

# 1 評価報告概要表

全体を通して(特に良いと思われる点)	
交通の便利な市街地に位置し、近くに公園、寺、医療機関があり、少し足を伸ばすと「堀の内公園」や「美術館」等がある。ごく近くにある関連医療機関が24時間対応してくれ、防犯対策も警備会社と契約しており、体制が整っている。開設して4年が経過し、利用者も落ち着いた生活が来ている。少しずつ介護度が進んでいる利用者に対して、職員は個々にあった工夫を重ねながら対応している。関連の医療機関との合同で7つの委員会を開催し、利用者の安全や生活の質の向上に向けて活動している。運営推進会議や自治会を通じて、地域とのつながりも出来ており、地域の行事への参加や利用者の外出で少しずつ理解されてきている。	
分野	特記事項(特に改善を要すると思われる点)
I	要改善点は特になし。現状の維持、さらなる充実を期待している。
運営理念	
II	要改善点は特になし。現状の維持、さらなる充実を期待している。
生活空間づくり	
III	食事は、職員、利用者が食卓をともにして、支援の必要な方や、落ち着いた方も含めて、ゆったりとした時間を持ち、楽しい雰囲気で行なうことが望まれる。また、緊急時の対応には、職員数の少ない夜間は責任と緊急度が高まるので、自己学習だけでなく、実技学習を続け、自信を持って対応できるようになることが望まれる。
ケアサービス	
IV	運営推進会議のメンバーである市職員をはじめ、関連のある職員と連絡、相談を通して、ホームの特殊性を理解してもらうための具体的な計画を立てることが望まれる。また、成年後見制度について、全職員が理解し、協力体制を確保するために学習会を続けていく事が望まれる。
運営体制	
V	要改善点は特になし。現状の維持、さらなる充実を期待している。
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	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	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	8
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	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。	○			管理者は、ホームの方針等を具体的に示し、職員へ機会あるごとに話している。	ホームの理念をより具体的に職員間で話し合い、行動目標としていく事を期待する。
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。	○			利用案内時の説明文書やホーム内の見やすいところに明示し、必要時、本人や家族等に話をしている。	
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。	○			利用案内時に文書及び契約書で説明し、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)	○			自治会や町内会に入会したり、運営推進会議等を効果的に活用して広報・啓発を行なっている。	
<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)	○			5階建てのビルの2～4階にグループホームはあるが、入口には花鉢やベンチを置いてあり、表示もはっきりしている。また、各ユニットの入口は木製のドア、靴箱、花鉢等があり、優しく入りやすい。	
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。	○			調度品や設備は家庭的なもので落ち着いている。飾りつけも幼稚でなく、すっきりしている。	
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。	○			ソファ、いす等を数か所に置き、自由に寛げている。	

