

1 評価報告概要表

全体を通して(特に良いと思われる点)	
ホームは、幹線道路から少し入った閑静な住宅街の中で、近隣にすっかり馴染んだ佇まいをしている。母体法人は病院や施設を長く経営しており、地域に根付いた活動を行っている。その一環としてホームの運営がある。母体病院はホームの窓から見える距離で、往診も定期的に行われており、医療的に安心できる。管理者の「食事を楽しんでもらいたい」との思いは、食材の工夫や調理方法などに見ることができる。また、利用者の生活を家庭的にということも絶えず考えており、判断に迷ったら「家庭ではどのような対応をするだろうか」という原点に立ち戻るケアを実践している。ケアに対する向上心の高い職員も多く、介護福祉士資格の取得に取り組んでいる。利用者との土地に生活しているという地域に密着したホームである。	
分野	特記事項(特に改善を要すると思われる点)
I	管理者や職員の職務に対する意識は高く、前向きに取り組んでいるが、運営理念の具体化や身近な目標設定などは進んでおらず、職員間で共有化が図られているとまでは言えない。管理者や職員の熱い思いを文章化し、全員で共有する取り組みを期待したい。
運営理念	
II	母体法人は他にも福祉施設を運営しているので、ホームの建て方についてよく研究されている。段差の解消、手すりの設置など基本的な整備がなされているが、利用者の身体機能の低下が顕著になりつつある。今後は福祉用具の活用などが求められるために、その受け皿作りが求められる。
生活空間づくり	
III	職員のシフトや利用者の状態により、職員配置に余裕がなくなることがある。利用者の笑顔は職員のゆとりある態度の上に成り立つものである。また、認知症のケアには、ゆったりとした時間の流れも必要と思われるので、職員体勢の見直しや外部資源の活用など、対策の熟考を願いたい。
ケアサービス	
IV	ホーム開設後5年が経過し、職員の知識の向上も見られ、認知症に対する専門性も高くなっている。これらのホーム機能を地域へ還元するためには、職員の余裕ある体制が必要と思われるが、管理者が専任となるなどし、地域へ積極的に関われる時間の確保が求められる。また、法人には施設やホーム、デイサービスなどがあり、多彩な職員が勤務している。施設相互のスーパーバイズが可能だと思われるので、職員のストレス軽減のために、導入を望みたい。
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	2
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	6
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	6
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	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。		○		運営理念は開設時に作成されたもので、介護の基本的な心構えが掲げられている。しかし、理念の具体化や身近な目標設定などは進んでおらず、職員間で共有化が図られているとまでは言えない。	管理者や職員の意識は高く、前向きに職務に取り組んでいる状況があるだけに、それを言葉にして、共有する取り組みを期待したい。
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。	○			運営理念は玄関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されており、同意も得ている。	
		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)		○		職員数の関係も大きいと思われるが、日常の職務に追われることもあり、地域に対して積極的に理念の啓発を行っているとは言えない。	本年度より運営推進会議を開催し、民生委員や地域のキーパーソンの参加も促している。この会議を理念の啓発の場に育て、地域とのつながりを密にすることが望まれる。
①運営理念 4項目中 計			2	2	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)	○			周りの住宅地に馴染むような、一見すると住宅のような建物であり親しみが持てる。また、アプローチ部分に草花や野菜を植えているのも、好感が持てる。	
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。	○			台所が独立しておらず、ダイニングと一体になっているため、多少雑然としているが、それがかえって家庭的な雰囲気を醸し出している。手作りの絵や書を適度に飾りつけてあり、親しみやすい空間である。	
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。	○			共用スペースにはテーブルが3つ備えてあり、利用者同士の適度な距離感が保てる。また、廊下にソファも置かれてあり、利用者のくつろぐ場所のひとつになっている。	

