

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

|         |                          |            |            |
|---------|--------------------------|------------|------------|
| 事業所番号   | 0160590071               |            |            |
| 法人名     | 社会医療法人 恵和会               |            |            |
| 事業所名    | アメニティ西岡水源池 グループホーム 1階 百花 |            |            |
| 所在地     | 札幌市豊平区西岡4条13丁目7番20号      |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成29年5月31日               | 評価結果市町村受理日 | 平成29年8月21日 |

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 基本情報リンク先URL | <a href="http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_2016_022_kan=true&amp;JigyosyoCd=0160590071-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_2016_022_kan=true&amp;JigyosyoCd=0160590071-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022</a> |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                       |
|-------|-----------------------|
| 評価機関名 | 株式会社 サンシャイン           |
| 所在地   | 札幌市中央区北5条西6丁目第2道通ビル9F |
| 訪問調査日 | 平成29年7月25日            |

【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)】

|                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 重度化した認知症のご利用者へのケアについて、法人内外の研修で学んだ事を職員間で話し合い、尊厳あるケアのあり方を日々意識しながら支援し、不安や混乱が見られた際にも個々に合わせた対応をしている。また元氣なご利用者が増えてきているので、今後はその方に合ったケアや活動など取り入れるよう努めている。 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【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)】

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 「アメニティ西岡水源池 グループホーム」は、札幌市郊外の静かな住宅地に立地している。近隣には公園や畑も広がる、自然環境に恵まれた事業所である。同法人が運営するデイサービスセンターも隣接する広々とした敷地で、畑でとうもろこしや枝豆などを作り、利用者と一緒に収穫を楽しんでいる。建物内は、居間やホールなど独立した開放感のある造りで、清掃も行き届いており清潔感が感じられる。母体が医療法人であり、往診や緊急時の対応など医療面でも充実した支援が行われている。管理者は、各職員と日頃からコミュニケーションを取りながら働きやすい職場環境の整備に努めている。年間計画を作成して、職員が交代で講師になって毎月勉強会を実施するなど、職員の資質向上に向けて積極的に取り組んでいる。町内の公園清掃や運動会に参加したり、花火大会や認知症サポーター養成講座を開催して近隣住民を招待するなど、地域に根差した運営を行っている。運営推進会議は、年度初めにテーマを設けて毎回多くの情報を提供しながら充実した内容で開催している。管理者を中心に、全職員で各利用者の思いや意向を確認しながら一人ひとりのペースを大切にして、笑顔で温かなケアを行っている。家族に利用者の詳細な状況を常に伝え、信頼関係を築いている。 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

| 項 目 |                                                    | 取 り 組 み の 成 果<br>↓該当するものに○印 |                | 項 目 |                                                                     | 取 り 組 み の 成 果<br>↓該当するものに○印 |                |
|-----|----------------------------------------------------|-----------------------------|----------------|-----|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------|
| 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<br>(参考項目:23,24,25)     | ○                           | 1. ほぼ全ての利用者の   | 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<br>(参考項目:9,10,19)  | ○                           | 1. ほぼ全ての家族と    |
|     |                                                    |                             | 2. 利用者の2/3くらいが |     |                                                                     |                             | 2. 家族の2/3くらいと  |
|     |                                                    |                             | 3. 利用者の1/3くらいが |     |                                                                     |                             | 3. 家族の1/3くらいと  |
|     |                                                    |                             | 4. ほとんど掴んでいない  |     |                                                                     |                             | 4. ほとんどできていない  |
| 57  | 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)           | ○                           | 1. 毎日ある        | 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<br>(参考項目:2,20)                     |                             | 1. ほぼ毎日のように    |
|     |                                                    |                             | 2. 数日に1回程度ある   |     |                                                                     |                             | 2. 数日に1回程度     |
|     |                                                    |                             | 3. たまにある       |     |                                                                     | ○                           | 3. たまに         |
|     |                                                    |                             | 4. ほとんどない      |     |                                                                     |                             | 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<br>(参考項目:38)                 | ○                           | 1. ほぼ全ての利用者が   | 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が拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) | ○                           | 1. 大いに増えている    |
|     |                                                    |                             | 2. 利用者の2/3くらいが |     |                                                                     |                             | 2. 少しずつ増えている   |
|     |                                                    |                             | 3. 利用者の1/3くらいが |     |                                                                     |                             | 3. あまり増えていない   |
|     |                                                    |                             | 4. ほとんどいない     |     |                                                                     |                             | 4. 全くいない       |
| 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<br>(参考項目:36,37)  | ○                           | 1. ほぼ全ての利用者が   | 66  | 職員は、活き活きと働いている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○                           | 1. ほぼ全ての職員が    |
|     |                                                    |                             | 2. 利用者の2/3くらいが |     |                                                                     |                             | 2. 職員の2/3くらいが  |
|     |                                                    |                             | 3. 利用者の1/3くらいが |     |                                                                     |                             | 3. 職員の1/3くらいが  |
|     |                                                    |                             | 4. ほとんどいない     |     |                                                                     |                             | 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<br>(参考項目:49)                |                             | 1. ほぼ全ての利用者が   | 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 |     |                                                                     |                             | 2. 利用者の2/3くらいが |
|     |                                                    |                             | 3. 利用者の1/3くらいが |     |                                                                     |                             | 3. 利用者の1/3くらいが |
|     |                                                    |                             | 4. ほとんどいない     |     |                                                                     |                             | 4. ほとんどいない     |
| 61  | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている<br>(参考項目:30,31)       | ○                           | 1. ほぼ全ての利用者が   | 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. 利用者の2/3くらいが |     |                                                                     |                             | 2. 家族等の2/3くらいが |
|     |                                                    |                             | 3. 利用者の1/3くらいが |     |                                                                     |                             | 3. 家族等の1/3くらいが |
|     |                                                    |                             | 4. ほとんどいない     |     |                                                                     |                             | 4. ほとんどできていない  |
| 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、安心して暮らしている<br>(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     |     |                                                                     |                             |                |

