

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	2693100048		
法人名	有限会社 ティー・エム・メディカルサービス		
事業所名	グループホームてらど 1F		
所在地	京都府向日市寺戸町初田15-1		
自己評価作成日	平成26年11月11日	評価結果市町村受理日	平成27年3月4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	http://www.kaijokensaku.jp/26/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&JigyosyoCd=2693100048-00&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26年12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)】

認知症があっても、最期まで馴染みの地域や関係性の中で安心して過ごせること、利用者・家族・スタッフが笑顔で毎日を過ごせることを目指している。母体が機能強化型在宅養介護診療所であり、療養が必要となった時の対応力、スピード、ケアスタッフが医療チームの連携の強さが利用者・家族の安心に繋がっている。
認知症ケアに関しては、パーソンセンタードケアの理念に基づき、利用者個々の気持ちに寄り添い、尊厳を大切にケアを目指している。また、オレンジプランにのっとり、認知症サポーター養成講座、キャラバンメイト養成講座、オレンジロードつなげ隊等にも力を入れている。学びの機会としては、事業所内研修はもちろん、外部講師を招いての研修を実施している他、保健所や地域の医療機関が実施している研修、社会福祉協議会が実施する認知症介護実践者研修やリーダー研修を積極的に受講している。また、「NPO在宅医療を支える診療所・市民全国ネットワーク」の全国大会での演題発表を毎年続けている他、認知症ケア専門士の資格取得に事業所が助成を行うなど、スタッフが学びや資格取得、スキルアップの機会を持ち、生き生きと働けるよう環境整備を行っている。

【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)】

当該グループホームは、在宅医療に携わる医師や代表者が認知症に対する家族のニーズに応えたいとの思いで開設し、最期までその人らしく地域で暮らし続けられるよう関係者と一丸となって看取りの支援も行い、利用者や家族の安心に繋がっています。認知症サポート養成講座等講師として認知症に対する啓発活動に力を入れ、またホーム内外の多くの研修を受講できる体制を整え職員の人材育成にも積極的に取り組んでいます。「医療と介護の共同により、全ての方の笑顔ある毎日、自分らしい生活の実現を目指します。」と理念に謳い、いけばな教室で趣味を楽しむ免状を修得した方がいたり、職員は利用者の思いに寄り添い、様々な取り組みを実現させ利用者の笑顔を引き出しています。アニマルセラピーを実践したり、多目的ホールを利用して地域との交流に活かすなど活気あるホームです。

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 ↓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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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広がったり深まり、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と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、安心して暮らせている (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	スタッフは毎申し送り時に経営理念を唱和してから業務に就いている。	介護サービス事業所としての法人理念を基に地域密着を意識した理念を職員と作り、申し送り時の唱和で意識付けを行っています。理念には笑顔のある日々やその人らしい暮らしへの支援が謳われており、囲碁やマージャン、買い物、外出等利用者の今やりたい事を実現させ、利用者の笑顔に繋げるケアを実践しています。	
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	毎朝の敷地周辺の清掃、出勤退勤時や清掃時の近隣の方々への挨拶、ボランティアや職場体験学習の受け入れ等を行っている。	近隣の掃除や挨拶は開所前より心がけ、近所の方からピアノを寄贈してもらえたり、良好な関係を築いています。小学校で行われる落語会を聞きに行ったり、公民館の行事がある時は出かけています。小学生が学校帰りに立ち寄り、園芸ボランティアの訪問があり交流しています。地域に開放した多目的ホールでドッグセラピーや茶会、講演等を行い、地域へ発信する機会としています。	
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	スタッフの中にキャラバンメイトが4名いる。近隣の小中学校や地域住民等を対象とした認知症サポーター養成講座の開講や、オレンジロードつなげ隊に参加している。		
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	運営推進会議では、民生児童委員・利用者家族・行政担当職員・地域包括支援センター職員が参加し、サービス状況や行事・研修等の取り組みについて報告し、意見を頂いている。推進委員を行事に招き、参加して頂いている。	会議は、地域包括支援センター職員、家族代表、近隣の方、民生委員等の参加の下3か月毎に開催し、運営状況や看取りについて等の報告後に意見交換を行っています。クレームを改善の土台としてサービスの向上に反映させたいと考え、参加者からは忌憚のない意見が出されています。職員のスキルアップと人材育成の取り組みを続けてほしいとの意見が出され取り組んでいます。	
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取り組んでいる	運営推進会議に参加いただき、運営やサービスの状況を報告・話し合いをする機会としている他、関係機関に出向き、顔の見える関係性を築いている。また、近隣には行事などの際に参加の声掛けと共に、前後に挨拶・報告を行っている。	運営推進会議には時々参加が得られ、行政に出かける際は挨拶をし、良好な関係を築けるよう心がけています。市の取り組みのオレンジロードつなげ隊やキャラバンメイト養成講座等、行政と関わる機会も多く積極的に参加しています。	
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	見守りの仕方や居室の環境整備等、工夫し臨機応変に対応し、拘束しないケアの実践を行っている。玄関・門扉は夜間のみ施錠している。	全体会議で身体拘束について具体的な事例を基に話し合い、全職員が周知できるよう努めています。ベットの使用を家族が希望した場合に柵を用いない安全策を話し合い、また言葉による行動制止があれば気づいた職員がその場で注意したり、会議で話し合っています。門の施錠について運営推進会議で検討したり、外に出かけたい利用者の気持ちに寄り添い一緒に出かけています。	
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	介護支援専門員連絡会議や また、受講要件を満たしたスタッフには認知症介護実践者研修を受講し、学びや事業所内での周知に努めている。		

