

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	株式会社ティー・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	令和2年12月10日	評価結果市町村受理日	令和3年3月18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	https://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/26/index.php?action=kouhou_detail_022_kani=true&JiyosyoCd=2693100048-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 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	令和3年1月12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暮らせること、利用者・家族・スタッフが毎日を笑顔で過ごせることを目指している。協力医療機関である機能強化型在宅療養支援診療所をはじめ、利用者のかかりつけ医である地域の医療機関との密な連携に努めており、医療が必要となった時の対応力やケアスタッフと医療機関が利用者の安心に繋がる。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、社会福祉協議会と連携し利用者家族・地域住民・民生委員等を対象とした認知症サポーター養成講座の開講や徘徊模擬訓練への参加、小・中・高校の総合学習・進路学習等への協力(出前講座・校外学習の受入れ)等、認知症の啓蒙活動や事業所の地域社会と交流を積極的に行っている。職員の学びの機会としては、認知症介護実践者研修/リーダー研修を積極的に受講している他、年間計画に基づいて研修を実施している。また、介護福祉士・介護支援専門等の資格取得支援にも力を入れている。

【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)】

当該ホームはすべての方が毎日笑顔で自分らしい生活が送れるようにという思いを込めた法人理念のもと日々の支援に取り組んでおり、家族や民生委員等に配布する広報誌にも理念を記載し幅広く理念が浸透するよう工夫をしています。挨拶や笑顔、身だしなみ、丁寧な対応、言葉遣い等について記載した接遇5原則を掲げ、毎月一つの項目を取り上げ重点的に話し合い理解を深めており日々の支援に活かしています。職員の関係性は良好で離職率も少なく出された意見はまず実行し結果を見ながら再度検討するという方法で実施し職員のやる気にも繋がっています。また、食事においても庭で食事を摂ったり週2回は利用者の好みのメニューを作り、仕出し弁当を取ったり庭で採れたオリーブの塩漬だけでピザを作るなど収穫した野菜等が食卓を彩り食べることを大切に考え取り組んでいます。

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	毎申し送り時に経営理念・接遇5原則を唱和して意義を共有し、自覚的に業務・ケアにあたるべく意識を高めている。	法人の経営理念や接遇5原則について、新入職時に説明し事務所に掲示すると共に広報誌にも理念を記載し幅広く浸透できるよう工夫をしています。利用者や家族、職員が日々笑顔で過ごせるよう随時のカンファレンスや日々の支援の中で振り返りを行い、理念の実践に向けて取り組んでいます。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	地域の小・中・高校の授業への協力、職場体験活動の受入れ、地域のカフェ活動への利用者の参加、Run伴、認知症当事者MTGへの参加等を行っている。市の委託事業として、認知症カフェ委託事業を受託し運営している。	地域交流を大切にしており、以前は行事に参加したりホームの祭りやお茶会等に地域の方に参加してもらい、ボランティアの来訪等多くの関わりをもっていました。コロナ禍においては道路に面した敷地内での散歩時に出会った近隣の方と挨拶を交わしたり民生委員宅への訪問や電話で会話をする等関わりを持つようにしています。	
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2名おり、地域住民・企業等を対象とした認知症サポーター養成講座の開講、小・中学校への出前授業、認知症当事者MTGへの参加(スタッフ・利用者)、Run伴への参加等、地域社会に向けた活動を行っている。		
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	1回/2か月の運営推進会議に民生児童委員・利用者家族・地域住民・行政担当職員・地域包括支援センター職員に参加いただいている。	会議は家族や民生委員、地域代表、市職員、地域包括支援センター職員等の参加を得て隔月に行い、ホームの運営状況や行事、事故報告等を行い意見交換をしていましたがコロナ禍においては報告書を送付することで開催としています。簡単なアンケート用紙と返信用封筒を同封し意見を募るよう工夫をしています。	
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	運営推進会議に参加いただき、運営やサービスの報告・話し合いを通して意見をいただいている。諸手続き等の機会も使い、こまめに出向いて報告や相談を行う等、顔と顔が繋がった関係性を構築するように努めている。	行政には疑問点については電話やメールで聞いており、提出物等については窓口まで出向くこともあり一部の研修に参加することもあります。アンケート依頼に協力したりインフルエンザ等の注意喚起が届いた場合は掲示する等職員に周知しています。コロナ禍においては消毒液の配布もありました。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 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	玄関・扉は夜間のみ施錠。階段前の扉については利用者の心身状況により評価をしながら夜間及び必要時のみ使用している。身体拘束防止についての研修を全職員が受講している。	研修は事業所にて全員参加の下年2回行い、運営推進会議時に身体拘束適正化委員会を行っています。言葉による行動の制止については伝え方に工夫するよう都度注意しており、外に出たい希望があった場合はユニット内で気分転換を図ったり、玄関先まで付き添って出ることもあり個別に対応しています。センサーの使用については必要性や外す方向について話し合いを重ね家族に報告をしています。今後、虐待のチェックシートを用いて振り返りを行っていきたいと考えています。	

