

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	2674000209		
法人名	社会福祉法人 未生会		
事業所名	グループホーム ラポールしらかば 1F		
所在地	京都市西京区榎原盆山15-8		
自己評価作成日	平成27年2月15日	評価結果市町村受理日	平成27年6月12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	true&JigyosyoCd=2674000209-00&PrefCd=26&VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/26/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kan>true&JigyosyoCd=2674000209-00&PrefCd=26&VersionCd=022
----------	---

【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 市民生活総合サポートセンター		
所在地	〒530-0041 大阪市北区天神橋2丁目4番17号 千代田第1ビル		
訪問調査日	平成27年3月27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)】

法人理念「帰家穏坐」は、旅からかえった家人が穏やかに坐れる家庭をつくる。と事業所の方針である「一人ひとりの生活リズムを尊重する。」を基本に、普通の「家」「家庭」のような居場所を提供する事を目標にしている。
ただ介護をするという視点ではなく、暮らしの中でその方の困っている事や今までは出来ていた事が難しくなってきた事を支援することでなるべく本人にさせていただくという想いで日々関わっている。利用者、家族、支援者が互いに信頼関係を築き共に暮らしていると言う事を実感していただける環境作りを職員全員心がけている。

【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)】

法人理念の基、家庭的な雰囲気の中で利用者の居場所を確保し、またホームの目標として「利用者のペースを尊重する」掲げ、利用者一人ひとりの出来る事を大切にながら利用者の生活リズムに合わせ、食事や入浴、外出など思いにそった支援に努めています。職員は会議やミーティングで話し合い、ケアの統一を図り気づきがあれば付箋などを利用し職員間で情報を共有しています。終末期の支援においてはこれまでに多くの看取り経験があり本人や家族の希望の意見を基に協力医や訪問看護師と連携しながらその人らしい最期を迎えられるよう支援に取り組んでいます。地域においてはこれまでの取り組みの継続のほか、運営推進会議時にサロンの情報をもらい利用者に参加したり、民生委員や老人福祉委員が集まる際に認知症の出前講座を行うなど認知症の理解を深めています。

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 ↓該当するものに○印		項目		取り組みの成果 ↓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 (参考項目:23,24,25)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 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 (参考項目:9,10,19)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	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 (参考項目:4)	○	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない
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 (参考項目:36,37)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
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 (参考項目:30,31)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
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 (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				

自己評価および外部評価結果

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
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を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	法人理念の「帰家穏坐」を基本にして、職員で話し合い考えた事業所の方針「ひとりの一人の生活リズムを尊重します。」を全員で共有し日々実践するよう心がけている。	法人理念を玄関にわかりやすく文章化したものを掲示し、年度始めには理事長より理念について話を聞く機会があり、ホームで伝達しています。またホームの目標も職員で話し合い作成し、年度末には振り返りを行い、職員は一人ひとりのリズムに合わせた生活が送れるよう支援しています。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	利用者と一緒に近所へ回覧板を持って行ったり自治会の行事に参加している。日用品や食品等日々の買い物も近隣のスーパーや商店へでかけている。	自治会の行事である地蔵盆や敬老会、防災訓練に参加しています。民生委員から情報をもらい健康サロンに利用者と一緒にいたり、認知症の出前講座にも取り組み、地域のボランティアや中学生の受け入れを行い認知症を知ってもらう機会にしています。隣に住むオーナーより魚や野菜が届いたり、可動の手すりや庭にテラスや椅子、テーブルを作ってもらうなど日常的に関わりを持っています。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	地域の集まりや会議への参加やへの理解を伝えている。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	2ヶ月毎に開催して事業所としてのサービスの取り組み状況や家族に対するサービスの取り組み状況を報告し検討したり意見交換している。	会議は2ヶ月に1回家族、民生委員、地域包括支援センター職員、地域のグループホーム管理者などの参加を得て開催しています。ホームの近況や行事の報告を行い意見交換をしています。地域の情報や認知症出前講座の提案をもらい一緒に実現させたり、認知症カフェの開催に向けての話し合いも行うなど有意義な場となっています。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取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	運営推進会議の議事録を直接届けたり、行政主催の会議に参加し介護保険・高齢者福祉に関する情報提供等連携を図っている。	運営推進会議の議事録を窓口を持って行った際には担当者と話をするようにしています。2ヶ月に1回実施される地域の会議に参加し、行政からの報告もあります。また市からの研修案内やアンケート調査などにも参加し連携に努めています。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 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	定期的に職員会議等で議題にして検討したり、意見交換をしている。運営推進会議でも相談や意見を求め話し合いを行い出入口等を施錠しないケアに取り組んでいる。	年に1回市からの身体拘束に関するアンケートがあり、その際に会議で振り返り、話し合いをしています。転倒の恐れから床で寝てもらう事は拘束ではないかという事や日々のケアの中で座って下さいという言葉掛けについても日常的に職員間で話し合われています。玄関、ユニット入口は施錠せず、過去に離設もありましたが家族とも話し合い、対応を検討し自由な暮らしとなるよう努めています。	
7		○虐待の防止の徹底 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	拘束に繋がるような言動や支援等をミーティングや申し送り等で話し合いや意見交換を通して正しく理解する事で防止につとめている。		