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。	○			ベットの部屋と畳の部屋があり、仏壇、冷蔵庫、箆笥、ドレッサー、絵や写真、洋服かけ等様々なものを持ち込んでおり、個性的な部屋になっている。	
<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)	○			洗面台の高さ、要所の手すり、居室内の家具等の配置、床のマット等、利用者に合わせて工夫している。	
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)	○			居室の明示は、利用者の目の高さになっている。間違いやすい利用者には目印をつけている。また、トイレや浴室を間違える時は職員が支援するようにしているが、今のところ、対応しないといけない利用者がいない。	
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)	○			テレビの音や職員の会話のトーンは気にならない。陽射しの強い時は、2枚のカーテンでその時々調整している。	
12	15	○換気・空調の配慮  気になる臭いや空気の様子がないように、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。	○			換気は適時行っている。冷暖房の温度調節も利用者の状況を見ながら行っている。	
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。	○			居間の見やすいところにシンプルな時計や暦を設置している。また、大きな日めくりカレンダーもあり、トイレや食堂にかけている。	
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)	○			掃除道具、園芸用品、趣味の品(手芸、キーボード等や絵の具)等、用意して状況に応じて使用している。	より活躍できる情報を知り、場面作りを行なうことを期待する。
<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。	○			個々に利用者の具体的な計画を作成している。職員が評価しやすい計画になるよう努めている。	
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。	○			職員の気づきや意見を取り入れて作成し、職員は計画内容を申し送りやノート類で確認する事ができる。	日々のミーティングで問題点を話し合う事を期待する。
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。	○			利用者や家族と相談しながら作成している。面会の少ない方は、文書や電話で確認する事もある。	
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。	○			3か月の見直しと状況変化時の見直しをしている。ミーティング等で情報交換し、評価している。	
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。	○			1日1枚、全ての情報を項目、経時等別に記入し、見やすい様式で作成している。転記が少なく、時間の節約にもなっている。また、処置の様子もよく分かる。	
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。	○			記録類、申し送りノート、口頭等で申し送っている。仕事に入る前の確認事項にしている。	
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。	○			定期的な全員での会議は開催できていないが、他のユニットや関連機関等で委員会を行い、問題解決に務めている。	委員会で活発に活動しているが、定期的な会議を開催する事を期待する。
④ケアマネジメント 7項目中 計			7	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						
		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対応はしていない。居室へ入る時には、ノックや声かけをしている。ゆっくりと対応し、視線を向けて対応している。難しい声かけや職員がリードした行動をしていない。	
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、やさしい雰囲気と接している。	○			優しく、ゆったりと対応している。	
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。	○			利用者の生活歴や大切な出来事の情報はある毎に加えてゆき、その人らしい生活に活かせるようにしている。興味のある事や経験していた事の役割を持ってもらい、自信につなげている。	
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。	○			利用者が自分のペースで生活できるように支援している。	
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)	○			日常生活の中で入浴や買い物をはじめ、外食時のメニューなども、本人の希望を聞く場面を作っている。	
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)	○			その人の出来る事を見極め、日常行動の中で見守ったり一緒に行ったりしている。	
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。	○			職員は身体拘束の弊害を正しく認識しており、拘束の無い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)	○			日中、鍵をかけていない。利用者が外出しようとする時は、前もって対応している。また、出来るだけ一緒に散歩に出かけている。	
⑤介護の基本の実行 8項目中 計			8	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						
		(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、箸は使い慣れたものを持ち込んでいる。料理に合っ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。	○			利用者の状態に応じ、粥や柔らかく煮たり、切り方に工夫を重ねている。出来る限り同じ食事が食べられるよう配慮している。	
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。	○			基本的に栄養士が献立を作っている。カロリーや水分、栄養バランスに配慮している。また、数値としても把握している。	
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。		○		一人の職員がサポートが必要な利用者の近くに席を取り、さりげなく介助している。他の職員は台所等で片づけをしているため、ずっと音がしており、落ち着かない。	食事中は皆で席について食事をする事を期待する。楽しく食卓を囲むようにする事を望む。
		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。	○			一人ひとりの排泄パターンを把握しており、トイレでの排泄を支援している。	
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。	○			排泄の誘導や介助はさりげなく確認しており、トイレでの排泄を支援している。	
		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)	○			利用者の希望や状態により入浴しており、必ず職員が浴室または更衣室で支援している。毎日入浴する利用者もおり、希望にあわせている。	
		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)	○			行きつけの店や出張の理美容院で支援している。ホームでもパーマや毛染めを行なっている。	

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ずカバーしている。(髭、着衣、履き物、食べこぼし、口の周囲等)	○			季節に合った服装で、女性はかなりおしゃれな方もおり、髪もとかしつけている。男性は髭をそっている。服装の乱れは無い。	
		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した安眠策を取っている。	○			あまり不眠が続く利用者はいない。日中の行動を活発にしたり、リズムを乱さないよう配慮している。	
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。	○			利用者一人ひとりの希望や力量に応じて支援しており、管理が難しい利用者も買い物の支払いが出来るよう支援している。	
		(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)	○			掃除、洗濯物たたみ、新聞の取り入れ、配膳、片付け、犬の世話、草花の水やり等自由に行なえるよう支援している。	
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)	○			隣接する協力医療機関の協力は十分に得られており、いつでも相談できている。	
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合いや協力を医療機関と行っている。	○			早期退院のための話し合いや協力を医療機関と行っている。	
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。	○			利用者は、ほとんどが医療機関を利用しており、検査データや結果を把握している。必要な時チェックしている。	

