

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>大島の国道からよく見える場所にある特別養護老人ホームに併設されたホームであり、開設後1年を経過していない。周辺の景色もよく、利用者・職員とも笑顔が絶えず楽しそうに生活を送っている。併設施設や法人代表者とも連携をとりながら、日々ケアサービスの向上に努めている。地域の人たちが書道ボランティアや出張喫茶などでホームに来てくれたり、ミニデイサービスに参加して地区の人たちともつながりを作ったりと、地域に密着した運営を行っている。</p>	
分野	特記事項(特に改善を要すると思われる点)
I	特に要改善点はない。しかし、運営理念の掲示は利用者、家族、訪問者等にも分かりやすい場所に掲示することを期待する。また、権利・義務もホーム内に掲示すると、さらに分かりやすく見やすい。
運営理念	
II	足の不自由な利用者の邪魔にならないようにと玄関周りには何も置かれておらず、表札も大きな鉄製のもので、やや冷たい感じがする。足の不自由な利用者の邪魔にならないようなことを考えながら、家庭的な雰囲気のある玄関回りになるように工夫することが望まれる。
生活空間づくり	
III	介護計画作成時に職員と話し合ったりすることはないため、職員全体で考えていくことが望まれる。引継ぎに関しても、申し送りがうまくできていないこともあるため、確認のサインをするなどして、確実に申し送りできるようにしていくことが望まれる。食事はみんな同じトレイに食事がセットされていたため、トレイではなく、ランチョンマットなどを使用して家庭的な雰囲気を作っていくことが望まれる。入浴に関しては、2日に1回となっているため、利用者が自由に毎日入浴できるような体制作りをしていくことが望まれる。利用者が入院した時に早期退院に向けた取り組みは特にしていない。家族・医療機関・ホームの3者が一緒に相談する機会を設けていくことが望まれる。服薬の支援も職員が作用・副作用についてあまり理解ができておらず、服薬変更時の引継ぎも確実にできていないため、薬に対する理解を深め、確実に服薬できるように支援していくことが望まれる。また、緊急時の手当てに関しても特に講習等は行われてはいないため、ホーム内外の研修などを通して緊急時の対応がスムーズに行えるようにしていくことが求められる。
ケアサービス	
IV	成年後見制度・地域福祉権利擁護事業に関しては、これから研修を行っていく段階であり、まだ活用できていない。研修等で成年後見制度・地域福祉権利擁護事業に関する知識を深め、それらを活用できるような体制を築いていくことが望まれる。また、職員のストレス解消策についても個人個人で行っているだけで、懇親会以外に特にホームとして行っていることはないため、日常的に職員のストレスを発散できるような体制を作ることが望まれる。注意の必要な物品の取り扱いもいくつか目に付くところに無造作に置かれており、目隠しをするなどして注意して保管していくことが望まれる。事故報告書も様式は準備しているが、ほとんど活用されていないため、サービスの改善のためにも活用していくことが望まれる。金銭管理の出納ははっきりしているが、家族の確認は定期的にはとられていないため定期的に家族の確認をとることが望まれる。また、ボランティア等は積極的に受け入れているが、ホームの機能を地域に還元できるような取り組みはなされていないため、勉強会を開いたりするなどホーム機能の還元を行っていくことが望まれる。
運営体制	
V	特に要改善点はないが、手引書を作成するとさらによいと思われる。
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	4
II 生活空間づくり		
② 家庭的な生活環境づくり	4項目	3
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	8
⑥ 日常生活行為の支援	10項目	7
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	7
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	2
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。	○			基本理念に関してはホーム開設後、現在の職員一人ひとりの意見を出し合い作成されており、職員全員が共通した認識をもっている。	
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。	○			ホーム内のリビングに、書道ボランティアの方に書いてもらった運営理念が掲示されている。	やや高い位置に掲示されていたので、もう少し見やすい位置に掲示することが期待される。
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・義務は利用契約書に分かりやすく記載されており、利用開始時に口頭で家族に説明して同意も得ている。	さらに、家族や来訪者に理解をしてもらうためにも、ホーム内にも掲示していくことが期待される。
		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)	○			地域の人がボランティアとしてホームと関わりを持つなかで、徐々にホームの啓発を行っている。また、地域のミニデイサービスにも参加してホームに対する理解も深めてもらっている。	
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)		○		玄関周りは足の不自由な利用者の邪魔にならないようにと何も置いていないため、殺風景な感じがしており、表札も大きな鉄製のもので、名前が書いてあるだけなので、やや冷たい感じがする。	足の不自由な利用者の邪魔にならないことを考慮しながら、家庭的な雰囲気をもった玄関回りになるように工夫していくことが望まれる。
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。	○			廊下には利用者が書いた習字が飾られており、椅子やテーブルは木製で、落ち着いた家庭的な雰囲気を作っている。	
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。	○			リビングは広く、畳のスペースもあり、利用者一人ひとりが思い思いに過ごしていた。	

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。	○			基本的に持ち込みは自由であり、テレビや机や椅子などが持ち込まれていた。居室にはホームが準備したベッドが置かれているが、希望があればベッドも自由に持ち込める。	
②家庭的な生活環境づくり 4項目中 計			3	1	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)	○			必要に応じて手摺りなどを設置している。シルバーカーを利用している利用者もいたが、机や椅子が邪魔にならないように配慮されていた。	
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)	○			居室の入り口には、職員が手作りで作った可愛い表札が利用者の目線に合わせて掲げられている。また、トイレや風呂場などの表示も利用者の目線に合わせて掲げられている。	