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
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	外部研修の他、グループ会社のeラーニングを活用して全職員が動画での研修受講するなど、学びと意識強化の機会を持っている。 利用者個々のケースについてはMTGで話し合いを持っている。		
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	市の介護支援専門員連絡会議への参加、認知症介護実践者研修の受講を積極的に行い、学びの機会を持っている。成年後見制度(第三者後見)を利用していた利用者も複数入居していた。		
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・重要事項説明書をご家族と共に読み合せて説明し、疑問点を確認し理解いただいたうえで締結している。複数のスタッフで対応し、こまやかな説明を行うこと、理解されているかを丁寧に確認することを意識している。		
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	ご家族の面会時には、ホーム長・計画作成担当者・チーフが利用者の近況や様子を伝えると同時にご家族の意見・要望を尋ねている。また、玄関(受付)に意見箱を設置している。	利用者からの要望により外出レクリエーションを増やしたり個別外出の機会を取り入れており、食べたいものについては献立等に反映しています。家族からは面会時や電話、随時の満足度調査の中で意見や要望を聞いており、行事の開催時期等についての意見を受け変更したりすることもあります。コロナ禍においては広報誌の他、写真を同封し体調についての報告等詳細に伝えるよう努めています。	
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・スタッフMTGの機会にスタッフの気づき・意見・提案等を聞いている。 社長ダイレクトボックス(スタッフ用投書箱)を設けている。	会議や日々の業務の中で職員からの意見や提案を聞いており、会議は全員参加とし職員からは活発に意見が出ています。環境やレクリエーション、公報担当等の委員会からも意見が挙がっています。日々のケアや業務についての提案が多く、ユニット毎にケアの統一を図るなど業務改善に努めています。年2回の個別面談の他、今後1~2カ月に1回の面談を増やし職員からの意見や要望を更に詳しく聞いていきたいと考えています。	
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	スタッフに対しては、定期面談(2回/年)の他、今年度より1on1MTGの実施を計画、実施予定である。 面談以外にも、日常的にコミュニケーションを図っており、安心して働けるように勤務形態や時間帯についても個別に配慮している。		
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	新人職員に対しては、マンツーマン指導期間を設け、その後もフォローできる体制を取っている。年間計画に基づいた研修を実施している他、認知症介護基礎研修・実践者研修、その他外部研修を受講する機会を可能な限り設けている。		