自己評価及び外部評価結果

| 自己評価       | 外部評価 | 項目                                                                                                                           | 自己評価(1階 百花)                                                                                                                                        | 外部評価(事業所全体)                                                                                                                                     |                                                    |
|------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
|            |      |                                                                                                                              | 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<br>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                                                           | 地域との絆を大切にしたい理念を作成している。職員のネーム裏には法人理念とグループホーム理念を記載し常時携帯している。またケアプランは理念の実践に繋がる様に具体的なケア内容を作成し記録記入など職員全員で取り組んでいる。                                       | 地域密着型サービスの意義を踏まえた内容を含む、2項目からなる理念を作成して玄関や居間に掲示している。実践者研修受講者を中心に、全職員で理念について話し合い再認識している。                                                           |                                                    |
| 2          | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>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                                                           | 地域役員の方々との密な連携を心がけ、地域の総会や地域活動(ゴミ拾い等)、運動会などの行事にも積極的に参加している。ホームの行事の一つである花火大会には近隣の方も誘いし、子供達とのふれあい等、ご利用者も喜ばれている。また、防災訓練にも参加して頂き、地域の方々からの協力が良い状態で得られている。 | 町内の公園清掃や花植えに参加したり、運動会の玉入れやパン食い競争などに利用者数人が出場している。家族や地域住民を対象に、認知症サポーター養成講座を開催している。西岡八幡宮の子供神輿が来た時にお菓子を渡すなど、利用者と交流する機会がある。                          |                                                    |
| 3          |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                                                         | 町内会の回覧板で活動のお知らせや、ホームの様子をお知らせし、地域に情報を発信している。町内の方とは情報を共有することで、認知症の人を理解していただいたり、運営推進会議では相談等に応じ                                                        |                                                                                                                                                 |                                                    |
| 4          | 3    | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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                                      | 運営推進会議は2ヶ月に1度開催し、ご利用者やサービスの状況を写真を用いたスライドで報告している。また、毎回テーマを決め講話を行い、医療や認知症等の話し合いや勉強会等を行っている。そこでの質問や意見はその後の活動やサービス向上に反映している。                           | 地域役員や家族も参加して、高齢者の脱水やアルツハイマー型認知症など、毎回テーマを設けて開催している。今後は、年間の開催日時と共にテーマも事前に知らせ、参加できない家族の意見も収集して会議に活かしたいと考えている。議事録の全家族への送付も検討している。                   |                                                    |
| 5          | 4    | ○市町村との連携<br>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り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                                                | 市町村担当に委託されている包括支援センターの職員が毎回運営推進会議に参加し、意見交換を行いサービスの質の向上に取り組んでいる。また、市担当者とは電話やEメール等でその都度連絡をとっている。                                                     | 管理者は、区分申請の変更やおむつサービスの相談などで区役所を訪問している。実地指導や書類の保管期間など、分からない事があれば市役所に電話で相談することもある。                                                                 |                                                    |
| 6          | 5    | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者および全ての職員が「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 | 内外の研修に毎年参加している。参加後は職員への伝達講習を行ない、周知している。また身体拘束に関しては定期的に勉強会を行い、理解を深めている。また玄関の施錠に関しては、現状は夜間のみとし、日中は施錠しないようにしている。                                      | 前回の課題であった玄関の常時の施錠は、もともとあったユニットの出入り口のセンサーを利用することで改善している。「禁止の対象となる具体的な行為」を記載したマニュアルを整備している。虐待の勉強会で拘束についても取り上げているが、禁止の対象となる具体的な行為11項目について学ぶ機会は少ない。 | 禁止の対象となる具体的な行為11項目について全職員で年1回再確認し、更に理解を深めるよう期待したい。 |
| 7          |      | ○虐待の防止の徹底<br>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                                       | 研修に参加した職員が伝達講習を行うようにし、毎年1回必ず勉強会を開催した。虐待についての理解を深めている。また、スタッフルームに目的や定義を貼りだし、常に日々確認しながら虐待防止に努めている。                                                   |                                                                                                                                                 |                                                    |

アメニティ西岡水源池グループホーム

| 自己評価 | 外部評価 | 項 目                                                                                            | 自己評価(1階 百花)                                                                                                                                           | 外部評価(事業所全体)                                                                                                                        |                   |
|------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|      |      |                                                                                                | 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 |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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、個々の必要性に関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している    | 外部の研修に積極的に出席するよう職員に声掛けし、成年後見制度等の伝達講習や勉強会を行っている。また不明な事があれば地域包括支援センターを活用している。                                                                           |                                                                                                                                    |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>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                         | 契約の際は、事前にホームに見学に来ていただき、ご利用者の姿や職員の様子を見て頂くことで不安や緊張をほぐし、少しでも馴染んで頂ける様に話し合いや相談に応じている。また十分な説明を行い、合意を得た上で契約している。                                             |                                                                                                                                    |                   |
| 10   | 6    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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                      | 日頃より話やすい雰囲気作りに心がけ、ご意見箱の設置や要望をお聴きできるようなアンケートを実施している。又スタッフ紹介、趣味のコーナーを設置しなじみの関係作りに役立つよう外部者へ表せる機会を設けて、ご家族来訪の際に意見を伺っている。毎月、ご家族向けのお便りを発行して、個々の活動状況等を報告している。 | 毎年、家族との食事会で行事の感想や意見、要望などについてアンケートを実施している。家族の来訪時に話をし、意見や要望があれば職員間の連絡帳に記入している。今後は、些細な意見や要望、職員の気付きなども個別に記録に残し、更に運営やケアに活かしていきたいと考えている。 |                   |
| 11   | 7    | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                      | 個別面談を実施し、常時、意見交換できる雰囲気を作っている。その他、諸問題発生時にはその都度意見交換を行い、解決出来るよう努め、また毎月行う勉強会や職員会議でも意見や提案を積極的に行っている。                                                       | 管理者は、会議や日常の業務の中で職員の意見や要望を聞き取り、運営やケアに活かしている。また、日頃から悩みごとを聞き、働きやすい環境整備に努めている。各職員が講師となり、毎月勉強会を実施している。                                  |                   |
| 12   |      | ○就業環境の整備<br>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      | 協力しあい、有給公休の調整を行い、やりがいのある職場環境に努めている。さまざまな情報など職員間で共有し、法人内外の研修等の情報を伝え、意見交換することにより個々が向上心を持てるよう努めている。連携を密にし、話し合いを多く持ち状況を把握している。                            |                                                                                                                                    |                   |
| 13   |      | ○職員を育てる取り組み<br>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         | 以前学んだ事でも必要性のあるものは再度学び合い、個々がスキルアップできるように積極的に法人内外の研修への参加や、管理者等は、毎月テーマを決め担当となった職員が勉強会を行っている。参加出来なかった職員へは伝達講習という形で伝え共有し職員が理解し確認しあっている。                    |                                                                                                                                    |                   |
| 14   |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、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り組みをしている | 常に管理者からの伝達があり、情報共有の為、市内に連絡会があり交換研修や職員研修に参加して情報を得、内容については話し合いのもと、職員間でも周知している。                                                                          |                                                                                                                                    |                   |

