

### 1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】(2階フロア)

|         |                   |            |            |
|---------|-------------------|------------|------------|
| 事業所番号   | 2775004332        |            |            |
| 法人名     | 有限会社 ほほえみ         |            |            |
| 事業所名    | グループホーム ほほえみの郷    |            |            |
| 所在地     | 大阪府東大阪市上四條町11番28号 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成28年5月19日        | 評価結果市町村受理日 | 平成28年6月20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28年6月3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)】

地域住民・地域包括支援センターと連携を密にとり、地域行事等社会参加できる機会を持てるよう心がけている。本人らしさを大切に、本人を中心とした介護に重点を置き取り組んでいる。

【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)】

事業主体は、(有)ほほえみである。運営者が長年東大阪市の福祉現場の最前線に従事し、定年退職をきっかけに、老人福祉への熱意とそれに賛同するベテランスタッフの想いが一致してスタートした。ホームは、平成16年9月に、3階建ての、2~3階部分に、2ユニットで開設した。1階にはデイサービスが在る。ホームは、生駒山の麓に位置し、自然豊かな生駒山の樹木の緑や遠くには、大阪、堺までも眺望できる。近隣には、戸建住宅や蔵のある古いお屋敷も在る閑静な住宅地域である。利用者は自然に囲まれて四季を楽しみながらの閑静な暮らしがある。利用者本意を目指して家族の費用負担の軽減も図っている。看護師を配置し、医療連携体制を構築して、看取りの介護も実施している。理念を「いつまでも ほほえみうかべて 暮りたい」として、実践している。

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. ほほ全ての利用者の<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. ほほ全ての家族と<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. ほほ毎日のように<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. ほほ全ての利用者が<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とした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)  | ○                     | 1. ほほ全ての利用者が<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、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○                     | 1. ほほ全ての職員が<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. ほほ全ての利用者が<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. ほほ全ての利用者が<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. ほほ全ての利用者が<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. ほほ全ての家族等が<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、安心して暮らせている<br>(参考項目:28) | ○                     | 1. ほほ全ての利用者が<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                            | 「いつまでも微笑みうかべて暮らしたい」の法人の理念をもとに、利用者様が地域の中で又、地域の一員として過ごせる環境作りを職員一人ひとりが努力している | 事業所の理念を「いつまでも、ほほえみうかべて、暮らしたい」とし、理念をホーム内に掲示して、全職員が理念を共有するように徹底を図っている。家庭的な環境にもとでの日常生活のお世話と心身の機能訓練と地域の中での自立した生活を目指している。     |   |
| 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                            | 地域行事に積極的に参加し、施設行事には地域住民の協力を得ている。  | 地域で開催される各種の催事に積極的に参加している。夏祭りのだんじり、公園の花見、ふれあい喫茶、近隣の散歩等やボランティアの有志のハーモニカ演奏等での交流もある。運営推進会議や避難・救出訓練にも地域の人々の参加がある。             | 今後は、可能な限り地域の中で利用者が自立した生活を営むことが出来るように、そして、地域住民から信頼される施設として認められるように、地域住民との交流の頻度を高め、社会資源の利用等の取り組みが期待される。 |
| 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                          | 地域運営推進会議を開催し情報を交換している   |  |   |
| 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       | 参加者からの意見を聞き入れ、改善点を真摯に受け止め、改善に取り組んでいる                                      | 平成27年度は、年6回開催して、延べ56名の参加があった。参加者は、利用者、家族、地域住民、地域包括支援センター職員、管理者、計画作成担当者等の参加で、事業所の運営全般について、双方向的な会議を実施している。                 |   |
| 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                 | 地域包括支援センターと連携をとっている。又、東大阪介護保険事業者連絡協議会に加盟し市へ積極的に現状を報告している。                 | 市の高齢介護課の担当者とは、日常的に相談・情報交換・指導等を受けながら協力関係を築いている。運営推進会議時にも、地域包括支援センター職員と各種ケア情報を伝え、話し合い、連携して、ケアの質を高める様に取り組んでいる。              |   |
| 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「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、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる | 開設当初より「身体拘束廃止宣言」を掲示し、施設内身体拘束等廃止委員会を設置している。                                | 全職員は、身体拘束をすることの弊害を理解している。施設内に身体拘束廃止委員会を設置して、身体拘束ゼロを目指したケアに取り組んでいる。日中は、玄関は施錠はしていない。利用者の出入りには、見守りを重視し、できる限り開放感が得られる様にしている。 |   |
| 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に注意を払い、防止に努めている       | 施設内身体拘束等廃止委員会を中心として虐待に関する研修等に参加し、伝達している。                                  |  |   |

