

# 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>ホームは、市街地にある幹線道路沿いに立地しており、4階建てのお洒落なマンションのように見えるが、近隣にもマンションやビルが多いために、景観を崩していない。母体が病院であるため、利用者の医療面で安心できる。ホーム開設3年が過ぎており、利用者の生活にも落ち着きが見られる。「利用者の生活が落ち着くまでに色々ありました」と謙虚に笑う職員には、経験を積んだものでしか醸し出せない力強さがある。ホーム開設3～4年目は利用者の身体機能の変化に伴い、ケア体制の過渡期であることが多い。管理者はそのことを事前に察知しており、介護計画の見直しやスタッフ体制の強化など、利用者の生活の質を担保するための取り組みを行っており、プロ意識が高い。現状に満足しない向上心が見えるホームである。</p>	
分野	特記事項(特に改善を要すると思われる点)
I	<p>要改善点はない。なお、理念の共有化を図るために、文面の書き換えを行なっているが、その後、新規職員の採用などで、理念の背景を認識することが難しい職員が増えてくる時期である。理念の言葉が簡潔にまとまっているだけに、深く理解するには難しいと考えられ、早期に具体化することを期待したい。</p>
運営理念	
II	<p>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。</p>
生活空間づくり	
III	<p>日誌や介護記録など、その目的や意義への理解が余り進んでいない。重複している記述や人によって記載方法の相違などがあり、改善が求められる。利用者の状態に応じて記録は増えていくことが予想されるので、早い段階の整理が求められる。また、利用者の生活暦については、日々の積み上げが必要であるため、専用シートの作成など記録化を図ることが望まれる。母体の病院との連携がしっかりしているため、介護職員に医療的な知識についてや病院への依存度が高い傾向が見受けられる。外出時など介護職員での対応する機会も増えてくると思われるので、研鑽を望みたい。</p>
ケアサービス	
IV	<p>認知症のケアや生活支援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。ケアの質の向上に関して意欲的な職員が多く、ホームのケアを支えてきたという自負もある。そのために、専門的な悩みも抱えており、対策が求められる。また、母体病院と共に専門的知識を生かし、地域福祉の拠点となるように、地域への還元に取り組むことが求められる。</p>
運営体制	
V	<p>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。</p>
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	5
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	1
⑧ 医療・健康支援	9項目	7
⑨ 地域生活	1項目	0
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						
		<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。	○			開設当時の法人から引き継いだ運営理念を、管理者や職員とでホームの特徴がうかがえる文言に書き換えている。運営理念を管理者と職員とが共有できる取り組みである。	理念の書き換え後に、新規職員の採用などで、理念の背景を認識していない職員も増えてきている時期である。理念の言葉が簡潔にまとまっているだけに、深く理解するには難しいと考えられる。今後は、より具体化していくことを期待する。
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、居間や玄関ホールに壁に掲示しており、家族等への説明は、入居時に行っている。	
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、契約書等に具体的に記載しており、同意も得ている。家族には利用者の生活の質の面から、面会と家族との外出の機会を多くすることを依頼している。義務という強い言い方ではないが、ホームと家族がともに運営するという意思表示がうかがえる。	
		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)	○			本年度からスタートした運営推進会議を有効に利用しており、地域の民生委員や自治会へは、「ホーム便り」などを媒体に運営理念の啓発を行っている。	
<b>①運営理念 4項目中 計</b>			4	0	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)	○			玄関部分には、併設の事業所やデイサービスセンターがあり、一般の住宅の趣ではないが、ベンチや花壇などを設え、違和感はない。ホールの窓には、季節の飾りつけ(クリスマス等)を適宜配し、親しみやすい雰囲気作りに力を入れている。	
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。	○			広い共用空間であるが、季節感を感じる置物など適度に配置し、家庭的な雰囲気を醸し出している。	
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。	○			リビング以外にも、畳スペースなど施設面での整備は十分に配慮している。エレベーターホールや廊下などにもソファを置いてあり、利用者のための空間作りに余念がない。	