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						
		(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。	○			日常生活の中で、散歩や外出等を取り組み、身体機能の維持を行なっている。利用者一人ひとりに合った事項を計画に組み入れ、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は不安や支障を生じさせないようにしている。	○			職員は、事前に気づくよう配慮し、回避するように心配りしている。また、お互いの話はよく聞くようにしている。	
		(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)	○			食前のうがいや食後の歯みがきを実施したり、一人ひとりに合った支援をしている。入れ歯の手入れにも注意を払っている。	
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。	○			医師の指示通り服薬できるよう、薬の用法や用量、副作用等理解し、支援している。服薬時は声に出して確認し、状態の変化に気をつけている。	
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)		○		施設内で研修をしたり、自己学習等を行っているが、十分な自信には繋がっていない。夜勤時等は不安も残る。マニュアルは作成している。	手近な緊急時対応の実技学習を続け、自信を持って対応できるようになることを望みたい。
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)	○			マニュアルを作成し、見直しをしている。委員会活動も実働しており、季節に応じた感染症対策の情報も伝わっている。	
<b>⑧医療・健康支援 9項目中 計</b>			8	1	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)	○			一人ひとりの利用者の希望や状態により、買い物、散歩等支援している。受診等の外出も支援しており、ホーム内だけの生活にならないよう気をつけている。	
<b>⑨地域生活 1項目中 計</b>			1	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						
		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)	○			家族の訪問を歓迎し、居心地良く過ごせるよう配慮している。また、家族等は居室での宿泊も時々ある。	
<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。	○			代表者と管理者の連携は十分取れており、質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。	○			職員の採用については、あまり関わっていないが、利用者やホームの運営や業務については、意見を言っている。委員会等で、職員は活発に発言している。	
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。		○		学習会で学んだ事があるが、十分理解できていない。また、ホームで制度を活用している人はいない。	制度の具体的なことも含めて学習会を計画し、制度について理解していく事が望まれる。
		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。	○			利用者の生活の流れを支援するため、職員の勤務状況を配慮している。	
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。	○			採用時及び勤務状態に応じた研修を計画したり、外部での研修にも参加している。受講後の報告書及び伝達等も行なっている。	報告書もきちんと書かれているが、報告を受ける側から認印またはサイン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)	○			忘年会や歓送迎会等を実施し、コミュニケーションの場としている。職員個々の趣味、親しい者でのおしゃべり等で解消している。	

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						
		<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)	○			入居希望者には訪問、面接し、家族や本人と十分話し合い、ユニットの責任者と情報交換し、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、家族等と十分に話し合い、納得のいく転居先に移れるよう支援している。	
		<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)	○			食品は賞味期限を守るようチェックしている。調理用品は消毒しており、冷蔵庫も定期的に掃除している。洗濯機も清潔に使用できるよう消毒、掃除している。	衛生管理には気をつけているが、これで十分という事は難しいので、基本的な整理整頓も含めて掃除にも注意を払うことを期待したい。
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。	○			薬は事務所の戸棚に、洗剤はカーテンがある棚に、包丁類は所定の引き出しに収めている。	
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。(再発防止の話し合い、今後に活かす意義づけ等)	○			事故報告書及びヒヤリハット報告書を活用しており、記載もファイルして活用している。必要時、事例報告し、防止に繋げている。	
<b>⑪内部の運営体制 11項目中 計</b>			10	1	0		
		<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。	○			調査の目的を理解し、積極的な情報提供があった。	
		<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。	○			相談や苦情の受付は、入居案内時をはじめ、時々、説明している。また、ホームの入口や居間に具体的に明示している。	
<b>⑫情報・相談・苦情 2項目中 計</b>			2	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>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。	○			面会時、意見や希望を気軽に相談できるよう、声かけをしている。来訪が少ない家族には電話や手紙で情報を伝えたり、要望を聞いている。	
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	○			利用者の様子は、スナップ写真や言葉で定期的に具体的に伝えている。行事の写真もあり、いつでも見る事ができる。	
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。	○			管理できない利用者は、小額のお金を預かったり、立て替えたりしている。お金の出し入れは出納帳で管理し、レシート等を貼付して、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>			3	0	0		
		<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。		○		運営推進会議には、市の職員も参加しており、ホームの状況は理解してもらっている。市の窓口との接点はあるが、委託事業等は受託していない。	市との関わりは、運営推進会議を通して、今後、具体的に進めていきたいと考えており、成果を期待したい。
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取り組んでいる。	○			ボランティアや近所の方々の来訪をとおして、また、自治会を通して行事への参加をしている。	
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)	○			近くの店、消防署、同じ建物のデイケアセンター、病院等にホームについて理解してもらっている。	
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)	○			運営推進会議を利用して住民の方へもPRしている。また、ボランティアの受入もしている。自治会を利用して今後、認知症の理解を深めるスケジュールを計画している。	
<b>⑭ホームと地域との交流 4項目中 計</b>			3	1	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)	○			マニュアルを作成しており、夜間も含めて防災訓練を実施している。地域の方々の協力もあり、より具体的なものになる様、検討している。	
<b>⑮その他 1項目中 計</b>			1	0	0		

ホームID 38155

評価件数		
	自己	3
	外部	1
	家族	14

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%	79.5%	81.4%	95.0%	85.9%
自己(外部共通項目)	100.0%	83.3%	78.1%	95.0%	84.7%
外部	100.0%	100.0%	94.7%	90.0%	94.4%
家族	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	94.5%

**★ 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。

