

<認知症対応型共同生活介護用>
<小規模多機能型居宅介護用>

評価結果報告書

地域密着型サービスの外部評価項目構成

I. 理念に基づく運営	項目数
1. 理念の共有	8
2. 地域との支えあい	1
3. 理念を実践するための制度の理解と活用	1
4. 理念を実践するための体制	3
5. 人材の育成と支援	2
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	0
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応	1
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援	
III. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	5
1. 一人ひとりの把握	1
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し	1
3. 多機能性を活かした柔軟な支援	0
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働	3
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	6
1. その人らしい暮らしの支援	4
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり	2
合計	20

事業所番号	1473800504
法人名	社会福祉法人 誠幸会
事業所名	グループホーム泉の郷川和
訪問調査日	平成24年9月14日
評価確定日	平成24年10月31日
評価機関名	株式会社 R-CORPORATION

○項目番号について

外部評価は20項目です。
「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。
「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。

○記入方法

[取り組みの事実]
ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入しています。
[次ステップに向けて期待したい内容]
次ステップに向けて期待したい内容について、具体的な改善課題や取り組みが期待される内容を記入しています。

○用語の説明

家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。
家 族 = 家族に限定しています。
運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者（経営者と同義）を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。
職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。
チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

自己評価及び外部評価結果

(株)R-CORPORATION外部評価事業部

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1473800504	事業の開始年月日	平成15年6月1日
		指定年月日	平成18年4月1日
法人名	社会福祉法人 誠幸会		
事業所名	グループホーム泉の郷川和		
所在地	(224-0057) 神奈川県横浜市都筑区川和町2309		
サービス種別 定員等	☐ 小規模多機能型居宅介護	登録定員 通い定員 宿泊定員	名 名 名
	☒ 認知症対応型共同生活介護	定員計 ユニット数	27名 3ユニット
自己評価作成日	平成24年9月3日	評価結果 市町村受理日	平成25年6月12日

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	
----------	--

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

泉の郷川和のサービスをご利用くださる御利用者様、ご家族様、地域の方々に法人理念でもある「感謝の返礼」をお互いに感じる事が出来るように取り組んでおります。認知症介護に必要な知識・技術・態度が得られるように毎月認知症介護に関する勉強会を開催し、職員のスキルアップにつなげています。ショートステイのご利用も徐々に増えてきており、地域でお困りの方たちにもサービスをご利用していただけるようになってきております。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 R-CORPORATION		
所在地	〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町3-30-8SYビル2F		
訪問調査日	平成24年9月14日	評価機関 評価決定日	平成24年10月31日

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点(評価機関記入)】

●グループホーム泉の郷川和」は理念に『利用者ニーズにあった質の高いサービスと満足の提供、感謝の返礼』と謳い、ケアプラザ2ケ所、デイ1ケ所、訪問介護2ケ所、ケアホーム3ケ所、グループホーム5ケ所を運営する社会福祉法人誠幸会が母体である。泉の郷川和はそのグループホームの中の1つで、横浜市営地下鉄川和駅から徒歩10分、周囲に田園地帯の名残りの緑も多く、公園等もある住宅街の一画に位置し、平成15年10月に指定を受けて都築区川和町に「あさがお・ひまわり・すずらん」の3ユニット構成で運営しているグループホームである。●地域交流では町内会に加入して、祭りなどの諸行事に参加し、利用者の散歩時には近隣の方々に挨拶を交わすなど日常的な交流を図っている。●グループ内はPCネットワークが構築されていて、本部とは双方向情報交換が出来、更に、研修体制等も確立されており、傘下事業所は共通ソフトで取り組める様になっていて介護に関わる研修を始め倫理研修等をおよそ2ヶ月に1回研修が実施され、職員の資質向上に取り組まれている。●事業所には本部の理念「感謝の返礼」と平成24年度年頭訓示「日々革新」を事業所玄関内に掲示し、更に、事業所の独自理念をユニット別に利用者の今を理解して、目線を合わせた笑顔絶やさない支援を夫々に文章表現をして掲げている。●介護支援に当たりfann damentalの確立と指導法もティーチングからコーチングへの切り替えに注力して、現場職員のボトムアップで高品質な利用者支援を目指し、管理者を中心に全職員で取り組んでいる。●ホーム生活の楽しみの一つである食事では、手伝いが出来る人に下膳や食器洗い等を手伝ってもらい、調理は職員が順番に献立を決め近くのお店からの食材調達で調理している。また、ご利用者のリクエスト等も聞き、職員と共に調理して食べる時は職員も同じテーブルで、入居者のペースで楽しく談笑しつつ食事が行われ、誕生日や行事日は出前の特別食で対応し、楽しみのある支援が行われている。●泉の郷川和は本部に近い位置関係にあり、車を使つての外出時には本部や中屋敷地域ケアプラザの車を利用できるメリット等も持っていて本部の納涼祭やセンター南にある公園などに出かけている。
--

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ～ 14	1 ～ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ～ 22	8
III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	23 ～ 35	9 ～ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ～ 55	14 ～ 20
V アウトカム項目	56 ～ 68	

