

### 1 評価報告概要表

全体を通して(特に良いと思われる点)	
砥部町の小高い丘の上になり、周囲には心安らぐ自然が多く残されている。利用者本人の意思を大切にしながら、寄り添うケアがしたいという思いで立ち上げた代表の想いは、『将来自分(自分の家族)が入居したいグループホームを目指す』という、はっきりとした理念に活かされ、利用者一人ひとりが、ホームの一員として存在感を持って生活している。出来ることに着目したケアをすることで、自信を持って生活を楽しむ気持ちが生まれ、安定した日常を支えている様子がうかがえる。	
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	地域密着型への移行を期に、利用者個人のプライバシーに配慮したうえで、「ホーム便り」などを発行し、認知症への理解を深め、地域における認知症のケアのあり方などを啓発していく役割を担っていく事が望まれる。
II 生活空間づくり	特に改善点はない。5年10年と過ごす居場所として工夫を重ね、少し混乱がでるような方であっても、ここにいれば落ちつく事ができるという利用者に応じた居室作りを期待したい。
III ケアサービス	特に要改善点はない。地域の栄養士やボランティアの栄養改善グループなどに依頼し、ときどき摂取カロリーや栄養バランスのチェックを期待する。認知症の方は、水分が不足しても自ら欲求を表すことが少ないので、おおよその水分摂取量を記録しておくことが求められる。
IV 運営体制	グループホームの日常の積み重ねの中で培った認知症に対する理解や、生活の中でのケアの実践を地域の方に知ってもらう事で、地域の在宅福祉の向上に寄与していくことが望まれる。
V その他	特に要改善点ない。

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	11
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					
	<b>I 運営理念</b>					
	1. 運営理念の明確化					
1	1	○			代表者・ホーム長共に、グループホームに期待する理念を十分理解しており、誰もが理解し易いように、「将来の自分(自分の家族)が入居したくなるグループホームをめざす」とし、日常生活の中で、実証している。	
2	3	○			理念について、入居時に利用者・家族に説明している。ホームの玄関ホール、事務所、台所に掲示している。また、スタッフの心構えとしてカードに記載し携帯している。	
3	4	○			入居時の契約書及び重要事項説明書に、項目をもうけて明確に記載し、丁寧に説明して、家族から確認・同意の署名捺印をもらっている。	
	2. 運営理念の啓発					
4	5		○		地域へ行事の紹介はしているが、利用者のプライバシーを考慮し、「ホーム便り」などの発行は中止している。	利用者個人のプライバシーに配慮したうえで、グループホームの理念を啓発し、認知症への理解を深め、地域における認知症のケアのあり方などを啓発していく役割を担っていく事が望まれる。
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	○			道路に面し開放的で、草花の鉢を置き、落ち着いた雰囲気を作っている。玄関前のベンチで、気楽におしゃべりができるよう配慮している。	
6	7	○			ダイニングキッチンなどの機などの調度は、木製でほっと気が休まる。壁などの空間の装飾は、手の込んだ手作りの物で、落ち着いた家庭的である。	
7	8	○			テーブルまわり、テレビ前ソファの配置・畳のスペースの利用など、居間の使い方に工夫がみられる。ホールの一角、廊下に長椅子を設置し、思い思いの居場所作りをしている。	

