

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>新居浜市が指定している医療福祉ゾーンに立地しており、ゆったりとした敷地の平屋で親しみやすいホームである。近隣に建物が立ち揃っていないため、少し寂しさはあるが、静かである利点の方が大きい。東側の景色が開けており、「朝陽が綺麗です」という話もうなずける。管理者が福祉に精通しており、ホームに対する熱い思いがある。ホームは開設してまだ2年であるが、運営には成熟感がある。職員配置は法定人数より多く、看護職員も3名と多い。ここにも、管理者や法人の利用者の生活の質を担保するという精神が垣間見れる。利用者と職員との会話には、穏やかさが感じられ、「ほっと」できる。利用者が声を荒げても、職員が実の娘のように対応している状況には、「家族」ということを絶えず意識していることがよく理解できた。後発のホームだけに、空間づくりはよく研究されており、細やかな配慮がある。しかし、利用者に合わせて、まだまだ改良する余地があると管理者は話している。より高いケアを提供しようとしている姿勢に頼もしさを感じられる。</p>	
分野	特記事項(特に改善を要すると思われる点)
I	要改善点はなく、この状態の継続と充実、更なる研鑽を望みたい。
運営理念	
II	要改善点はなく、この状態の継続と充実、更なる研鑽を望みたい。
生活空間づくり	
III	介護計画や記録について業務として行っている傾向があり、その目的や意義への理解が余り進んでいない。計画作成責任者の交代で刷新中であり職員の研鑽が望まれる。また、看護職員が3名と多く勤務しているため、医療面に関して看護職への依存度が高い傾向がある。介護職員の判断で対応する場合も考えられるので、知識の向上を望みたい。
ケアサービス	
IV	グループホームが少ない地域に立地しているだけに、認知症ケアや生活に必要な成年後見制度については、職員全員の知識向上を望みたい。また、専門性の高い職員が多いので、地域福祉の拠点となるよう地域へ知識の還元に取り組むことが望まれる。
運営体制	
V	要改善点はなく、この状態の継続と充実、更なる研鑽を望みたい。
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	4
⑤ 介護の基本の実行	8項目	6
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	6
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	8
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	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。	○			運営理念は開設前に管理者と職員とで協働で作成しており、その意義をよく理解している。管理者や職員の話の中には、運営理念を具体化した言葉の「笑顔」や「その人らしさ」などが頻繁に出てきており、日常的に話し合いが行われていることを証明している。	
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。	○			運営理念は、居間やホールの壁に掲示されており、家族等への説明は、入居時にしている。	
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。	○			利用者の権利や義務は、契約書及び重要事項説明書へ具体的に記載しており、同意も得ている。管理者は義務という言葉を使用していないが、利用者と家族との絆を深めるため、健診などの通院は家族が行うように意識的に依頼している。利用者の生活の質を担保するために、家族と協働しようとしている。	
		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)	○			立地周辺は医療福祉ゾーンに指定されているため、近隣に住居がないが、管理者が積極的に自治会に参加し、「ホーム便り」などを活用しながら理念の啓発に努めている。	
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)	○			玄関の両サイドに草花を植えており、安らぎが感じられる。玄関扉も和風のデザインを取り入れ、親しみやすい。	
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。	○			管理者が福祉に精通しているために、空間作りにもそつがない。広い共用スペースだが、家庭であることを意識しており、鉢植えなどがさり気なく置かれており、「ほっと」できる空間が演出できている。	
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。	○			共用空間は広く、畳スペースもある。また、廊下やロビーにソファを点在させており、利用者が状況に応じて使えるように工夫している。	