事業所名	グループホーム泉の郷川和
ユニット名	あさがお

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3, 利用者の1/3くらいの
			4, ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
			3, たまにある
			4, ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)		1, ほぼ全ての利用者が
		○	2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)		1, ほぼ全ての利用者が
		○	2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)		1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
		○	3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安な区過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)		1, ほぼ全ての家族と
		○	2, 家族の2/3くらいと
			3, 家族の1/3くらいと
			4, ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)		1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
		○	3, たまに
			4, ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)		1, 大いに増えている
			2, 少しずつ増えている
		○	3, あまり増えていない
			4, 全くいない
66	職員は、活き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)		1, ほぼ全ての職員が
		○	2, 職員の2/3くらいが
			3, 職員の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。		1, ほぼ全ての利用者が
		○	2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。		1, ほぼ全ての家族等が
		○	2, 家族等の2/3くらいが
			3, 家族等の1/3くらいが
			4, ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価		
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
I 理念に基づく運営						
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	法人理念にある「感謝の返礼」は地域にむけてのものでもある。法人理念を玄関やロッカーに貼りだしたり、法人の全体会議などで確認をし、共有を図っている	法人理念の「感謝の返礼」の対象には地域社会への事も含まれており、法人の方針には地域への貢献と地域社会と連携しながら地域社会づくりに努めると謳われていて、その法人理念と事業所独自理念を事業所玄関や事務所に貼り出し、全員で共有を図っている。	今後の継続	
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	近隣住民の方との日常的な挨拶や会話はもちろん、通学路にしている小学生が挨拶してくれたり、声を掛け合っている。偶数月の第一日曜日の地区清掃にも入居者と共に参加している。	自治会に加入し、地域の祭りなど催事に参加し交流をしている。また、入居者の散歩時には近隣の方はこちらから声をかけて挨拶をし、通学路にしている小学生からは挨拶を頂く等、声を掛け合って交流をしている。また、地域のボランティアの受け入れと、近くの店舗での買い物や第1日曜日の地区清掃に入居者共々参加する等、日常的に交流を図っている。	今後の継続	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	認知症サポート連絡会の一員として近隣の小中学校に認知症の出前講座に出かけたり認知症フォーラムに参加して認知症ケアの普及活動を行なっている。又地域の方からのご相談にも何度かお答えしております。			
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	奇数月の第4木曜日に開催(現在2回)しており、ご家族や地域住民の方のご意見を参考にし、サービス向上につながるようにと考えております。			
				奇数月の第4木曜日に、市保健福祉センター職員、包括支援センター職員、住民代表、利用者家族代表、ホーム管理者、計画作成担当者、職員のメンバー構成で実施して、ホームの活動状況と今後の行事予定等を報告し、出席者から要望や意見、助言を頂き、ホームの考え方など話し合って結果を会議録にし、関係者と職員に報告してサービス向上へ繋がる様にと考えている。	今後の継続	
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	都筑区役所の高齢支援課と生活保護課を中心に連絡を取り合っている。認知症サポート連絡会の参加などにもより協力関係が築けている。	都築区の高齢者支援課とはホームの入居状況と、事故等の報告に加え、認知症サポート連絡会に参加し協力関係を持っている。また、生活保護かとは事業所での不明点を相談したり、助言を頂いている。更に、高齢者支援を行う現場の立場からの情報の提供等も行つて日常的な連絡を取り合い、交流している。	今後の継続	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	法人の方針にもあるように泉の郷川和でも身体拘束は行なっていない。玄関の施錠は夜間のみとしている。また、日常のケアの中で身体拘束につながるような発想が見られた際には直ぐに指導を行い、方向付けを行なっている。	身体拘束に関しては、法人の方針でも「重大な危険性が及び兼ねない時以外は拘束は行わない」と謳われていて、事業所においても明文化し、日常のケアの中で身体拘束に繋がるような行為が見られた場合には直ぐに指導し、また研修も行い職員全員が拘束、虐待の禁止について共有し遵守している。玄関の施錠は夜間のみとし、該当する行為は行わない努力をしている。	今後の継続
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	法人の内部研修にてどんな事が虐待にあたるのかも含め勉強している。また身体拘束同様虐待につながりやすい声かけの仕方やケアの仕方などには直ぐに指導を行なって修正している。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	ご入居者の権利、尊厳を守る事はどのようなことなのかを内部研修等で学んでいる。制度利用の方はいらっしゃらないが、利用者代理人の方と蜜に連絡を取ることでご本人の権利を守ることに繋げている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約書と重要事項説明書に沿って説明し、理解していただけるように努めている。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	利用者様やご家族からの要望や苦情は直ぐに管理者(管理者から本部)へ報告されるようにしている。また、直ぐに解決できるように話し合いの場を設けている。	苦情対応は重要事項説明書と契約書に窓口担当者名及び公的機関窓口等を明記し、家族には契約時に説明している。家族の来所時に管理者または職員による面接で、近況報告と共に家族から意見、要望を聴くようにしている。家族から聴取した要望や意見は、直ぐに管理者経由にて本部に報告し、検討の上運営に反映させる仕組みとなっている。結果はご家族に報告している。	今後の継続