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
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(介護支援専門員会・GH事業所連絡会議・地域包括ケア会議・認知症当事者MTG等)に参加し、同業者等との交流・情報交換の機会を持っている。親会社(ソラスト)の研修システムを活用したeラーニング等の研修受講も一部開始している。		
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	入居相談の段階からご本人の状態・生活状況をアセスメントし、ご本人の思いやニーズの把握に努めている。ご本人の思いや生活歴を尊重し、スタッフ・他利用者の馴染みの関係性の構築に努め、安心して生活ができるよう支援している。		
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	入居相談の段階からご本人の状態のアセスメントと同時に、ご本人を支えている家族の思いや悩み、望み、介護への意向を確認し関係性の構築に努めている。ご本人への支援を通してご家族への介護支援を行うことを意識して関わりを持っている。		
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、ご家族やケアマネージャー等の支援者からの情報、ご本人との関わりの中からスタッフが汲み取った思いや希望に対し可能な選択肢の情報共有、保険外サービスの利用も含めて提案している。其々のかかりつけ医等の医療機関とも連携しご本人・ご家族が安心してGHでの生活を開始できるように努めている。		
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思い、その時々々の心身状況に応じてできることをしていただき、自己効力感を感じていただきたいと考えている。GHがスタッフ・利用者が互いに「ありがとう」を伝えあいながら暮らせる場になり、笑顔で会話ができる関係性を構築するよう努めている。		
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	ご家族とスタッフが利用者を「共に支援していく」スタンスで関わり、面会時等にご様子や状況等の情報について良いことも悪いことも積極的に伝えるとともに、ご家族にも役割を持って頂くようにしている。家族の関係性を大切にさせていただくように努めている。		
20	(8)	○馴染みの人や場所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	家族の他、友人や近所の方等、馴染みの人の面会もあり、共に過ごす時間を持って頂けるように努めている。特にお正月・お盆等は家族と共に過ごす時間を持って頂けるよう声掛けをしている。	利用者の馴染みの人や場所については初回の面談時や日々の会話の中で聞き、アセスメントシートに記載し職員間で共有しています。地元からの入居者が多く以前は馴染みの方の面会や馴染みの美容室等に出かけていましたが、コロナ禍においては地域の馴染みの場所について会話を交わしたり昔の写真を見ながら思い出話などを行っています。友人からの電話の取次ぎや年賀状、手紙についてはあて名書き等の支援や家族に確認し投函などを行っています。	

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
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	レクリエーション等を通じた利用者同士のコミュニケーションを大切に、関係性が構築できるようにしている。また、利用者同士の関係性を考慮した配席・スタッフが間に入ったコミュニケーション等、穏やかに楽しく安心して暮らせるように努めている。利用者同士が誘い合って敷地内を散歩したり、助け合ったり気にかけてあう関係性が見られている。		
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	利用者・家族は共に地域の方であることも多く、利用終了後も関係性を大切にしている。当GHで看取りケアを行ったご家族が立ち寄り下さったり、イベントボランティアとして来所されたり、着物・ウエスなどを寄贈していただく等の関わりが持っている。		
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	可能な限り本人の思いに添えるよう、生活歴や暮らし方、生活習慣の希望等を本人・家族に確認している。本人からの確認が困難な場合は、日常の中から汲み取る努力をし、その内容をご家族にも共有し確認している。	入居前に本人の暮らしている所に出向き生活歴や意向、趣味、特技等を聞き家族にもわかることを書いてもらいケアマネジャーからの情報も加え意向の把握に努めています。入居後は日々の会話の中で聞き、把握が困難な場合は家族に聞いたり、変化したことや気づいた点等利用者毎の個別シートに記載し、表情等からも汲み取りカンファレンスで話し合い思いの把握に繋がっています。	
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	入居時にご家族にセンター方式シート(抜粋)に記入を依頼し、生活歴や馴染みの暮らし、嗜好等の情報を得、スタッフの関わりに活かしている。また、ご本人・ご家族の理解を得たうえで居宅介護支援事業所・前利用施設等からケアプラン・アセスメント等の情報提供を受けている。		
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	居室担当制を導入し、日々の関わりを通して体調・状態の把握・変化への気づきに努めている。スタッフMTG時のケアカンファレンスを通して全スタッフが情報を共有でき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 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	モニタリングは主として計画作成担当者が行うが、居室担当者からの情報、スタッフMTGでの意見をふまえて多角的に行っている。日々の関わりの中で感じる変化や課題はMTGで共有し、家族の面会時・医療連携時・診察時等の機会を用いて関係者で共有し、現状に合ったケアプランの作成ができるように努めている。	利用者、家族の意向の基作成した介護計画は初回は2か月、その後は4か月、6か月、特に変化がなければ1年毎に見直しを行い、ミーティングで職員の見を集約しケアマネジャーがまとめ6か月毎にモニタリングを行っています。見直しの際は再アセスメントやサービス担当者会議を行い事前に聞いた家族の意向や医師や看護師等の意見を反映させ、認定更新時の会議の際は家族や主治医、看護師、薬剤師、歯科衛生士等に参加してもらうこともあります。	
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	日々の記録は日課表に残している他、申し送り・管理日誌等を活用して行っている。スタッフMTG・チーム会議等で個々のケア課題・ユニットの課題等について話し合ったり振り返りの機会を持っている。ケアプランのサービス項目に基づいたケアの実践・記録のため、帳票を変更して使用している。		