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、利用者の個性が出ている居室になっている。	
<b>②家庭的な生活環境づくり 4項目中 計</b>			4	0	0		
		<b>2. 心身の状態にあわせた生活空間づくり</b>					
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)	○			管理者がホームを開設する前に、ホームの建て方についてよく研究しており、段差の解消、手摺りの設置、車いす用の広めの便所など、基本的な基盤整備がされている。	
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)	○			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、目印にしている。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、中央に配置した共用スペースは、見守りが行ないやすい造りになっている。	
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)	○			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。難聴の利用者には耳元で話を行っている。リビングは南東向き大きな窓から自然光が室内に降り注いでおり、気持ちが良い。	
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。	○			温熱環境は、エアコンと床暖房を組み合わせ、空気が乾燥しないようにしており、ホーム内の温度変化が少ない。食堂やリビングの窓からの風は、ベランダに抜けるように設計されており、機械換気と共に自然換気も上手く取り入れている。	
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)	○			写経、折り紙や園芸用品など利用者の好みのものを提供し、利用者の活動意欲への働きかけを行っている。	認知症の進行により、活動意欲は徐々に低下し、意思表示も難しくなるので、利用者の過去の経験を洞察する関わりを期待する。
<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		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>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。		○		管理者の交代を期に、アセスメントシートをセンター方式に一新しようと話し合いを進めている段階であるため、具体的に取り組んでいるとは言えない。	意欲的に取り組み中であるために、次回の調査ではその成果を確認できると考えられる。
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。		○		ミーティングで、利用者の状態について話し合いを持っており、職員全員で意見を出し合っている。管理者の傾聴する姿勢からは、職員が利用者のケアの向上のために、忌憚りの無い意見を出し合っている状況を想定することができる。	
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。		○		家族との意見交換は、面会時を有効に活用している。また、面会の少ない家族へは適宜に電話連絡をしており、積極的に意見を聴取している。	
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。		○		定期的な見直しは3か月としているが、利用者の状況に合わせて随時、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。		○		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などの無駄も見られる。	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、口頭や連絡帳で行っている。重要なことや緊急性のある内容などは、管理者が直接職員に伝達しており、周知するシステムが確立できている。	
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。		○		ミーティングは月1回行っており、管理者が職員全員の意見を聞くように努めている。ミーティングをリードする職員も出てきており、活発な意見交換を行っている。	
<b>④ケアマネジメント 7項目中 計</b>			5	2	0		

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						
		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、利用者の立場に立って職務を行う姿勢があり、プライバシーへの配慮をケアの基本にしていることが、利用者への声掛けから理解できる。	
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、早く終わった利用者にもそれとなく声掛けを行い、全体を見渡しながら、一人ひとりに接している。	職員の資質向上には余念がなく、自己評価では要改善としている。今後の研鑽が楽しみである。
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。		○		利用者の過去の経験については、入居時の聴き取りだけの記録である。その後知りえた生活歴は口頭で職員間で共有しているが、記録がされていない。新規の職員への伝達システムの視点からは、不安がある。	利用者の過去の経験は、生活歴シートを作成するなどして、記録としての整備が求められる。
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のではなく、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している。職員の会話や態度に、生活を楽しんでもらうという配慮が見受けられ、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)		○		利用者が選択できるような場面作りは行なえているが、それが難しくなっている利用者が増えつつある。この現状に新たな対策が求められる時期を迎えていると思われる、対応が求められる。	認知症の進行により、希望の表出が難しくなっていくので、生活歴などの考察から、どのように利用者の心の変化を察知するかなどの新たな取り組みが、今後は求められる。
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)	○			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。	
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ていない。十分に注意をしても不意の外出はあるが、見守りを基本とする。玄関部分には介護事業所やデイサービスもあるために、見守りの目が沢山あり、安心できる。	
⑤介護の基本の実行 8項目中 計			6	2	0		

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						
		(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そろ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。	○			ホーム全体で食事に力を入れている。栄養管理も必要であるが、食事を楽しむためには見た目も重要であると考えており、彩りや品数など工夫が見られる。また、昼食は丼物や洋食などを多くし、夕食との区別化を行なうなど、見当識への配慮になっている。	
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。		○		栄養士に相談の上、魚類を多くしたり、旬の野菜を取り入れるなど栄養バランスに配慮は見えるが、大まかな摂取カロリーの把握までには至っていない。	メニューからは適当なカロリーが摂取できていると思われるが、根拠に乏しい。大まかな摂取カロリーや栄養バランスの把握が望まれる。
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。	○			職員は利用者との生活の中で、排泄パターンを把握しており、適宜トイレへの誘導を行なっている。	身体機能の低下などで排泄管理が難しくなっていくと考えられる。排泄シートなど記録としての管理が必要となるので、少しずつで良いが、整備することが望ましい。
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、午後から夕方にかけて利用者の希望の時間帯に行っている。回数は、利用者の希望や状態などにより、臨機応変に対応している。	
		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)	○			馴染みの美容院がある人は職員や家族が送迎しているが、その他の利用者には、近くに理美容院がないため、ホームが定期的に訪問の美容師を依頼している。	

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						
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さざりながらカバーしている。(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パターンを把握し、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。	○			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、一緒にお茶を飲みながら眠くなるまで付き合うなど、利用者が落ち着くような支援が行なわれている。	
<b>⑥日常生活行為の支援 10項目中 計</b>			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。		○		多くの利用者が買い物などのお金の支払いはホームに依存している状況があり、積極的に金銭管理の支援が行なえていないと言えない。	日用品を買い物に行くことも必要だが、利用者の金銭管理の支援を行なうという意図的な買い物の機会を増やすことが望まれる。
		(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。	
<b>⑦生活支援 2項目中 計</b>			1	1	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)	○			母体病院の看護師長が毎日訪問するなど、医療との連携は密に取れており、安心感がある。	
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。	○			入院する場合の多くは母体病院であるため、話し合いはスムーズである。	
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。	○			日々の受診以外に、母体病院で年1回の健康診断が行われている。	