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	職員からの要望はいつでも聞ける体制を整えるよう心掛けている。また、現場に行く事で聞かれる何気ない会話からも要望を拾うようにしている。年に1度の自己申告書にて施設長に直接意見が届くようになっている。	定期的な会議やカンファレンス等を通じて気軽に職員の要望や意見を出してもらえる体制を整えている。加えて管理者と職員の個別面談時の会話や、現場に出かけての何気ない会話からも要望などを吸収するようにしている。更に、年1度の自己申告での意見・提案は直接施設長に届くようになっている。提案内容で費用を伴う案件等は、管理者を通して本部決済を得て運営に反映させている。	今後の継続
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	年1回の評価と年2回の賞与に関する評価で個々の努力、実績を評価している。自己の目標、課題や悩みなどを聴取し一緒に解決していけるように取り組んでいる。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	法人の内部研修や勉強会に参加している。また認知症介護実践者研修と同等の内容で月1回川和の内部研修も行なっている。他OJTで認知症ケアに必要な視点や考え方を指導している。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	管理者は市や県以外に他都道府県の認知症介護に携わる方とのネットワークを持っているが職員同士の直接的な交流はない。研修会参加の機会を設けるなどして交流の機会を設けていきたい。		
Ⅱ 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	事前面接、入居時にご本人の意向を伺い全職員で共有している。またケアプランにも反映できるように努めている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	事前面接、入居時に意向を伺い必要に応じて相談援助を行なっている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	ご本人やご家族が必要としているサービスがあればフォーマル・インフォーマルなサービスから幅広い視点で健闘していく準備はしている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	生活の中心はご入居者本人である事を理解し、出来る事出来ない事をきちんと見極めて支援するように努めている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	通院の付き添いを可能な限りご家族にお願いしている。何かあれば随時連絡を行いご家族と共にケアの方針を検討する事もある。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	電話や手紙のやり取りを自由に出来る様にしている。又、時間の許す限り馴染みの場所へお連れしている。また、長年のご入居によりこの近隣の方とのなじみの関係も生まれている。	これまでの本人と関わりの場所や人間関係の把握は、日頃の会話や家族からの情報等で把握し、懐かしの場所への訪問外出等は時間の許す限り要望に沿うようにしている。今までに家族の支援を得てお墓参りや生家の訪問等の支援を行っている。更に、これまでの関わりを維持する為、電話や手紙のやり取りは自由に出来る様にしている。又知人の来所面接など、本人と家族の意向を確認した上で支援している。又長年の入居により近隣の方々との馴染みも生まれ、この事での関係継続の支援も行っている。	今後の継続

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者様同士の関係性を見極めながら事前にトラブルを回避できる様に見守りしをしている。関係づくりの中からご利用者同士がお互いに支えあおうとされる姿も見られている。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	サービス終了時、当法人内サービス、他サービスへの移行連携に努めている。サービス終了後であっても次の受け入れ先が決まるまでは相談できる関係を継続している。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	個別ケアにて本人の意向を把握出来る様になっている。ケアプランにも取り入れ問題を把握し、継続出来る様に検討している。	意思表示が出来る入居者には、日頃の会話を通じて直接聴いて意向の把握を行っている。しかし、意思表示が難しい入居者には、今までの人生や思いを理解し、同じ目線に立って表情や行動からの汲み取り、加えて家族から頂いた生活暦の情報などから、一人ひとりの思いや意向を確認し、外出なども本人本位を前提に、ケアプランに組み入れて対応している。	今後の継続
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	アセスメントやご家族からの情報で把握している。何かあれば随時ご家族へ連絡し情報を頂いている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	バイタルチェックや排泄・食事のチェックや表を基に現状把握に努めている。日々の気づきノートも活用し、変化を見逃さず看護師へ随時連絡を取っている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	日常的に職員間でのカンファレンス、ユニット会議を行い課題の抽出、解決案の話し合いを行い必要時には家族への報告、相談に加わっていただいている。日々の気づきをノートに記す事により情報共有している。	入居初期は暫定計画で約1ヶ月様子を見る。介護計画の見直しは基本的には3ヶ月サイクルで見直し検討が行われている。但し、状態に変化が見られる場合には計画の随時見直しを行っている。一人ひとりに適した具体的内容とする為、日常生活の記録のアセスメントの確認に加え職員個々の体験や経過観測結果に基づきカンファレンスで意見を述べあって、家族や計画作成担当者との話し合で、その人の持つ能力が発揮できる介護計画を立案している。また、モニタリングはパソコンに日々評価判定を記録して実行している。	今後の継続
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	業務日誌や個別記録に加え、日々の気づきノートを活用し情報を共有できる様にしている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	ご本人のニーズや思いは極力取り入れられるように考え、最初から無理だと考えるのではなくどこまでの事が可能なのかを考え支援に繋げている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	認知症サポート連絡会や地域ケアプラザなどを通じて相談を行なえる環境があり、多様なニーズに対応できるように各専門職の知識をお借りしながら地域資源の活用が出来るように努めている。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	基本的にはかかりつけ医をご紹介させていただき、信頼できる先生とのコミュニケーションを密にして適切な医療が受けられるように支援している。ご本人、ご家族のご希望に応じて望まれる医療機関への受診も行なっています。	本人、家族の意見を尊重し希望の医療機関を決めて頂いている。しかし、現状は診療科目の関係で5名の方がご希望が丘神経科医の受診をしつつ、また全員の方が協力医療機関、アーバンクリニック石川オフィス（内科）への通院・デンタルクルーズ（歯科）の定期訪問診療と休日、夜間などの緊急時対応を受けて、検診、治療に加え法人本部看護師の週1の訪問時の相談・指導と合わせ、適切な医療支援が行われている。	今後の継続

