

## 1 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   | 2770801633         |            |          |
| 法人名     | 社会福祉法人 隆生福祉会       |            |          |
| 事業所名    | グループホームゆめ長居公園      |            |          |
| 所在地     | 大阪府大阪市東住吉区鷹合3-1-33 |            |          |
| 自己評価作成日 | 平成31年2月28日         | 評価結果市町村受理日 | 令和元年5月9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 | <a href="http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/27/index.php?action=kouhyou_detail_2016_022_kani=true&amp;JigvsovoCd=2770801633-00&amp;PrefCd=27&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/27/index.php?action=kouhyou_detail_2016_022_kani=true&amp;JigvsovoCd=2770801633-00&amp;PrefCd=27&amp;VersionCd=022</a> |
|----------|---|

### 【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 介護保険市民オンブズマン機構大阪 |  |  |
| 所在地   | 大阪府大阪市東成区中道3-2-34 JAM大阪 2F |  |  |
| 訪問調査日 | 平成31年4月17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)】

外出の機会を増やすため、近隣にある長居公園への散歩を積極的に実施しています。ボランティアの方にも協力していただき、公園の他、近くの喫茶店へ行くなどといったことも行っています。また、地域密着型施設として、地域の集まりにも参加したり、認知症カフェを定期的に開催し、ご利用者様にも参加していただいています。その他、音楽ボランティアやおめかしクラブなど、ご利用者様の生活の質の向上につながるような取り組みも、積極的に実施しています。食事においては、毎週1回、料理人による本格的な食事を提供したり、みんなでご飯を作ったりなど、楽しめる企画を提供するようにしています。天候の良い日には、職員と一緒に外食や、近くのファミリーレストランに出かけて、食事やおやつを召し上がっていただくようにしています。

### 【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)】

「お役立ちの心」を創業の心としている社会福祉法人が設立したグループホームです。建物の2階・3階にホームがあり、1階には同法人のデイサービスセンターを併設し、利用者間の交流を進めています。長居公園の向かい側に建てられたホームで、リビングの窓一面から、緑いっぱいの景色を眺めることができ、四季折々の自然を感じることができます。「利用者・家族・地域・職員・法人の笑顔」の法人理念が現場に浸透し、利用者の笑顔を中心とした支援を実践しています。外出支援に力を入れ、日常の外出支援や個別外出支援に取り組み、利用者はもちろん、家族にも喜ばれています。職員が働きやすい職場環境に積極的に取り組む法人のバックアップは研修の機会も多く、職員の士気を高めています。施設長・所長・職員が揃って「うちの自慢は『利用者のために何かしたいと考える職員』という職員が支える利用者の暮らしは、明るく穏やかな雰囲気を感じさせるグループホームです。」

## 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<br>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)       | ○<br>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<br>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)   | ○<br>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<br>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)             | ○<br>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<br>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)                     | ○<br>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<br>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)                   | ○<br>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<br>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) | ○<br>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<br>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)     | ○<br>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<br>職員は、活き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○<br>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<br>利用者は、戸外に行きたいところへ出かけている<br>(参考項目:49)                  | ○<br>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<br>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                                       | ○<br>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<br>利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている<br>(参考項目:30,31)         | ○<br>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<br>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                                   | ○<br>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<br>利用者は、その時々々の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) | ○<br>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   | ご利用者様、ご家族様、地域、職員、法人の5つの笑顔理念を掲げ、毎朝の朝礼にて唱和し、理念の浸透に努めています。また、実践に繋げるよう、クレドを作成し、職員に配布して理念や運営方針等の意識付けをおこなっています。 | 「ご利用者の・ご家族様の・地域の・職員の・法人の笑顔」の「五つの笑顔」を法人理念として掲げ、職員は理念を理解し実践しています。理念の実践に繋げるようクレドを作成し、職員は携帯しています。また、職員のユニホームには「こころざしの花」が描かれ、職員1人ひとり志をもって仕事をするようにとの思いが込められています。   | 理念が家族や地域住民からより支持・理解してもらえるように、エレベーター前などのホーム内に理念を掲示されてはいかがでしょうか。 |
| 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   | 地域の集い「鷹合虹の会」や「ふれあい喫茶」等の催し物に、ご利用者様と共に積極的に参加しています。  | 理念のひとつに「地域の笑顔」を掲げ、地域との交流には積極的に取り組んでいます。地域の集まりの「虹の会」や「ふれあい喫茶」に参加して、地域の方たちとの交流があります。地域包括支援センター主催の認知症カフェでは、認知症に関する長年の経験を活かした認知症や介護サービスに関する相談等に携わっています。実習生や外国からの研修生受け入れ等、世代間交流、国際交流にも取り組んでいます。音楽・外出・傾聴等の多くのボランティアの協力は、利用者の豊かな暮らしを支える大きな力となっています。 |  |
| 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 | 認知症カフェ「ゆめカフェすまいる」を定期的に関催。相談支援や予防体操などを実践しています。   |  |  |

