

## 1 評価報告概要表

全体を通して(特に良いと思われる点)	
ホームは静かな住宅地にあり、開設して3年が経過し、利用者・職員ともにゆったりとした生活を送っている。利用者一人ひとりの過去の生活歴をもとに楽しみごとや出番を見出せるような場面作りが出来るように支援をしている。また、職員と利用者の関係も良好で、明るく楽しい家庭的な雰囲気が感じられた。看護職を常勤で配置しており、日常ケアの中にも医療的な視点も取り入れている。	
分野	特記事項(特に改善を要すると思われる点)
I	運営理念を新しく見直し、分かりやすい理念を作成している。さらに、分かりやすく具体的になるように工夫していくことを期待したい。また、「ホーム便り」を町内会に送付してホームに対する理解を深めてもらう努力をしているが、近隣の住宅などに対しては行われていない。町内会だけでなく、近隣に対してもホームの理解を深めていくように啓発・広報活動を行うことが望まれる。
運営理念	
II	特に要改善点は見られない。
生活空間づくり	
III	健康診断は入所時に行っているが、年に1回は行われていない。健康診断を定期的に受けることができるような体制作りをしていくことが求められる。また、緊急時の対応に関して、看護師を常勤で配置しているが、それ以外の職員は緊急事態が起こった場合は不安を持っている。看護師を中心とした勉強会や研修を通して、全ての職員が緊急時に速やかに対応できるような体制作りも求められる。また、法人から送られてくる献立には食事内容しか書かれておらず、栄養摂取状況はあまり把握できていないため、送られてくる献立にカロリー計算もつけてもらうなどして、栄養摂取状況の把握に努めることが望まれる。
ケアサービス	
IV	法人側とホーム側では多少考えの違いが見られる。ホーム運営やケアの質の向上に関して、法人側とホーム側で良く話し合いを持ち、意見の統一を図ることが望まれる。金銭管理についても経理上は法人で管理しているため、金銭管理の様々なことに迅速に対応できないので、ホームである程度金銭管理が出来るような仕組みにしていくことが求められる。また、近隣に対して、今以上に理解を深めてもらうように関わっていき、地域との協力体制を作っていくことが求められる。
運営体制	
V	今年度より消防署を交えた避難訓練を実施しているが、連携体制や災害が起こったときの対応マニュアル等は整備されておらず、今後マニュアル等の整備が求められる。
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	9
⑦ 生活支援	2項目	2
⑧ 医療・健康支援	9項目	7
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	6
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	0
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	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。	○			開設当初からの運営理念を見直し、新たに分かりやすくした運営理念を作成して職員間で共有している。	見直し後の理念も、さらに分かりやすく表現していくことを期待したい。
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。	○			ホーム玄関口の見やすい場所に掲げられている。	
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。	○			契約書に記載し、ホームの玄関口にも掲示している。また、利用開始時に家族へも説明し、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)		○		「ホーム便り」を町内会などへ送付しているが、近隣に対しての啓発活動は行われていない。	近隣住民への広報・啓発活動を積極的に行っていくことが求められる。
①運営理念 4項目中 計		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)	○			近隣は住宅地であるが、周りの雰囲気と調和している。また、花などを植え、家庭的な雰囲気の玄関回りになっている。	
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。	○			共有空間にテーブルが2つ置かれていて、周りの飾りつけもきれいにしており、家庭的な雰囲気である。また、車いすの人も通りやすくなっている。利用者が花などを飾り、寛ぎやすい環境を作っている。	
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。	○			利用者一人ひとりが心地よく過ごしている。喫煙される方もいたが、少し離れた場所で気兼ねなく喫煙が出来るような環境になっていた。	

