

### 1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】(ユニット アイリス)

|         |                  |            |            |
|---------|------------------|------------|------------|
| 事業所番号   | 2774001057       |            |            |
| 法人名     | SOMPOケアメッセージ株式会社 |            |            |
| 事業所名    | そんぽの家 豊中利倉       |            |            |
| 所在地     | 大阪府豊中市利倉西2-1-1   |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成29年6月1日        | 評価結果市町村受理日 | 平成29年8月15日 |

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

|          |  |
|----------|--|
| 基本情報リンク先 |  |
|----------|--|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |  |  |  |
|-------|--|--|--|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター |  |  |
| 所在地   | 大阪市中央区常盤町2-1-8 FGビル大阪 4階               |  |  |
| 訪問調査日 | 平成29年7月20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)】

ご入居者、ご家族が望まれるアクティビティの機会を増やし、活動している。[季節ごとの食事会(春:屋外で食事、夏:そうめん流し、秋:お鍋、冬:もちつき)、趣味の活動(作品作り、フラワーアレンジメント、音楽療法等)、季節の外出(花見、紅葉狩り)] 利倉全体でユニット間の交流の機会を増やし、地域交流の機会も設けるようにもしている。地域、自治会の催しに参加しながら、ふれあいの場へ赴くように促している。今後も地域に開かれた施設となるよう自治会等と連携していきたいと考えている。ご入居者を中心とした生活を維持し、コミュニケーションを大切に、笑顔で自立した生活が送れるよう取り組んでいる。

【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)】

損害保険会社の系列である法人は急激な高齢社会の到来を踏まえ、介護業界に乗り出し、今や日本を代表する介護事業を全国で展開している。事業所は職員の大半が介護福祉士の資格を有しており、資格取得も法人の全面的な支援があり、より高いケアサービスの質向上を目指し、施設内研修や法人研修を実施している。開設18年目を迎えるホームはさすがに色んな場所で手直しが必要で就任7か月の新管理者のリーダーシップの下で職員の意見を聞き、利用者が安心して暮らせるように整備しつつある。1階には多目的なホールがあり、毎月地域の子ども会に場所提供をしたり、定期的に認知症サポーター養成講座を開催し、地域への貢献活動が行われている。終末期の看取り対応も早い段階から話し合い、既に数多く経験を積み重ねており、利用者・家族にとって安心である。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.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<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<br>4. ほとんど掴んでいない | 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る<br>(参考項目:9,10,19)   | ○ 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>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<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>4. ほとんどない                | 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<br>(参考項目:2,20)                     | ○ 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 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<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くない            |
| 59 利用者は、職員が支援することで生き生き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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 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<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  |  |   |