| 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 |
| 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                                     | 地域包括の方や町会長様・ご家族様から出た意見を、現場に落とし込めるよう、議事録を作成し、各ユニットに配布しています。事故件数の減数等、安全・安心な施設づくりが行えています。                            | 利用者家族代表、町会長、地域包括支援センター職員の参加で会議を開催しています。大阪市独自の方式で、年6回のうち3回は従来通りの会議、3回は会議構成員に書面を送り、意見を受ける書面会議の方式で行っています。ホームの活動状況や取り組み等を報告し、参加者から意見・評価・助言を得て、ホームの運営に活かしています。落語のDVDを見てもらう提案が参加者からあり、早速実行に移し、利用者に喜ばれています。 |                   |
| 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   | 運営推進会議に地域包括の職員に参加協力を頂いています。また、地域ケア会議にも積極的に参加させてもらい、住みやすい地域作りに協力しています。   | 分からないことや困ったことがあれば、区の担当者に相談できる関係です。今まで事故の発生についての報告例はありませんが、今後起こった場合は報告していく考えです。区内のグループホーム連絡会の会合に参加し、情報交換を行っています。また、地域ケア会議にも参加し、より良い地域包括ケア実現について取り組んでいます。  |                   |
| 6  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる | 高齢者の権利擁護又は、身体拘束・虐待に関する研修を施設内にて開催し、また、外部研修に管理者や職員が参加しています。身体拘束廃止委員会を設置、毎月フロア会議で身体拘束について話し合う時間を設け、運営推進会議で報告を行っています。 | 「身体拘束ゼロ宣言」を行い、ポスターを掲示しています。身体拘束に関する研修を実施し、職員で人権を守るケアの確認を行っています。また、身体拘束廃止委員会を毎月開催し、身体拘束防止に取り組んでいます。身体拘束はありません。言葉で行動を制限してしまうスピーチロックに関しても職員は意識してケアにあたっています。   |                   |
| 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に注意を払い、防止に努めている                                     | 高齢者虐待のポスターはリーフレットを配布・掲示しています。また、年間研修計画の中に高齢者虐待についての研修を取り入れています。   |  |                   |
| 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                                 | 成年後見制度の外部研修に参加し学ぶ機会をつくっています。  |  |                   |

