

1. 評価報告概要表

全体を通して — ホームの優れている点、独自に工夫している点など —				分野		特記事項(※優先順位の高い要改善点について)									
<p>ホームは住宅地に設置され、近隣にはショッピングセンターや商店などがある。ホームを設置運営する医療生協の組合員の訪問やボランティア活動を受け入れており、地域に根ざしたホーム運営が可能となっている。スタッフの入居者への関わりは、お一人ひとりのペースに合わせてゆったりしていた。特に昼食の場面では、入居者同士の関係性に配慮しつつ、時間をかけ、タイミングよく食事介助や声かけを行い、意欲を引き出せるよう支援していた。全体を通して、スタッフは入居者の日常生活を安全にかつ心地よく過ごせるよう心がけており、ケアに前向きに取り組む姿勢がヒアリング及び観察調査からうかがわれた。</p> <p>◎前回評価からの取り組みについて</p> <p>今回改善された項目中、「個別の栄養摂取状況の把握」は、系列事業所栄養士から季節や入居者の健康状態に応じた献立と食材選択について丁寧な指導を受けており、食事内容及びスタッフのケア技術向上に役立っていた。「金銭管理」は月毎にたよりで報告し、出納帳の確認も受けるように改善されており、「市町村との係わり」は運営推進会議を設置し、関係機関との連携並びに風通しのよいホーム作りを意図した取り組みを開始した。今回、結果として改善が図れなかった項目及び後退した項目があったが、指摘のあった事項についてはホーム側で全て改善を試みており、特に「ケアマネジメント」の領域については、現在実態に即した改善に向けて取り組みを実施している段階であり、今後に期待したい。全体を通して、管理者は前回の調査結果を真摯な態度で受け止め、スタッフと共にホームの質の更なる向上に取り組んできた姿勢を評価したい。</p>				II 生活空間づくり		要改善点は特になし。入居者の身体機能に配慮してテーブルの高さを調整したり、人によっては耳障りに聞こえる玄関ブザーの音量を下げるなど、改善に取り組んでいた。今後も、入居者特性や身体機能に配慮した生活環境づくりに取り組んでいただきたい。									
				III ケアサービス		ホームでは現在、入居者の身体機能の低下や認知症の進行に直面し、ケアサービス面で様々な困難を経験しているが、可能な限り入居者の「できること」を活かした介護計画の作成を期待したい。さらに、介護計画に沿ったケアの実施を記録に留め、結果、日々の記録が介護計画に反映されるような取り組みを期待する。									
I 運営理念		要改善点は特になく、管理者以下、スタッフは運営理念を理解している。しかし、入居者の身体機能の低下等による活動内容の見直しに直面し、ケアのあり方に迷いを感じている実態もみうけられた。スタッフ間で運営理念を再確認し、ケアの方向性を見定めていくことが求められる。		IV 運営体制		入居者及び家族にとって苦情の申し出がし易い環境を整えるためには、苦情受付担当者を設置するとともに、苦情解決や改善の責任を明確にする目的で管理者を苦情解決責任者とすることが望ましい。また、一定のルールに沿った方法で苦情解決を進めるためには、公平な立場の第三者委員を設置することが求められる。さらに、市町村窓口や社会福祉協議会の運営適正化委員会等、外部の相談窓口を利用できることを入居者・ご家族に周知していくよう取り組みを希望する。									
分野・領域	項目数	「できている」項目数	分野・領域	項目数	「できている」項目数	分野・領域	項目数	「できている」項目数	分野・領域	項目数	「できている」項目数				
I 運営理念			III ケアサービス			IV 運営体制									
①	運営理念	4項目	4	④	ケアマネジメント	8項目	5	⑧	医療・健康支援	9項目	8	⑪	内部の運営体制	10項目	10
II 生活空間づくり			⑤	介護の基本的な実行	8項目	7	⑨	地域生活	1項目	1	⑫	情報・相談・苦情	3項目	1	
②	家庭的な生活環境	4項目	4	⑥	日常生活行為の支援	11項目	10	⑩	家族との交流支援	1項目	1	⑬	ホームと家族との交流	3項目	3
③	心身の状態に合わせた生活空間	6項目	6	⑦	生活支援	2項目	2					⑭	ホームと地域との交流	4項目	4