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
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	GHのサービスのみでは対応が難しい課題に関しては、家族と相談しながら個別の支援や利用可能な資源の活用を検討・導入している。また、地域の集まり・コミュニティカフェを活用し、地域の方・民生委員等の協力により個別外出の機会を創出するなど、利用者個々のニーズに対応するよう努力している。		
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	地域の方によるボランティア活動(ハーモニカ・コーラス・ハンドベル等)の受入れ、ボランティア体験活動の受入れ等を行っている。また、利用者が個別のニーズに応じて地域の集まり・コミュニティカフェ等に地域の方・民生委員の協力を頂きながら参加する等の取り組みを行っている。		
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	各かかりつけ医による訪問診療や、協力医療機関である在宅療養支援診療所による医療連携を受けており、医療面での相談や、必要時に適切な医療を受けることができるように支援している。訪問診療にはスタッフが同席し、日常の様子や体調について細やかに報告できるようにしている。	以前の主治医の継続や家族の希望する主治医に変更、協力医に変更する方等がおり個々の利用者に合わせて往診があり1名は家族が受診対応しています。其々の主治医は随時の往診、協力医は月に1、2回の往診があり24時間連絡可能で体調不良は直接医師に連絡し往診を受けたり指示を仰いでいます。専門医への受診は家族が対応し職員が同行することもあります。週1回の訪問看護や必要や希望により歯科やマッサージ等訪問を受けている利用者もいます。	
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回/月の医療連携の中で日々の気づきや変化を報告している。疾患・病状から訪問看護の指示を受けた場合は医療保険での訪問看護を受け、体調や病状の変化について報告・情報共有を行い、必要な指示を受けている。		
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。	利用者が入院した時は速やかに情報提供用紙を送付している。入院期間中には可能な限りお見舞い・状態の確認のために訪問し、MSW/退院支援担当者等と連携し、入院期間や見通し等を共有している。退院前カンファレンスが開催される場合は出席し、安心して入院治療・GHへの退院ができるように支援している。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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	入居時に終末期の在り方についての意向を確認している。状態に変化があった際には主治医の判断を仰ぎながらGHの中で可能なケアとリスクについてご家族に説明し、方向性の決定支援に努めている。スタッフの看取りケアへの理解と意識を高めるため、看取りに関する研修を実施している。	契約前に重度化看取り指針について説明し同意を得ています。重度化した場合はホームでできることを伝え、都度意向の確認をしながら地域の医師会が作成する私の医療に対する希望書に記載された内容を参考にし個々の思いに添って医師や看護師、家族と話し合いを重ね、家族の協力も得ながら看取り支援を行っています。支援後はミーティングで振り返りをしたり、年に1回の研修や外部研修の伝達等を行い学んでいます。	
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	緊急時・事故発生時の対応はマニュアルを作成し、全員が閲覧できるところに保管している。普通救命講習を定期的に受講している。		