# 自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

| 自己                | 外部  | 項目  | 自己評価  | 外部評価  |   |
|-------------------|-----|---|---|---|---|
|                   |     |   | 実践状況  | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容   |
| <b>I 理念に基づく運営</b> |     |   |   |   |   |
| 1                 | (1) | ○理念の共有と実践<br>地域密着型サービスの意義をふ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                            | 会社の理念としての地域との関わりについての重要性を掲載している。事業所独自の理念として心得を作り掲示し、職員が理念を意識して関わりを持つよう努めている。                              | 玄関に法人の理念や行動指針等を掲示し、新たに資本参加した法人姿勢が明確化され、目下職員の共有を図っている。ホームの理念は「障害を持った高齢者に対して良質な住まいを整え生活を支えます」を掲げている。将来、職員が参加した独自の理念も検討している。 |   |
| 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                            | ご近所の方へのご挨拶から日常的なお付き合いができるように努めている。子供110番の家の登録や自治会の定例会へ参加、地域の活動に参加しながら地域の情報を確認して、地域との繋がりが持てるよう取り組んでいる。     | 自治会に加入し、自治会会議に管理者が参加し、地域住民と交流を図ったり、市主催のいきいき祭に参加し、市と協働している。1階にあるホールを利用し、毎月地域の子ども会として自由に使ってもらったり、定期的に認知症サポーター養成講座を開催している。   |   |
| 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                          | 2ヶ月に1度推進会議を開催し、地域の住民自治会長や民生委員を構成員とし、事業所の情報をその都度提供し、理念についても説明をおこなっている。地域の方に1階ホールの使用を提供し、地域の交流の場として利用頂いている。 |   |   |
| 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践、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       | サービス内容や入居状況・行事等の説明を行い、積極的にご家族や入居者の方の意見や要望を聞きだすよう努め、会議終了後はご意見をまとめて、カンファレンスにて改善事項を話し、サービスの向上に活かしている。        | 奇数月に運営推進会議を開催し、家族の参加(4~5人)が多く、利用者代表や行政からは地域包括支援センター職員及び民生委員(ホームの介護相談員)が参加している。以前は自治会代表も参加していたが会議で市担当との意見の違いがあり現状参加していない。  | 最近の運営推進会議議事録には事業所の実情を詳細に記入し、報告していると共に新たな法人の下での前向きな姿勢が読み取れる。更に参加者の記入及び双方向な話し合いを公開すると共に自治会代表の再参加を期待したい。 |
| 5                 | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者とは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取り組んでいる                 | 市が主催する地域密着型サービス部会や研修等には積極的に参加し、高齢施策課との密な連携に努め共にサービスの質の向上に取り組んでいる。市の介護保険事業者連絡会役員として地域のサービス向上に取り組んでいる。      | 市主催の部会や勉強会及び福祉会館でのいきいき祭に参加し、市高齢課と密に連絡を取っている。今年度から始まった日常総合自立支援事業の一環である地域住民への認知症サポーター養成講座を開催し、地域貢献を実践している。                  |   |
| 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「介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、玄関の施設を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる | 運営規定に記載し、入居の際、身体拘束を行わない事を説明している。職員にも研修などでも指導し、周知徹底させている。補助具の導入や環境の見直しなどを行う指導をしている。                        | 「身体拘束ゼロの手引き」をマニュアルとして整備し、年1回は研修を実施し、全職員の共有を図っている。現状、身体拘束に当たる事例はないが言葉使い等グレーゾーンにも気をつけている。ユニット出入り口で施設しているが外出希望シグナルは即対応している。  |   |
| 7                 |     | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法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        | 職員が受ける研修(管理者が講師を勤める)のテーマに高齢者虐待についてとりあげ理解を深めている。マニュアルを各ユニットに配布し周知徹底して防止に努めている。                             |   |   |

| 自己 | 外部  | 項目   | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|----|-----|--|---|--|-------------------|
|    |     |  | 実践状況  | 実践状況   | 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    | 管理者は管理者研修等にて各種の擁護事業や成年後見人制度について研修を受け、情報を施設の職員へ通達している。入居相談の際も必要に応じて説明を行っている。                                     |  |                   |
| 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                         | 入居契約時には障害をもたれる前、障害をもたれてからの情報を収集し、本人・家族の意向を伺った上で入居の契約を行っている。入居契約書、重要事項説明書にわかりやすく記載し口頭でも詳しく説明を行っている               |  |                   |
| 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なら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                     | 苦情を聞き取った場合は、速やかに状況確認や聞き取りを行っている。意見や要望については、些細な事でもご意見ご要望カードに記入し管理を行っている。苦情対応については、カンファレンス等で経緯確認を行い再発を予防している。     | ホームは意見・要望カードを整備し、家族の来訪時に些細なことでも記入するようにしている。別途苦情処理簿を整備し、カンファレンスで話し合い、改善を図るようにしている。居室担当を決めており、日常の実際の暮らしぶりの送付等も検討されている。 |                   |
| 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                                      | 常に管理者は職員の声に耳を傾ける姿勢で、必要に応じて面談。週1回実施しているカンファレンスに参加し現場の声を反映。「なんでもコール」というフリーダイヤルがあり、社員が相談や意見を直接本社窓口伝える事が出来るシステムがある。 | 定期的にフロア会議やリーダー会議を開催し、職員は自由に意見を言える環境や体制を構築している。キャリアアップ制度の導入や働きやすい環境整備は新たな法人の下や幹部職員のリーダーシップで前向きに行われている。                |                   |
| 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      | キャリアアップ制度を社として導入し、資格の有無や職員の仕事への熱意や勤務態度等考慮し、年収がアップする制度を導入した。また子育てしながら働く職員へのサポートも充実し支援している。                       |  |                   |
| 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         | 入社時、1ヶ月、3ヶ月に研修にて段階に応じたフォローを行っている。また月1回の施設研修を実施し、知識の習得を目指す機会を設けている。資格取得の為に補助金制度があり働きながら資格取得を希望する者の支援をしている。       |  |                   |
| 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 | 介護保険事業者連絡会に入会し会への参加や、地域密着型サービス部会にも積極的に参加。同業者との交流を持ち、情報を得て自施設に反映するよう努めている。他の事業所と連携し紹介し合うなどのネットワークを広げている。         |  |                   |