2. 評価報告書

項目番号 外部 自己	項目	できて いる	要 改善	評価 困難	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
	<b>I 運営理念</b> 1. 運営理念の明確化・啓発					
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、職員はホームの理念を理解している。事務室の目の届きやすい位置に理念を掲示し、ケアの振り返りをする際に確認している。	
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、入居者及びその家族等に分かりやすく説明している。	○			人の目に触れ易い居間の一角に運営理念が掲示され、入居時や折に触れ家族や入居者に対し説明している。	
3	4 ○権利・義務の明示 入居者の権利・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、入居者及びその家族等に説明し同意を得ている。	○			入居者の権利・義務等については、「運営規定」「契約書」「重要事項説明書」に明示されており、利用契約の際に同意を得ている。	
	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)	○			ホームの設置目的及び機能の理解と地域交流を意図して、法人の機関紙を毎月、またホーム独自のたよりを3ヶ月に1回発行している。便りは、地域の公共施設や学校等のほか、回覧板で地域住民に配布している。	
	運営理念 4項目中 計	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、入居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)	○			ホームは公道沿いに位置し、目印の看板も掲げられている。玄関ドアは民家に近い作りであり、人が訪れやすい雰囲気であった。	
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。	○			台所まわり、浴室、トイレ等は、一般家庭に近い作りである。廊下や居間には地域住民による絵画、写真、置物等が飾られており、落ち着いた雰囲気が感じられる。	

項目番号	項目	できて いる	要 改善	評価 困難	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
7	8 ○共用空間における居場所の確保  共用空間の中に、入居者が一人になったり気のあった入居者同士で自由に過ごせるような居場所を確保している。	○			居間にソファや食事用のテーブルがある他、視線を遮ることのできる廊下の一角に畳ベンチがあり、入居者は思い思いの場所で過ごすことができる。	
8	9 ○入居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。	○			居室入口には表札や飾り付けがなされ、居室内には家族の写真や遺影を飾るなど、思い思いの環境作りがなされている。使い慣れた家具や身の回り品の持ち込みについて家族の協力が得られない場合には、職員と入居者が共同で居室の環境作りに取り組んでいる。	
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  入居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)	○			ホーム内の要所に手すりが設置してある。また入居者の身体機能の変化に伴い、近日中に居間のテーブルの高さ調整を実施する予定である。	
10	13 ○場所間違い等の防止策  職員は、入居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、家庭的な雰囲気をつくらずに、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)	○			トイレ表示を立体化したり、居室入口に表札や飾りつけを施すなど場所間違いを防ぐ工夫をしている。その際、場所間違い防止の工夫が、かえって入居者に対する刺激・混乱にならないよう配慮している。	
11	14 ○音の大きさや光の強さに対する配慮  入居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)	○			前回の訪問調査時の助言を受けて、人の出入りを感知するセンサー音は、音量を下げた。訪問時の観察では、耳障りな会話や音はしなかった。	
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。	○			冬期間は床暖房を使い、温度調節・換気等は決められた方法で行っている。室内での洗濯物干しが部屋の乾燥防止に役立っており、また気になる臭いもなかった。	
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。	○			居室や居間、廊下他、要所の見やすい位置に暦や時計を掛けている。	
14	18 ○活動意欲を触発する物品の用意  入居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)	○			居間にはアルバムや雑誌、図書が置いてあり、昔ながらの遊戯道具も用意している。日中活動に取り入れたり、自由に使用できるようわかりやすい場所に保管している。	
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 困難	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
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、入居者主体の目標を立て、入居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。	○			アセスメントに基づき、入居者一人ひとりの介護計画は具体的に作成してある。	身体機能や認知症の周辺症状に注目した介護計画であるため、生きがいや楽しみ、残存機能の活用等に着眼した計画の策定を期待したい。
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探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。	○			介護計画を作成するための会議が行われており、意見を出し合っている。作成したケアプランは個人別ファイルに綴じて、いつでも確認できるようにしている。	入居者の身体機能の低下等による活動内容の見直しに苦慮している実態もみうけられた。今後はホームの価値や理念を再確認しつつ、視点の共有に向けてより一層の取り組みを期待したい。
17	22	○介護計画への入居者・家族の意見の反映 介護計画を、入居者や家族とも相談しながら作成している。		○		介護計画の策定については、可能な限りご家族の意向や考えを取り入れるように取り組んでいる。しかし、家族の意見とホーム側のアセスメントに基づく介護計画のすり合わせが充分でないケースもあった。	入居者が望む生活の実現のためには、ご家族とホーム側とが十分に話し合い、共通の理解・認識をもって共に入居者を支援することが望まれる。
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。		○		介護計画は定期的に、あるいは随時見直しを行っている。しかし、ご家族からの同意が得られない状況でケアの実施に踏み切らざるを得ないケースがあった。	入居者が望む生活の実現のためには、ご家族とホーム側とが十分に話し合い、共通の理解・認識をもって共に入居者を支援することが望まれる。
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、入居者一人ひとりの特徴や変化を具体的に記録している。		○		前回の外部評価結果を受けて、介護計画に沿ったケアの実施部分は色を変えて記載するよう試みた。しかし取り組みの結果は、実用的でなかったため、引き続き記録方法を検討している。	介護計画の策定方法を一考した上で、計画に沿ったケアの実施を記録に留め、結果、日々の記録が介護計画に反映されるような取り組みを期待したい。
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、重要な点はすべての職員に伝わる仕組みを作っている。	○			職員の勤務形態に応じて申し送りの時間を設定し、情報伝達を行っている。日誌や個別記録等は全職員が目を通し、確認印を押している。	
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。	○			職員会議やケース検討会を定期的実施している。	
21 の 2	26 の 2	○マニュアルの作成 サービス水準確保のための各種マニュアルが整備され、職員に周知されている。また、マニュアルの見直しが適宜行われている。	○			前回の外部評価で課題となっていた感染症マニュアルが整備された。各種マニュアルは事務室に設置又は掲示され、職員に周知されている。	
ケアマネジメント 8項目中 計			5	3	0		