グループホーム ラポールしらかば(1F)

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 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	外部研修に参加して伝達研修を行ったり、後見人に直接相談して活用方法を聞いて家族に伝える支援をしている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	文書や口頭で説明し理解をしていただいている。個別にも話し合う機会を持ち理解、納得していただくよう努めている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員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	毎月個別に近況報告を送付して支援についての意見・要望を聞いたり、アンケートを実施して意向や改善案等聞く機会を設けている。運営についての情報等は文書やしらかば通信で公開している。	利用者の要望については日々の関わりの中で聞いており、家族の意見は面会時や電話で聞いたり、毎月の手紙で問いかけ返答してもらえるように工夫しています。また家族会時にアンケートを取り様々な意見を聞いています。得られた意見は職員間で話し合い、年に4回発行しているラポール通信でも改善案を掲載し伝えています。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	管理者等が個別で面談したり、ミーティングや職員会議等で意見や提案等聞く機会を設けている。	職員は月1回の会議や毎日のミーティングで意見を出し合い話し合っています。「私の提案」としてアンケートがありいつでも意見が言える環境となっています。今年度は法人の委員会を通して全職員の面談があり、また委員会活動も本格化し意見が出しやすい体制となっています。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	法人本部で毎月1回の業績検討会議にて状況報告し改善案等を検討したり、ハラスメント委員会・衛生推進委員会の会議等で話し合う機会を設け整備に努めている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	外部・内部研修開催を回覧板で案内する。希望者になるべく参加出来るよう勤務の調整をしている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、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	協議会や協会等に入会して定期的に会議・勉強会・研修・親睦会等に積極的に参加し交流を図っている。		

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
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、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	電話による相談を始めとして、自宅・施設・入院先等に訪問したり、見学时に本人や家族の思いや希望等聴いて生活歴等の情報を収集してアセスメントしている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 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	同上		
17		○初期対応の見極めと支援 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	本人及び家族の意向を聴き、他のサービスについても説明して希望の実現に向けた様々なサービス利用の選択肢を提示している。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 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	本人の能力・状態を把握し暮らしの中で相互協力していると言う事を意識して支援する事を心がけている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 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	本人の状態の変化や様子を常に細かく報告したり、家族の意向を聞いて情報の共有を図り、本人の生活がよりよくなるように一緒に考え支援につとめている。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	いきつけの美容院への継続、友人・知人との外食や手紙のやり取り、法事の参加や墓参り等、家族と連携しながら継続出来るよう支援している。	友人や以前住んでいた自宅の近所の方の訪問があり訪問の際は居室でゆっくり過ごしてもらえるように努めています。これまでの馴染みの美容室へ職員が送迎したり、一緒に自宅に帰ったり、家族と法事や墓参り、外食に行く際には準備などの支援をしています。また電話の取り次ぎや季節のハガキを書く支援もしています。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	気の合ったグループで外出したり、家事等の軽作業やレクリエーションを一緒に出来る機会を持てるよう努めている。		