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。	○			ベッドや小さな整理棚、洋服ダンス、仏壇など思い思いの家具を持ち込み、写真や花鉢などの装飾品で、利用者の個性が出る居室になっている。	
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)	○			後発のホームだけに、建て方によく研究されており、段差の解消、手すりの設置など基本的な基盤整備がなされている。車いすの利用者を意識して、広いトイレも配置されている。また、浴室は介助が行いやすい工夫されものが導入されており、評価できる。	
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)	○			利用者の部屋には、手作りの写真付きの表札を飾っており、目印としている。しかし、場所間違いへの対策は、職員の見守りを基本としており、場所間違いの多い利用者を職員がよく把握している、目配せが十分に機能している。	リビングの近くにあるトイレのサインは、前回の調査時に指摘した箇所であるが、リビングから見ても違和感のないデザインで対応しており、前向きな姿勢が気持ちよい。
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など適切であり、落ち着いた雰囲気がある。リビングは、南向きの大きな窓から自然光が室内に降り注いでおり、台所の天窓からの採光がある。トイレは外窓を取ることこだわったという管理者の話しに、採光に対する細やかな配慮がうかがえる。	
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。	○			エアコンは脱衣所や廊下にもあり、温熱に対して配慮が見られる。温度調節の管理は職員が適切に行っている。	
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。	○			時計はリビングの適所に設置されており、カレンダーもさりげなく飾られている。	
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)	○			裁縫道具や利用者の趣味の品々を用意している。	開設後、利用者の活動意欲も徐々に低下が見られ始めているため、違った角度からの関わりも必要になる。その準備として、生活歴シートの充実が今後の課題である。
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。		○		ケアマネジャーの交代により、アセスメントシートの見直しを行っている時期であるために、介護計画への連動ができていないと言えない。	利用者の生活も落ち着き。ケアマネジャーも交代し、新たに見えてきたことなどを書き加えるような試みを行なっている最中である。ケアマネにも職員にも意欲が見られ、期待できる。
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、利用者の担当職員が立案するが、職員全員の話し合いを基本としている。介護計画は介護記録の一番上にファイルしており、目に付くようにしている。また、介護計画の実施を毎日チェックするシートもあり、職員間で共有できるように取り組んでいる。	
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。	○			家族の訪問時に介護計画の相談を行っており、利用者とも話し合いが進められている。	介護計画ができあがった後に家族と相談し、確認や訂正を行なっているが、一緒に立案できる方法を模索しているという。次回は、新たな取り組みについて調査したい。
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。	○			利用者の体調に合わせての見直しは、随時行われているが、定期は、3か月毎である。	
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。		○		記録をデータ化し、利用者の体調を見守ることや、家族に日常を伝えるためなどの記録の意義の理解が余り進んでいない。また、記録の内容に重なりや無駄も見られる。	職員間で記録の意義を確認するとともに、書く内容についての取り決めも行なうことが望まれる。
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。		○		情報伝達は、口頭や連絡帳にて行っているが、職員数が多いだけに、重要なことや緊急性のある内容などの区分が十分に行なわれているとは言えず、情報伝達にタイムラグが発生する危険性がある。	情報により回覧板を活用するなど、職員全員に伝わっていることの確認が随時できるような工夫が望まれる。
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。	○			ケア会議は、ユニット毎と全体と毎月1回づつ行われている。管理者の職員の意見を傾聴する姿勢から、活発な意見交換が行なわれていることがうかがえる。	
④ケアマネジメント 7項目中 計		4	3	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)	○			職員は、利用者の立場に立つて職務を行う姿勢があり、返答能力に応じた声掛けを心がけている。	
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。	○			職員の話し方や接し方は、穏やかである。食事中、突然気難しくなり、部屋に戻った利用者にも、ゆっくりとした姿勢で丁寧に対応している。	
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。		○		利用者の生活歴については、入居時にアセスメントした内容しか記録化されていない。日々の生活の中で気付いた事なども多くあるようだが、記録がされていない。	入居時の生活歴シートに書き加えていだけでも構わないので、記録として整備が求められる。
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。	○			生活のリズムを守るために一日の大きな流れは決まっているが、利用者のペースを優先させている。職員の会話や態度に、生活を楽しんでもらうということが見受けられ、ゆっくりとできる雰囲気がある。	
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)		○		開設後は、利用者がホームに馴染んでもらう事が中心の業務であったため、職員主導の傾向があった。また、不意の外出が多々あり、それに振り回されていた感があり、利用者の自己決定支援が十分に行われているとは言えない。	6月後半位から、落ち着いた生活の支援が行われており、現状は利用者の決定を待つ支援が行われ始めている。今後の研鑽に期待する。
27	35 ○一人でも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)	○			家庭菜園や料理の下ごしらえ、後片付けなど、利用者のできることへの場面づくりが行われている。	
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。	○			身体拘束とは、物理的なことだけではなく、精神的なこともあるとの理解のもと、ケアに取り組んでいる。また、精神安定剤の服用についても医師への相談はもちろんのこと、スタッフ間でも医療面・生活面の双方からの十分な話し合いを基本としている。	
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)	○			夜の防犯目的以外は、玄関に鍵はかけられていない。十分に注意はしているが不意の外出はあるが、見守りを基本としているために鍵を掛けることは行わない姿勢である。「外出したら付き合う」という職員のスタンスが、利用者心理的圧迫をもたらせていない。	
⑤介護の基本の実行 8項目中 計		6	2	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。	○			自分の物を持ち込んでいる利用者やホームが揃えた食器を使っている利用者など色々であるが、一般家庭にある雰囲気の食器を使用しており、違和感はない。	
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。	○			食事量は利用者により調整しているが、盛り付けに工夫がされているため、違和感はない。また、利用者の希望や状態に合わせて、いろいろな食事を提供している。魚料理などは見た目を楽しんでもらうために、配前後に職員が骨をとるようにしており、工夫が見られる。	
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。		○		カロリー計算に縛られ、利用者が楽しめる食事の提供が難しいとの考えて、基本的な栄養面の配慮はあるが、数字上での管理まではできていない。	食事ごとの細かなカロリー計算は必要ないが、一週間での栄養バランスの大まかな把握は必要である。保健所の栄養士への相談などを行なうことが望まれる。
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。	○			二つのテーブルにそれぞれ職員が座り、見守りやサポートを行っている。テレビを消して、会話を楽しみながらゆっくりと食事を楽しんでいる。	
	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。	○			利用者の排泄は、介護記録に記載するようになっており、大まかな排泄パターンが把握できている。	排泄記録の記載方法が職員により多少のばらつきが見られる。充実を望みたい。
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。	○			排泄の誘導は、利用者の耳元で行っており、自然な感じである。	
	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)	○			入浴は、午後から利用者の希望の時間帯に行っており、利用者の希望の曜日に対応しているが、利用者の気分に応じて回数や日程などは自由である。	
	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)	○			馴染みの美容院がある人は家族と共に通っているが、その他の利用者には、近くに理美容院がないため、ホームが月に1回訪問の美容師を依頼している。多くの利用者がカットをしてもらっている。	