項目番号	項目	できている	要改善	評価困難	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
外部	自己					
	<b>2. 介護の基本の実行</b>					
22	27 ○入居者一人ひとりの尊重 職員は、常に入居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。(入居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、入居者の言動を否定しないような言葉掛けや関わりを心がけていた。特に食事場面やグループ活動時においては、入居者が気持ちよく過ごせるよう座る位置を工夫し、入居者同士のトラブルを未然に防止できるよう配慮していた。	
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、やさしい雰囲気で見守っている。	○			職員はゆったりとした穏やかな言葉掛けを行っており、やさしい態度で見守っていた。	
24	30 ○入居者一人ひとりの過去の経験を活かしたケア 入居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。		○		入居者一人ひとりについての生活歴や大切な経験・出来事を把握しきれておらず、ご家族から提供される情報も十分でないケースがあった。	アセスメントの実施、介護計画の作成を行う上で入居者の生活歴や過去の大切な経験の把握は欠かせない。ケアの質のさらなる向上を意図した情報収集の工夫を期待したい。
25	32 ○入居者のペースの尊重 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、入居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。	○			食事の場面では入居者の食べるペースを尊重し、ゆっくりと時間をかけていた。職員も入居者と一緒に食事を楽しむ雰囲気づくりを心がけていた。	
26	33 ○入居者の自己決定や希望の表出への支援 職員は、入居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)	○			買い物や食事の準備、その他日常生活において、可能な限り入居者の選択、決定を引き出すような場面作りと働きかけを行っている。	
27	35 ○一人でできることへの配慮 自立支援を図るために、入居者の「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)	○			食事場面では、可能な限り入居者自身で食事をとれるよう職員は見守りやさりげない介助を行っていた。	
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。	○			身体拘束を行わないことを職員は認識しており、また実際行われていなかった。法人内でも年1回職員の意識調査などで日々のケア実態を把握し、身体拘束を行わないことの周知徹底に取り組んでいる。	
29	38 ○鍵をかけない工夫 入居者の自由な暮らしを支え、入居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)	○			入居者の外出傾向を把握するとともに、地域の理解、協力を得て、安全配慮に努め、日中は鍵をかけていない。	
<b>介護の基本の実行 8項目中 計</b>		7	1	0		