| 自己評価                | 外部評価 | 項 目                                                                                     | 自己評価(1階 百花)                                                                                                                            | 外部評価(事業所全体)                                                                              |                   |
|---------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|                     |      |                                                                                         | 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 |
| 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<br>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 | 事前にご利用者とご家族に見学・面談を行い、求めていることを伺いご利用者と向き合うことで受け止める努力をしている。また入居前、状況によっては日中、他ご利用者と過ごす時間を設けるなどコミュニケーションを図る取り組みを行っている。不安なく生活して頂ける関係作りに努めている。 |                                                                                          |                   |
| 16                  |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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            | 訪問回数を増やして頂き、情報・状況を伝え、生活状況を見て頂くなど意見を伺っている。気軽に話かけやすい雰囲気を作り、またホーム長室も常時開放し相談できる環境作りをしている。                                                  |                                                                                          |                   |
| 17                  |      | ○初期対応の見極めと支援<br>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        | 各事業所と情報を共有し、必要なサービスがあれば相談してご利用者やご家族の要望が聞き入れられる支援の対応を行っている。                                                                             |                                                                                          |                   |
| 18                  |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>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                           | 信頼関係を築き、日々生活を共にすることで、ご利用者の思いや変化に気づき、寄り添う。またご利用者の生活歴・生活史を理解し、役割を持って生活して頂けることはないか等、考えながら支えあう関係を築いていけるよう考えている。                            |                                                                                          |                   |
| 19                  |      | ○本人を共に支え合う家族との関係<br>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            | 来所時や変化があった時は電話でご本人の状況報告を伝えながら、ご家族の不安や求めている事を、その時々と一緒に考え、支えていく関係を築いている。                                                                 |                                                                                          |                   |
| 20                  | 8    | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                        | 友人や知人等に気軽に来訪して頂ける様に配慮している。また居室にはご家族の写真を飾り家族との思い出など話をして頂いている。                                                                           | 近所に住んでいた知人が訪ねて来たり、悩みごとを打ち明けられる友人数人が、年数回来訪する利用者もいる。職員と一緒に自宅を見に行ったり、家族と美容室や墓参りに出かける利用者もいる。 |                   |
| 21                  |      | ○利用者同士の関係の支援<br>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                    | 個々の性格や趣味等を把握し、仲の良いご利用者同士と一緒に談話やレク活動等の交流を持てるように職員が間に入り配慮している。                                                                           |                                                                                          |                   |

| 自己評価                               | 外部評価 | 項 目                                                                                                    | 自己評価(1階 百花)                                                                                                                | 外部評価(事業所全体)                                                                                            |                                                    |
|------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
|                                    |      |                                                                                                        | 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                                  |
| 22                                 |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係を大切にしながら、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                     | サービス利用の終了後でも、これまでの関係を継続できるように、いつでも相談を受け、関わりが持てる体制を整えている。また退所後の様子や相談を話に来て下さったり、近所と合同の行事に参加して下さるご家族もいる。                      |                                                                                                        |                                                    |
| <b>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</b> |      |                                                                                                        |                                                                                                                            |                                                                                                        |                                                    |
| 23                                 | 9    | ○思いや意向の把握<br>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                                           | 一人ひとりの希望をお聞きし、日々の関わりの中でアセスメントする事で意向の把握に努めている。また、ご家族からの情報や協力を得ながら、意向に添えるよう努めており、ご家族に詳しく説明し理解も得ている。                          | 会話や行動などから思いや意向を把握したり、年2回、「長谷川簡易認知症スケール」を実施している。今後は「私の暮らし方シート」や「私の姿と気持ちシート」も随時追記して更新したいと考えている。          |                                                    |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                       | プロフィールの中には生活歴や生活環境などご家族やご利用者から得た情報が詳しく記入されており、誰もが把握できるように努めている。またご利用者の馴染みの生活を把握し、安心して過ごせるよう支援している。                         |                                                                                                        |                                                    |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>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                                                     | ご利用者一人ひとりの一日の過ごし方を、申し送りや記録を通して職員全員の視点から総合的に把握し、介護計画に反映させより良く生活ができるよう努めている。                                                 |                                                                                                        |                                                    |
| 26                                 | 10   | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | ご利用者の生活を職員間で観察し、いろいろなケアの方法を試しながら、どのような問題があり、どのようなケアを提供したらよいか話し合っている。また、ご利用者やご家族の意見も取り入れより良く暮せるように介護計画を作成しご本人、ご家族から理解を得ている。 | 職員間で評価を行い、家族の意向や要望を事前に聞き取り、利用者担当職員を中心に3～4か月毎に介護計画の見直しを行っている。短期目標と介護内容の運動があいまいな計画や、評価内容の記載が十分ではない場合もある。 | 短期目標に沿った介護内容にすると共に、具体的な介護内容に沿った評価を行い、記録に残すよう期待したい。 |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | 個々の記録に、日々の状態の変化や気づき等を記載し、職員間での情報の共有をしている。記録には介護計画の実践や結果を記入し、介護計画の見直しに活かしている。                                               |                                                                                                        |                                                    |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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               | その時々のご利用者の状況に合わせ、ご家族やご利用者の要望をお聞かしている。また担当医と連携を図り、異変時等に素早く対応出来るように努めている。                                                    |                                                                                                        |                                                    |
| 29                                 |      | ○地域資源との協働<br>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                         | 町内会の活動(運動会・町内掃除)に参加したり、ヘアカット、読み聞かせのボランティアに毎月来て頂くなど、ご利用者に楽しんで頂いている。                                                         |                                                                                                        |                                                    |
| 30                                 | 11   | ○かかりつけ医の受診支援<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、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                    | ご利用者・ご家族と十分に話し合い、要望を聞きながら、担当医と連携を図り、適切な医療を受けて頂けるように支援している。希望時は、内科、歯科、皮膚科の訪問診療や往診を受けられる体制を作っている。常勤看護師が健康管理を担当している。          | 家族と一緒に、以前からのかかりつけの専門医を受診している利用者もいる。家族と受診する時は、本人の状況を書面で担当医に伝えている。訪問診療の記録は個別に綴じているが、受診記録は日々の介護記録に記入している。 | 時系列で受診状況が把握できるように、個人毎に受診記録を整理するよう期待したい。            |

