		3	0	0		
	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。		○		現在のところ、町からの事業を受託はしていない。	町との連携を図っていくとともに、町の事業を積極的に受託していくことを期待する。
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。		○		運営推進会議に地区の代表などが参加し、ホームを理解していただき、活発な意見交換の場になっている。しかし、地域住民までは気軽に立ち寄りてもらえる関係に至っていない。	運営推進会議を軸にして、地域の方も気軽に立ち寄りすることができるようにしていくことが望まれる。
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)	○			日頃から、警察や消防署、また、周辺の商店などから協力が得られるように働きかけを行っている。	
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)	○			実習生や年2回程度、草刈ボランティアなどを受入れて、積極的に地域に開放するよう努めている。	
<b>⑭ホームと地域との交流 4項目中 計</b>		2	2	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)	○			火災・震災時のマニュアルを整備しており、避難訓練も実施している。	今後は、地域を交えての震災対策を行っていくことが期待される。
<b>⑮その他 1項目中 計</b>		1	0	0		

ホームID 38110

評価件数	
自己	1
外部	1
家族	5

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%	76.9%	83.1%	70.0%	77.0%
自己(外部共通項目)	50.0%	70.0%	81.6%	80.0%	77.8%
外部	75.0%	100.0%	100.0%	85.0%	94.4%
家族	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	98.5%

★ 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。