グループホームてらど 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	介護支援専門員連絡会議や高齢者虐待防止学会への参加や、受講要件を満たしたスタッフは認知症介護実践者研修の受講等、学びや事業所内での周知に努めている。		
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	契約に際しては、契約書・重要事項説明書を家族と共に読み合わせて説明し、疑問点の有無も尋ね、理解・納得のうえで締結している。		
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	玄関カウンターに意見箱を設置している。他、面会時やサービス担当者会議などの機会にホーム長や管理者、計画作成担当者が意見・要望の有無を尋ねている。	日頃よりサービスを良くしたいとのホームの思いを家族に伝え、意見を言ってもらえる関係作りを心がけています。運営推進会議や面会時に意見を聞く他、電話で意見や要望、苦情等が挙がることもあります。苦情の届けはチーフ会議で話し合い、家族の声は全職員に伝えています。口腔ケアについて意見が出され歯科医に来てもらって講習会を開くなど、サービスの向上に繋がっています。	
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	各種委員会・チーフ会議・全体会議等の機会にスタッフの気づきや意見提案を聞く機会としている。また、スタッフからの企画・提案を積極的に受理し、採用時にはワンコインボーナスを支給している。	チーフ会議、ユニット会議、毎月の全体会議で職員の意見や提案を聞いています。各委員会から出された企画提案は検討し、ケアの場に活かしています。職員の意見から居酒屋風に食事を提供することを実現させ利用者の昔を思い出してもらえる機会となったり、ネイルケアの提案が利用者に喜んでもらえる等、意見をサービス向上に反映させるとともに職員の仕事へのやりがいにも繋がっています。	
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	産休・育休後に復帰したスタッフに対して時短勤務・フレックス勤務を導入している。随時面談の機会を設けており、スタッフが安心して働けるよう、勤務形態や時間帯についても個別に配慮している。また、同好会やサークル活動を積極的に支援し、実行委員会の打上げに1泊2日の温泉旅行を行う等スタッフの親睦を深め、チームケアの円滑化を図っている。		
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	新入職員に対しては、マンツーマンの指導期間を設け、その後もフォロー体制をとっている。また、研修委員会を設け、社内外の研修を受講する機会を設けている。		
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	地域の会議（介護支援専門員連絡会議、GH事業所連絡会議、地域包括ケア会議等）に参加し、同業者との交流や連携に努めている。また、学会やNPO全国大会への参加を通じ、新たな学びや刺激を受ける機会を設けている。		