アメニティ西岡水源池グループホーム

| 自己評価 | 外部評価 | 項 目                                                                                                                | 自己評価(1階 百花)                                                                                                                       | 外部評価(事業所全体)                                                                                                                     |                   |
|------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|      |      |                                                                                                                    | 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<br>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                      | 関わりの中で日頃と少しでも違った様子がみられた際には常勤の看護職員に直ぐに報告、相談を行っている。                                                                                 |                                                                                                                                 |                   |
| 32   |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 入院時は介護添書を用いて日常生活等の情報を報告している。また、日頃から医療機関と相談、報告等を行い、ご利用者が安心して治療が受けれるように努めている。早期に退院できるよう、情報を共有し連絡を取り合っている。                           |                                                                                                                                 |                   |
| 33   | 12   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる  | ご利用者、ご家族の意思を尊重できるように、担当医とも話し合いを重ねている。職員は終末期に向けた勉強を行いながら方針を共有し、支援に取り組めるように努めている。その方に合った介護計画も作成し、実施している。                            | 「看取り指針」を作成して利用開始時に説明し、重度化や看取り時の対応について家族の意向を書面を確認している。体調変化に応じて家族の意向を再確認し、希望に応じて看取りを実施している。今年度も看取りを行っている。                         |                   |
| 34   |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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                                             | 急変時及び事故発生時のマニュアルを作成して、速やかに動けるよう勉強を行っている。                                                                                          |                                                                                                                                 |                   |
| 35   | 13   | ○災害対策<br>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                                             | マニュアルを作成し、日中、夜間帯を想定した避難訓練を年2回実施している。その時には町内の方々にも参加協力を得て頂いている。また年1回災害想定での避難訓練で地震に関してもマニュアルを作成している。さらに避難時の防災グッズや水、非常食等を用意し災害に備えている。 | 消防署の協力を得て、地域住民も見守りや誘導を行いながら年2回火災を想定した避難訓練を実施している。地震を想定した自主訓練も行っているが、今後は具体的なケア別に沿った対応についても職員間で検討したいと考えている。職員は、救急救命講習を定期的に受講している。 |                   |

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<br>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                | 毎年接遇委員より研修会が実施されており、参加して勉強を行っている。日々の言葉掛けや対応には職員一人一人が心掛けケアに努めている。 | 利用者の呼びかけは「さん」づけを基本とし、希望に沿って愛称を使う場合もある。年間研修でプライバシー保護や倫理について学んでおり、今後は言葉遣いの研修も検討している。 |  |
| 37 |    | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                     | 日々の関わりの中で、ご利用者の言葉や表情や態度で思いを感じ、意思を尊重できるように努めている。                  |                                                                                    |  |
| 38 |    | ○日々のその人らしい暮らし<br>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、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 | 個々のペースを大切にして声掛けを行い、ご利用者が何をしたいか、その他の精神状態にも配慮しケアに努めている。            |                                                                                    |  |
| 39 |    | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                  | 自己決定が出来ないご利用者には、ご利用者のイメージや表情等をくみ取り身だしなみやおしゃれが出来る様に支援している。        |                                                                                    |  |

アメニティ西岡水源池グループホーム

| 自己評価 | 外部評価 | 項 目                                                                             | 自己評価(1階 百花)                                                                                     | 外部評価(事業所全体)                                                                                                                      |                   |
|------|------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|      |      |                                                                                 | 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 |
| 40   | 15   | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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    | 日常の会話の中で、好物をお聞きし、メニュー変更、新メニュー検討に繋がれる様に努めている。下膳やテーブル拭き等、ご利用者と職員と一緒にやっている。                        | 各ユニットで2週間先までの献立を作り、季節感のある食事を提供している。利用者も調理やおやつ作り、食器拭きなどを手伝っている。前の畑で採れた枝豆やとうもろこしも提供している。                                           |                   |
| 41   |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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         | ご利用者の状態に合わせて食事の形態やメニューを変更し一人一人の食事、水分量を把握出来る様にしている。                                              |                                                                                                                                  |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                  | 定期的に訪問歯科の診療を受けて、日々毎食後に口腔ケアを行い状態観察をしている。                                                         |                                                                                                                                  |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<br>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むけた支援を行っている  | 排泄パターンやサインを読み取りさり気なく声掛けしトイレ誘導を行っている。失禁により気落ちされていても安心できるような声掛けに努めている。                            | 全員の排泄チェック表を作成し、誘導や介助が必要な方には個々の状態に応じた支援を行っている。日中はなるべくトイレでの排泄ができるよう支援し、誘導時は直接的な表現を避け、プライバシーに配慮している。                                |                   |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>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                  | 排便チェック表などを用いて職員間で情報共有して水分量や乳製品の提供により、便秘予防に努めている。やむ終えない場合には医師の指示で下剤を処方してもらい看護師とともに内服調整を行っている。    |                                                                                                                                  |                   |
| 45   | 17   | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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ず、個々にそった支援をしている | 入浴日の設定はあるが、入浴拒否などがみられた時は無理強いせず違う日に変えるなどの個人の意思を尊重している。また入浴中はコミュニケーションを図りながら気持ちよく入浴して頂ける様に支援している。 | 日曜日以外の毎日入浴可能で、各利用者が週2回程度、主に午前中に入浴している。拒否がある場合は日にちをずらしている。入浴が難しい場合は清拭やドライシャンプーで対応することもある。入浴時に歌を歌ったり、湯加減を希望に合わせ、気持ちよく入浴できるようにしている。 |                   |
| 46   |      | ○安眠や休息の支援<br>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                   | 高齢の方や長時間の座位保持が困難なご利用者には、日中も数時間、臥床して頂くよう努めている。                                                   |                                                                                                                                  |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>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              | 処方箋はいつでも確認できるよう個々にファイルしており薬の副作用を記したのもも作成している。また、薬の管理を行う担当者を決め飲み忘れや誤薬のないよう整理し保管している。             |                                                                                                                                  |                   |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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 | 職員は、個々の生活歴を十分に把握し、ご利用者の役割や楽しみごとをケアプランに取り入れ、ケアに努めている。                                            |                                                                                                                                  |                   |