## グループホームいずみ

項目番号	項目	できて いる	要 改善	評価 困難	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
	3. 日常生活行為の支援 (1) 食事					
29 の 2	40 ○献立づくりや調理等への入居者の参画 献立づくりや食材選びを、入居者と共に行っており、可能な限り買い物や調理も一緒に行っている。意思の確認が困難な場合には、好みを把握して献立や調理に活かしている。	○			入居者と買い物に出かけたり、献立作りや食事の準備・後片付けなど、入居者の参加できる場面作りを行っていた。	
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、入居者一人ひとりが使い慣れたものになっている。	○			湯のみ茶碗は各自の好みのもを使用している。茶碗や箸は、持ちやすさや混乱等に配慮し、入居者一人ひとりの状況に応じて食器を選択していた。	
31	44 ○入居者一人ひとりにあわせた調理方法・盛り付けの工夫 入居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。	○			身体状況や健康状態に配慮した調理方法であることももちろんのこと、おいしそうな盛り付けを見ていただいた上で、入居者一人ひとりの状況に応じて刻んだりほぐしたりしている。	
32	45 ○個別の栄養摂取状況の把握 入居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。	○			法人内の栄養士から毎月食材や献立に関する指導を受けるとともに、毎食の食事量を記録して、栄養バランスの把握に努めている。	
33	47 ○食事を楽しむことのできる支援 職員も入居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。	○			職員は入居者と同じ食事を食べ、自然な会話を交わし食事を楽しむ雰囲気を作っていた。また入居者が穏やかに食事ができるようテーブル配置や座る位置の工夫を行い、必要に応じて食事介助を行っていた。	
	(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、入居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。	○			おむつを可能な限り使用しないような支援のあり方を考えている。一人ひとりの排泄パターンの把握に努め、トイレ誘導を行っている。	
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。	○			周囲に気づかれないようさりげない誘導をしている。	
	(3) 入浴					
36	53 ○入居者一人ひとりの希望にあわせた入浴支援 入居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)	○			入浴によって心身に負担を感じる入居者や、介助を必要とする方への入浴支援に課題を抱えており、現状は入浴拒否をされる方も多い。入浴回数や時間帯の選択については、入居者すべての希望を叶えるような職員体制の確保が難しい状況にあり、対応できない場合もある。	入浴を苦手とする入居者に対する支援方法について検討するとともに、可能なかぎり入浴に対する希望を引き出し、対応できるよう努めてほしい。

項目番号		項 目	できて いる	要 改善	評 価 困 難	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
外部	自己						
		(4) 整容					
37	56	○理美容院の利用支援 入居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)	○			ご家族の協力で希望の美容院を利用したり、理容師からホームに来てもらうなど、入居者一人ひとりが好みの髪型になるよう支援している。	
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、プライドを大切にさざり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)	○			入居者は、清潔な衣類を身につけている。食べこぼしがある場合は、後でさざりげなくカバーしていた。	
		(5) 睡眠・休息					
39	60	○安眠の支援 入居者一人ひとりの睡眠のパターンを把握し、夜眠れない入居者には、1日の生活リズムづくりを通じた安眠策を取っている。	○			可能な限り日中活動への参加を働きかけ、生活リズムづくりを通して安眠につなげている。また就寝場所は入居者の希望や状態に合わせて環境を整えている。	
日常生活行為の支援 11項目中 計			10	1	0		
		4. 生活支援					
40	64	○金銭管理の支援 入居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、入居者一人ひとりの希望や力量に応じて支援している。	○			大部分の入居者については、ホーム側で預かり金管理を行っているが、可能な方については、買い物時の支払いをお願いしている。	
41	66	○ホーム内の役割・楽しみごとの支援 ホーム内で入居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)	○			買い物や食事の準備、後片付けなど日常生活場面で入居者の役割や意欲が引き出されるよう、職員はさざりげなく働きかけを行っていた。	
生活支援 2項目中 計			2	0	0		
		5. 健康等の支援 (1)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)	○			法人内の診療所との医療連携体制を確保しており、気軽に相談できる体制にあり、必要に応じて往診も可能である。	
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。	○			管理者が早期退院や必要な対応について医療機関と協議している。	
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。	○			個々のかかりつけ医から、受診時に必要な検査等を受けている。	