| 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 |
| 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に支援している   | 多職種と連携をとり、実際に活用している。外部研修等、積極的に参加し学ぶ機会を持っている。    |  |                   |
| 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                         | 契約締結前に面談を行い、本人及び家族様等の意思や意見を尊重しながら行っている。         |  |                   |
| 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                     | 苦情ご意見BOXを設置し、内容・回答を掲示すると共に、広報誌に掲載し全スタッフに意識付けている | 苦情相談窓口を設置し、意見・苦情・不安への対応をしている。3ヶ月に1回「ほほえみ通信」を発行して、各種行事、季節の便り、誕生会等を家族に報告している。家族の訪問時にも、意見・提案等を傾聴して、それらを、施設運営に反映させている。 |                   |
| 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                                      | 月1回フロア会議を開催し、会議録を提出。必要に応じて代表者の意見や意向を交え反映している。   | 毎月開催する、フロア会議で職員の様々な意見・提案等を聞く機会を設けている。特に、施設長及び管理者は、職員との意思疎通を重視して、各種の業務上の意見交換を行い、話し合い、動機づけを行い、スキルアップを図っている。          |                   |
| 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      | 管理者から代表者に随時報告すると共に、スタッフのチームワークを重視している。          |  |                   |
| 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         | 施設内部・外部の研修を促している。                               |  |                   |
| 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 | 東大阪介護保険事業者連絡協議会に加盟し、サービスの向上に努めている。              |  |                   |

| 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 |
| <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 | 契約締結前に、本人の訴えや希望を傾聴しながら、信頼して頂けるような関係を構築し、安心できるサービスを提供するよう努めている。                               |   |                   |
| 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            | 契約締結前に家族様等からの訴えを傾聴しながら、信頼して頂けるような関係を構築し、安心できるサービスを提供するよう努めている。また、ケアチームの一員として重要な存在であると認識している。 |   |                   |
| 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        | 聞き取りや相談を受ける中で関係者の意見を交えながら現在必要としている支援の情報を提供し本人と家族様等が望むサービスが提供できるよう努めている。                      |   |                   |
| 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                        | 全スタッフが傾聴及びコミュニケーションを通じ本人に寄添ったケアを目指し、又本人を中心とした介護が提供できよう努めている。                                 |   |                   |
| 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         | 家族様等をケアチームの一員と認識し、情報の共有を家族様等と全スタッフが行い計画作成担当者を中心に検討している。                                      |   |                   |
| 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                     | 面会や外出を通じ人との関係が途切れないよう努めている。特に面会時間は設けていない。  | 利用者の生活歴や家族からの情報を収集して、従来からの生活の継続性を確保した支援をしている。親しい友人、親族、ボランティアの人々の訪問や馴染みの喫茶店、スーパーでの買い物、美容院等や家族とのドライブ、外食等での支援に取り組んでいる。 |                   |
| 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                 | スタッフが状況を見ながら、孤立することが無いよう声かけや利用者様と共に参加できるよう努めている。   |   |                   |