アメニティ西岡水源池グループホーム

| 自己評価 | 外部評価 | 項 目                                                                                                                              | 自己評価(1階 百花)                                                                          | 外部評価(事業所全体)                                                                                                             |                   |
|------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|      |      |                                                                                                                                  | 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 |
| 49   | 18   | ○日常的な外出支援<br>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                     | 季節を感じて頂けるような行事計画を立て、外出している。又、ご家族の協力を得ながら外食を実施し、日常では職員と一緒に近所を散歩したり、花の水やりなど気分転換を図っている。 | 日常的に周辺の公園に行ったり近隣の家の花壇を見て歩いている。車いすの方も一緒に散歩している。年間行事では花見や地域の運動会、紅葉狩り、家族も一緒に食事会などに出掛けている。冬季は外出が減るが、玄関先やベランダでの外気浴を行っている。    |                   |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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                                                  | ご家族に相談して了承を頂き、ご自分で管理出来る方には少額でも所持出来る様に支援しご自分で管理できない方はホームで管理している。                      |                                                                                                                         |                   |
| 51   |      | ○電話や手紙の支援<br>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                                                                           | ご利用者の希望を優先しご家族に協力して頂きながら電話や手紙のやり取りを支援している。                                           |                                                                                                                         |                   |
| 52   | 19   | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 行事やレク活動の写真を廊下に貼り、ご利用者やご家族に楽しんで頂いている。又、フロー内は、季節に合った飾りつけを行い、居心地良く過ごせるように取り組んでいる。       | 共用空間は中心部のホールの他に居間や食堂のスペースがあり、それぞれの場所で寛ぐことができる。清掃が行き届き、温度や湿度も快適に保たれている。行事での写真や利用者の貼り絵などが飾られ、新聞や雑誌も置かれて家庭と同じように過ごすことができる。 |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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                                                      | ご利用者のレベルの低下に伴い、一人一人の状態にあった居場所作りの工夫をしている。                                             |                                                                                                                         |                   |
| 54   | 20   | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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                                          | 居室内はご利用者の好きな物やご家族との写真を置き、居心地良く過ごせるよう工夫している。                                          | 居室には利用者がテレビやタンス、椅子など馴染みの家具を設置している。壁にはカレンダーやパッチワークの作品を飾っている。ラジオやキーボード、新聞など個々の好みのものを持ち込んでいる。                              |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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                                            | 一人ひとりの出来る事を見極め、自分でできることは声掛けや見守りで行って頂いている。また出来る方には洗ったあとの食器拭きや洗濯物たたみなどのお手伝いを行って頂いている。  |                                                                                                                         |                   |

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

|         |                           |            |            |
|---------|---------------------------|------------|------------|
| 事業所番号   | 0160590071                |            |            |
| 法人名     | 社会医療法人 恵和会                |            |            |
| 事業所名    | アメニティ西岡水源池 グループホーム 2階 空の虹 |            |            |
| 所在地     | 札幌市豊平区西岡4条13丁目7番20号       |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成29年5月1日                 | 評価結果市町村受理日 | 平成29年8月21日 |

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 基本情報リンク先URL | <a href="http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_2016_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0160590071-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_2016_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0160590071-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022</a> |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                       |
|-------|-----------------------|
| 評価機関名 | 株式会社 サンシャイン           |
| 所在地   | 札幌市中央区北5条西6丁目第2道通ビル9F |
| 訪問調査日 | 平成29年7月25日            |

【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)】

|                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ご利用者の尊厳を第一に考えて、最後まで「その人らしく生活」を送れるように、職員が日々話し合いながら、一人ひとりに合った支援を行っている。また、ご利用者の「思い」を大切にしたケアプランを作成し、取り組みを行っている。ご利用者同士、またはご利用者と職員が笑顔で生活できる環境作りや対応に努めている。 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【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)】

|  |
|--|
|  |
|--|

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

| 項 目 |                                                    | 取 り 組 み の 成 果<br>↓該当するものに○印 |                | 項 目 |                                                                     | 取 り 組 み の 成 果<br>↓該当するものに○印 |                |
|-----|----------------------------------------------------|-----------------------------|----------------|-----|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------|
| 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<br>(参考項目:23,24,25)     | ○                           | 1. ほぼ全ての利用者の   | 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<br>(参考項目:9,10,19)  | ○                           | 1. ほぼ全ての家族と    |
|     |                                                    |                             | 2. 利用者の2/3くらいが |     |                                                                     |                             | 2. 家族の2/3くらいと  |
|     |                                                    |                             | 3. 利用者の1/3くらいが |     |                                                                     |                             | 3. 家族の1/3くらいと  |
|     |                                                    |                             | 4. ほとんど掴んでいない  |     |                                                                     |                             | 4. ほとんどできていない  |
| 57  | 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)           | ○                           | 1. 毎日ある        | 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<br>(参考項目:2,20)                     | ○                           | 1. ほぼ毎日のように    |
|     |                                                    |                             | 2. 数日に1回程度ある   |     |                                                                     |                             | 2. 数日に1回程度     |
|     |                                                    |                             | 3. たまにある       |     |                                                                     |                             | 3. たまに         |
|     |                                                    |                             | 4. ほとんどない      |     |                                                                     |                             | 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<br>(参考項目:38)                 | ○                           | 1. ほぼ全ての利用者が   | 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が拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) | ○                           | 1. 大いに増えている    |
|     |                                                    |                             | 2. 利用者の2/3くらいが |     |                                                                     |                             | 2. 少しずつ増えている   |
|     |                                                    |                             | 3. 利用者の1/3くらいが |     |                                                                     |                             | 3. あまり増えていない   |
|     |                                                    |                             | 4. ほとんどいない     |     |                                                                     |                             | 4. 全くいない       |
| 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<br>(参考項目:36,37)  | ○                           | 1. ほぼ全ての利用者が   | 66  | 職員は、活き活きと働いている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○                           | 1. ほぼ全ての職員が    |
|     |                                                    |                             | 2. 利用者の2/3くらいが |     |                                                                     |                             | 2. 職員の2/3くらいが  |
|     |                                                    |                             | 3. 利用者の1/3くらいが |     |                                                                     |                             | 3. 職員の1/3くらいが  |
|     |                                                    |                             | 4. ほとんどいない     |     |                                                                     |                             | 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<br>(参考項目:49)                | ○                           | 1. ほぼ全ての利用者が   | 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 |     |                                                                     |                             | 2. 利用者の2/3くらいが |
|     |                                                    |                             | 3. 利用者の1/3くらいが |     |                                                                     |                             | 3. 利用者の1/3くらいが |
|     |                                                    |                             | 4. ほとんどいない     |     |                                                                     |                             | 4. ほとんどいない     |
| 61  | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている<br>(参考項目:30,31)       | ○                           | 1. ほぼ全ての利用者が   | 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. 利用者の2/3くらいが |     |                                                                     |                             | 2. 家族等の2/3くらいが |
|     |                                                    |                             | 3. 利用者の1/3くらいが |     |                                                                     |                             | 3. 家族等の1/3くらいが |
|     |                                                    |                             | 4. ほとんどいない     |     |                                                                     |                             | 4. ほとんどできていない  |
| 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、安心して暮らしている<br>(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     |     |                                                                     |                             |                |