| 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 |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約また改定等の際は、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     | 契約前に施設見学をおこなっています。重要事項説明書をもって、十分な説明をおこなっています。                                |  |                   |
| 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 | 意見箱をエレベータ前に設置し来所時にご意見を言える環境を作っています。また、運営推進会議で、ご家族様に参加して頂き、様々なご意見を聞かせて頂いています。 | 家族の面会時にはその都度声かけし利用者の様子を伝えたり意見や要望を聞いています。運営推進会議では、家族代表の参加を得ており、意見を聞く機会にしています。また、年2回家族交流会を開催しています。毎月、利用者の暮らしづくりが伝わる写真入りの便りを作成し家族に送付しています。その際は、担当職員と計画作成担当者から、利用者一人ひとりの様子を伝える手紙も同封しています。家族からの意見や要望は真摯に受けとめ、クローゼット内の整理整頓を改善できた事例があります。   |                   |
| 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                  | 毎月、会議を開催し、管理者が出席するようにしています。また、個別面談を年2回開催して、様々な意見を聴く機会を設けています。                | 毎月のフロア会議・リーダー会議で職員の意見を出し合っています。管理者は、会議のほか、日常的に職員の意見や要望を聞いています。事前に議題に沿って意見を聞き、会議に出席できない職員の意見を聞く工夫を行っています。会議での意見から、1日1回は集まって話し合おうとミニ会議の実現ができました。施設長・所長による個別面談も実施しています。「利用者のために何かしたいと思っています。職員の自慢」と管理者から頑張りを承認されている環境は、職員の励みになっています。法人内の交換研修、外部研修等、研修の機会は多くあり、また、介護技術を高める「ケアプロ段位制度」の実施は、職員の士気を高めています。 |                   |

| 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 |
| 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      | 常勤・非常勤に関係なく、介護技術を評価し法人独自の認定システムの構築をおこなっており、認定者には、手当として給与アップに繋げるよう努力しています。また、8S運動(整理・整頓・清掃・清潔・安全・節約・躰・しぐさ)をおこない、働きやすい職場環境の改善を常におこなっています。 |      |                   |
| 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         | チューター制度を取り入れ、OJTをベースに人材育成に力を入れています。また、法人研修でも、1年目2年目3年目研修、チーフ主任管理者研修、専門職研修や中途採用者研修、認知症研修等に取り組んでいます。                                      |      |                   |
| 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 | GH委員会やGH連絡会など定期的に行われる会議や施設見学会に管理者や職員が参加しています。   |      |                   |
| <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           | 新規入居者様には、情報交換シートを活用し、日常生活様々な様子を職員が把握できるよう努めています。また、入居前面談で、家族様・本人様のニーズの聞き取りをおこなっています。  |      |                   |
| 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                      | 契約時にキーパーソン等に現在の不安や将来の不安を聴き出しています。困りごとや悩み事が出た時点で、職員・管理者・ケアマネに相談して貰うよう声掛けをおこなっています。   |      |                   |
| 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                  | ケアプランを作成する前に御家族様からご意見を聴き出し、プランに反映しています。自施設では対応が難しいサービスは、外部サービスとして多職種連携をおこなっています。  |      |                   |

| 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   |
| 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                       | 職員が全て行うのではなく、掃除・洗濯等ご利用者様に協力してもらっています。認知症になっても出来る所を探し、支える支援を意識しています。             |  |   |
| 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        | 外出企画にご家族様に参加して頂くなど、施設行事の参加にも協力してもらっています。家族様に音楽ボランティアに来てもらうなど、支え合う関係作りを大切にしています。 |  |   |
| 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                    | 行き慣れた喫茶店に定期的に通ったり、よく来られた長居公園へ散歩に出られるように支援しています。また、地域包括と連携し、認知症カフェに参加しています。      | 友人・知人がホームを訪問することがあります。友人の訪問時には、馴染みの美容院に出かける利用者もいます。ホーム目の前の長居公園は入居前に散歩していた利用者も多く、馴染みの場所です。併設のデイサービスセンター利用者との交流も、馴染みの人同士が顔を合わせる機会です。職員は、利用者・家族等から聞いた昔ばなしに、利用者の長い人生に思いを馳せる大切さを学んでいます。 | 利用者一人ひとりが培ってきた人間関係や社会との関係の情報を把握し、記録に残すことができるシート等工夫されてはいかがでしょうか。さらなるその人らしい暮らしの支援が期待されます。 |
| 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                | 趣味が一緒のご利用者様同士で外出企画をおこなうなど、関係構築の努力をしています。また、職員が間に入ることで、利用者様同士が関わり合う環境を作っています。    |  |   |
| 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 | 音楽ボランティアやちぎり絵ボランティアなど、利用終了しても、施設との関係を継続し、介護支援や相談をしやすい関係を大切にしています。               |  |   |