| 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 |
| 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                    | 管理者を中心に相談を受けつつ関係機関やスタッフを含め支援するよう努めている。                       |   |                   |
| <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   | 何気ない会話等でコミュニケーションを図りその人の思いや暮らしの希望、意向に添えるよう努めている。             | アセスメントシート(センター方式シートの暮らしの情報、焦点情報)、日々の関わり、利用者の言動、日誌等により、利用者の生活歴や暮らし方の希望・意向を把握している。把握しづらい面については、家族との意思疎通を図り、利用者の自己決定を促がす対応がある。 |                   |
| 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                                       | センター方式を活用しながらその人の生活歴や環境等の整備を行い馴染みのある暮らしができるよう努めている。          |   |                   |
| 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   | スタッフ一人ひとりが居室担当責任者とし配置し、又フロアー会議を通じスタッフ間で共有、確認を行っている。          |   |                   |
| 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 | 計画作成担当者を中心に本人の意向、家族様等の意見、居室担当責任者の意見、フロアー会議、モニタリング等により作成している。 | アセスメント表、診断書、ケース記録(電子ソフトを導入、各利用者の一日の行動パターン、食事、水分、排泄等をパソコンに入力)、個人記録固定情報を収集して、介護計画書を作成する。職員が毎日作成の個別チェック表を基にモニタリング記録表で評価する。     |                   |
| 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                        | 個別記録だけでなく、スタッフ間の意見交換や様々な記録により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               | 可能な範囲で取り組んでいる。   |   |                   |

| 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                                     | 家族様や、地域運営推進会議、東大阪介護保険事業者連絡協議会等で地域資源を把握し、利用者様の意思決定のもと、安全で豊かな暮らしを楽しむ事が出来るよう努めている。               |  |                   |
| 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                                | 契約締結時に協力医の説明、往診及び受診、緊急時の対応、ターミナル時の対応等適切な医療を受けることが出来るよう支援している。また、希望のかかりつけ医へも日常生活の近況報告をおこなっている。 | 本人及び家族の希望を尊重して、これまでのかかりつけ医が継続される。事業所の協力医療機関での受診を希望する場合には、本人及び家族の納得と同意を得て受診ができるように支援をしている。  |                   |
| 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                         | 随時、看護職員に相談、報告を行い指示を受け対応している。  |  |                   |
| 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 | 協力医療機関と契約している。入院時はサマリー及び情報提供書を作成し、本人や家族様等の意向を交えながら、早期の退院にむけ、入院先の相談員等との連携を密にしている。              |  |                   |
| 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 | 契約締結時に説明を行い、おおまかな意見を聞き取るようにしている。また、看取り指針を策定し、本人や家族様等の希望に添えるよう協力医等を含め努めている。                    | 「重度化した場合における看取り指針」があり、契約締結時に利用者と家族に説明を行い、関係者との連携が取られている。主治医が終末期と判断した場合には、終末期確認書で本人・家族の意思確認をして看取り介護計画書を作成する。看護師を配置し、医療連携体制を構築して、既に、看取りの経験もある。 |                   |
| 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   | 「緊急時及び急変時の対応マニュアル」を策定している。  |  |                   |
| 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   | 防災防火対策委員会設置し、年2回程度の避難訓練を実施。また、地域運営推進会議を通じ、近隣住民の参加も促している。                                      | 年2回の避難・救出訓練は実施している。非常災害時マニュアルや緊急時夜間連絡体制等も作成している。運営推進会議でも災害時の協力体制を話し合い、協力体制を構築している。防災防火対策委員会を設置して避難訓練も実施し、スプリンクラーも設置している。                     |                   |

| 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                   | 個人に応じた声かけや対応に努めている。  | プライバシー保護に関するマニュアルを作成して、職員の研修も実施している。接遇に関しても、全職員が対人援助サービスの知識や技術を身につけるように取り組み、人生の先輩に対して、尊厳やプライドを損ねない対応を図っている。            |                   |
| 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                     | 利用者様本人の思いや希望をさりげなく聞き取り、また、スタッフの都合にならないよう選択しを設定し、その時の気分や体調によって、自己決定が出来るよう働きかけている。           |  |                   |
| 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 | 日課を基本としながら、本人のペースに合わせている。  |  |                   |
| 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                                  | 訪問美容や、理美容室に行く等、本人の希望する方法で支援し髪型や毛染め等も自己決定が出来るよう支援している。また、衣類等も制限はおこなっておらず本人の好む格好で過ごしてもらっている。 |  |                   |
| 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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている     | 全体の状況を見ながら、準備や片付け等を一緒に行っている。   | 献立表は食事担当職員が作成する。朝食の食材は職員が近くのスーパーで仕入れて、汁物、ご飯はホームで調理する。昼食は給食弁当で行い、夜は外部業者が準備する。毎日楽しみながらのおやつ作りがある。嗜好調査は随時行い、安心・安全な食事提供がある。 |                   |
| 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          | 食事摂取量、水分摂取量を記録し必要量の把握をしている。  |  |                   |
| 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                   | 協力歯科医の訪問歯科を週1回受診している。また、食後に個別に応じた口腔ケアを行い、口腔状態の維持に努めている。                                    |  |                   |