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	週1回の法人本部看護師訪問の時に相談報告をしている。緊急時は電話連絡とし、早急に対応できる様にしている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院時には介護サマリーを作成し情報提供している。ご家族や病院関係者と連携して早期退院の調整や情報交換を行なうように努めている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	身体的に重度になってきた場合には特養申し込みを早い段階で行なっていただいている。また、入院となった場合にはその時点からターミナルは行なっていない事や退居となる条件をお話しして理解いただけるように努めている。	終末期にさしかかった場合には主治医、ご家族、ホームで検討し方向性を決めるようにしているが、ホームでは看取り介護は行わない方針をで入居時に説明しており、身体的に重度になってきた場合には早い段階で特養申し込みを行なって頂いている。また、入院となった場合には、その時点で再度ターミナルは行なっていない事や退居となる条件をお話しして理解頂ける様に努めている。	今後の継続
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	内部研修にて心肺蘇生法などを定期的に学べる機会を設けている。また、急変につながるような兆候やリスクなどを本部看護師や管理者から指導するようにしている。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	防災訓練を年2回実施し、内1回を夜間想定として近隣にも参加を呼びかけている。本部と協同して災害時のマニュアルを作成中である。	さまざまな災害を想定し、ホームでは災害時通報連絡網の整備に加え、定期的な避難訓練を年1回行うと定められていて、規定に基づき所轄消防署指導の下に年2回、昼間1回と、所轄消防署立会いの下、夜間を想定した訓練を1回実施している。ホームにおいて災害時の行動手順など、本部と共同してマニュアルを作成中である。また、設備としてスプリンクラーは設置されており、非常時に備えての食料・飲料水・備品を備蓄している。今後、地域の方の参加も得て訓練を行う考えでいる。	今後の継続

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価		
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援						
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	職員全員が心がけている。	プライバシーの確保については、「親しみの中にも丁寧さをもって接する」事を全職員によって心がけている。入社時のオリエンテーションで個人情報の取り扱いと守秘義務、加えてプライバシーに関しても研修で周知されている。またホーム方針として、入居者の意思、人格を尊重し支援をする事を謳っており、日々の会話やサービス提供を通じて全職員が理解、共有して、実際の介護の場面に於いても、利用者の人格を尊重した話しかけと呼びかけで支援を行い、トイレ誘導もさり気なく行われている事が調査で確認できた。	今後の継続	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	出来る限り本人の意思を尊重している。			
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	認知症高齢者であることを考えながら、その人に合ったペースで過ごしていただいている。			
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	出来る限り配慮している。			
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	その人に合った食形態を考えながら、見守り、介助を行っている。	一部ではあるが食事の手伝い出来る人には、下拵えや下膳、食器洗いなどを手伝ってもらっている。調理では職員が日々の献立を決めて食材調達を行って調理している。入居者夫々に合わせたミキサー食などの様々な食形態で調理を行なっている。職員は入居者と同じテーブルに付き、入居者に合わせたペースで寄り添い、介助を行いながら楽しく、談笑しながらの食事が行われている事を、調査時の食事同席で確認出来た。誕生日にはおやつ時にケーキ振舞われて祝っている。	今後の継続	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	毎回の食事の状態、水分摂取を記録している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	職員が見守りしながら実施している。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、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	利用者ごとの排泄周期を検討しながら、トイレでの排泄に心がけている。	「排泄チェック表」で一人ひとりの排泄パターンを全職員が把握していて、その人に合わせた時間を見計らってのトイレ誘導で自立排泄を促し、更に、失敗の場合でも他の人に気付かれない下着交換など適切な支援でオムツの使用量を減らす工夫が行われている。夜間においても、睡眠時間を妨げ無い事を前提に、声かけでの支援が行われている。	今後の継続
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	医師、看護師とも相談しながら便秘の無い生活を目指している。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴を拒否する利用者も多いため、最低週2回は入浴していただくよう心がけている。	入浴は、清潔保持の他、身体観察、体調変化の把握などの重要な役割があるので、バイタルチェックと共に無理強いすることなく、本人の意向を確認しながら一人ひとりの希望の時間に合わせ、週2～3回の入浴が出来る支援を行なっている。嫌がる人には、再度の声かけ等で入浴を促している。また、季節には菖蒲湯や柚子湯などで志向を変えての支援で、楽しめる様に工夫もしている。	今後の継続