| 自己                           | 外部  | 項目   | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|------------------------------|-----|--|---|---|-------------------|
|                              |     |  | 実践状況  | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |     |  |   |   |                   |
| 15                           |     | ○初期に築く本人との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、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 | 入居に対してどのように思われているか、ご本人が何に困っているのか、また、ご家族や入居まで関わってきたケアマネジャー、サービス事業者、医療機関からの情報を収集し、具体的に要望が反映できるようサービス内容を提示している。  |   |                   |
| 16                           |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、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            | 入居の相談があった際は、ご家族が一番困っていることや負担に感じていることについて、じっくりと話を聞き、親身になって相談に応じている。  |   |                   |
| 17                           |     | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスを導入する段階で、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        | 入居の相談があった際は、ご家族・ご本人の双方の立場から現在困っている事を具体的にお聴きサービスの提案をするよう努めている。また相談者がケアマネや医療関係者であれば、専門的見地から意見を求めたりして対応している。     |   |                   |
| 18                           |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                        | コミュニケーションについては、全ての職員が技術を会得できるよう研修しており、コミュニケーション技法の研修を開催し、指導を行っている。それを生かし入居者一人ひとりに敬意をもった態度で接し信頼関係が築けるように努めている。 |   |                   |
| 19                           |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場におかず、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         | 毎月ご本人の様子について家族へお手紙を送り、情報を伝えている。また問題が起こった際はその都度連絡を取り、ご家族の要望も聞きながら共にご本人様をサポートしていく事ができる様に努めている。                  |   |                   |
| 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                     | 希望されている方には生まれ育った故郷や親戚の家や自宅へ年に1回でも外出ができるように、積極的にご家族に協力を依頼してお盆やお正月に外泊をされる方がいらっしゃる。                              | 現状は家族以外に今まで住まいしていた近隣の知人や友人が訪問されているケースはない。馴染みの場所として家族の支援で実家に戻る方が数名いたり、墓参りや理容室等に行かれる方もいる。出来るだけ途切れないようにホームも支援している。 |                   |
| 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                 | 他のユニットとのつながりも利用し、他のユニットの入居者との馴染みの関係が構築できるような援助を行っている。   |   |                   |