自己評価及び外部評価結果

| 自己<br>評価   | 外部<br>評価 | 項 目                                                                                                                          | 自己評価(2階 空の虹)                                                                                                                          | 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<br>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                                                          | 管理者と職員は、法人及び事業所の理念である、「地域との絆」「自分らしく生きがいのある生活」「馴染みのある環境作り」を日々の支援や関わりに繋がるように実施している。また、スタッフルームに掲示して、意識付けを図っている。                          |      |                   |
| 2          | 2        | ○事業所と地域とのつきあい<br>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                                                           | 町内会の一員として、運動会やゴミ拾い・花壇整備等の地域行事に参加している。また、ホームの花火大会は、回覧板でのお知らせや当日の呼びかけで参加をして頂いている。グループホームの火災時における緊急通報システムの一員として、地域の方のご協力を得て、避難訓練を実施している。 |      |                   |
| 3          | 3        | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                                                         | 運営推進会議では、地域の方々により理解を深めて頂くように、ホームの日常生活や活動の様子をスライドを使って伝えている。また、地域の方々からの相談やアドバイスに応じている。                                                  |      |                   |
| 4          |          | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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                                      | 運営推進会議では、認知症高齢者の日常生活をスライドで報告しながら、症状の進行度合いに合わせた支援の取り組みを伝えている。また、地域交流の実施や連携について話し合っている。そこで出た、新たな意見を職員に周知して、サービスの向上に活かしている。              |      |                   |
| 5          | 4        | ○市町村との連携<br>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り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                                                | 管理者は、市町村担当者と電話で問い合わせや確認・相談を行い、サービスの質の向上に取り組んでいる。                                                                                      |      |                   |
| 6          | 5        | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者および全ての職員が「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 | 身体拘束に関する法人内研修や外部研修に参加した職員が、伝達講習を行い、各職員に周知している。フロア入り口にセンサーを取り付けてはいるが、ドアには施錠しておらず、出入りが自由にできる。散歩・レク活動や趣味活動等、楽しみを持って生活して頂いている。            |      |                   |
| 7          |          | ○虐待の防止の徹底<br>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                                       | 法人内研修や外部研修に参加した職員は、伝達講習を行い、各職員に周知している。また、高齢者虐待の事例について職員同士で話し合いを行っている。高齢者虐待防止法の理解を深めるべく、勉強会に取り入れ防止に努めている。                              |      |                   |

アメニティ西岡水源池グループホーム

| 自己評価 | 外部評価 | 項目                                                                                             | 自己評価(2階 空の虹)                                                                                                                                                     | 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 |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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、個々の必要性に関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している    | 権利擁護・成年後見制度の講習会に参加した職員は、伝達講習を行い、各職員に周知している。全職員が学ぶ機会がある事で、ご利用者の権利を擁護する立場に立って、支援できるように努め、実施している。不明な事があれば、地域包括支援センターを活用している。                                        |      |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>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                         | 契約の締結・改定等の内容については、書類を用いてその都度説明を行っている。疑問点等お伺いして、より細かく説明する事で、理解・納得して頂いている。                                                                                         |      |                   |
| 10   | 6    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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                      | フロアの入りにご意見箱を設置している。また、ご家族の来所時に、ご利用者の様子等近況報告を行い、ご家族の意見や要望を聴く機会を設けるようにしている。毎月家族向けに便りを発行して、行事活動等の様子を記載し、状況を報告している。年に一度アンケート調査を行い、ご家族の意見を反映させ、ご利用者が中心となるサービスを心がけている。 |      |                   |
| 11   | 7    | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                      | 年に一回個人面談を行う他、月一回のスタッフ会議等で意見を聞く機会を設けている。さらに、行事計画等日常的に話しを聞く機会がある。各種委員会を設置しており、職員それぞれの立場で意見が言える取り組みを行って、運営に反映させている。                                                 |      |                   |
| 12   |      | ○就業環境の整備<br>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      | 個人面談以外にも日々の仕事の中で、職員の悩み事や仕事におけるストレス等、聞く時間を持てるように努めている。一人ひとりが仕事にやりがいを持てるように係りを決め、実践している。有休の利用や退社時間の遵守をしている。                                                        |      |                   |
| 13   |      | ○職員を育てる取り組み<br>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         | 法人内外での研修は、多くの職員が受講できるように、受講案内を目を通す事ができるようにしている。管理者は、個々の力量に合った研修を職員にアドバイスしている。月一回の全体会議では、研修報告・伝達講習を行い、各職員のスキルアップに努めている。また、毎月テーマを決めて、担当職員が勉強会も行っている。               |      |                   |
| 14   |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、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り組みをしている | 地域での管理者会議や地域医療連携システム連絡会に出席して、同業者との交流や情報交換をする事で、サービスの質の向上に繋がるように取り組んでいる。                                                                                          |      |                   |

| 自己評価                | 外部評価 | 項 目                                                                                         | 自己評価(2階 空の虹)                                                                                                                                   | 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 |
| 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<br><br>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 | 利用についての相談があった場合は、ご本人に会って心身の状態や困っている事・不安に思っている事を確認している。また、ご家族にも同席して頂いている。ご家族の協力のもと、情報を得ながら少しでも安心してお話ができるような関係作りに努めている。                          |      |                   |
| 16                  |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br><br>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            | グループホームを見学して頂き、ご家族が不安に思っている事・困っている事をお聞きして、安心して頂けるような対応に努めている。電話での問い合わせ等も、質問に対して安心して相談して頂けるように、丁寧に説明するように心がけている。ホーム長室も常に開放して、相談して頂ける環境作りを行っている。 |      |                   |
| 17                  |      | ○初期対応の見極めと支援<br><br>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・ご家族が望ましている支援をしっかりと話し合う時間を設けている。また、他のサービス利用も含め対応に努めている。入居後も話し合う時間を持ち、状況に応じた一番良い形で支援できるように努めている。                                             |      |                   |
| 18                  |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br><br>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                           | 日々の生活の中で役割を持って生活できるように、個々の能力に応じた得意な事を活かして頂いている。職員とともに助け合い、お互いに感謝の気持ちを言葉にしながら生活している。                                                            |      |                   |
| 19                  |      | ○本人を共に支え合う家族との関係<br><br>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            | ご家族にご利用者の生活の様子や思いを伝える事で、ご利用者の思いに少しでも応えられるように、できる範囲で支援をお願いしている。遠方のご家族にも毎月一回以上は、電話や手紙で連絡している。またお正月は一時帰宅や一泊されるご利用者がいる。                            |      |                   |
| 20                  | 8    | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br><br>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                        | 入居以前から交流のあるご友人が気軽に来訪できるような環境作りに努めている。ご家族の了承を得て、ご友人の来訪や電話の取次ぎを行っている。また、ご家族の写真等飾っているご利用者もいる。                                                     |      |                   |
| 21                  |      | ○利用者同士の関係の支援<br><br>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                    | ご利用者の相性を職員が把握して、トラブルにならないように気をつけている。ご利用者同士で支え合い、思いやりをもって接して頂けるように各々役割を持って頂き、協力し合えるように支援している。寝たきりのご利用者の居室ドアを開放しており、他利用者の声が聞こえるようにしている。          |      |                   |