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 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	看取りで退去された後も家族が遊びに訪ねて来たり、家族会への招待したりと今も交流が続いている。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	本人や家族から暮らしや好みについての意向を聴いたり、利用していたサービス事業所からも情報を得たり、日々関わりの中で会話や表情等からも思いを汲み取るよう努めている。	入居時に自宅や病院など利用者や家族、関係者と面談し、生活歴や暮らし方、思いを聞いてセンター方式にまとめています。入居後はアセスメントシートに思いを把握出来る欄を設け、身体や精神状態の把握に努めています。困難な場合においても関わりの中で表情やしぐさを見たり、答えやすい聞き方などを工夫し、家族にも聞きながら職員間で検討しています。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	本人・家族の他、友人や担当介護支援専門員や利用していたサービス事業者からも情報収集している。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	日常生活表、個人記録、申し送りノート等で職員かかりつけ医等情報の共有を図っている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	随時変化がみられれば月1回の職員会議、カンファレンス等で話し合い家族、主治医、リハビリ等の関係者と共に話し合いアセスメントして計画をたてる。モニタリングは3ヶ月毎にしている。	アセスメント時に利用者や家族の思いや今の状態を把握し、一人ひとりの課題を見出し介護計画が作成されています。毎月の会議や毎月のミーティングで職員間で話し合い、モニタリングを3ヶ月に1回実施し計画の見直しにつなげています。医師の往診時に個別の詳しい状況をもらい必要があれば計画に反映しています。また2階ユニットでは付箋を使い気付きなどを出し合い見直しに活かしています。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	ミーティング等で日々の気づきや変化を話し合って情報の共有を図り、個人記録や日常生活表に日々の様子を記録して会議等で話し合っている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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			

グループホーム ラポールしらかば(1F)

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 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	自治会の行事や地域のサロンに出掛けたり、イベント等に参加している。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	入居前からのかかりつけ医の継続も可能と説明して上で、協力医の受診を選択していただいている。往診の結果等は書面で家族に郵送して、意向を聞きながら方針を決めていただき、必要に応じて他の医療機関との連携も支援している。	協力医による往診が2週間に1回あり、往診以外の週に1回同じクリニックの看護師による訪問もあり健康管理も行ってもらい、また24時間オンコール対応となっています。受診結果は個別のふれあいノートに詳しく記載され、家族に報告しています。専門医への受診の際は協力医に連携を取ってもらい、基本的には家族が対応しています。また希望により訪問歯科による口腔ケアやリハビリ、マッサージを受けています。	
31		○看護職との協働 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	2週間に1回の訪問看護で心身の状態を伝え時に相談して必要に応じて協力医との連携を図っている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、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。	入院前は協力医からの診療情報提供や生活面での情報提供をする。退院時には、家族・病院関係者とのカンファレンスに参加して退院後の生活がよりよく出来るよう話し合っている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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	本人・家族、協力医、職員等と話し合い意向を聴いて事業所の出来る事出来ない事を説明し方針を決めてもらい情報を共有し、なるべく希望に沿えるよう取り組んでいる。	入居時に重度化の対応について指針にそってホームで出来る事出来ない事を説明し、緊急時の搬送などの対応も聞いています。体調など変化があれば医師から家族に説明し、ホームからもあらためて出来る事を説明しています。希望のもとこれまでに十数名の看取りを行い、支援にあたっては緊急マニュアルを作成しチームで取り組んでいます。支援後には職員間で振り返りを行い次につなげています。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	利用者個々に緊急・急変マニュアルを作成して対応を職員が共有している。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	地域の防災訓練に参加したり、運営推進会議や地域の会議等で意見交換したり、年2回避難訓練を実施して職員全員で避難方法等や災害時の対応について話し合っている。	年に2回消防訓練を実施し、1回は消防署参加の下、通報や消火器、避難誘導の訓練を行い、1回は独自で話し合いを行っています。消防署より夜間に火災が起きた場合の誘導方法についてアドバイスをもらっています。運営推進会議で話し合ったり、隣のオーナーにも協力を依頼しています。	

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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	日頃から利用者の立場に立って不快な言葉かけや対応をしないよう心がけている。不適切な言動が見られた場合は職員間でその場で注意し合ってミーティングや会議等で話し合っている。	職員会議や毎日のミーティング時に事例を基に話し合ったり、上から目線になっていないかなど振り返りを行っています。トイレ誘導時の声掛けやトーンについて気をつける事を常に念頭におきながらケアする事を伝えています。不適切な場面が見られた際は職員間で注意し合うように努めています。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	自己決定出来る事は勿論、意思表示の難しい場合には、関わりの中で表情や言動等で想いを汲み取るよう努力している。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、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	事業所の目標にして職員が共有している。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	本人の希望や意向を聴いたり、難しい場合は家族の要望を聴いて出来るよう支援している。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	事前に献立を決めてしまわず、その時に食べたい物を聴いてメニューを考え買い物へ行ったり、一緒に準備をしている。	その日に利用者の希望を聞いて献立を決めて、買い物に行っています。利用者には野菜の下ごしらえや炒めてもらったり、盛り付け、後片付けなど出来る事を利用者のペースに合わせて行ってもらっています。職員も一緒にさりげなくサポートし談笑しながら食事をしています。また出前を取ったり、近所の焼肉屋にみんなで رفتったり、個別や少人数で希望を聞きながら外食を楽しんでいます。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	一人ひとりの状態に応じてメニューを変更して、食べやすい形状にしたりと工夫している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	出来る方には声かけをして、出来ない方は職員が援助している。定期的に訪問歯科による口腔ケアを実施している。		