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。	○			持ち込みは自由であり、テレビなど使い慣れた物が持ち込まれている。	
<b>②家庭的な生活環境づくり 4項目中 計</b>			4	0	0		
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)	○			利用者の状態に応じて手すりなどを設置している。また、トイレも車いすの利用者が利用しやすい広さであり、浴場も椅子を置いている。	
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)	○			トイレには立体の分かりやすい目印を掲げている。また、居室にも分かりやすい表札が掲げられている。	
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)	○			よしず等を利用して光が強くないように調節しており、音の大きさも利用者の会話を妨げないように心がけている。	
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。	○			職員一人ひとりが気をつけて温度調節や換気を行っている。	
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。	○			日めくりカレンダーや時計を、居間の壁やテーブル等、利用者の目に付きやすいところに設置している。	
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)	○			版画や書道道具、折り紙など利用者の趣味や興味に応じて様々な物が用意されている。	
<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。	○			アセスメントに基づき、利用者の視点に立った介護計画が立てられている。	さらに評価がしやすいよう、具体的な支援内容等を記載した介護計画を立てることを期待する。
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。	○			利用者一人ひとりの介護計画に対するチェック表を用いるなどして、作成された介護計画を職員全員が日常的に見ることができるよう工夫している。	
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。	○			面会時や電話などを利用して、家族と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。	○			3か月に1回、また、利用者の状態に変化が見られるときは随時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。	○			日中・夜勤帯等の色分けをして、分かりやすいように日々の個人記録を残している。排泄や水分量などの状況も記録している。	
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。	○			申し送りノートやホーム日誌、口頭で重要なことは引継ぎを行っている。	
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。	○			月1回会議を開いて活発な意見交換を行ない、記録も残している。	
<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 ○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)	○			利用者の性格や習慣などを把握し、利用者一人ひとりに応じた言葉かけや対応を行っている。	
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、やさしい雰囲気です。	○			利用者一人ひとりに合わせてゆったりと、優しい言葉かけをしています。	
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。	○			利用者一人ひとりの生活状況や家族からの情報を元に、版画や書道など過去の経験を活かせる活動を行っている。	さらに、利用者の情報収集に努めて、ケアに活かしていくことを期待する。
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。	○			利用者の生活のリズムに合わせて、職員もそれに応じた対応を行っている。利用者の体調や気分に応じた対応も行っていた。	
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)	○			利用者のできる限り選択してもらえるような環境作りに努めている。	
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)	○			食事の手伝いや食器の片付け、また、洗濯物の片付けなど利用者ができることはできる限りしてもらっている。	
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。	○			身体拘束(ベッド柵の使用)をしている利用者が1名いるが、家族からの了承と記録を残している。	今後も身体拘束がある場合は、家族の了承や記録を継続していくことが求められる。
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)	○			徘徊のある利用者が出て、やむを得ず鍵をかける場合があるが、家族にも説明しており、各階の扉にも鍵を閉めている旨の表示をしている。	今後も鍵をかける場合は家族等の了承を得るとともに、鍵をかけなくてもすむように努めていくことが求められる。
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。	○			利用者一人ひとりが使い慣れた食器や箸を使用している。	
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。	○			利用者の状態に応じた調理方法にしている。また、利用者の方と一緒に料理をしている。	
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。		○		法人から送られてくる献立表をもとに食事を作っているが、カロリー計算はホームでは把握できていない。水分の摂取状況は把握できている。	法人からの献立表にカロリー計算もつけてもらうなどして、栄養摂取状況の把握に努めていくことが求められる。
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。	○			利用者と職員が食事を一緒に食べてはいるが、利用者と会話を楽しみながら、一人ひとりのペースに合わせて、さりげなくサポートを行いながら食事を行っている。	
	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。	○			排泄チェック表を用いて利用者の排泄パターンに応じたトイレ誘導を行っている。	
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。	○			利用者のトイレ誘導は耳元でさりげなく行っており、トイレでの支援が必要な人に対しても扉は必ず閉めるようにし、羞恥心に配慮している。	
	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)	○			利用者の希望に応じて、ゆったりと入浴でき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)	○			利用者の希望に応じて、家族や職員が引率し、行きつけの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。	○			ホームの周りの散歩や食事の準備・片付けなど、日常生活の中で身体機能の維持・向上に努めている。	
	(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。	○			トラブルが起こった場合は職員が仲介に入り、利用者のお話を聞いて問題を解決している。また、トラブルの原因を見つけ、未然に防ぐようにしている。	
	(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)	○			毎食後に歯磨きや入れ歯の掃除を行っている。洗面所では上手くできない利用者に対しては、洗面器を利用して行っている。	
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。	○			薬は処方箋と一緒に利用者ごとにケースで整理されていて、すぐに薬の内容がわかるようにしている。	
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)		○		看護師は常勤であるが、緊急時の定期的な研修は行っていない。看護師以外の職員は、怪我などの緊急事態が起こった場合の不安をもっている。	職員は、救命講習の受講や看護師等の研修により知識・技術を高め、不安をなくすることが求められる。
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)	○			感染症マニュアルが整備され、また、看護師による管理もされている。	マニュアルをもう少し具体的にし、さらに、感染症に対する取り組みを行なうことが期待される。
<b>⑧医療・健康支援 9項目中 計</b>		7	2	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)	○			行事への参加や近所への散歩、買い物などできる限り外出の機会を設けている。	
<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)	○			家族の訪問に対して笑顔で対応し、気軽に訪問できるような雰囲気を作っている。また、家族からの相談にも丁寧に対応している。	
◎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。		○		週1回、定期的に意見交換が行われているが、法人側とホーム側では多少意見の違いが見られる。	ホーム運営やケアの質の向上などに関し、法人側とホーム側でよく話し合いの場を持ち、意見の統一を図ることが望まれる。
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。		○		法人主体で決められていることが多く、利用者の受入れでも法人で進めている。	ホームの運営やケアの質の向上などに関し、法人側とホーム側でよく話し合いの場を持ち、職員の意見を反映することが望まれる。
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。		○		成年後見制度の名前を知っている程度で、詳しい内容まではあまり理解できていない。	外部での講習会やホーム内の勉強会などを通して、成年後見制度について知識を深めていくことが求められる。
	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。	○			行事や日課に応じて職員の勤務のローテーションを考えている。	
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。	○			ホーム独自の研修計画ないが、法人が主体となって研修の計画を立てており、入浴などの研修にも参加して職員へ周知している。	ホーム独自の研修実施の計画を立てることを期待する。
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)		○		職員一人ひとりがストレスをため込まないようにしているが、ホームとしてストレスの解消策は特にとっていない。	職員間の親睦をはじめ、悩み等の対応を組織の問題として解決していくことが望まれる。