| 自己評価                               | 外部評価 | 項 目                                                                                                    | 自己評価(2階 空の虹)                                                                                                                       | 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 |
| 22                                 |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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                    | 退所された後もご利用者・ご家族の相談や支援できる体制を整え、特に連絡があった場合には、状況に応じた対応に努めている。                                                                         |      |                   |
| <b>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</b> |      |                                                                                                        |                                                                                                                                    |      |                   |
| 23                                 | 9    | ○思いや意向の把握<br>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                                           | 日々の会話の中で、ご利用者の暮らしの希望や思いを聴いて、意向の把握に努めている。また困難な場合は、ご家族の協力を得ながら職員全員で話し合って、ご利用者の意向に沿えるように努めている。                                        |      |                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                       | これまでのご利用者の生活歴や習慣等をお伺いした内容を、基本情報シートに記入して、職員全員が把握できるようにしている。また、居室には使い慣れた家具・寝具等持ち込んで頂き、馴染みのある生活環境を提供できるように努めている。                      |      |                   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>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                                                     | 日々の過ごし方や心身状態を個別に記録している。一日二回の申し送りで、伝達し情報を共有して把握できるように努めている。他に大事な事は情報共有ノートや回覧板を用いている。                                                |      |                   |
| 26                                 | 10   | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | ご利用者の希望、ご家族の意向や要望を来訪時にお伺いしている。職員全員で話し合い、現状に即した介護計画を作成している。また、体調や心身の変化に応じて、サービスの変更を行っている。                                           |      |                   |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | 日々の生活の中で、変化や支援の実践・結果等を個別記録に記載して、一日二回の申し送りで情報を共有している。また、介護計画の見直しに活用している。                                                            |      |                   |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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               | ご利用者・ご家族の希望や意向をお聞きして、個々の状況に合ったサービスを提供できるように、柔軟な支援やサービスが行えるように努めている。                                                                |      |                   |
| 29                                 |      | ○地域資源との協働<br>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                         | ヘアカット・読み聞かせ・玉すだれ・演奏会等の様々なボランティアの活用や町内会行事の参加等、地域との絆を大切に、馴染みの関係を構築し、日々の暮らしを楽しんで頂ける環境作りに努めている。                                        |      |                   |
| 30                                 | 11   | ○かかりつけ医の受診支援<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、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                    | ご利用者・ご家族の希望に沿った内科・歯科・皮膚科の定期的な訪問診療時の対応や通院医の受診報告書により、かかりつけ医との関係を築き、適切な医療を受けられるように支援している。必要時、訪問診療日以外でも対応している。常勤看護師が異常の早期発見、健康管理をしている。 |      |                   |

アメニティ西岡水源池グループホーム

| 自己評価 | 外部評価 | 項 目                                                                                                                | 自己評価(2階 空の虹)                                                                                              | 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<br>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                      | 少しでもご利用者の様子に変化や不安な事があれば、従事している看護師に直ぐに相談や報告する事で、対応ができる体制になっている。                                            |      |                   |
| 32   |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 入院時は、介護添書を用いて日常生活の様子や心身の状態を報告している。また退院時は、入院時の様子をご家族や病院関係者から情報を得て、円滑に対応できるようにしている。                         |      |                   |
| 33   | 12   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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 | ご利用者・ご家族の意向を尊重して、担当医と話し合いを重ねている。看取りの必要が生じた場合の対応の指針を定めている。職員一同方針を共有して、支援に当たっている。また、その方に合った介護計画も作成し、実施している。 |      |                   |
| 34   |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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                                             | 急変・事故発生時は、マニュアルがあり、速やかに動けるように勉強会で確認を行っている。                                                                |      |                   |
| 35   | 13   | ○災害対策<br>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                                             | 施設消防計画に基づき、年に二回地域の方にご協力をして頂きながら、火災の避難訓練と年に一回災害(地震想定)の避難訓練を行っている。職員全員が避難方法を把握できるようにしている。                   |      |                   |

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<br>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                | 法人内接遇研修に参加したり、ホーム内に標語のポスターを掲示し、職員一人ひとりが意識をしながら、ご利用者と接する事ができるように努めている。個人情報の取り扱いについては、法人内の研修に参加し、管理者の指導のもと十分に注意をしている。     |  |  |
| 37 |    | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                     | ご利用者と関わる中で、表情や行動、しぐさで察する事ができるように、日々支援に当たっている。                                                                           |  |  |
| 38 |    | ○日々のその人らしい暮らし<br>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、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 | その日の体調や気分、ペースに合わせて、ご利用者の思いのままに過ごして頂けるように、意思を尊重して支援に努めている。                                                               |  |  |
| 39 |    | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                  | 二ヶ月に一度、訪問理美容や定期的に馴染みの美容室を利用して頂いている。好きな服や馴染みのものを着用して頂いたり、お化粧品も個々に任せて行って頂いてる。ご自分で整える事が困難な方には、鏡を見て頂く、くしを持って頂く等の働きかけを行っている。 |  |  |