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						
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、洋服タンスなど思い通りの家具の持ち込みや写真や花鉢などの装飾品により、利用者の個性を感じ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)	○			母体法人は他にも福祉施設を運営しているので、ホームの建て方についてよく研究されている。段差の解消、手すりの設置など基本的な整備がなされている。	ホーム開設後5年目を迎え、利用者の身体機能の低下が顕著になっている。今以上に福祉用具の活用が求められるようになるので、その受け皿作りの準備を願いたい。
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)	○			場所間違いの対策には、利用者の状態に応じて写真を飾ったり、暖簾をかけたりしているが、職員の見守りを基本としている。利用者の居室や便所などが共用スペースに接しているため、見守りがしやすいのも評価できる。	
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は適切であり、落ち着いた雰囲気がある。耳の遠い利用者には耳元で話を行っている。リビングの窓は特別大きなものではないが、自然光の足らない場合は照明を補助するなどの配慮がある。	
12	15	○換気・空調の配慮 気になる臭いや空気の上の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、居室や共用スペース、脱衣所までエアコンが整備されている。共用スペースには床暖房もあり、ホーム内の温度変化が少ない。職員は、機械換気よりも自然換気に心掛け、適宜窓の開閉を行っている。	
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)	○			折り紙やちぎり絵、習字、季節の飾り物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。	
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。	○			管理者のアセスメントに基づき、利用者の担当職員が中心となって介護計画を作成している。昨年度の評価で具体化の指摘があったが、その改善に取り組んでいる状況がうかがえる。	
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。	○			ケア会議は、全職員で意見を出し介護計画を作成し、作成された計画書は利用者ごとの介護記録の表紙部分に掲示しており、全職員が日常的に確認できる仕組みがある。	
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。		○		家族の訪問時を、利用者と共に家族の意見を聞き出せるタイミングとして活用しようとしているが、限られた人員配置ではゆっくりとした時間の確保が難しく、細やかな相談ができていない。	家族の訪問時に意見を聞くことは有用であるが、時間の確保が課題としてある。人員配置の見直しと共に、文章や電話での相談など他の手段との組み合わせの工夫を期待する。
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。	○			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。	○			管理者が記録の意義をよく理解しており、それを丁寧に職員に伝えている。そのため各記録は具体的な記載がなされている。	
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。	○			情報伝達は、口頭や連絡帳により行なわれており、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。	○			月1回のユニット会議、日々のミーティングが行われており、管理者が全職員の意見を聞くように努めている。管理者と職員との関係は良く、会議では活発な意見交換が行われているとの話はうなづける。	
④ケアマネジメント 7項目中 計			6	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						
		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)	○			管理者や職員は、認知症のケアには人格の尊重が必要であるとの信念を持ち、利用者に対して接するように心掛けている。	
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、やさしい雰囲気で接している。	○			職員の話し方や接し方は、穏やかである。理念の具体化に「ゆったり、のんびり、おだやかに」があり、それを実践している。	職員のシフトの状況や利用者の状態により、職員の余裕の無い時には「業務的になる」との自己評価がある。職員数などが熟考すべき課題として考えられる。
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。		○		管理者には、利用者の生活歴の聞き取りは、毎日のケアを行うために重要な作業との認識があり、本人だけでなく家族などへも行われているが、職員全員が共有できているとまでは言えない。	利用者の生活歴の聞き取りは、専用シートを作成し記録することが望ましい。職員との共有化を図るためにも、有用な情報であるために早期の取り組みを望む。
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。若年性認知症の利用者には、積極的に手を借りるようにしており、利用者の個性をよく理解していることが分かる。	不意の外出や急用などで職員の手が不足しているときには、どうしても業務が優先される傾向がある。職員にゆとり感があると利用者の心情も安定するので、配慮を期待する。
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)		○		職員は、できるだけ利用者に「選ぶ機会」をつくり、自己決定を支援することが重要との認識はあるが、利用者は職員の声掛けにより物事を選択することが多い傾向がある。	職員の「待つ」という姿勢には、時間的余裕が求められる。そのためには何が必要なのかを話し合う機会が求められる。
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)	○			料理の下ごしらえ、後片付けなど、利用者に危険がない限り、本人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。	
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。不意の外出は職員の見守りを基本としており、鍵を掛けないケアが実践されている。	不意時の対応に苦慮している利用者に対して、危険回避のため一時的に施錠することがある。色々な対応を試している段階であるが、専属的な職員配置も課題の一つとして考慮願いたい。
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。	○			自分の物を持ってきて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。	○			刻み食等の利用者はまだいないが、対応ができる仕組みは整えている。	
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。	○			ユニット毎のメニュー担当者が話し合い、肉と魚を適度に入れ替えたり、旬の野菜を取り入れるなど栄養バランスに配慮が見える。法人の栄養士に相談し、大まかな摂取カロリーの把握も行っている。	
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。	○			3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している。職員も利用者と同じものを食べ、会話を楽しみながらゆつくりと食事を楽しんでいる。	利用者の機能低下により、食事介助の機会が増えつつある。誤飲などリスクが高いので、研修の機会を増やすことが求められる。
		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、排泄シートを記録しており、利用者毎の排泄パターンを把握している。また、会議でも排泄パターンについて話し合いがもたれており、変化などについて共有化が行われている。	
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。ゆつくり入ってもらうことを基本としているため、回数は職員の状況により隔日になることが多い。利用者や家族からの苦情はないが、管理者や職員は、毎日の入浴を実践したいという考えがある。	管理者や職員の悩みを解決するためには、職員数やシフトについて工夫が求められる。
		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)	○			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職員が行う場合もある。	