グループホーム ラポールしらかば(1F)

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 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	個々の排泄パターンの把握する事で一人ひとりに合わせた声かけをしてトイレで排泄出来るよう支援している。紙パンツや尿取りパットも個々の合わせ形や大きさの工夫をしている。	全利用者の排泄状況を記録し、パターンを把握して声掛け、誘導を行いトイレでの排泄を基本に支援しています。紙パンツはなるべく使用せず布の下着を出来るだけ継続し、パッドの種類も一人ひとり検討しながら対応しています。夜間もトイレ誘導を行い、職員はさりげなく出来ない事をサポートしながら自立にむけた支援を行っています。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	排便のリズム、食事・水分の摂取量等把握して協力医や訪問看護と情報を共有し服薬の調整や食事・水分摂取の工夫をしている。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている	週2・3回を目途にしているが、なるべく曜日や時間帯を決めず希望に沿えるよう支援している。シャンプーや石鹸等も個々の好みの物を使用する事で気持ちよく入浴出来るようしえんしている。	入浴は基本午後から週に2、3回を目処に支援しています。重度化した場合も2人介助で湯船に浸かってもらい、希望に合わせてゆっくり入ってもらい、現在はいませんが毎日入りたい場合も対応可能です。入浴拒否がある場合は無理強いせず清拭や足浴に変更したり、時間をおいて声掛けやタイミングを図るなど工夫し入浴につなげています。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	個々の生活習慣や意向を聴いたり、状況に応じ希望に沿えるよう支援している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	調剤薬局より情報提供や個々の服薬状況等意見交換して情報の共有を図り、職員が周知、把握するよう努めている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	個々の意向や出来る力を把握して無理なく楽しんで好きな事が出来るよう支援している。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。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支援している	本人の意向や家族の希望を聞いて一緒に出掛けられる様支援したり、利用者同士好きなグループ等で出掛けられるよう支援している。	希望にそって散歩や買物、ドライブに行っています。リハビリの先生と一緒に犬の散歩に出掛けたり、ホームの玄関先やウッドデッキでの外気浴も行っています。また季節の花見や地域の行事やサロンに出掛けたり、バーベキューやお弁当を持って外での食事や喫茶店、焼肉屋など個別やみんなで楽しめるよう外食に出掛けています。また家族の協力を得て法事や墓参りなどの外出の支援もしています。	

グループホーム ラポールしらかば(1F)

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 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	個別の財布を用意して買い物へいった際には、なるべくご自身で支払が出来るよう支援している。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	家族や知人・友人に年賀状を書いて出したり、子機等を使用して家族と居室内で自由に話せるように支援している。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室が判るようネームプレートや写真等で工夫している。共有スペース等に季節行事の展示物を一緒に作って飾り付けをしている。 霧吹きで湿度の調整をして快適に過ごせるよう支援している。	玄関には洗面台を完備し感染対策を行っています。ユニット入口には生花や季節に合わせた物を飾り、リビングには利用者と一緒に季節の作品を作り壁に飾っています。畳スペースを設けたり、廊下にもイスやソファを置いて少し離れた場所で寛げるスペースを確保しています。またトイレにのれんを掛けたり、場所がわかるように工夫もしています。加湿器の設置や換気、霧吹きを活用し、快適に過ごせる空間作りに努めています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	食事の席を気の合った利用者同士座れるよう配慮したり、TVやソファの位置を工夫して好きな場所で自由に過ごせるよう配慮している。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居時に本人や家族の意向や希望を聴いてなるべく馴染みに家具や使い慣れた物を持ってきていただき居心地良く過ごせるよう配慮している。	入居時に馴染みの物を持ってきてもらうように伝え、これまで使用していたベッドやダンス、クローゼット、テレビなど家族と相談しながら自由に持ち込んでもらっています。大切にしている仏壇や家族の写真を飾り、また携帯電話で家族と話したり、好きなCDを居室で聴くなど居心地よく過ごせるよう努めています。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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	個々の利用者の状況を把握してその方に応じた工夫をしている。		