| 自己                                 | 外部   | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|------------------------------------|------|--|--|--|-------------------|
|                                    |      |  | 実践状況   | 実践状況   | 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                    | 必要に応じて、サービス提供が終了しても、電話や直接施設に訪れたりするご家族については、親身になって相談を受ける姿勢をとっている。退去されてもご家族が来訪して下さる事もある。                   |  |                   |
| <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   | ご本人からの聞き取りが困難な際は、ご家族や医療機関・利用されていたサービス機関等ご本人をとりまく関係者からの情報収集に努めている。  | 入所時にヒヤリングシートを使い、過去の生活歴や趣味等を聞き、職員は共有している。入所後も利用者・家族から新たな希望や要望を聞き、出来るだけそれに沿った支援を心掛けている。把握が難しい方には本人本位に沿った支援を行い、要望に沿うように支援している。  |                   |
| 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                                       | 入居前に使われていたサービスや生活歴・障害を持たれる前の生活・家庭環境など多岐にわたり情報を収集し入居されてからの介護計画作成に反映している。                                  |  |                   |
| 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   | 毎週1回介護スタッフミーティングを開催し、ユニットでの入居者の活動の様子や健康状態、ケアの変更等の確認を行っている。入居者の状態を観察や記録を確認し把握するように努めている。                  |  |                   |
| 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 | ケアプランと毎日の介護記録を基に提供したサービス内容を確認し、より充実したものとなるように、ケアアドバイザーは、ケア方法のアドバイスを行ったり、カンファレンスに出席し意見交換を行っている。           | 介護計画に基づいた介護サービスを日々実践し、支援経過に記録し、週1回、チームによるカンファレンスを開催し、毎月モニタリングも実施し、現状に合った介護計画作成につなげている。見直しは6ヶ月ごと実施しているが急変や入退院時には即対応するようにしている。 |                   |
| 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                        | 毎日の援助を介護記録に記入し、ご本人の状態や発言・体調について些細なことも記録に残すようにしている。カンファレンスでは、ケアプラン内容について検討しその場で話し合った内容が計画に反映される仕組みをとっている。 |  |                   |
| 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               | 本人の状態の変化や要望により法人内での転居や情報の共有化などについて連携をとりあって行なっている。その日のスケジュールとなっていない援助であってもご要望に応じられる際には調整し支援している。          |  |                   |

| 自己 | 外部   | 項目  | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|----|------|---|---|--|-------------------|
|    |      |   | 実践状況  | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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                                      | 個別性を尊重し、本人の希望に添ったボランティアや団体等の受け入れを行っている。   |  |                   |
| 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                                 | 本人やご家族の希望を入居契約時にお聞きし、承諾が得られたかかりつけ医と連携をとる、必要に応じて受診や往診を依頼できるように24時間連絡がとれるように連携体制も整えている。                   | 現状、利用者全員が協力医の内科医から月2回の往診を受けている。協力歯科医は歯科医衛生士と定期的に来訪され、口腔ケアの支援や必要に応じて治療を受けている。家族の協力で専門医(認知症専門医等)への通院も支援している。                               |                   |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>介護職は、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                          | 施設の看護師は配置していないが訪問看護ステーションと連携している。緊急の際や体調の変化がみられた際は24時間連絡がとれるように連携体制も整えている。                              |  |                   |
| 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、又、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。あるいは、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。 | 定期的にお見舞いに伺い、その都度経過や状態についての情報を収集し早期退院についての話合いを随時行っている。お見舞いに行った際はできるだけ主治医から話が聞けるように事前に連絡を入れてから伺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<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、事業所です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   | 入居時に治療方法についての要望を確認し、現在のお気持ちや意志をお聞きしている。入居後、ご本人の状態が変化したり体調不良の際はその都度、今後についての具体的方針や思いをお聞きして情報を共有している。      | 現状、看取り加算の連携体制は看護師の配置等で構築していないが協力医による24時間の医療連携は構築されており、重度化や終末期に向けた看取りは従来通り、積み重ねてきている。家族や協力医と相談しながら利用者が最善の最期を迎えられるように支援している。指針書や同意は整備している。 |                   |
| 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  | 緊急対応マニュアルを作成し、全職員に研修などで指導を行い周知徹底を図っている。毎年市民救命サポーターステーション講習を管轄の消防署に依頼し参加を促している。                          |  |                   |
| 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  | 年2回消防訓練を実施し避難経路の確認、自力避難困難者の避難方法について確認を行っている。施設内の緊急連絡網を作成し掲示をしている。地域の協力がえられるように自治会の定例会に参加し、地域の支援を依頼している。 | 地震には落下物等に配慮し、水害はホームの隣が川の為、早い段階から危険時は3・4階に避難するように決めている。火災は年2回の避難誘導訓練を施設内で実施しているが夜間1人体制時の想定訓練も別途検討している。備蓄は4日分の食糧を整備し、それ以上は法人が支援する体制としている。  |                   |