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、プライドを大切にしてい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)	○			利用者の髪型、着衣などに乱れはなく、こざっぱりとした普段着で過ごしている。職員のさりげ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、昼間に覚醒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。利用者によっては眠剤の活用があるが、それに頼り過ぎないように看護師による管理がなされている。	
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。		○		外出時の買い物が金銭管理の支援となっており、外出の機会が少ない時期や利用者には積極的な支援が行われているとは言えない。	外出が難しくても、移動パン屋やホーム内の小さな出店など、お金の支払いや管理を支援する方法もあるので、検討を期待したい。
		(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うえで食事の洗い物や洗濯物たたみ、掃除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			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)	○			母体法人が病院であり主治医である。定期的な往診もあり、安心である。また、日常的な心身の状況については、看護師のケアがある。	
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。	○			入院する場合は、殆どが母体病院である。病院は窓から見える距離にあるために密に連絡が取れ、積極的な話し合いが可能な体制がある。	
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。	○			利用者のそれぞれの誕生月に、母体病院で健康診断を行うようにしている。	

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。	○			散歩や家事など、日常生活の中に身体機能を維持するような取り組みを意識して取り入れている。	
		(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。	
		(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)	○			口腔ケアは毎食後行われており、入れ歯の手入れも職員の見守りや援助のもとで行われている。	
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。		○		看護師による管理が行われており、薬の目的や副作用についても処方箋を各自が確認している。しかし、配薬や服薬の確認など明確な担当者が決まっておらず、業務として曖昧な面がある。	認知症の進行により、薬の手渡しや服薬の確認などが重要なポイントとなる。マニュアル化が望まれる。
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)		○		市民救急講習などの緊急時に対応する技術の獲得が、職員全員にできている状態ではない。	救急の場合の対応が看護師中心となると、介護職の看護職への依存度が高まる傾向があるので、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が整備されており、医療関係者からのアドバイスも随時行われている。	
⑧医療・健康支援 9項目中 計			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)		○		利用者の状況や職員のシフトにより外出が制限されることがあり、積極的に外出支援ができているとは言えない。	職員体制の見直しや外部資源(ボランティア)の活用など、利用者の外出の機会を増やす取り組みが求められる。
⑨地域生活 1項目中 計			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、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、家族の訪問時にはコミュニケーションを取るように心掛けている。	
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。		○		運営母体である法人には、病院や福祉施設、有料老人ホーム、グループホームなどがあり、組織的に大きいこともあり、管理者と法人代表（法人担当者）とは詳細な話し合いがなかなかできにくいこともある。	法人担当者もホームに積極的に出向き、利用者の状態や職員の業務など、現場の状況把握を詳細に行うことを期待したい。
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。	○			管理者には職員の話を傾聴する姿勢があり、職員にも利用者のケアの質向上には積極的に意見を出すという意識があり、相互がよい関係にある。	今後、運営法人と職員との話し合いが持たれることを期待したい。
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り、勉強会も開催しているが、職員全員への制度理解の促進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。勉強会1回で終わらずに、職員が地域住民へ説明できるまでの知識を獲得するように、継続を望む。
		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。		○		運営規定上の職員は確保しているが、余裕がある配置とは言えない。	職員の余裕ある配置は、利用者の生活の質に直結する事柄なので、一考願いたい。
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、段階に応じて積極的に研修への参加を促しているが、勤務の関係や職員のモチベーションなどで特定の人員が研修に参加しており、全職員が積極的に取り組んでいるとは言えない。	職員には資格取得のため勉強している人も少なくなく、向上心のある職員が多い。勤務の見直しなど、研修が受講しやすい体制の構築を期待する。
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）		○		職員の経験年数もホームの経年と同様に積み重ねがあり、専門性も向上している。当然ストレスや悩みも多くなるために、専門的な解消策が望まれる。	法人には施設やホーム、デイサービスなどがあり、多彩な職員が勤務している。施設相互のスーパーバイズが可能だと思われるので、導入を望みたい。