| 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 |
| 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                              | 排泄チェック表に記入し、排泄パターンの把握に努めている。本人の状態に合わせ紙パンツから布パンツへの移行、便座での排泄を本人の負担にならないよう支援している。        | 排泄チェック表で排泄パターンを把握して、トイレ誘導を促がしている。あくまでも、自立を目指した排泄支援に取り組んでいる。  |                   |
| 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  | 乳製品の摂取やかかりつけ医、協力医へ相談の上、緩下剤の服用を行っている。  |  |                   |
| 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                             | 週二回以上の入浴を基本とし、体調や希望にあわせ極力対応している。  | 入浴は利用者の体調や希望に合わせて柔軟に対応している。入浴拒否の場合には、日時変更、清拭、足浴、シャワー浴で対応している。個浴槽の他に「座シャワー」の機具を設置し、個浴槽での入浴困難者が利用している。入浴剤での楽しみながらの入浴もある。 |                   |
| 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   | 状況及び状態に合わせて、リビングや居室で過ごすことができるようにしている。   |  |                   |
| 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  | 薬剤情報を処方時に添付してもらい個別ファイルに保存し、全スタッフが理解及び把握するようにしている。状態に変化が見られれば、協力医及びかかりつけ医に報告し指示を仰いでいる。 |  |                   |
| 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                             | 役割は決めておらず、その時々自主性を大切にしている。又、その時々状況に応じ臨機応変に対応している。                                     |  |                   |
| 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 | ホームの立地により車両を使用するの外出が多く、又運転免許所有のスタッフが少なくとスタッフの配置上その日の外出は困難となっているが、家族様等に協力してもらっている。     | 利用者の体調や心身状況を考慮して、近隣の散歩、買い物、お花見、お祭り等での外出支援がある。ホーム前が急な坂道で、利用者のADLの重度化による車椅子での外出に対応する為に、電動リフト車で車椅子を牽引しての外出支援も工夫している。      |                   |

| 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  | 契約締結時に本人の希望、家族様等の意向を確認し、それにしたがって管理している。又、買い物等の支払いの際は極力ご自身の手で行ってもらい金銭についての実感を感じられる支援を行っている。     |  |                   |
| 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   | 本人や家族様の希望により対応している。又、契約締結時に個人情報保護規定を作成し、外部からの連絡や面会は規定にもとづき対応している。                              |  |                   |
| 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 | 室温は外気温との差を考慮し設定している。利用者様が毎日、快適に過ごす場所であることから、極力一緒に掃除を行い、清潔保持に努めている。飾り付けについては、幼稚にならないよう注意を払っている。 | 玄関周辺には、季節の野菜、草花、樹木等が植えられている。採光で明るい、居間兼食堂からは、窓を通して、生駒山の自然の樹木の緑や市内や遠くは、大阪、堺までが眺望できる。共用空間には、テレビ、カラオケセット、ソファ、季節の花等や壁には、手芸品、カレンダー等を飾り、生活感や季節感がある。 |                   |
| 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  | 施設の構造上、共有部分がリビングしかないが居場所については特に定めておらず、自身の居室で自由に過ごせるようにしている。                                    |  |                   |
| 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   | 家族様等に協力を仰ぎ使い慣れたものの持込を認めている。又、居室担当責任者を配置し利用者様の希望に沿った環境整備や配置等を利用者様と共に行うよう努めている。                  | 居室には、馴染みの家具、テレビ、家族の写真、お仏壇等従来の生活の継続性を確保している。居室の窓からは、生駒山の木々の緑が観えて、季節を感じながらの楽しい暮らしがある。ナースコール、スプリンクラーを設置し、安心・安全を確保した環境が在る。                       |                   |
| 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   | 分かりやすい掲示物等を活用しながら工夫している。   |  |                   |