| 自己                               | 外部   | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |   |
|----------------------------------|------|--|--|--|---|
|                                  |      |  | 実践状況   | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容   |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |  |  |  |   |
| 36                               | (14) | ○一人ひとり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                   | 職員の守るべき行動規範にも秘密保持の項目を入れ、特に重要視すべき事柄として周知徹底させている。また個人情報の取り扱いについて、人権やプライバシーの保護についても研修指導を行っている。                | 接遇研修として利用者への接し方はホーム内で研修会を定期的に行い、利用者1人ひとりを尊重した言葉使いや態度の共有を図っている。豊中市とも話し合い、「ユマニチュード」(認知症ケアの技術)の研修会も行い、質の高い議論を行っている。 |   |
| 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                     | ご入居者一人ひとりが自分で決めたり希望を表すことを尊重し、それを促す取り組みを日常的におこなっている。それが個別の援助であれば、ケアプランに記載しスケジュール化している。                      |  |   |
| 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 | ご入居者個人のプランを基に、介護スケジュールを決定している。ご入居者の状態の変化や入退去があった場合は、それに合わせて業務の見直しを行い、ご入居者のペースで生活を送っていただけるよう努めている。          |  |   |
| 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                                  | 更衣の際、自分で服を選んでいただいている。自分で用意できない方は職員と一緒に何点かの中から選んでもらう様配慮している。近隣の理美容店を選んでもらい利用していただいたり、外出が困難な方は訪問を依頼している。     |  |   |
| 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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている     | 食事についての要望は、給食会社のアンケートに記入し反映させている。食材の買い物や食事作りに対する要望があればアクティビティとして取り組んでいる。食事時間は個別に設定されており、お好きな時間に食べていただいている。 | 毎食の御飯や汁物はホームで調理し、それ以外はグループの給食会社から調理済みを提供している。定期的にイベント食を実施している。現状、感染症等の課題もあり、法人は危険度を考慮し、手作りはしていない。                | グループホームの特徴として、食事が利用者の大きな楽しみとなっており、匂いや音を感じながら皆で調理し(職員の意見でもある)、月に1回でも出来立てを本部とも相談しながら提供することを期待したい。 |
| 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          | 献立表に1日の摂取カロリーが記載されている。また個別の摂取量を記録し、特に食事量の低下などがみられる方については、より細かい摂取量(水分を含む)の把握に努めるよう心がけている。                   |  |   |
| 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                   | 毎食後その方の能力に応じた口腔ケアの援助をケアプランに記載し、口腔ケアの援助を行っている。口腔ケアを適切に行うことが困難な方には歯科往診を依頼し、口腔ケアを定期的に依頼している。                  |  |   |