項目番号 外部 自己	項目	できて いる	要 改善	評価 困難	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
	(2)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。	○			車椅子利用の方や身体機能の低下がみられる入居者が多くなってきているが、安全配慮をしたうえで、様々な日常生活場面への参加や外出の機会を設け、機能維持に努めている。	
	(3)入居者同士の交流支援					
46 78	○トラブルへの対応 職員は、入居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、当事者や他の入居者に不安や支障を生じさせないようにしている。	○			職員は入居者同士のトラブルの原因把握につとめており、食事場面では苦手意識を持つ入居者がお互いに視界に入らないように意図的にテーブル配置を行ったり、症状が不安定な方には可能な限り個別対応をするなど配慮している。	
	(4)健康管理					
47 80	○口腔内の清潔保持 入居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)	○			口腔ケアは主に朝と夜に実施しており、昼食後は未実施である。また1名については、ご本人はしているつもりであり、十分に支援ができないでいる。	昼食後においても、口をすすぐなど口腔内を清潔にする働きかけを期待したい。また未実施の1名についても可能な限り口腔ケアの支援が望まれる。
48 83	○服薬の支援 職員は、入居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、入居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。	○			服薬情報を共有し、入居者の服薬内容を理解して、飲み忘れがないよう支援を行っている。	
49 85	○緊急時の手当 入居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)	○			消防署による救急法の講習会を受けており、応急手当を行うことができるよう学習している。	
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)	○			法人内の医療スタッフの協力を得て感染症マニュアルを整備し必要な指導を受け、実施している。	
<b>医療・健康支援 9項目中 計</b>		8	1	0		



項目番号	項目	できて いる	要 改善	評価 困難	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
	<b>6. 地域での生活の支援</b>					
51 90	○ホームに閉じこもらない生活の支援 入居者が、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)	○			身体機能の低下により以前に比べると外出の機会は減ってきたようだが、日々の買い物や入居者の気持ちが向いたときなど、自然な雰囲気の中で外出の支援を行っている。	
<b>地域生活 1項目中 計</b>		1	0	0		
	<b>7. 入居者と家族との交流支援</b>					
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)	○			季節の行事などに家族の参加を呼びかけ、気楽にホームへの訪問してもらえるよう働きかけを行っている。宿泊の際は、家族用の寝具を用意している。	
<b>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. 内部の運営体制 (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。	○			管理者はホームの責任者として運営管理上の諸課題を把握し、随時法人代表者に相談しながら必要な対応を行っている。法人代表者は管理者を通してホームの実態把握に努めている。	
54 97	○職員の意見の反映 運営方法、入居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。	○			管理者と職員はホームの運営方法について話し合っている。入居者の受け入れについては、試し入居の機会を設け、職員が事前に対象者の状態を把握した上で入居の決定を行なっている。	
	(2)職員の確保・育成					
55 101	○入居者の状態に応じた職員の確保 入居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。	○			入居者の生活に合わせた職員体制を組んでいる。最近では身体機能の低下等でケア内容の見直しに直面しているが、経験を積んだ有資格の職員が前向きに日々のケアに取り組んでおり、厳しくなってきた体制を支えている。	夜勤帯においては、不測の事態を想定すると一人体制を不安に感じる職員もいる。今後、入居者の実態に即した体制整備の課題を法人代表者と共有し検討することを期待する。
56 103	○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。	○			職員研修は適宜実施されており、他のグループホームと意見交換する機会も設けている。	伝達研修の機会を設けると共に、職種や勤務年数、ケア課題に応じた研修計画を実施し、職員のステップアップに資するような取り組みを期待したい。
57 105	○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)	○			管理者に相談を求めたり、職員同士で悩みを共有するなど職場では良好な人間関係を築いている。他のグループホームとの交流の機会もある。	管理者は真摯な態度で職員の悩みや運営管理上の課題に対応しているので、一般職員以上にストレス解消の機会や相談できる場を持ってほしい。