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	入居相談の段階で、ご本人の状態をアセスメントし、それまでの生活を尊重し、安心して過ごせるような馴染みの関係性づくりに努めている。		
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	入居相談の段階で、ご本人の状態をアセスメントと同時にご家族の思いや悩み、介護への意向を確認するように努め、ご本人の支援を通してご家族の介護支援も行うように努めている。		
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	入居相談時の相談内容、家族等からの情報、スタッフが利用者との関わりからくみ取った希望やニーズには、取りうる選択肢の情報提供や保険外のサービスの利用も含め提案している。また、大学機関と連携し新しいパーソンセンタードケアの取り組みを行っている。		
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	利用者個々の生活歴や性格、心身の状態に応じてグループホームの生活の中で出来ることをしていただき、「ありがとう」を言い合いながら暮らす関係性を築くよう努めている。		
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	家族と本人と繋がり続けていけるよう、職員が家族の役割を奪ってしまわないように努めている。行事等への参加を呼び掛ける他、誕生会を家族と一緒に、家族がボランティアとしてグループホームに関わる機会も持つなど、家族と共に支える関係性を築いている。		
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	家族や友人など馴染みの人と本人が共に過ごす時間を大切に持たせていただくよう勧め、グループホームが家族・友人の集い場のようにしている。特にお盆やお正月などには家族と一緒に過ごす時間を持ってもらえるよう声掛けを行っている。	友人や親戚の来訪時には寛げる場を選んでもらい、話のきっかけ作りに写真やテレビを見てもらい、ゆっくり過ごしてもらっています。馴染みの場所に買い物やドライブで花見に行き、景色も懐かしんでもらっています。自宅へ外泊や外出をし、特に正月は自宅で過ごしてもらえるよう普段の過ごし方を伝える支援をしています。手紙や電話の取次ぎを行い、馴染みの場や人との関係が継続できるように支援しています。	
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	レクリエーションやIADL、食事席の配置等、利用者同士のコミュニケーションや関係性にも配慮している。		

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
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	看取りを共に行ったご家族が来所された際に、共に思い出話をするなどの関係性が続いている。		
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	生活歴や暮らし方の希望等は本人や家族に確認する。聞き取ることが困難な場合は、日常の関わりからくみ取り、家族と共に確認するように努めている。	自宅や病院で面談を行い、本人・家族から生活歴や状況、思いや希望を聞き、最初に書いてもらった情報と合わせ意向や暮らし方の希望を把握しています。関わりの中で気づいたことや情報はアセスメントシートに追記し、思いの把握が困難な時は、介護相談員や医師、家族等の意見も参考にし、職員間で話し合い思いを汲み取るよう心がけています。	
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	生活歴や暮らし方の希望等は本人や家族に確認する。ご家族には、入居時にセンター方式のシート(抜粋)に記入いただくことにより、詳細な情報を得、職員の関わりに活かしている。また、メディアセラピーを通して利用者の昔を知り、日々の関わりに生かす取り組みを行っている。		
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	担当制を導入し、毎日の関わりの中から、体調や状態の把握、変化の察知に努めている。必要に応じ、全スタッフが集まったのケアカンファレンスを行っている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 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	日々のケアの中で感じる変化や課題等は、ご家族の面会時や医療連携の中で共有し、必要に応じて随時変更し、現状に即した介護計画となるように努めている。	アセスメントや本人・家族の思いや希望を聞き、サービス担当者会議を開催し、医師や看護師、訪問リハビリ、薬局等の参加の下、話し合い介護計画を作成しています。担当職員が申し送り時に利用者の情報を伝え、実施状況の記録を確認し、計画作成担当者が3か月毎にモニタリングを行い、通常6ヶ月で介護計画を見直しています。	
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	日々の様子はケース記録や排泄チェック表に記録している。医療チームとの情報共有は医療連携表を使用してスタッフ間での情報共有を行い、必要に応じて介護計画を更新している。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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	利用者や家族の生活歴やニーズ、状況に合わせて、少人数で行う行事への参加や個別外出等を含む対応を行っている。		

グループホームてらど 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	地域の方による外出ボランティア、傾聴ボランティア、利用者家族や知人の趣味等を通したイベントボランティア活動などを受け入れ、行っている（ヴァイオリン、ハーモニカ、気功体操など）		
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	在宅療養支援診療所が母体であり、医療連携を常に行い、必要な医療を受けることができるように支援している。	入居時に今までのかかりつけ医を継続出来る事は伝えていますが、全員の方が母体である協力医を選び、訪問診療を受けています。24時間医師と看護師との連携が図られ、個々に合わせて1週間毎に診察があり、家族も同席してもらっています。訪問歯科は希望者が受け、口腔ケアについて歯科衛生士に講習に来てもらっています。	
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	「いつもと違う」を大切に、日常の関わりの中で発見や気づきは看護師に報告・相談し、必要時には速やかに医療に繋ぐことができるようにしている。		
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。	病院関係者をはじめ、母体である在宅療養支援診療所の相談員・看護師とも連携し、情報収集・共有に努めている。また、退院前カンファレンスに参加し、退院後に必要な支援を確認することでご本人・ご家族が安心して退院できるように努めている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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	入居時に終末期のあり方について意向確認を行っている。また、必要時には主治医がケアカンファレンスの中で改めて本人・家族の意向を確認し、看護師・リハビリ専門職等と連携し、方向性を明確にしてケアを行っている。	入居時に看取りの支援についてホームの方針を説明し、看取りの指針については折りに触れ説明したり、状態についても医師が都度家族に伝えていきます。ケアカンファレンスは、主治医や家族、本人、看護師、薬局、福祉用具業者、理学療法士等の参加の下、方向性を共有し支援に当たっています。医師による看取りの研修もあり、使命感や職員の不安解消等にも繋がっています。	
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	所轄の消防署の指導のもと、年に2回の消防避難訓練を職員全員参加で実施している他、普通救命講習を受講している。また、緊急時の対応マニュアルを閲覧できる場所に置き、いつでも確認できるようにしている。		
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	年に2回の消防避難訓練を昼間想定・夜間想定で実施している。防火設備点検・消防点検を定期的に行っている。	年2回昼夜を想定した消防訓練を行い、内1回は消防署の協力の下、通報、初期消火、避難誘導等の訓練には利用者も参加しています。備蓄に甘酒や保存食を準備し、防火設備や非常ベルの点検を定期的に行なっています。依頼と挨拶を兼ね地域に出向き、地域の防災訓練には所長が参加しています。	