| 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>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   | ご利用者の夢や望みを聴き、御希望にそえるよう努力しています。御自身で訴えができないご利用者様には、ご家族様から聞き出す様にしています。                              | 職員は法人理念の中にある「利用者の笑顔」を中心に、5つの笑顔は広がっていくと受けとめ、一人ひとりの思いや意向を大切に把握に努めています。誕生日には、好きな食べ物や行きたい所を聞き、実現しています。ある日、利用者が「ラーメンが食べたい」とつぶやいた声を聞き、その日のうちにラーメンを食べに行きました。日常のケアの中での気づきや発見は記録に残し、職員間で共有しています。  |                   |
| 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                                       | 入居前に御本人・ご家族様に趣味嗜好をモニタリングして、現場に反映するようにしています。生活環境の変化も考えられるため、入居1ヵ月間は重点的に様子を観察し、フロア会議で検討するようにしています。 |  |                   |
| 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   | 毎日の記録の中に活動内容を記載。毎月のフロア会議で御様子の変化やADL・IADLの状況を話し合うようにしています。  |  |                   |
| 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 | 計画作成担当者が、フロア会議に出席し、ご家族様や職員の意見、ご利用者様に関わる関係者から意見を聴き、最後に管理者に閲覧し計画書の作成をおこなっています。                     | 利用者・家族の思いや希望を尊重した介護計画になっています。基本は6ヶ月毎に見直し、状態に変化があった場合は随時見直しています。介護計画の実施項目がケアプランチェック表に記載され、毎日モニタリングできます。一人ひとりの介護計画と実施記録が連動し、職員が介護計画を確認・理解できる工夫がされています。毎月のフロア会議では、利用者一人ひとりのカンファレンスを実施しています。計画作成担当者は、介護計画更新時には、事前に職員一人ひとりに意見を聞いています。また、計画作成にあたっては「本人の意見を第一にする計画。共に歩む計画」を心がけています。 |                   |

| 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 |
| 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                                     | 介護ソフト「絆」を活用し、日々のケアやご利用者様の御様子を記録しています。職員間の申し送りには別途、連絡ノートを作成し、重要ポイントを記入するようにしています。  |   |                   |
| 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                            | 施設内でニーズが満たせない場合は、外部サービスを活用しています。柔軟にサービスを提供できるように努めています。                           |   |                   |
| 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                                      | 鷹合虹の会・ふれあい喫茶・介護予防ポイント事業・アロママッサージなど地域の資源を活用し、生活の質を高める支援を行っています。                    |   |                   |
| 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                                 | 事業所の委託医を基本に、地域の医院に都度、受診するようにしています。また、ご家族様・本人様希望の病院に定期的に受診しています。                   | 月2回、委託医の往診があります。入居前からのかかりつけ医への受診は、希望があれば可能です。希望の医療機関への受診は、基本は家族に付き添ってもらいますが、職員が付き添うこともあります。認知症専門の往診もあります。週2回の訪問看護師や併設のデイサービスセンターの看護師による健康管理も行っています。 |                   |
| 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                          | 週2回の訪問看護師による健康チェックをおこなっています。また、併設のデイサービスの看護師と緊急時は連携しています。                         |   |                   |
| 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。 | 入院時看護サマリーを病院側に提供し、入院しても円滑な看護が出来る協力体制を作っています。退院時カンファにも参加し、退院後の生活を安心して送れるよう支援しています。 |   |                   |