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
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げなくカバーしている。(髭、着衣、履き物、食べこぼし、口の周囲等)	○			利用者の髪型・着衣などに乱れはなく、こざっぱりとした普段着の格好で過ごしている。職員の何気ない配慮が見受けられる。	
	5) 睡眠・休息					
39	60					
	○安眠の支援 利用者一人ひとりの睡眠の 패턴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した安眠策を取っている。	○			職員は安眠の支援を、昼間に起きている時間を確保し、生活のリズムを整えることと認識している。不眠を訴える利用者には、眠剤も検討する必要性を感じているが、医師の指示の下、看護師が管理することを基本にしている。	
⑥日常生活行為の支援 10項目中 計		9	1	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。	○			管理者は、利用者それぞれの金銭感覚や管理能力を把握しており、本人で可能な場合は管理を依頼し、難しい利用者はホームで管理している。	
	(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)	○			利用者の個別性を理解した上で、食事の洗い物や洗濯物たたみ、草引き、家庭菜園などの役割を依頼し、それが楽しみになるように支援している。	
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					
	○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)	○			看護職員が、協力病院へ利用者のちょっとした変化も気軽に相談できる体制がある。また、看護師は3名勤務しているので、いつでも利用者の状況を誰かが把握できるようなシフトが組まれている。	
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、管理者が見舞いを兼ねて病院へ行き、相談を行っている。その結果を家族とも話し合いが行われており、早期退院への取り組みが行われている。施設ケアと違いホームの業務では利用者の入退院についても関わりがもて、充実しているとのケアマネジャーの言葉には頼もしさを感じられる。	
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。	○			協力病院で、年一回の定期健診が行われている。	

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
	(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。	○			独自に考えたリハビリ体操を午前10時に、職員とともに利用者が楽しみながら行っている。体操を毎日続けることで、利用者に身体機能を維持するという意識づけも行なわれている。	
	(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。	○			トラブルの対応は、職員が双方の話をゆっくり聞くことで対応するケアを行っており、他の利用者への配慮も忘れないような心がけがある。また、職員と利用者の相性もよく理解しており、誰が仲裁に行くかと上手くいくかなども把握している。	
	(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)	○			口腔ケアは、毎食後と就寝前に行っており、チェックシートで管理している。また、週2回、歯科医の往診もあり、安心できる。	
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。		○		薬の管理は看護師が丁寧に行っているが、配薬については服薬したかどうかの確認者が不明瞭である。また、薬の知識は看護師への依存度が高い傾向が見受けられる。	服薬については最終的な責任者を決めておく必要がある。また、介護職員も薬についての知識の研鑽が望まれる。
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)		○		看護職員との連携があるために、ホームでは応急手当等の研修が少ない。介護職員が直接手当を行うこともあるので、介護職員のスキルアップを望む。	消防署との応急手当の訓練など、介護職員への研修の機会を増やすことが望まれる。
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)		○		看護職員による管理が行われているが、感染症に対するマニュアルなどが、まだ整備されていない。	介護職員のスキルアップのためにも、マニュアルの整備や勉強会の開催などが望まれる。
⑧医療・健康支援 9項目中 計		6	3	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)	○			近隣施設の催し物への参加や、散歩・買い物など、外出の機会を多くする支援が行われている。	
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)	○			管理者は、利用者の生活の質を向上させるためには家族の参加が重要と考えており、訪問が多くなるように心掛けている。利用者の担当職員が家族との話し合いを中心にいき、繋がりを強くするような取り組みが行われている。	
◎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。	○			法人代表の地域貢献という理念を管理者はよく理解している。また、法人代表は管理者の福祉に対する姿勢を信頼しており、ケアサービスの向上のために協働している姿勢がある。	
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、職員の意見を傾聴する姿勢があり、職員も話しやすい雰囲気であるといい、ホームの運営方法や利用者については、よく話し合いが持っている。	
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。		○		管理者やケアマネジャーは、成年後見制度の知識が必要であるとの認識があり、研修への参加など取り組んでいる。また、成年後見制度の意義も理解しているが、職員全員に同等の知識や理解があるとは言えない。	成年後見制度については、職員全員の知識向上を望みたい。職員会議などで、議題として取り上げ、職員が地域住民へ説明できるような知識の向上を望む。
	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。	○			利用者の居住性を良くしたいという考えで、職員数は法定必要数より多く確保している。また、看護師が3名勤務しており、医療的にも安心できるローテーションが組まれている。	
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。	○			管理者は研修の重要性をよく認識しており、職員も段階に応じた研修に積極的に参加している。	
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)		○		開設後2年目の若いホームであるが、職員は他の施設などで経験を積んでいる人が多い。そのために、ホームの運営は成熟度が高い。しかし、その分だけ職員のストレスも大きいと想定され、専門的なストレス解消の実施が求められる。	法人には、近々、他施設との交流の予定がある。職員数も増え、専門性の高い職員の雇用も可能であるので、その施設と互いにスーパーバイズし合うなどの対応策を模索することが望まれる。