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	特に消灯時間は設けておらず、その日の体調、運動量等を配慮しながら援助している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	職員全員で服薬管理をしている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	どのような物、事柄に興味を示されてかを観察し今後活かせそうな事例を共有している。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	日々の散歩で生きたい方面を伺いながら実施している。 ご家族との外出時など情報を提供している。	日課として楽しみにしている方もいる反面、車椅子使用や歩行困難な為、出たがらない方もいるが、日々の関わりの中から行きたい方面の希望を聴きながら誘いつつ、車椅子の方にも外出が出来るよう支援を心掛けている。しかし、昨今の暑さが厳しい中では外出も中断している。また、ホームの周りでの外気浴で室内の閉じこもりを防ぐように心がけて支援している。車を利用した一定時間のドライブや買い物なども実施されている。	今後の継続
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	基本お金は預り金として施設側で管理しているが、それぞれの目的に応じて出金している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	希望時に援助している。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	毎日、必要時の清掃にて常に清潔感のある場所づくりに心がけている。	玄関、階段、トイレ、風呂、全てに掃除が行き届き、異音、異臭なども無く、採光も良く、キッチン続きの食堂兼居間には空調管理も施され、特に外気との差が大きくなるように配慮もされており、入居者が思い思いに過ごせる様になっている。リビングには四季折々の入居者が作った作品に加え、暮らし振りが分かるスナップ写真も貼られ、家族の来訪時には話題作りとして利用されるなど、寛げる空間作りがされている。	今後の継続
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	一人落ち着ける場所としての個々の居室、談話、娛樂室としてリビングを開放している。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	出来る限り本人の落ち着ける空間であることを目指している。	入居者の部屋にはクローゼットとエアコン・防災カーテンが設置されていて、あまり家具などは持ち込まれていない。が、一部には使い慣れた思い出の品の手鏡や、椅子、ベット、家族写真、ぬいぐるみ、仏壇等も持ち込まれていて、その人の思いの設えで生活拠点が作られている所もある。また、ベットを使わない部屋もあり、各部屋とも清潔には十分な配慮が施されている。	今後の継続
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	動線の確保、わかりやすいトイレなどの誘導掲示に心がけている。		