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)	○			調査当日は雨だったため電気をつけていたが、調度よい光加減であり、テレビの音なども特に気にならなかった。	
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。	○			掃除の時などに換気等を行っている。また、リビングは日当たりがよいため、天気がよいときは窓を開けて換気をしている。加湿器を使用しており、リビングや居室等にも温度計を置いて室温の調節を行っていた。	
13	17	○時の見当識への配慮 見やすく、馴染みややすい時計や暦を、目につくところに設置している。	○			ホーム内の居間の壁に2つ掛け時計があり、カレンダーや手作りの日めくりカレンダーも壁の見やすいところに張られている。	時計に関しては特に問題はおきていないが、やや上のほうにありすぎるような感じがあるため、もう少し見やすい位置に設置することが期待される。
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)	○			庭で畑作りをされている利用者には園芸道具、また、ホーム内ではレクリエーション用ボールや書道の道具なども準備されており、訪問時には利用者がボールを使って楽しそうにレクリエーションを行っていた。	
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		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						
		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。	○			身体的な問題に重点がおかれたケアに感じられるが、利用者や家族の希望を中心にした介護計画を作成している。	生活面にスポットを当てた介護計画を作成していくことが期待される。
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。		○		介護計画は利用者個別のファイルに分けて事務所で保管されており、職員も介護計画の内容を知ることができるようになっているが、介護計画作成時に職員と話しあう機会はなく、介護計画に職員の気づきや意見があまり取り入れられていない。	開設してまだ1年が経過していないため業務多忙ではあると思うが、できる限り職員一人ひとりの気づきや意見を取り入れていけるよう工夫していくことが望まれる。
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・家族から話を聞き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か月毎、また、必要に応じて随時見直しが行われている。	
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。	○			利用者ごとにファイルにまとめており、日々の記録は日中・夜間帯を色分けしてまとめている。また、排泄状況や食事量などのチェック等も記録されている。	今後さらに、様々な記録を分かりやすくまとめていくことが期待される。
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。		○		事務所においている引き継ぎノートと申し送りノートを使用して引き継ぎを行っているが、申し送りがうまくできていないこともある。	確実に申し送りができるよう、引継ぎノートを1冊にまとめたり、見た人はサインするなどの工夫をしていくことが望まれる。
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。	○			月1回ミーティングを行い、職員間の気づきや運営方法等を話し合っており、意見交換も活発に行われている。	
④ケアマネジメント 7項目中 計			5	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. 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)	○			トイレ誘導時に言葉かけの音がやや大きく感じたが、それ以外は利用者の意志を尊重しながら穏やかな対応を行っていた。	
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。	○			職員一人ひとりの言葉かけはゆったりとしており、利用者とは話をするときは利用者に合わせており、和やかな雰囲気であった。	
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。	○			利用者との日々の関わりの中で生活歴や興味のあることを聞いたり、家族からも聞いたりして生活の中で活かしている。家族からの話をもとに、利用者に餅つきの手伝いをしてもらったりもしている。	
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。	○			職員主体にならず、利用者一人ひとりのペースに応じて生活してもらえるよう支援している。	
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)	○			献立の作成や買い物などの場面で、できる限り利用者を選んでもらえるような場面を作っている。職員間では、まだまだ自己決定してもらえる場面があるのではないかと日々考えている。	
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)	○			つつい手を出してしまいたくなることもあるが、食後の片付けや野菜づくりなど利用者が一人でできることは、できる限り一人でしてもらえよう見守っている。	
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。	○			ホーム開設から現在まで身体拘束は行われていない。	
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)	○			日中は鍵をかけていない。時々、利用者が一人で出かけることもあるが、徐々に近隣からの協力も得られるようになってきている。	
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。		○		箸やコップ、湯呑みなど利用者が使い慣れたものを使用しているが、利用者の食事は、みんな同じトレイにセットされており、施設にいるような感じがする。	ランチョンマットや馴染みの食器などを使って、家庭的な雰囲気にしていくことが望まれる。
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、おいしそうに盛り付けの工夫をしている。		○		利用者の状況に応じて刻み食にししたりしている。調査日の食事は刺身や茶碗蒸などであったが、盛り付けも美味しそうにしてあった。	