| 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 |
| 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 | 契約時に重度化した場合の方針の説明をおこなっています。状態が悪化した時点で、ご家族様に今後の方向性を相談し、ご家族様の御希望に添えるよう努めています。   | 「重度化した場合における対応に係る指針」を作成し、入居契約時に家族に説明しています。原則として、口から食事がとれなくなった時に、特養等への移行を勧めることにしています。重度化した場合、主治医の判断を踏まえ、家族・管理者で話し合い、意向を確認しています。これまでにホームで看取ったケースがあります。                              |                   |
| 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   | 定期的に救命救急の講習を施設内で実施しています。また、急変時や事故発生時は、管理者に連絡する体制を取っています。                      |   |                   |
| 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回避難訓練を実施。緊急避難先を地図で事務所に掲示する対策を講じています。  | 避難訓練は自主訓練を年2回実施しています。消防署立ち合いでの訓練の年もあります。災害対応マニュアルも策定しています。消火器の設置場所が床面でわかり難いことから、壁面上部に消火器のイラストを貼り、目につきやすい工夫がされています。平成30年9月の台風では、職員の出勤方法に工夫し、今後の災害時に経験を活かしていく考えです。非常災害時の備蓄も準備しています。 |                   |
| <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   | 入職時に、マナー研修を実施。第三者から聴いて、気持ちよい言葉遣いが出来るよう、徹底しています。                               | 「法人創業の心『お役立ちの心』を胸に『おもてなし』で一人おひとりのお役に立てる一人でありたいと思います」とパンフレットに紹介し、職員は実践しています。気になる言葉遣い等、注意がしあえる職場環境です。オムツ交換を「下着交換」と呼ぶなど、利用者のプライバシーを守る工夫がされています。                                      |                   |
| 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   | 入浴の時間や曜日の希望があれば、個別対応しています。食事も外食したい場合は、職員配置に問題ない範囲で個別対応をしたり、家族様に協力をしていただいています。 |   |                   |

| 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 |
| 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 | 起床時間を設ける事無く、ご利用者様に合わせて一日をスタートしています。ご利用者様とコミュニケーションを図り、1人1人に合った、ペースで過ごして貰うよう支援しています。             |   |                   |
| 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                                  | メイクをサービスとして導入。「いつまでも美しく」をモットーに、希望に添って身だしなみ等職員が支援しています。外部講師の先生からも、レクチャーを受け男性職員もメイクが出来る体制を作っています。 |   |                   |
| 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     | 日々の食事は、仕分けや食器の準備など手伝って頂ける方に声掛けをさせて頂いています。行事の時は、ケーキ作りや昼食・夕食と一緒に作って頂く機会を設けています。                   | 食事は、業者からチルド食品が届き、炊飯と汁物については、ホームで対応しています。盛り付けや片付け等を職員とともに行っていきます。おやつを利用者と一緒に作ることもあります。ホームのキッチン、オープンキッチンを採用して、利用者と職員が常に顔を見ながらコミュニケーションを取ることができるよう配慮した作りになっています。また、職員は、利用者が安全で楽しく食事を摂ることができるよう、さりげないサポートや見守りをし、明るい雰囲気作りにも努めています。日勤職員が利用者と同じものを食べ、「美味しいですか」ではなく「美味しいですね」の声が聞こえます。利用者が残したものから、「なぜなのか」を考えて下膳することも心がけています。 |                   |
| 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          | 管理栄養士が献立した、給食会社に日々の、お食事を提供。摂取量や水分量を記録に残し、最低限の水分摂取の把握に努めています。また、個別でカロリー・メイトゼリーなどを提供しています。        |   |                   |
| 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                   | 毎食後の口腔ケアの支援を実施。義歯の方は夜間、消毒の支援をおこなっています。週1回の訪問歯科による口腔内の洗浄・指導をおこなっています。                            |   |                   |