事業所名	グループホーム泉の郷川和
ユニット名	すずらん

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3, 利用者の1/3くらいの
			4, ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
			3, たまにある
			4, ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安な区過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)		1, ほぼ全ての家族と
		○	2, 家族の2/3くらいと
			3, 家族の1/3くらいと
			4, ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)		1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3, たまに
		○	4, ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)		1, 大いに増えている
			2, 少しずつ増えている
			3, あまり増えていない
			4, 全くいない
66	職員は、活き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が
			2, 職員の2/3くらいが
			3, 職員の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が
			2, 家族等の2/3くらいが
			3, 家族等の1/3くらいが
			4, ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	法人理念にある「感謝の返礼」は地域にむけてのものでもある。法人理念を玄関やロッカーに貼りだしたり、法人の全体会議などで確認をし、共有を図っている		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	近隣住民の方との日常的な挨拶や会話はもちろん、通学路にしている小学生が挨拶してくれたり、声を掛け合っている。偶数月の第一日曜日の地区清掃にも入居者と共に参加している。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	認知症サポート連絡会の一員として近隣の小中学校に認知症の出前講座に出かけたり認知症フォーラムに参加して認知症ケアの普及活動を行なっている。又地域の方からのご相談にも何度かお答えしております。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	奇数月の第4木曜日に開催(現在2回)しており、ご家族や地域住民の方のご意見を参考にし、サービス向上につながるようにと考えております。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	都筑区役所の高齢支援課と生活保護課を中心に連絡を取り合っている。認知症サポート連絡会の参加などにもより協力関係が築けている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	法人の方針にもあるように泉の郷川和でも身体拘束は行なっていない。玄関の施錠は夜間のみとしている。また、日常のケアの中で身体拘束につながるような発想が見られた際には直ぐに指導を行い、方向付けを行なっている。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないよう注意を払い、防止に努めている	法人の内部研修にてどんな事が虐待にあたるのかも含め勉強している。また身体拘束同様虐待につながりやすい声かけの仕方やケアの仕方などには直ぐに指導を行なって修正している。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	ご入居者の権利、尊厳を守る事はどのようなことなのかを内部研修等で学んでいる。制度利用の方はいらっしゃらないが、利用者代理人の方と蜜に連絡を取ることでご本人の権利を守ることに繋げている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約書と重要事項説明書に沿って説明し、理解していただけるように努めている。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	利用者様やご家族からの要望や苦情は直ぐに管理者(管理者から本部)へ報告されるようにしている。また、直ぐに解決できるように話し合いの場を設けている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	職員からの要望はいつでも聞ける体制を整えるよう心掛けている。また、現場に行く事で聞かれる何気ない会話からも要望を拾うようにしている。年に1度の自己申告書にて施設長に直接意見が届くようになっている。		
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	年1回の評価と年2回の賞与に関する評価で個々の努力、実績を評価している。自己の目標、課題や悩みなどを聴取し一緒に解決しているように取り組んでいる。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	法人の内部研修や勉強会に参加している。また認知症介護実践者研修と同等の内容で月1回川和の内部研修も行なっている。他OJTで認知症ケアに必要な視点や考え方を指導している。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	管理者は市や県以外に他都道府県の認知症介護に携わる方とのネットワークを持っているが職員同士の直接的な交流はない。研修会参加の機会を設けるなどして交流の機会を設けていきたい。		
Ⅱ 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	事前面接、入居時にご本人の意向を伺い全職員で共有している。またケアプランにも反映できるように努めている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	事前面接、入居時に意向を伺い必要に応じて相談援助を行なっている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	ご本人やご家族が必要としているサービスがあればフォーマル・インフォーマルなサービスから幅広い視点で健闘していく準備はしている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	生活の中心はご入居者本人である事を理解し、出来る事出来ない事をきちんと見極めて支援するように努めている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	通院の付き添いを可能な限りご家族にお願いしている。何かあれば随時連絡を行いご家族と共にケアの方針を検討する事もある。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	電話や手紙のやり取りを自由に出来る様にしている。又、時間の許す限り馴染みの場所へお連れしている。また、長年のご入居によりこの近隣の方とのなじみの関係も生まれている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者様同士の関係性を見極めながら事前にトラブルを回避できる様に見守りしをしている。関係づくりの中からお利用者同士がお互いに支えあおうとされる姿も見られている。		
22		○関係を断ち切らない取り組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	サービス終了時、当法人内サービス、他サービスへの移行連携に努めている。サービス終了後であっても次の受け入れ先が決まるまでは相談できる関係を継続している。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	個別ケアにて本人の意向を把握出来る様になっている。ケアプランにも取り入れ問題を把握し、継続出来る様に検討している。		
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	アセスメントやご家族からの情報で把握している。何かあれば随時ご家族へ連絡し情報を頂いている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	バイタルチェックや排泄・食事のチェックや表を基に現状把握に努めている。日々の気づきノートも活用し、変化を見逃さず看護師へ随時連絡を取っている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	日常的に職員間でのカンファレンス、ユニット会議を行い課題の抽出、解決案の話し合いを行い必要時には家族への報告、相談に加わっていただいている。日々の気付きをノートに記す事により情報共有している。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	業務日誌や個別記録に加え、日々の気づきノートを活用し情報を共有できる様にしている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	ご本人のニーズや思いは極力取り入れられるように考え、最初から無理だと考えるのではなくどこまでの事が可能なのかを考え支援に繋げている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	認知症サポート連絡会や地域ケアプラザなどを通じて相談を行なえる環境があり、多様なニーズに対応できるように各専門職の知識をお借りしながら地域資源の活用が出来るように努めている。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	基本的にはかかりつけ医をご紹介させていただき、信頼できる先生とのコミュニケーションを密にして適切な医療が受けられるように支援している。ご本人、ご家族のご希望に応じて望まれる医療機関への受診も行なっています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	週1回の法人本部看護師訪問の時に相談報告をしている。緊急時は電話連絡とし、早急に対応できる様にしている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院時には介護サマリーを作成し情報提供している。ご家族や病院関係者と連携して早期退院の調整や情報交換を行なうように努めている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	身体的に重度になってきた場合には特養申し込みを早い段階で行なっていたいだいている。また、入院となった場合にはその時点からターミナルは行なっていない事や退居となる条件をお話しして理解いただけるように努めている。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	内部研修にて心肺蘇生法などを定期的に学べる機会を設けている。また、急変につながるような兆候やリスクなどを本部看護師や管理者から指導するようにしている。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	防災訓練を年2回実施し、内1回を夜間想定として近隣にも参加を呼びかけている。本部と協同して災害時のマニュアルを作成中である。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価		
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援						
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	親しみの中にも丁寧さを持って一人の人としての尊厳を守る接し方を心掛けている			
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	利用者様お一人お一人にあった声かけをしている。			
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	その方のペースに合わせて支援できる様心がけている。			
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	訪問美容利用の希望を毎月聞いている。			
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	一部の利用者様ではあるが、下ごしらえや食後の片付けを一緒に行っている。			