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
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	管轄の消防署の指導のもと、2回/年の消防避難訓練を実施している(昼間想定/夜間想定各1回)。消火器を使用した消火訓練を実施する際には利用者家族の他、民生委員等を通して地域の方にも案内し、参加いただいている。緊急時の連絡体制には電話の他メールを活用している他、親会社の緊急時安否確認システムを導入した。	年2回消防署指導の下、家族や民生委員、地域住民の参加を得て訓練を行い、運営推進会議で報告をしたり地域の避難場所として利用可能であることを伝え、地域の訓練に参加することもあります。飲料水やパン、アルファ米、ビスケット、カセットコンロ等を準備しており、コロナ禍では同様の方法で年2回独自の訓練を行っています。	
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5原則を掲げ、月ごとに1項目をピックアップし強化月間としており、接遇・マナーの意識向上に全社で取り組んでいる。プライバシーに関しては排泄に関する隠語を共有して使用したり、本人・家族の希望におおじて排泄・入浴介助について同性介助に限る等の対応を取っている。	会議の中で接遇についての具体的な内容について研修を行い、接遇5原則について月毎に一項目ずつ取り上げ確認しながら日々の支援に繋がっています。名前は苗字で呼び、丁寧語を基本とし笑顔で優しく会話をするよう心がけており不適切な対応があればその場で注意をしたり、言葉を選ぶように伝えています。希望があれば同性介助にも配慮しています。	
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適切な判断が困難な利用者に対しても、その時々での自己決定が可能となるように思いを引き出したり汲み取る働きかけを工夫し、利用者本人を尊重したケアに努めている。誕生日には食べたいものを尋ね、食事メニューに取り入れている。		
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し、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	利用者個々の心身状態や生活リズムに応じた対応に努め、気分の波に対しては穏やかになれる、無理強いないケアを模索している。利用者の身体状況・認知機能等に個人差が大きいため、特に高い機能を維持している方への関わりや支援には工夫と配慮が必要であり、課題である。		
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	入浴時の着替えの用意、入浴後やモーニングケア・離床時の整容・髭剃り等は声掛けし一緒に行っている。外出や行事の際には着替えやお化粧の声掛けを行い、おしゃれや身だしなみの支援を行っている。美容・理容については訪問業者が定期的に来訪している他、家族と馴染みの美容室に外出されている方もある。		
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	利用者のADL・認知機能の状況により、下ごしらえ・盛り付け等を共に行っている。手作りおやつ・創作メニューの際には作る工程を楽しみを感じられるように努めている。嗜好や食事量低下・体重減少等に応じ、家族と連携しながら持ち込みの嗜好品や栄養補助食品を提供する等している。	朝食以外は業者のメニューを利用し昼食は届いた食材を基に作り、夕食はできた物を加熱して提供しています。週2回の昼食は利用者の食べたいものを作り野菜の下拵え等可能な利用者に携わってもらい職員と一緒に食事を摂っています。ぜんざいやゼリー等のおやつ、お好み焼きやたこ焼き等を作ったり仕出し弁当等を取ることもあります。収穫した野菜が食卓に上がったり、オリーブの塩漬けを作り料理に使うこともあります。	
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・水分量を記録している。水分補給と便秘予防を兼ねてAMの水分補給に寒天ゼリーを取り入れている。個別の対応を要する利用者に対しては家族と協力し嗜好に合わせたものを本人のペースで合わせて提供している。また、摂食・嚥下機能に合わせた食形態で提供している。		

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
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に、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	起床時・食後に口腔ケアを実施している。必要な方には訪問歯科や歯科衛生士による居宅療養管理指導を受けていただき、口腔ケアと口腔機能維持に取り組んでいる。		
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、アセスメントを重ねることで利用者個々のタイミングに合わせたトイレ誘導に努めている。トイレでの排泄が困難になりつつある利用者についても、本人の負担に配慮しながらトイレでの排泄が継続できるように取り組んでいる。	座位が可能であればトイレでの排泄を基本とし、排泄パターンの把握やタイミングに合わせた声かけやトイレ誘導を行い、失敗が減ったり、おむつから紙パンツに変更しトイレで排泄できるようになった方もいます。退院後も本人の様子を観ながら元の状態に戻るよう支援しています。パットの種類等についても試しながら様子を見て随時話し合い自立に向けた支援に取り組んでいます。	
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	朝食のヨーグルトにオリゴ糖を使用したり、AMの水分補給に寒天ゼリーを使用している。便秘がちな利用者に対しては家族と相談して寒天ドリンクを勧めたり歩行・運動の機会を作る等、下剤にたよらない自然な排便ができるよう努めている。		
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とも入浴を行い、利用者個々お好みや気分、体調・覚醒状態やスケジュールにより時間帯を変更している。希望時・必要時には足浴を実施している。入浴は1人ずつ個別にさせていただき、スタッフとのコミュニケーションの機会となっている。	入浴は3日に1回日中に支援し、回数を増やしたい希望があれば検討する予定です。敏感肌用のシャンプーの使用や夜眠れない方や足の冷たい時、気分の不安定な時に足浴をしたり、柚子や菖蒲等の季節湯をすることもあり、会話しながらゆっくりと入浴してもらっています。拒否のある場合は職員の変更や声かけの工夫・タイミング等を見計らい無理のない入浴支援に繋げ、時には家族による声かけなど協力を得ることもあります。	
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	夜に安心してしっかりと休めるように、昼間の雑床・活動を促している。同時に、体力の低下した利用者に対しては個々の体力・体調・覚醒状態等に応じて休憩時間を設け、食事やレクリエーション・行事の時間の覚醒を促せるように関わっている。		
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	誤薬・落薬・服薬忘れ等の薬に関する事故予防については、全社で取り組んでいる。居宅療養管理指導としてかかりつけ医療機関・薬局と連携し、服薬開始・変更等に伴う変化についても診察時・医療連携時・配薬時等に情報共有を行っている。		
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	季節の行事を行っている他、お茶の会・おはなの会(池坊のいけばな)などの馴染みの伝統文化に触れる機会を提供し、非日常の機会・楽しみや気分転換の機会を設けている。他、利用者個々の好みや趣味、得意なことに関わる支援を行っている。		