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。	○			使い慣れた小物入れ、椅子・仏壇・人形・装飾品(写真など)を持ち込んでもらい、自分らしさを感じられるようにしている。	5年10年と過ごす居場所として工夫を重ね、少し混乱するような方であっても、ここにいれば落ちつく事ができるという居室作りを期待する。
<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)	○			利用者の能力に合わせたベットを使用している。畳敷きで、布団を敷いて休む事もできる。浴槽は、手摺りだけで入れる、家庭で使用しているもの、階段の付いている浴槽、さらに、イスのままは入れる特殊浴槽を設置するなど、身体機能に応じて自立した生活が出来るようにしている。	
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、家庭的な雰囲気をごわさずに、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)	○			居室には、視力が落ちてきた方に見やすいよう黒地に白で明示するなど、一人ひとり違った手作りの表札を掛けている。トイレ・浴室の表示も、温かみの感じられる手作りのものがかかっている。季節の装飾も付けてある。	
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)	○			照明は、間接照明などで工夫しており、自然な照度となっている。陽射しは、レースカーテン・ブラインドで調節している。状況に応じて、BGMを流して雰囲気を和らげている。	
12	15	○換気・空調の配慮  気になる臭いや空気のおよみがないように、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。	○			臭いや空気のおよみは感じられない。適時換気を行っている。全館床暖房で、温度調節はこまめに行なっている。	
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。	○			居間の正面の見やすい高さに、かわいい細工の掛け時計がかかっている。カレンダー、手作り日めくりも設置している。	
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)	○			居室の掃除は、自分で行おうという意欲が持てるよう、ほうき・モップ・掃除機など使い慣れたものを用意し、職員と一緒にしている。習字・手芸・園芸の準備もしている。	
<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。	○			利用者一人ひとりについて、職員全員の細かい気づきを持ち寄り、ケアカンファレンスを十分行い、その方に適した具体的な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。	○			作成時に職員全員が利用者一人ひとりについて、これまでの介護計画に関する評価を出し、それに基づいて作成した介護計画を、ミーティング時に検討して見直している。	
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。	○			利用者本人の気持ちを、日常よく聴いて、メモしている。家族の要望は、来訪時、積極的に意見を聴いて計画に取り込んでいる。計画書に確認のサインをもらっている。県外の方にはメールを送っている。	
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。	○			6か月、3か月と期日を明記している。また、状態に応じて1か月、必要に応じて随時の見直しを行っている。介護計画に対して、それぞれ評価を行い、次の計画に役立てている。	
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。	○			記録のための記録にならないように、簡潔に、しかも具体的に記録している。特に精神的動きを適確に記録している。また、個人別健康記録表を作成し、グラフ化することで変化を見逃すことのないよう工夫している。	
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。	○			朝夕の申し送り、情報交換ノート・回覧ノートでの申し送りを実施している。確認のサインを必ずいれている。	
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。	○			月に1回の職員会議、3月に1回のケアカンファレンス・研修を行い、自由に意見を出し合っている。会議録をつくり、内容や決定事項の確認ができるようにしている。	
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)	○			一人ひとりの様子を見ながら、話をよく聴いている。トイレ介助などは、さりげなくしている。様々な場面で、「ありがとう」と声かけをするなど、常に人生の先輩として接している。	
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。	○			利用者の間に座ってごく当り前に話をしている。どの場面を見ても、利用者と職員の区別がつかないくらいだった。	
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。	○			入居時に生活歴、バックグラウンドなど話してもらえ事項について聞き取って、フェイスシートに記録して活用しながら、今を大切にしている。	
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。	○			利用者の体調や気持ちを留意して、本人のペースを大事にしている。食事のペースも全く本人任せであるが、傍にいて楽しく食べられるようにしている。	
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)	○			食事を済ませた後、食器の片づけをする方、洗う方、拭く方と誰もなにかを指示するわけでもないのに自分で進んで行動している。歯磨きをする方、居室へ戻られる方、散歩に出かける方等自由に過ごしている。	
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)	○			片手でスプーンを使いにくそうに口に運ぶ方にも、最後まで本人任せで食事をしてもらっている。食事の片付けや清掃なども、出来るやり方で参加してもらっている。	
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。	○			足が不自由でも座位を保つことの出来る方は、食事の時には、食卓のイスにかけて食事をしてもらうなど、拘束のないケアを介護の基本と理解しており、ベットにも、車いすにも拘束することなく、ケアを実践している。	
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)	○			出入り口は、どこにいても目につく場所にあり、チャイムが、フロアと玄関の出入口についている。利用者は自由に出入りして、玄関先のベンチに腰掛けて、秋の風を楽しんでいる。隣には職員の姿がある。職員は出入りの際、「入ります」「出ます」と声を出して確認している。	
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。	○			湯呑みや箸は好みの馴染んだものを使っている。その他の食器も、陶器で趣きのあるものを使用している。	
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。	○			利用者の健康状態や能力にあわせた食事になっている。刻み食などにした場合は、取り易いように深い食器に盛るなどの工夫もしている。	
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。	○			糖尿病の方については、病院の栄養士の指導に基づいてカロリーの把握をしている。食事の量については、健康管理表に記録して把握している。	地域の栄養士やボランティアの栄養改善グループなどにも依頼して、時々、摂取カロリーや栄養バランスのチェックをすることを期待する。認知症の方は水分が不足しても自ら欲求を表すことが少ないので、おおよその水分摂取量を記録してお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。	○			職員は、利用者と同じテーブルで共に食事をしながらにげなく介助している。懐かしい歌をBGMとして流すなど、楽しい雰囲気づくりをしている。	
	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。	○			リハビリパンツや尿漏れパットを使用している方はいるが、自立してトイレで排泄できるよう介助している。また、排泄の状況を個々の介護日誌に記載し、利用者一人ひとりに応じた自立支援を行なっている。	
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。	○			周囲の状況にも配慮して誘導している。プライバシーに十分配慮し、居室あるいは対処のしやすい障害者用トイレで対応している。	
	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)	○			1階・2階で浴槽の構造の違いをうまく利用して、一人ひとりの要望に合わせた入浴ができるよう支援している。	
	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)	○			利用者の要望によって、馴染みの美容院への送迎をしている。訪問理容も取り入れている。	