| 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 |
| 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  | 必要な方のみ、おむつ・パッドの使用をおこなっています。不必要な方には、ご家族様に相談し、布パンツの購入を促しています。  | 職員は利用者の排泄パターンを把握し、様子を見ながら声かけやトイレ誘導をしています。トイレでの排泄を基本としています。オムツ使用の利用者をトイレに座ってもらおうと提案できる職員が育っています。オムツ使用で退院した利用者が、トイレ誘導を丁寧にすることで、布パンツに変更になった事例があります。居室にトイレがあることも、気兼ねなく使うことができ、排泄の自立に繋がっています。 |                   |
| 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                  | 日中の活動の中に、歩行運動も取り入れ、腸の活性を促しています。水分摂取量にも注意しています。朝食にヨーグルトを摂取して貰うなど、食事面でも工夫しています。                            |  |                   |
| 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 | 朝から夕方まで幅広い時間帯で入浴して貰うようにしています。週2日～3日の入浴を基本に、年齢や体調に合わせて都度変更しています   | 入浴時間は基本、月曜から土曜日の午前中で、夜間の入浴も可能です。週2回から3回の入浴で、日曜日に入浴することもできます。入浴を好まない利用者には、無理強いすることなく、日や時間を変えて声かけしています。  |                   |
| 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                   | 寝付けない方には、温かい飲み物を飲んでもらったり、眠るまで傍につき添ったり、個別に対応しています。  |  |                   |
| 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              | お薬手帳や処方箋をケース記録ファイルに保管。薬担当者を付け、処方ミスが無いが、徹底しています。  |  |                   |
| 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 | 編み物が好きな方は、職員がフォローし楽しんでもらっています。お酒が好きな方は、地域の居酒屋に外食する事もあります。お散歩が好きな方は、長居公園や買い物に同行してもらって、散歩の機会が増えるよう努力しています。 |  |                   |

| 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 |
| 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                      | 天候に合わせて外出時間、場所を変更し、外出機会を増やせるよう努力しています。また、ボランティアの協力や、実習生の協力で、外出頻度が増えるよう支援しています。                                  | 個別外出は、ホームとして力を入れている支援です。ホーム前の長居公園の散歩は日常的なものになっています。季節ごとの外出、利用者の希望による外出は、利用者や家族に好評です。最近では、あべのハルカス、心斎橋のお好み焼き屋、外食等に行きました。長居公園での季節毎の写真で、1年のアルバムを作りたいと楽しみにしている職員もいます。4月の各フロアの目標は、「暖かくなったので、外出の機会を増やそう」「たくさん空気を吸おう」でした。        |                   |
| 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  | ご希望に応じて、お金を持参して頂いていますが、基本は施設立替にて、好きな物を購入して頂いています。   |  |                   |
| 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   | 携帯電話を持って頂いたり、手紙や年賀状を書かれる時は、職員がサポートしています。  |  |                   |
| 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 | 長居公園が見渡せるよう、ガラスの部分を広くとっています。リビングのテーブルやソファを居心地良く過ごして貰うよう、配置変更したり工夫をしています。ピアノを置いて、職員やボランティアがいつでも演奏できるように、考慮しています。 | 長居公園の向かい側に建てられたホームで、リビングの窓一面から、緑いっぱい景色を眺めることができ、四季折々の自然を感じることができます。リビングも季節感のある飾りつけです。飾り付けは、大人の飾り付けを工夫しています。ソファの配置にも配慮し、くつろげるスペースがあります。8S(整理・整頓・清潔・清掃・安全・節約・躰・しぐさ)運動は、居心地のよい環境作りに活かされています。夜勤者がフロアの清掃や消毒を行い、感染症予防にも努めています。 |                   |
| 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  | 気の合った利用者様同士でお話しが出来るよう、席順の検討をしています。一人でも安心して過ごして頂けるように、少し離れた場所にソファを設置しています。                                       |  |                   |

| 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 |
| 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、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている | 入居時に、キーパーソンの方に、使い慣れた家具があれば、持ってきて頂くように声掛けをしています。絵画が好きな方は、居室に飾られています。          | 各居室は明るく、洗面台とクローゼットが備え付けられています。トイレ付きの居室もあります。居室扉には表札を表示し、利用者に分かりやすくしています。居室には、テレビ、椅子やテーブル、家族の写真等、利用者の使い慣れた馴染みの生活用品を持ち込み、その人らしい安心できる居場所を作っています。利用者一人ひとりの過ごし方を尊重し、寛げる居室作りを大切にしています。 |                   |
| 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   | トイレや居室など、分かりやすく掲示するなどの工夫をしています。また、車椅子自走の方でも、不便なく移動できるよう、共有スペースを広くとる配慮をしています。 |  |                   |