項目番号 外部 自己	項目	でき ている	要 改善	評価 困難	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
	(3)入居時及び退居時の対応方針					
58 107	○入居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、入居者・家族の希望等)	○			ケアマネからの情報収集が不十分であったケースもあったが、大抵は紹介経路やご家族から必要な情報収集を行っている。また入居決定をする前には、試し入居を行い、アセスメントを実施してホームに適した入居対象者かの判断を行っている。	すべての入居者について、十分な検討が実施されるよう、ケアマネや家族、関係機関等から情報収集を行うよう希望する。
59 109	○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、入居者や家族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。	○			契約に基づいて退居が行われており、入居者や家族の納得を得ている。退居先の検討や必要な支援も随時行っている。	
	(4)衛生・安全管理					
60 112	○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)	○			ホーム内は掃除が行き届き清潔であり、調理器具や布巾等の消毒を実施している。食品の鮮度にも気を配っている。	
61 114	○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。	○			薬や刃物などの注意が必要な物品はマニュアルどおりに保管管理している。洗濯洗剤等も入居者が使用しないときは、手の届かない場所に保管している。	
62 116	○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、今後活かす意義づけ等)	○			事故報告書を整備しており、再発防止に役立てるとともに、サービス改善に利用している。	
<b>内部の運営体制 10項目中 計</b>		10	0	0		
	2. 情報開示、相談・苦情への対応					
63 118	○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。	○			入居者及びご家族の同意を得たうえで、外部評価機関の調査に協力し、ホームの質の向上に役立っている。	
64 119	○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、入居者及び家族にその利用の仕方を文書と口頭で繰り返し伝えている。	○			ホームの掲示板や重要事項説明書に管理者が苦情処理担当者として明示されているが、行政等外部窓口の明示がない。	ホームには直接言いにくい場合もあることを考慮して、市町村や国民健康保険連合会、運営適正化委員会等の外部窓口を明示し、また、苦情受付担当者と苦情解決責任者を分けて設置し、より相談・苦情をあげやすい環境づくりを期待する。
64 の 2	○苦情への迅速な対応 入居者や家族から苦情が寄せられた場合には、職員で速やかに対策案を検討して回答するとともに、サービス改善につなげている。	○			ホーム及び法人内の組織のみによる苦情対応には、おのずと限度があり、家族等の納得を得る事が困難な場合がある。	第三者委員を設置するほか、市町村や運営適正化委員会等外部の相談窓口を活用し、公平・客観的な視点を加えた苦情解決の仕組みづくりが望まれる。
<b>情報・相談・苦情 3項目中 計</b>		1	2	0		

項目番号	項目	できて いる	要 改善	評価 困難	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
<b>7. ホームと家族との交流</b>						
65	122 ○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。	○			行事へのお誘いや毎月のお便りの発行等を通じて、ご家族との関係づくりに努め、気楽に相談できるような雰囲気づくりを心がけている。	
66	123 ○家族への日常の様子に関する情報提供 家族に、入居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)	○			毎月のためよりに入居者の日常の様子を記載している。	
67	126 ○入居者の金銭管理 入居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と相談の上定めており、家族に定期的にその出納を明らかにしている。	○			ホーム側で金銭管理を行う場合は、出納簿をつけ、毎月家族から確認していただき、確認印をもらっている。	
<b>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>						
68	127 ○市町村との関わり 市町村との連絡を密にとっている。(家族介護教室等の市町村事業を積極的に受託している等)	○			運営推進会議の定期開催を開始し、地域包括支援センターとの連携にも取り組みはじめた。	
69	130 ○地域の人達との交流の促進 地域の人達が、遊びに來たり立ち寄りてくれたりするように取り組んでいる。	○			ホームには地域住民の絵画や飾り物が展示されており、医療生協の組合員や小学校の子供達が遊びにくるなど地域住民との自然な交流ができています。	
70	132 ○周辺施設等の理解・協力への働きかけ 入居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)	○			日常的な活動である買い物や散歩などの外出が地域理解を得る機会となっている。また定期的なおたよりの配布によって、更なる理解の促進につなげている。	
71	133 ○ホーム機能の地域への還元 ホームの機能を、入居者のケアに配慮しつつ地域に還元している。(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)	○			地域住民がホームに気軽に立ち寄り、交流を深めることで認知症の理解やホーム機能の理解につながっている。見学やボランティアは随時受け入れ、ホームが地域社会に開かれるよう取り組みを行っている。	
<b>ホームと地域との交流 4項目中 計</b>		4	0	0		

※ (1)「管理者」には、管理者不在の場合にこれを補佐する者を含む。  
 (2)「職員」には、管理者及び非常職員を含む。