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						
		(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。	○			リハビリ体操や嚥下体操など、母体病院の専門的な指導の下、身体機能の維持に努めている。	
		(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。	
		(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、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)	○			口腔の清潔維持は利用者自身が行なっている。職員は朝夕の食後と就寝前の口腔ケアが習慣になるように、声掛けを行っている。	
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。		○		薬の管理は丁寧にこなされているが、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)		○		母体病院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て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)	○			感染症に対するマニュアルを整備しており、医療関係者からのアドバイスも随時行われている。	
<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)		○		利用者の身体機能の低下が夏過ぎ辺りから顕著になり、そのケアが中心となってきているために外出の機会が多いとは言えない。	管理者は意識的に外出を支援しているが、限界もあると考えられる。職員のシフトの工夫やボランティア、家族などの協力を求め、外出の機会を増やすことが望まれる。
<b>⑨地域生活 1項目中 計</b>			0	1	0		

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						
		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)	○			管理者は家族の支援が必要との認識が強く、家族会を定期的に行い、ホームと家族、利用者と家族、また、家族同士の繋がりを大切にする活動を行なっている。	
<b>⑩家族との交流支援 1項目中 計</b>			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。	○			法人代表と管理者は、30年以上、パートナーとして職務に当たっている実績がある。また、法人代表のホームに対する熱い思いを管理者はよく理解しており、共に取り組んでいる姿勢が感じられる。	
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。	○			各ユニットの責任者が職員の意見を集約しており、管理者との橋渡しを上手く行なっている。	
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。		○		管理者は、成年後見制度の知識が必要であるとの認識はあるが、利用者の生活支援に力をそそぎ、制度の理解への取り組みが進んでいるとは言えない。	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、職員が家族や地域住民等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。	○			利用者の状況に合わせて、職員のローテーションを柔軟に組み替え、生活支援を行なっている。	管理者は利用者の身体機能低下が見えはじめ、ケア状況の変化に対応すべく、職員体制やシフトの見直しが必要な時期と考えている。今回の調査では、その対応についての話が聞けることであろう。
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、職員とも新たな知識の習得には前向きであるが、現場の仕事が優先される傾向があり、職員全体で研修に参加できているとは言えない。	研修への参加の機会が職員間に多少の開きが見られる。全職員の知識の向上が理想のため、強制的に研修へ参加を促すことが望まれる。
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)		○		ケアの質の向上に関して意欲的な職員が多く、ホームのケアを支えてきたという自信も持ち始めている。そのために、専門的な悩みなども蓄積しており、対策が求められる。	法人の母体病院やデイサービスなど多彩な職員が勤務しており、スーパーバイザーを行なう人材も確保できていると思われるので、早々に開始することが望まれる。

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						
		<b>3. 入居時及び退居時の対応方針</b>					
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、管理者とユニットの責任者が行っており、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。	○			利用者や家族との面談時に、ホーム機能に合わせて退居についての説明が十分に行われており、了承が得られている。転居時には、他の施設に利用者の生活状況を丁寧に伝えている。	
		<b>4. 衛生・安全管理</b>					
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っており、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)	○			事故報告書やヒヤリハットを活用し、サービスの改善に努めている。管理者は、報告書の内容についてケア会議などで話し合いを行い、サービスの改善に努めている。	
<b>⑪内部の運営体制 11項目中 計</b>			<b>8</b>	<b>3</b>	<b>0</b>		
		<b>5. 情報の開示・提供</b>					
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。	
		<b>6. 相談・苦情への対応</b>					
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。	
<b>⑫情報・相談・苦情 2項目中 計</b>			<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>		

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>7. ホームと家族との交流</b>							
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。	○			家族への働きかけとして、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	○			「ホーム便り」や写真の送付などで、家族に日々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。	○			預かっているお金を金銭出納帳で管理し、定期的に家族に報告している。	
<b>⑬ホームと家族との交流 3項目中 計</b>			<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>		
<b>8. ホームと地域との交流</b>							
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。	○			運営推進会議を軸にし、地域包括支援センターや介護保険課と連携を図っている。	
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り寄ってくれたりするように取り組んでいる。	○			近隣の高校との交流や近隣の人がホームの行事に参加するなど、地域の人たちとふれあう機会が多く設けられている。	
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)	○			警察や消防署の公的機関のほかに、近隣の商店街とも日常的に関わりを持つように心掛けており、利用者が地域住民に溶け込むように働きかけている。	
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、余力稼働しておらず、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、運営も初年度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っていくことが求められる。
<b>⑭ホームと地域との交流 4項目中 計</b>			<b>3</b>	<b>1</b>	<b>0</b>		
<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)	○			年2回の防災訓練を行い、手引書も作成している。管理者や職員は、危機感をもって防災に取り組んでいる。	
<b>⑮その他 1項目中 計</b>			<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>		

ホームID 38154

評価件数		
自己		3
外部		1
家族		0

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)	93.3%	94.9%	80.5%	66.7%	78.3%
自己(外部共通項目)	91.7%	96.7%	76.3%	68.3%	77.8%
外部	100.0%	100.0%	76.3%	80.0%	81.9%
家族	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	#DIV/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。