| 自己 | 外部   | 項目  | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|----|------|---|--|--|-------------------|
|    |      |   | 実践状況   | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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                              | 排尿チャートを利用し、一人ひとりの排尿状態を把握している。失禁に対するアセスメントを行いオムツの容量や使用方法を検討した上でケアプランに記載しオムツを使用するようにしている。                              | 5の方が布パンツだけで過ごしている。排泄パターンを把握し、日中は自立で排泄が出来るようにトイレに誘導している。尿に関しては自立排尿につながるベンチャー企業が開発した「DFree」(排尿・排便を予測する超音波センサー)を法人内で使用することが検討されている。 |                   |
| 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  | 排便管理表等を活用しながら排泄についての状況を把握している。薬に頼ることだけでなくヨーグルトやオリゴ糖、食物繊維の豊富な食材等を補助食として摂っていただいたり、ホットパックや適度な運動を促したりして対応をしている。          |  |                   |
| 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てしまわずに、個々にそった支援をしている                        | ご入居者一人ひとりの希望にあわせ(時間帯・長さ・回数等)くつろいだ入浴ができるように支援している。尚入浴回数、方法についてはケアプランに記載し個別の要望に合わせて対応を行なっている。                          | 午後の時間帯で自由に個浴で入浴が出来るように支援している。シャワー浴等も実施している。浴槽は設備が古いのが、職員の意見を取り入れ、今年度中に浴槽を改善することが決まっている。楽しい季節感のあるゆず湯を実施している。                      |                   |
| 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   | ご入居者一人ひとりの睡眠のパターンを把握している。散歩や買い物などの機会を増やし、1日の生活リズム作りを心がけている。夜間空腹で眠れない方には補助食を提供したり、ホットミルクの提供や足浴を行い安眠を促している。            |  |                   |
| 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  | 扱いや服薬についての注意事項については周知徹底させている。特に新しい薬を飲み始めた時や薬を中止した際は、体調の変化に留意するように申し送っている。管理について薬局の支援も受けている。                          |  |                   |
| 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                             | 障害をもつ前の普通の生活を実現して頂く為にも、入居の際には生活歴や障害をもたれる前後の様子について細かく聞き取りを行なっている。役割を担う為、縫い物や洗濯物をたたむなどその方の能力にあった取り組みを行っている。            |  |                   |
| 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。又、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 | 高齢者が意欲を持てる最も効果的な援助が外出であると社内マニュアルにも記載しており、散歩はご本人の要望に沿ってケアプランにも記載しお連れしている。散歩だけではなく、買い物や喫茶店・飲食店等その都度本人の要望に添えるように心がけている。 | 日常的な外出として近隣への散歩や買い物に出掛けている。外食(回転寿司や喫茶店)は楽しい外出となっている。家族の協力で外出支援も推奨している。   |                   |



| 自己 | 外部   | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|----|------|--|--|--|-------------------|
|    |      |  | 実践状況   | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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  | 金銭管理について、ご自分で管理をされている方はケアプランに記載し、買い物の際にご自分で支払っていただいている。金銭管理が困難な方は、事前に購入品や目的を伝え、立替えを行ない、内訳を領収書に細かく記載している。                     |  |                   |
| 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   | 必要に応じてユニットの電話を使用していただいている。手紙は1階のポストに届く為ご家族から届いたお手紙はタイムリーにお渡しするように努めている。  |  |                   |
| 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 | 共有空間の家具は木製の物を使用し、玄関やリビングには常に植物を飾り家庭的な雰囲気有るよう配慮している。毎週生花を用意し、季節を感じて頂ける様な取り組みを行っている。職員の会話やテレビ、音楽、明るさについて配慮し、落ち着いて過ごせるよう対応している。 | 居間兼食堂は明るくゆったりしている。ベランダには野菜や花を植え、居間には木製の机や椅子が適切に配置され、ソファ等も置き1人で過ごせる場所を用意している。清潔に保たれている1階にあるホールは子ども会や認知症サポーター養成講座等に使用しているが今後地域の相談事業等もっと他の用途も期待できる。 |                   |
| 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  | 気のあった少人数で過ごせるようにソファやテーブルの配置に気を配り、空間の使い方に工夫している。  |  |                   |
| 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  | 入居前に使われていた家具などをできるだけ持ち込んでいただくように、お願いをしている。入居後も個人の生活に合わせて必要な家具を追加で持ち込んで頂いたり、写真を飾っていただいている。                                    | 馴染みの家具や置物を持ち込み、思い出の写真等を飾り、家庭的な雰囲気を家族と相談しながら、居心地良く過ごせるように支援している。  |                   |
| 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」「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   | その方の能力に応じ必要であれば、ご本人やご家族と相談の上、手すりの追加設置などの対応を行なっている。特に居室の環境整備に対しては、身体状況に合わせてベッドの位置や家具の配置など個別に検討を行っている。                         |  |                   |