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)	○			利用者の決定は面談訪問により、管理者が行っており、他の利用者の関係も考慮したうえで決定している。	
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。	○			開設後4人の退居者がいるが、その内3名の転居先は在宅である。利用者の生活の質を考慮し、家族との話し合いを重ねてのことである。これは、ホームが利用者はどこで生活するのが一番よいかを絶えず考えている現われである。	
	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)	○			布巾やまな板などの殺菌、食料品の管理など適切に行われており、衛生管理はしっかり行われている。	
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。	○			専用の収納庫やキャビネットなどが適切に配置されており、管理されている。	
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)			○	事故報告書の書類様式は用意しているが、ヒヤリハットのケースは、連絡帳や介護記録などに記載し、報告書として書類化がなされていないケースがある。	利用者の生活の質の向上のためには、ヒヤリハットを重要視することが重要であり、書類化することを望む。
⑪内部の運営体制 11項目中 計		8	3	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た上で、快い情報提供があった。今回の調査を、自分達の業務の見直しの機会と捉えており、訪問する側としてはうれしい対応である。	
	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。	○			運営規程や利用契約書に苦情の受付や対応を明文化し、対応は管理者が行っている。	利用者や家族は、ホームに直接苦情を言うことをためらうこともある。公的機関や第三者の窓口を案内し、利用者や家族が話をしやすい環境へ配慮することを期待したい。
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。	○			家族への働きかけは、管理者や職員から面会時に声かけが積極的に行われている。また、ホーム側からの連絡も積極的である。	
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)	○			家族の面会は多く、その都度、利用者の生活状況を担当職員は具体的に伝えている。	
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。	○			金銭出納帳で管理し、毎月、領収書などを添えて家族に報告しており、面会が少ない家族に対しては、出納帳のコピーを送付している。	
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。	○			地域包括支援センターと連携し、運営推進会議など積極的に行なっている。	
70	131 ○地域の人達との交流の促進 地域の人達が、遊びに來たり立ち寄ってくれたりするように取り組んでいる。	○			自治会活動へ積極的に参加し、地域の人たちとの交流に努めている。また、地域への貢献の意味合いもあり、自治会役員を積極的に受け、活動している。	
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)	○			警察署や消防署等に積極的に協力要請を行なっている。	
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)		○		介護相談を受ける準備はあるが、近隣に住宅が少ないこともあり、あまり稼働しておらず、積極的にホームの機能を地域へ還元しているとは言えない。	ホームの生活も落ち着きが見え、運営も新たな段階に入っている時期である。今後は自治会活動を通して、公民館や民生委員会などで、認知症の理解や介護教室などを開催することが望まれる。管理者や職員の知識を活かし、地域福祉の拠点としての役割を担うことを期待したい。
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の作成、避難・誘導等定期的な訓練の実施等)	○			年1回の防災訓練が行われており、手引書も作成されている。管理者や職員は、危機感をもって防災に取り組んでいる。	
⑮その他 1項目中 計		1	0	0		

ホームID 38121

評価件数	
自己	2
外部	1
家族	12

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%	92.3%	96.1%	95.0%	95.6%
自己(外部共通項目)	100.0%	90.0%	93.4%	90.0%	92.4%
外部	100.0%	100.0%	76.3%	80.0%	81.9%
家族	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	92.9%

★ 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。