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						
		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)	○			利用者の決定は管理者が面談訪問を行い、職員との相談のうえで行っている。また、相談シートや担当ケアマネジャーなどから情報を収集し、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。	○			医療行為ができないホームであるとの線引きは利用者や家族には話をしている。医療ニーズの高い利用者には、本人や家族との話し合いを十分に行い、法人の病院や施設、または地域の専門機関などを紹介している。	
		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。	事故報告書を家族にも公開しているのであれば、家族が見た後の確認印やサインをもらうようにすることが望ましい。
⑪内部の運営体制 11項目中 計			6	5	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。	○			評価調査の意義を理解したうえで快く情報提供がなされた。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。	○			運営規定や利用契約書には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。	
⑫情報・相談・苦情 2項目中 計			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						
		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。	○			家族への働きかけとして、管理者や職員により面会時 の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)	○			しばらく休止していた「ホーム便り」を再開し、 利用者の日常生活を提供する取り組みを行っている。	
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。	○			金銭出納帳により管理し、定期的に家族に報告してい る。訪問が少ない家族等には、郵送も行っている。	
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。	○			運営推進会議の開催をこれを機に、市との関わり を深める取り組みを行っている。また、介護教室 等の依頼があれば、実施する準備もしている。	
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。	○			畑の手入れや散歩での挨拶などをきっかけに、近 所の人たちがホームへ立ち寄ることが多くなっ 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)		○		母体法人の地域に根ざした活動で周辺施設とのつ ながりはあるが、ホーム独自の働きかけが十分 に行われている状態ではない。	運営推進会議に、警察や消防署、商業 施設の担当者の参加を促し、利用者の 生活に広がりを持つような働きかけ を期待する。
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)		○		管理者の業務も利用者のケアに重点があり、地域住民 との積極的なかわりの時間が少なく、ホームの知識 を積極的に地域へ還元しているとは言えない。	ホーム機能を地域へ還元するためには、 職員体制からの見直しが必要と思われる が、管理者が専任となり、地域へ積極的 に関われる時間の確保が求められる。
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 利用台や施設状況等を考慮に入れ、夜間も玄関にのりこ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)	○			防災の手引書が作成されており、職員間で避難経路 の確認なども話し合われている。緊急連絡網や避難訓 練の計画も立てており、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 38181

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)	50.0%	84.6%	79.2%	68.8%	75.6%
自己(外部共通項目)	62.5%	85.0%	72.4%	65.0%	71.5%
外部	50.0%	100.0%	78.9%	65.0%	76.4%
家族	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	87.8%

★ 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。

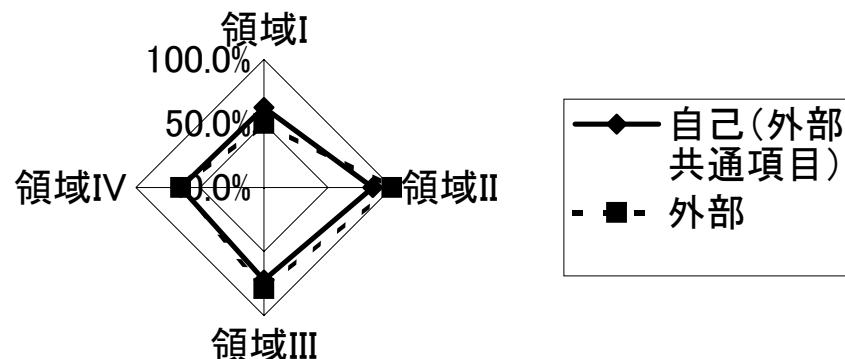
自己(全項目)の領域Ⅰでは5項目あり、全項目の合計は134項目となります。同様に、自己(外部共通項目)は、外部評価項目と同じ項目なので、4項目で、合計は71項目となります。家族アンケートは、特に領域に分けていないので、NAと表示されています。合計は13項目です。

★ 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。

領域別達成率の比較



達成率(全項目)の比較