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。		○		開設当初より大まかな栄養摂取量は把握している。また、最近では併設の施設の栄養士にも献立を定期的にチェックしてもらっている。水分摂取量のチェックも行われている。	
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。		○		会話をしたりしながら利用者・職員とも楽しく食事をしている。食べこぼし等も職員がさりげなくサポートしていた。	
		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。		○		パンツを使用している利用者がほとんどであり、排泄チェック表を利用して排泄パターンを把握し、自立に向けた支援を行っている。	
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。		○		トイレへの誘導や介助の確認等の言葉かけの声はやや大きく感じた。	トイレへの誘導や介助は利用者のプライバシーにも配慮して、あまり周囲に聞こえないような言葉かけをしていくことが望まれる。
		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)		○		利用者から特に希望も出ていないため、入浴は2日に1回となっている。	利用者が毎日入浴する、しないに関わらず、毎日入浴できる体制を作ることが望まれる。
		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)		○		利用者の家族が理美容院を経営しており、月に1回ホームでカットをしてきている。また、近くの理美容院も希望に応じて利用できるようになっている。	

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、プライドを大切にできさ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)	○			利用者はみんな綺麗な格好をしており、食事時の食べこぼしなどもさりげなくサポートしていた。	
			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。	○			安定剤を服用している利用者が1名いる。夜間あまり眠れない人には、日中の活動量を増やしたりして対応している。	
⑥日常生活行為の支援 10項目中 計				7	3	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。	○			3,000円程度を自分で管理している利用者もおり、併設施設の自動販売機に自由にジュースを買に行ったりしている。また買い物時にも、できる限り利用者にお金を持って支払いをしてもらうようにしている。	
			(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)	○			洗濯物や食事の片付け、掃除やカレンダーめくりなどに利用者が積極的に関わっており、楽しみながらそれらを行っている。職員も利用者のしていることには極力手を出さないようにしていた。	
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)	○			併設施設の看護師にいつでも気軽に相談できるようにしている。また、協力医療機関も24時間で対応してくれている。	
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を行っている。		○		医療機関と家族だけの話し合いが多く、ホーム側としては家族に対してしか働きかけができていない。	長期入院が利用者・家族にとって負担が大きいことを考えて、医療機関と家族とホームの3者が一緒に話をする機会を設けるなどの工夫をしていくことが望まれる。
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。	○			年に1回定期健康診断が受けられるような体制が作られている。	

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・向上するよう取り組んでいる。	○			家事の手伝いや散歩、レクリエーションを通して日常生活の中で身体機能の維持・向上ができるようにしている。	開設当初は併設施設の理学療法士等と話し合いが持っていたが、最近はあまりしていないので、続けて連携をとり、さらにより方法を考えていくことが期待される。
		(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。	○			トラブルに関しては基本的には職員が仲裁に入っている。利用者同士のトラブルを未然に防ぐために、席の配置や外出時などの配慮を行っている。	
		(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)	○			昼食後に、利用者に合わせて職員による声掛けが行われていた。また、歯磨きは毎食後行うようにしている。	
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。		○		朝は赤、昼は青、夜は黒と薬袋に線を入れて間違いを減らすようにしている。職員間では薬の作用・副作用についてあまり理解ができておらず、薬変更時も引継ぎが曖昧な面もある。処方箋も一冊のファイルにまとめられているが、無造作に綴じてあるだけだった。	処方箋のファイルは分かりやすく見やすいように工夫するとともに、全職員が薬の作用・副作用について把握していくことが望まれる。
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)		○		緊急時に関する研修や講習などは行っておらず、職員も実際に起こったときに対応できるかどうか不安である。	ホーム内外の研修を通して、全職員が緊急時の対応がスムーズにできるようにしていくことが望まれる。
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)	○			感染症に関するマニュアルはまだ整備されていないが、現在はマニュアル作成のため資料を集めている段階である。玄関には消毒・マスクが置かれ、面会者にも手洗いを行ってもらおうようにしている。	
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)	○			ミニデイサービスに参加したり、近くのスーパーや神社に出かけたりしてホームに閉じこもらず、積極的に出かけていくようにしている。	
⑨地域生活 1項目中 計			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)	○			家族の訪問がある時は、職員が積極的に話し掛けるようにしている。また、宿泊も可能である。面会時には、家族が利用者と一緒に外出することもある。	
⑩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。	○			法人代表者はよくホームを訪れ、管理者等と話し合いをしており、ホームのケアサービスの向上に関して前向きな姿勢が見られる。	