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	接遇・マナーの向上に努力している。利用者本人の希望がある場合は、排泄・入浴介助を同性介助に限定して行っている。	接遇マナー研修では委員が中心になり研修を行い、資料やチェックシートを利用し、全職員に周知しています。職員の対応で不適切な事は具体的に挙げ、話し合っています。大きい声での排泄の声かけや排泄の有無等の確認も羞恥心に配慮した言い方の工夫をしたり、利用者の希望を聞いた同性介助も心がけています。	
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	認知症により、日常的に判断が困難な利用者に対しても、その場その場での自己決定が可能となるよう声掛けを行い、思いを引き出したり、くみ取る働きかけを行うように努めている。誕生日には好きなメニューを聞き提供するなど、思いを実現する機会を設け、働きかけている。		
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	利用者個々のペースを尊重し、無理強いせず、ケアの拒否に対しては促しと声かけを工夫することで対応・支援している。		
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	地域の美容院に訪問美容に来てもらっている他、外出・行事時等はお洒落やTPOに合わせた装いの支援をしている。毎日のケアの中では整髪・整容・髭剃り・化粧等を勧めたり、介助している。また、レクリエーションに胡粉ネイルを取り入れ、色を選んだりハンドケアを受ける等、おしゃれへの意欲に働きかけるケアを行っている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者と一緒に調理や盛り付け、洗い物等を行っている。食器も陶器(有田焼・砥部焼等)を使用し、肌触りや見た目にも楽しんでいただけるように工夫している。週に1度はメニューを事前に決めず、利用者の食べたいものを作る日を作っている。また、2か月に1度居酒屋を開催し、お酒を楽しむ機会を作っている。	メニューと食材が業者から届きますが、利用者に食べたい物を聞いてメニューを変えたり、行事食や誕生日には利用者に希望を聞き、外注の弁当の日もあります。利用者は得意とする盛り付けや味付け、食材を切る等、出来る事に携わっています。居酒屋風にして流しそうめんや酒、おでん等を提供したり、外食は利用者の希望を聞いて出かけ、家族と外食に行ったり、持参した弁当と一緒に食べる方もいます。手作りおやつや収穫物を食卓に載せ、食事が楽しめるよう様々な工夫がなされています。	
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	利用者個々の食事量を記録している。必要に応じて食形態を変更したり(トロミの使用、刻み菜、粥の提供等)、自助具を使用する等している。		
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	毎食後、個別に口腔ケアを行っている。地域の歯科医師を講師として研修を行い、口腔ケアの道具や方法について学習の機会を設けている。必要な方には歯科衛生士による口腔ケアを受けていただいている。		