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
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	お花見・紅葉狩り・初詣・ドライブ等の外出レクを行った。春秋の気功の良い時期には庭を活用したランチ・おやつ・園芸レク等、身体状況が異なる利用者でも共に屋外を楽しむ機会を設けている。個別ケアとしては、随時庭の散歩や花壇・野菜を楽しむ機会を作っている他、家族の了解をいただき近所の商店への個別外出を行った。認知症当事者参加MTGを通して地域の方・民生委員の協力を得て近所のカフェやサークル活動への外出を行うことができています。	地域の行事への参加や季節毎の外出、個別支援等外出の機会を多く持っていました。コロナ禍においてはドライブで紅葉見学に出かけたり、広い敷地内の散歩や庭先のベンチに座り外気浴等をしたり庭で食事をするもあります。また、夕刊を門扉まで取りに行く利用者もいるなど少しでも外気に触れる機会を作っています。コロナ収束後は外出や外食等再開したいと考えています。	
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、紛失等のリスクについて説明の上、利用者個々の理解力・管理能力に応じて少額を持っていただいていたが、利用者間で貸借が生じかけることが再三ある等の課題が生じている。		
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	利用者が個々の能力に応じて家族や友人と電話や手紙のやり取りを行えるように支援している。過去には郵便物をめぐるトラブル(勘違いや故人への送付、お悔やみを何度も送る等)があり、必要に応じ家族の判断していただいている。携帯電話を所持している方も数名おられ、居室内での使用を促している。		
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	和の雰囲気をもとにした建物を活かし、落ち着いた家庭的な雰囲気を維持するよう努めている。毎週生花を飾ったり、季節に合わせた飾りつけ等を通して季節感や生活感のある空間作りを心掛けている。熱帯魚の水槽を置き、癒しの空間を演出している。館内の清掃については環境委員会主導で力を入れており、臭い・汚れに気を配っている。	庭で摘んだ花や買った花を利用者に花瓶に活けてもらい桜や紫陽花、花火、紅葉と一緒に作り壁面に飾るなど季節毎の雰囲気作りをしています。熱帯魚に餌やりをする方や数人で座るソファをその時々場所に更替したり、中庭に面してソファを置いたり、物を書く人の為にテーブルや椅子を用意する等思い思いの場所で過ごせるよう配慮しています。毎日掃除、換気を行い温湿度を調節しながら快適に過ごせる共有空間を作っています。	
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	利用者が其々のユニットに居場所を見出し、落ち着いて過ごせるように環境整備や配席に配慮している他、ユニットをまたいだ行事・レク等も行い、思い思いの過ごし方ができるように心掛けている。玄関外にベンチを設置し、ゆっくりと外気浴をしたり家族との面会に使用している。		
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	本人・家族と相談し、自宅から馴染みの家具や家族の写真、時計・自身の作品等を持ち込んでいただき、馴染みのある空間作りを行えるように支援している。小さな仏壇・位牌・遺影等の持ち込みをされている方も複数おられる。	入居前に馴染みのものを持参してもらおう伝え、タンスや飾り棚、電気スタンド、時計等を持ち込み家族と相談し動線等も考慮しながら配置しています。仏壇や位牌、遺影等大切なものや絵画やクッション、刺繍等自身の作品の他、かぎ針や毛糸等趣味のものも傍に置きその人らしい居室を作っています。日記を付けている人が2、3名おり、以前の生活習慣を大切に支援しています。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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	個々の身体状況・認知機能や体力に応じて必要な福祉用具の調整や居室・共有スペースの環境整備を行い、自立支援・事故防止に努めている。ご家族・医療と連携を密に摂ることでリスクへの対応を多角的に検討している。		