アメニティ西岡水源池グループホーム

| 自己評価 | 外部評価 | 項 目                                                                             | 自己評価(2階 空の虹)                                                                                                                                                    | 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 |
| 40   | 15   | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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    | 配膳や片付けはご利用者と職員が一緒に行っている。季節等の行事での食事は、ご利用者が楽しみにしているひとつであり、一人ひとりの好みをお聞きしたり、食べやすさに考慮して提供している。折り紙で行事に合わせた箸置き等を添えると居室に飾って下さっている。                                      |      |                   |
| 41   |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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         | 毎日の水分量や食事の摂取量を記録している。また、毎月初めに体重測定を行い、無理のない程度に食事の量を調整して、その方に合った食事量を提供している。ご利用者の咀嚼状態や嚥下状態に合わせて食事の形態や配膳のタイミングを配慮している。                                              |      |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>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、ご利用者一人ひとりの能力により、介助・声かけ・見守りを行っている。訪問歯科で、残歯がある方は一ヶ月に1～2回程度に残歯の状況確認が行われ、総義歯の方は三ヶ月に1回程度の調整を受けられている。                                                             |      |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<br>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むけた支援を行っている  | ご利用者の認知状況により、排泄チェック表に基づき、時間を見てのトイレ誘導や行動を察してトイレ誘導する等、一人ひとりに合った支援を行っている。また、排泄状況により水分補給等にも配慮している。                                                                  |      |                   |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>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                  | 毎朝乳製品を提供し、適度に水分を摂取できるようにしている。一度にたくさん飲めない方には、時間を空けて少しずつ提供して飲んで頂けるように取り組んでいる。排便の記録を見て、看護師が腹部音を確認し、一人ひとりに合わせて下剤の調整や腹部の温め、マッサージを行っている。また、ラジオ体操を毎日行う事で、排便を促すようにしている。 |      |                   |
| 45   | 17   | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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ず、個々にそった支援をしている | 入浴予定日は前日に設定して、ご利用者の外出予定に合わせて、週二回以上入浴できるように支援している。また、当日タイミングが合わない時は、無理をせず、毎日声をかけていつでも入れるように対応している。                                                               |      |                   |
| 46   |      | ○安眠や休息の支援<br>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                   | 外出・入浴・体操をご利用者の生活習慣が崩れない程度に行って頂いている。その日の体調に応じた休息を行って頂き、生活リズムを整えるように支援している。                                                                                       |      |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>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              | 服薬中の薬剤情報は、介護記録と一緒に綴っており、常に目を通す事ができる所に保管している。薬剤の変更・臨時薬があった場合には、記録に記載して、申し送り全職員に周知している。服薬方法は、一人ひとりに合わせて確実に服薬して頂けるように、形状、内服方法に配慮している。                              |      |                   |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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 | ご利用者の得意な事・好きな事を活かせるような活動をして頂いている。お手伝いをして頂いた際には、感謝の気持ちを伝え、役割や達成感を感じて頂けるように努めている。レクリエーションや外出等で気分転換して頂けるように支援している。                                                 |      |                   |

アメニティ西岡水源池グループホーム

| 自己評価 | 外部評価 | 項目                                                                                                                               | 自己評価(2階 空の虹)                                                                                                                                 | 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 |
| 49   | 18   | ○日常的な外出支援<br>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                     | 体調や天候に応じて散歩に出かけている。ご利用者から普段行けないような場所の希望があった場合はご家族に協力をお願いし、戸外の行事を計画して出かけている。                                                                  |      |                   |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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                                                  | お金の管理ができる方はご自分で管理して頂き、外出時の買い物の支払いをご利用者自身に行っている。お小遣いをお預かりしているので、希望に応じて、ご家族に確認後購入している。                                                         |      |                   |
| 51   |      | ○電話や手紙の支援<br>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                                                                           | ご利用者の希望があれば、電話を使用して頂いている。職員や他者に気兼ねなくゆっくりとお話しができるように、居室でお話して頂いている。電話がかかってきた時も職員が取り次いでいる。また、手紙が来た時は、ご家族に確認後お渡ししたり、代読して聞いて頂いている。                |      |                   |
| 52   | 19   | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 毎月、廊下に写真を掲載して楽しんで頂き、回想に繋がるように努めている。フロア内には季節を感じて頂けるような装飾を展示している。ご利用者にとって不快・混乱を招くような音・光・温度・湿度に繋がらないように配慮し共有空間に限らず、清潔に保つように気をつけている。             |      |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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                                                      | 食堂・居間にソファを置き、気の合ったご利用者同士でお話して頂いている。一人でソファや食堂席にいる方には、テレビやDVDを観て頂いたり、CDを聴いて気楽に過ごして頂けるようにしている。                                                  |      |                   |
| 54   | 20   | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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                                          | ご家族と相談して、ご利用者が使い慣れた家具や寝具を持ってきて使用して頂くようにしている。また、ご利用者の能力に応じて、普通ベッドと介護ベッドを選択できる。それぞれの好みでラジオやテレビ・本棚・机を置いたり、壁にはご自分で作られた作品を飾り、心地良く過ごして頂けるように努めている。 |      |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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                                            | 廊下・トイレ・浴室に手摺りが設置されている。夜間帯はライトダウンでトイレの場所が分かり易いようになっている。できるだけ自立した生活が送れるように、場所の表示やポスターも分かり易いように工夫している。                                          |      |                   |

## 目標達成計画

事業所名 アメニティ西岡水源池グループホーム

作成日：平成 29年 8月 11日

市町村受理日：平成 29年 8月 21日

## 【目標達成計画】

| 優先<br>順位 | 項目<br>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<br>要する期間 |
|----------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 1        | 6        | 身体拘束に関しては、毎年、虐待防止の研修会の伝達講習に合わせて、職員で勉強してきた。身体拘束禁止の対象となる具体的な行為11項目について、全職員で年1回再確認し、さらに理解を深めるよう期待したい。                           | 身体拘束禁止の対象となる具体的な行為11項目について勉強する機会を持ち、項目毎の内容を理解し、緊急やむを得ない場合を除いて、実際のケアの場面では行わない。            | 平成29年度の勉強会の年間計画において、3月に身体拘束について勉強する機会を設けていたので、担当者に目標に準ずる内容で学べるように準備してもらい、職員全員が理解を深められるようにする。                              | 10か月           |
| 2        | 26       | チームでつくる介護計画とモニタリングの部分で、短期目標に沿った介護内容にすると共に、具体的な介護内容に沿った評価を行い、記録に残すよう期待したい。                                                    | ケアプランは担当者と計画作成者が話し合い、短期目標と介護内容が一致したものになっているかを確認する。実施内容は介護経過記録に、評価についてはケアプラン評価表に具体的に記録する。 | ユニット毎の計画作成者と管理者が話し合い、ケアプランに関する指摘事項について説明し理解を得る。その後、個々の担当者で不足している部分について確認し合い、具体的に修正を行う。計画作成者は、次のケアプラン作成時に前回の記録内容について確認をする。 | 1年間            |
| 3        | 30       | かかりつけ医に受診支援に関して、訪問診療については個人記録で対応しているが、他科受診については、介護経過記録に記入しているため分かり辛く、すぐに見つけることが出来にくい為、時系列で受診状況が把握できるように個人毎に受診記録を整理するよう期待したい。 | 他科受診に関して、受診年月日、病院名、病名等がすぐに分かるように個人記録ファイルに整理する。                                           | 個人記録ファイルに、他科受診と入院に関する一覧を作成する。受診や入院に至った経過については、介護経過記録の記録番号を記入し、そのページを見ると内容が分かるようにする。                                       | 3か月            |
| 4        |          |                                                                                                                              |                                                                                          |                                                                                                                           |                |
| 5        |          |                                                                                                                              |                                                                                          |                                                                                                                           |                |

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入して下さい。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加して下さい。