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	水分・食事摂取量を記入しチェックしている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後職員見守りや介助にて行っている。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、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	お一人お一人にあった排泄の間隔でトイレ誘導をしている。		
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	極力薬に頼らないようにプルーンやセンナ茶等で対応している。又、必要な方には腹部マッサージをし、スムーズな排便に繋がる様支援している。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴日を設定しているが、入りたい時間をお聞きし入って頂いている。(17時頃迄)。拒否のある方は関係作りから始め入りたいと思える雰囲気や声かけに工夫をしている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	共有部分、居室の室温管理を行い過ごしやすい環境を作る。季節に応じた衣類、寝具等を準備している。日中の活動にも目を向けて夜間眠れるように支援している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	7段階でのチェックを行い服薬ミスのないように努めている。万が一ミスがあった際には医療機関に連絡を行いその後の指示を受けるようにしている。精神薬については安易に処方量が増えぬようにケアでカバーできる点はケアで行なえるようにしている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	個別ケアで対応している。その時々で望む事を実施できるように努めている。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	日々の散歩、敷地内での外気浴など安全に配慮して支援している。ご希望に応じてドライブや買物に出かけている。		
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	すずらんユニットでは、個人でお金の管理をしている利用者様は居ない。事務所での管理。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	希望があれば随時対応。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	特に夏場はエアコンが付けっぱなしにならないように換気を心がけている。外に出る事が多いユニットのため外気温と室温の差に注意している。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	リビングやソファ、外のベンチ、または他ユニットのソファ等、その方のその時の気分で過ごせる様自由に使えるようにしている。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	ご本人の望む家具の配置を行なっている。和床の方もいっしょに清潔を心掛けている。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	特に案内表示はないが、今のところご入居者は困る事無くフロア内で過ごす事が出来ている。目立った案内表示などをしていないことで自立生活を維持することにつながっていると考える。		

事業所名	グループホーム泉の郷川和
ユニット名	ひまわり

Ⅴ アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)		1, ほぼ全ての利用者の
		○	2, 利用者の2/3くらいの
			3, 利用者の1/3くらいの
			4, ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
			3, たまにある
			4, ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安な区過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)		1, ほぼ全ての家族と
		○	2, 家族の2/3くらいと
			3, 家族の1/3くらいと
			4, ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)		1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
		○	3, たまに
			4, ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)		1, 大いに増えている
		○	2, 少しずつ増えている
			3, あまり増えていない
			4, 全くいない
66	職員は、活き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が
			2, 職員の2/3くらいが
			3, 職員の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が
			2, 家族等の2/3くらいが
			3, 家族等の1/3くらいが
			4, ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	法人理念にある「感謝の返礼」は地域にむけてのものでもある。法人理念を玄関やロッカーに貼りだしたり、法人の全体会議などで確認をし、共有を図っている		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	近隣住民の方との日常的な挨拶や会話はもちろん、通学路にしている小学生が挨拶してくれたり、声を掛け合っている。偶数月の第一日曜日の地区清掃にも入居者と共に参加している。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	認知症サポート連絡会の一員として近隣の小中学校に認知症の出前講座に出かけたり認知症フォーラムに参加して認知症ケアの普及活動を行なっている。又地域の方からのご相談にも何度かお答えしております。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	奇数月の第4木曜日に開催(現在2回)しており、ご家族や地域住民の方のご意見を参考にし、サービス向上につながるようにと考えております。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	都筑区役所の高齢支援課と生活保護課を中心に連絡を取り合っている。認知症サポート連絡会の参加などにもより協力関係が築けている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	法人の方針にもあるように泉の郷川和でも身体拘束は行なっていない。玄関の施錠は夜間のみとしている。また、日常のケアの中で身体拘束につながるような発想が見られた際には直ぐに指導を行い、方向付けを行なっている。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないよう注意を払い、防止に努めている	法人の内部研修にてどんな事が虐待にあたるのかも含め勉強している。また身体拘束同様虐待につながりやすい声かけの仕方やケアの仕方などには直ぐに指導を行なって修正している。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	ご入居者の権利、尊厳を守る事はどのようなことなのかを内部研修等で学んでいる。制度利用の方はいらっしゃらないが、利用者代理人の方と蜜に連絡を取ることでご本人の権利を守ることに繋げている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約書と重要事項説明書に沿って説明し、理解していただけるように努めている。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	利用者様やご家族からの要望や苦情は直ぐに管理者(管理者から本部)へ報告されるようにしている。また、直ぐに解決できるように話し合いの場を設けている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	職員からの要望はいつでも聞ける体制を整えるよう心掛けている。また、現場に行く事で聞かれる何気ない会話からも要望を拾うようにしている。年に1度の自己申告書にて施設長に直接意見が届くようになっている。		
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	年1回の評価と年2回の賞与に関する評価で個々の努力、実績を評価している。自己の目標、課題や悩みなどを聴取し一緒に解決しているように取り組んでいる。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	法人の内部研修や勉強会に参加している。また認知症介護実践者研修と同等の内容で月1回川和の内部研修も行なっている。他OJTで認知症ケアに必要な視点や考え方を指導している。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	管理者は市や県以外に他都道府県の認知症介護に携わる方とのネットワークを持っているが職員同士の直接的な交流はない。研修会参加の機会を設けるなどして交流の機会を設けていきたい。		
Ⅱ 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	事前面接、入居時にご本人の意向を伺い全職員で共有している。またケアプランにも反映できるように努めている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	事前面接、入居時に意向を伺い必要に応じて相談援助を行なっている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	ご本人やご家族が必要としているサービスがあればフォーマル・インフォーマルなサービスから幅広い視点で健闘していく準備はしている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	生活の中心はご入居者本人である事を理解し、出来る事出来ない事をきちんと見極めて支援するように努めている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	通院の付き添いを可能な限りご家族にお願いしている。何かあれば随時連絡を行いご家族と共にケアの方針を検討する事もある。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	電話や手紙のやり取りを自由に出来る様になっている。又、時間の許す限り馴染みの場所へお連れしている。また、長年のご入居によりこの近隣の方とのなじみの関係も生まれている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者様同士の関係性を見極めながら事前にトラブルを回避できる様に見守りしをしている。関係づくりの中からお利用者同士がお互いに支えあおうとされる姿も見られている。		
22		○関係を断ち切らない取り組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	サービス終了時、当法人内サービス、他サービスへの移行連携に努めている。サービス終了後であっても次の受け入れ先が決まるまでは相談できる関係を継続している。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	個別ケアにて本人の意向を把握出来る様になっている。ケアプランにも取り入れ問題を把握し、継続出来る様に検討している。		
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	アセスメントやご家族からの情報で把握している。何かあれば随時ご家族へ連絡し情報を頂いている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	バイタルチェックや排泄・食事のチェックや表を基に現状把握に努めている。日々の気づきノートも活用し、変化を見逃さず看護師へ随時連絡を取っている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイディアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	日常的に職員間でのカンファレンス、ユニット会議を行い課題の抽出、解決案の話し合いを行い必要時には家族への報告、相談に加わっていただいている。日々の気付きをノートに記す事により情報共有している。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	業務日誌や個別記録に加え、日々の気づきノートを活用し情報を共有できる様にしている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	ご本人のニーズや思いは極力取り入れられるように考え、最初から無理だと考えるのではなくどこまでの事が可能なのかを考え支援に繋げている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	認知症サポート連絡会や地域ケアプラザなどを通じて相談を行なえる環境があり、多様なニーズに対応できるように各専門職の知識をお借りしながら地域資源の活用が出来るように努めている。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	基本的にはかかりつけ医をご紹介させていただき、信頼できる先生とのコミュニケーションを密にして適切な医療が受けられるように支援している。ご本人、ご家族のご希望に応じて望まれる医療機関への受診も行なっています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	週1回の法人本部看護師訪問の時に相談報告をしている。緊急時は電話連絡とし、早急に対応できる様にしている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院時には介護サマリーを作成し情報提供している。ご家族や病院関係者と連携して早期退院の調整や情報交換を行なうように努めている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	身体的に重度になってきた場合には特養申し込みを早い段階で行なっていたいただいている。また、入院となった場合にはその時点からターミナルは行なっていない事や退居となる条件をお話しして理解いただけるように努めている。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	内部研修にて心肺蘇生法などを定期的に学べる機会を設けている。また、急変につながるような兆候やリスクなどを本部看護師や管理者から指導するようにしている。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	防災訓練を年2回実施し、内1回を夜間想定として近隣にも参加を呼びかけている。本部と協同して災害時のマニュアルを作成中である。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価		
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援						
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	親しみの中にも丁寧さを持って一人の人としての尊厳を守る接し方を心掛けている			
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	基本的には全てご本人に意思に添っている。			
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	希望を最優先出来るようにしている。			
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	個別に衣類等の購入をしに行く。			
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	お一人お一人の状態に合わせながら食事形態を工夫している。ミキサー食であってもおかず類はだし汁でミキサーにかけるなど味を楽しめるように工夫している。			