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
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、プライドを大切にできなくなりカバーしている。(髯、着衣、履き物、食べこぼし、口の周囲等)	○			どの利用者も、自分に合った服装で、清潔に整えられている。	
	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じた安眠策を取っている。	○			個々のパターンをつかみ、昼間の過ごし方を工夫している。眠れない方には、リビングで話したり、温かい飲み物を飲んだりして、必要な場合には足浴をするなど、安眠できるよう支援している。	
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。	○			利用者の管理能力に問題があるため、家族と相談した上で、ホームで預かっているお金を、買い物に出かける時に本人に渡して、支払ってもらっている。	
	(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)	○			毎朝、目めくりをめくる方、食器を洗う方、拭く方、片付ける方、掃除機をかける方、モップのをかける方、ほうきで掃く方、洗濯物を干す方、取り入れる方、たたむ方、牛乳を運ぶ方等、できることを見つけて実行している。	
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)	○			24時間いつでも対応してもらえる医療機関を確保している。月1回決まった医師に往診をしてもらっている。訪問診療をしてくれる歯科医とも提携している。	
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。	○			見舞い・面会を頻繁に行なって医師と話し合い、主治医の見通しを聞いている。	
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。	○			月1回の往診時に健康チェックをうけている。3か月に一度は血液検査を実施している。	認知症の方は、体調の変化や症状をうまく伝えられないことが多々あるので、老人保健制度の基本健康診断を利用するなど、年に一度は健康診断を受ける支援を期待したい。

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。	○			家事一般、買い物や外食、庭や裏の土手の散歩に度々出かけている。車いすの運転も自力で行ってもらいなど、残存している身体機能の低下を防ぐ取り組みを実施している。	
	(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。	○			ライバル意識があつてトラブルとなることもあるが、職員が個別に話を聴くなどして、仲直りのきっかけを作っている。	
	(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)	○			食後の歯磨き、入れ歯の手入れなどについて、利用者の状態に応じた支援をしている。訪問歯科医の指導を受けて、口腔ケアをしている。	
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。	○			個別の薬台帳をつけて管理している。薬情も個別にファイルしている。薬包一つずつに氏名と用法を記載している。一日分ずつ取り出しておいて服用の支援をするが、入れ間違いのないように、3人で確認するようにしている。	
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)	○			マニュアルを作製している。救急手当での講習も受け、実際に職員間でロールプレイによる実習も行っている。	
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)	○			手洗い他、予防に向けての取り決めを台所に掲示して、日常的に実行している。予防接種やペーパータオルの設置などもしている。	加えて、それぞれの感染症について、マニュアルを作製し、啓発・確認していくことを期待する。
<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)	○			季節毎の花見、地域の行事に参加するなど、ワゴン車2台を利用して、全員で外出できる体制をとり、実施している。日常的には、散歩や買い物に出かけている。	
<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)	○			ホーム内どこでも自由に過ごしてもらっている。来客用の食器も準備している。宿泊用の布団もある。居室での宿泊は勿論、別室(昼の間・簡単な炊事スペース・冷蔵庫等有り)もある。	
⑩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。	○			代表者・ホーム長共に日常的に勤務し、利用者・職員と一緒に、ケアサービスの向上に取り組んでいる。	
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。	○			情報交換ノートを利用し、管理者を通して様々な意見を聞いてもらっている。	
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働体制が確保されている。	○			制度についての研修を受講しており、全職員が周知している。現在、利用している方がいる。	
	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。	○			3人体制を基本にしているが、常にホーム長がフリーで勤務しており、必要な時には、サポートできるようにしている。	
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。	○			様々な研修会の情報を公開して、参加者をつのって参加できるようにしている。研修内容については、ミーティング時に報告し他の職員にも周知している。	
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)	○			職員の休憩室を設置し、リラックスできる設備(畳、コンポ、テレビ、冷蔵庫、雑誌他)を整えて、休憩時間もとっている。スタッフ相互の親睦会や、ユニットでの親睦会もしている。	