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)		○		主に法人で行われており、管理者等の関わりはあまり無い。	法人主体で行うのではなく、管理者等がもつと利用決定に関わることができるような体制作りが求められる。
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。		○		ホームと家族が相談の上、納得のいくように退居の支援をしている。	
	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)		○		ハイター等で定期的に消毒などを行い、ホーム内の衛生を保持している。	
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。		○		注意が必要な物は収納庫で保管している。	
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)		○		ヒヤリハットを活用し、事故を未然に防ぐように努めている。また、事故が起きた場合も会議等の話し合いを持ち、再発の防止に努めている。	
<b>⑪内部の運営体制 11項目中 計</b>		6	5	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。		○		質問へ丁寧に対応し、必要な書類等も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。		○		重要事項説明書に苦情相談の窓口や苦情相談の機関等について記載されており、用開始時に口頭でも利伝えている。	
<b>⑫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や電話などで、できるだけ家族から話を引き出すよう取り組んでいる。	さらに、面会時や電話だけでなく、家族の意見を引き出すことができるような工夫を期待する。
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)	○			近況報告を月1回送付し、利用者の日常生活の様子を伝えている。	
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。		○		家族に対して利用者の預かり金の状況や出納を明らかにしているが、利用者の金銭管理の経理上のことは法人で行っており、ホームとして迅速な対応はできない。	金銭管理をホームで行い、利用者の希望にそって支払いができるようにすることが求められる。
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。		○		市から事業の委託などは受けていない。	市との連絡を密接に取り、市の事業を積極的に受託していくことが望まれる。
70	131 ○地域の人達との交流の促進 地域の人達が、遊びに来たり立ち寄ってくれたりするように取り組んでいる。		○		職員がホームと同じ町内に住んでおり、地域への理解を深めてはいるが、まだまだ、気軽に立ち寄れるようにはなっていない。	近隣の人が気軽に立ち寄ることができるよう、積極的に地域に理解を深めてもらうことが望まれる。
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)		○		日常的な散歩や外出の際、周辺施設への協力の働きかけを行っているが、まだまだ十分にはできていない。	周辺地域の協力体制を築いていくことができるよう、さらに働きかけをしていくことが求められる。
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)		○		職員がホームと同じ町内に住んでおり、地域での理解や働きかけを行っているが、まだホームの機能を地域に還元するまでには至っていない。	周辺地域の協力体制を築いていくことができるよう、さらに働きかけを行い、ホーム機能を積極的に還元していくことが求められる。
⑭ホームと地域との交流 4項目中 計		0	4	0		
	Ⅴ その他 1. その他					
73	144 ○火災・地震等の災害への対応 利用者や施設の状態を考慮に入れ、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)		○		今年度から消防署を交えた避難訓練を実施しているが、連携体制や災害が起こった時の手引書などは作成されていない。	災害が起こったときの対応マニュアル等の整備が求められる。
⑮その他 1項目中 計		0	1	0		

ホームID 38116

評価件数	
自己	2
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%	96.1%	67.5%	87.4%
自己(外部共通項目)	87.5%	100.0%	96.1%	67.5%	88.2%
外部	75.0%	100.0%	92.1%	50.0%	80.6%
家族	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	89.0%

★ 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。