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。	○			管理者は運営方法や利用者の受け入れ等に関してできる限り職員と相談するようにし、職員が意見を積極的に言うことができるように努めている。	
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。		○		成年後見制度や地域福祉権利擁護事業に関しては、これから研修を行っていく段階であり、現時点では活用できるまでには至っていない。	ホーム内外の研修等を活用して知識を深めるとともに、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業等が活用できるような体制を作っていくことが望まれる。
		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。	○			利用者の状況やホーム内での行事等必要に応じて職員のローテーションを臨機応変に組んでいる。	
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。	○			日頃より管理者は職員に研修の情報を提供し、職員の希望する研修会には積極的に受講してもらっている。また、ホームとしても職員の経験に応じた研修を定期的に受講してもらっている。	
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)		○		職員が個人個人でストレスを解消しており、職場での懇親会等もあるが、根本的なストレス解消につながっていない。懇親会以外には、特にストレス解消策を講じていない。	職員は特にストレスをためていない様子であるが、ホームとして他の事業所と交流を図ったりして、日常的に職員のストレスを緩和するように取り組んで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)	○			必要な書類を揃えた上で、職員とも十分に相談した上で検討している。	
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。	○			現在、退居の方向へ向かっている利用者がいたが、ホームと家族、また、必要に応じて医療関係者などと相談をしながら納得の行く転居先に移れるように支援している。	
		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)	○			まな板・包丁などの調理道具等は、毎食後、漂白剤につけて消毒を行っている。	
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、管理方法を明確に取り決め、かつ、そのとおりに実行している。		○		包丁などは流しの下に片付けていたが、簡単に取り出せないように簡単なロックがかかるようになっている。また、トイレや洗濯場などで洗剤などが目に付くところに置かれたままになっている。	洗剤などの保管場所は、簡単に目隠しをして、利用者の目に付かないようにしていくことが望まれる。
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)		○		事故報告書の様式はあるが、ほとんど活用されていないままであった。	事故報告書を検討することによりサービスの改善につながっていくことを認識し、今後、事故報告書を活用していくことが望まれる。
⑪内部の運営体制 11項目中 計			7	4	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十分に配慮しながら、積極的に情報を提供している。個人情報に関することにも家族から同意を得ている。	
		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。	○			苦情相談の窓口は重要事項説明書に記載しており、口頭でも利用者や家族に説明を行っている。	
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行っている。	○			職員も業務に追われていることも多いが、家族が訪問した時は、できる限り職員が積極的に話し掛けるようにして、家族の意見を聞き出すように努めている。	
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	○			「ホーム便り」を発行し、家族などに利用者の現在の暮らしぶりなどを伝えている。	
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。		○		金銭の管理については、家族との話し合いの上でホームで管理している。出納もはっきり分かるようにしているが、家族の確認は用紙がいっぱいになったときであり、定期的に行われてはいない。	出納に関しては、定期的に家族に確認してもらうようにすることが望まれる。
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。		○		特に市町から事業の受託を行っていない。	今後、運営推進会議などで市や自治体などと連携できるよう、ホーム側から積極的に働きかけていく事が望まれる。
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。	○			近隣の住民がボランティアとしてホームに来てくれたり、ミニデイサービスで利用者を知り合いになった人が気軽に訪ねてきてくれている。	
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)	○			利用者の家族が消防署に勤めていることもあり、協力を得ている。また、地域のスーパーなどにも理解・協力を得ている。	
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)		○		ボランティアは積極的に受け入れているが、その他ホーム機能の地域への還元として具体的なことは行われていない。	ホームの機能を生かして、勉強会等地域へ機能を還元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				2	2	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)	○			消防署を交えて避難訓練を行い、避難の方法や避難経路の確認も行っている。また、併設施設とも連携が取れるようになっており、災害時の手引書等はないが連絡網は作成されている。	災害時の避難方法や避難経路等は確認が取れているので、手引書等を作成することを期待する。
⑮その他 1項目中 計				1	0	0		

ホームID 38173

評価件数		
自己		1
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)	80.0%	92.3%	81.8%	77.5%	81.5%
自己(外部共通項目)	75.0%	90.0%	76.3%	80.0%	79.2%
外部	100.0%	90.0%	78.9%	65.0%	77.8%
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。