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)	○			必要書類は勿論、本人の様子、家族の気持ち、主治医の話、ケアマネージャーの意見なども聞き、十分な検討を行っている。	
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。	○			主治医、家族と十分話し合い、本人にとって適切な転居先に移れる支援をしている。	
	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)	○			布巾・まな板などは塩素剤による殺菌や、日光による殺菌、冷蔵庫などはアルコールによる清掃などを行っている。	
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。	○			安全に配慮して、戸棚の中や棚の上など決まった場所に保管して管理している。	
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)	○			事故報告書を作成し、ファイルしている。事故発生後、再発防止策について相談会を開き、具体的に対応策を話しあっている。	内容の記載の仕方を検討し、誰にでも明確に記録できる様式を作っておくとともに、再発防止の話し合いの内容についても記載しておくことを期待する。
⑪内部の運営体制 11項目中 計		11	0	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。	○			利用者のプライバシーに配慮した上で、積極的に情報提供を行っている。	
	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。	○			苦情を処理するために講ずる処置の概要を明示している。受入れ窓口、苦情解決第三者委員名、苦情解決責任者名を明記している。	
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やっている。	○			面会時に十分な時間を取っている。季節の行事には家族の参加をつのっている。その後、集まって会をもち、忌憚のない意見を引き出す手だての一つとしている。	
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)	○			家族へ写真などを渡し、利用者個人の日常の様子を知らせている。	
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、利用者側に定期的とその出納を明らかにしている。	○			毎月の利用料の請求の際、明細と領収書をつけて、請求している。	
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。	○			2か月に1回、砥部町生きがい推進課主催のケアマネージャ連絡会への参加、月1度の介護相談員(2名)の受入れを行っている。	
70	131 ○地域の人達との交流の促進 地域の人達が、遊びに来たり立ち寄ってくれたりするように取り組んでいる。	○			地域の方にみかん狩りに誘ってもらった。夏休みには、子ども会が訪問し、祭りには獅子舞・神輿を受入れている。	
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)	○			南警察署、消防署、高齢者福祉施設「和合苑」、Aコープ、スーパータナカなどに協力依頼をしている。	
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)		○		現在は特別なことは実施していない。運営推進会議を立ち上げ、今後は自治会や地域の民生児童委員などの意見を取り入れながら考慮していきたいという積極的な姿勢がある。	認知症に対する理解や生活の中でのケアの実践を地域の方に知ってもらう事で、地域の在宅福祉の向上に寄与していくことが望まれる。
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)	○			マニュアルを作成し、避難訓練を年1回実施している。実施状況を写真で記録している。	
⑮その他 1項目中 計		1	0	0		

ホームID 38130

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)	100.0%	100.0%	98.7%	100.0%	99.3%
自己(外部共通項目)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
外部	75.0%	100.0%	100.0%	95.0%	97.2%
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示しています。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示しています。

(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。