グループホームてらど 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	排泄チェック表をつけ、排泄パターンの把握に努める他、個々に合わせたトイレ誘導やオムツ類の選定など、失敗しない排泄が出来るように努めている。	個々の排泄チェック表の記録でパターンを把握し、利用者に合わせ声かけ、誘導を行いトイレで排泄できるよう支援しています。食事前にはトイレへの声かけや誘導をし、サインを察知して随時トイレ誘導をしています。入居後に座位が保てるようになり、失敗が減り紙パンツから布の下着に変わり、トイレでの排泄の習慣を取り戻せた事例や失敗を減らせるようパッドの種類の見直しも行っていきます。	
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	朝食にヨーグルトを提供している。寒天ドリンクを導入したり、身体を動かすレクリエーション・体操等を行い、便秘予防に取り組んでいる。腹部マッサージを行う等、極力自然排便・自力排便が出来るよう支援している。		
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	AM・PMともに入浴を実施し、利用者の気分やタイミングに合わせて入浴介助を行っている。入浴は1人ずつしていただき、職員とのコミュニケーションや触れ合いの時間となっている。	入浴の準備は毎日行い、週2～3回を目処に利用者のタイミングに合わせて、9時半から17時位の間に入浴してもらっています。午前と午後に入浴を入れ替え、皮膚に配慮した季節湯では菖蒲湯を楽しんでもらっています。拒否される時は、さりげなく声かけや誘導を行い、入浴後の楽しみにコーヒを用意することで入浴が出来ています。	
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	個々の体力や体調、生活リズムを勘案して適宜臥床休息の時間を設けている。夜にしっかり安心して眠れるよう、昼間はレクリエーションなどで離床・活動を促している。季節・気候に応じた寝具や空調の調整等にも努めている。		
47		○服薬支援 一人ひとり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	居宅療養管理指導としてかかりつけ医療機関・薬剤師と連携し、服用している薬の情報がすぐに確認できるようにしている。服薬チェック表を使用し、確実に服薬して頂くよう管理している。		
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	各種教室(おうす・いけばな・苔玉等)を開催し、馴染みのお稽古ごとや楽しみのお会合としている。また、設計段階からハード面を整え、ガーデンセラピー・アクアセラピー・アニマルセラピーを日々のケアの中に取り入れている。また、季節に応じた行事や居酒屋等、非日常の楽しみや気分転換の機会をもてるように支援している。		
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	スタッフと一緒に買い物に出かけたり、家族と連携して美容院、自宅等への外出が可能となるように努めている。 リハビリ専門職・家族との連携・協力体制の中、コスモス園への外出を行う等している。	歩ける方は敷地内を自由に散歩し、車椅子の方は職員と散歩をしています。家族や散歩ボランティアによる外出やショッピングセンターへの買い物は日常の出かけ、薬局へ行かれる方の支援では地域の協力を得ています。戸外で外気に触れながらイベントや食事をする機会その他、紅葉を見にドライブしたり、コスモス園に出かけています。受診や初詣は家族の協力の下で外出が出来るよう支援しています。	

グループホームてらど 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	お金の所持については、利用者個々の理解や管理の力に応じて持っていていただき、使っていただいている。		
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	利用者自ら家族や友人と電話や手紙のやりとりが出来るようにしている。電話の取次ぎも随時行っている。		
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	和の雰囲気をもとにした建物を生かし、落ち着いた雰囲気となるように努めている。毎週、生花を花瓶に活けたり、庭で季節の野菜や花を育てるなど、季節感・生活感が感じられるような環境整備に努めている。	玄関前の周りに季節が感じられる木や花を育て、下駄箱や所々に利用者が活けた生花が飾られています。熱帯魚や動物が身近にあり、昔のミンや習わしの飾りが置かれる等、五感刺激を大切にしたい設えに配慮しています。好きな場所で食事してもらえるようテーブルの配置や移動できる椅子を置く等、利用者一人ひとりに合わせた居心地の良い居場所を共有空間にも取り入れ、家庭的な雰囲気作りをしています。	
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	リビングでの席配置を利用者間のコミュニケーションや関係性をみて配慮している。1F/2Fを自由に行き来していただき、本人にとって居心地の良い場所で過ごせるように配慮している。リビングにはソファや熱帯魚の水槽を置くなど落ち着いた空間を作っている。		
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	本人・家族と相談し、自宅より馴染みのもの(家具、写真、小物入れ、時計等)を持ち込んでいただき、居室が居心地のよい空間となるように工夫している。	収納とベットはホームで準備し、椅子や机、筆筒、装飾品等使い慣れた大切な物を持ち込み、安心して居心地よく過ごせるよう配置を工夫しています。今まで過ごされてきた馴染みの部屋に近づけるよう家族の写真、遺影、趣味で作った作品、時計等家に入っている物を飾り、水槽の餌やりや手作りの苔玉の世話を続ける等、その人らしい居室作りへの配慮がなされています。また、温・湿度、換気にも気を配り、清潔な居室を保てるよう心がけています。	
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	個々の体力や状態に応じて、居室内の環境設定や移動手段、距離等を工夫し、自立支援や事故防止に取り組んでいる。		