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	一人ひとりの食事量や水分量を把握している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	口腔ケアを毎食後している。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、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	一人ひとりに合った、排泄パターンを掴み、実践している。		
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	天気の良い日には運動を兼ねた散歩に行っている。また、毎朝便秘予防にプルーンを摂取している。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	基本的には週2回の入浴を設定している。ご本人の希望に応じて3回の人や毎日入浴されている方もいる。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	自由に過ごして頂いている。午前午後に横になる時間を設けて活動時間とのメリハリを付けていただくと共に活動時の活気につながるようになっている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	服薬は職員全員が把握出来るように、工夫している。また、服薬による変化についても、申し送りで共有認識している。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	一人ひとりの要望を伺い、対応している。また、出来る事はお手伝い頂き、張りのある生活が出来るようにしている。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	個別に、散歩、買い物、外食、外出等をしている。		
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	2名の方ではあるが、毎月月初めに決まった金額をお渡しして自己管理していただいている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	希望があれば、している。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	リビングには季節の物を飾り、外には花々を植えて、楽しめるようにしている。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	一人ひとりの自由にして頂いている。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居時には馴染みの物をお持ち頂いている。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	特に案内表示はないが、今のところご入居者は困る事無くフロア内で過ごす事が出来ている。目立った案内表示などをしていないことで自立生活を維持することにつながっていると考える。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム泉の郷川和

作成日

平成24年9月14日

〔目標達成計画〕

優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目 標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1		利用者本位の生活を実現する	職員が認知症介護を理解し、必要な視点と考え方を身につけることが出来る	内部研修等により繰り返し学びを得る	1 年間
2		尊厳の守られた生活を実現する	職員が認知症介護を理解し、必要な視点と考え方を身につけることが出来る	内部研修等により繰り返し学びを得る	1 年間

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。