

### 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	〒617-0002 京都府向日市寺戸町15-1		
自己評価作成日	平成29年2月7日	評価結果市町村受理日	平成29年6月7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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/26/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2693100048-00&amp;PrefCd=26&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/26/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2693100048-00&amp;PrefCd=26&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 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29年3月8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過ごせることを目指している。機能強化型在宅療養支援診療所が協力医療機関であり、医療が必要となった時の対応力、スピード、ケアスタッフと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いて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、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)】**

当該ホームは接遇マナーについては力を入れ、挨拶や笑顔、身だしなみなどの接遇5原則を掲げ、月毎に目標を決め利用者を尊重した対応に努め、利用者や家族、職員を含めて日々笑顔で過ごせるよう取り組んでいます。夜間以外は施錠を行わず利用者はホーム内や広い庭に自由に過ごし、散歩や花の世話などを行い季節を感じながら過ごしてもらい職員間で連携し見守っています。また利用者が得意な書道に取り組めるよう静かな環境を整えたり、生け花やお茶の教室なども開催し、利用者が趣味やできることを継続しその人らしく楽しみのある暮らしができるよう支援しています。また職員は母体の医師による終末期を含む在宅医療などの研修を受講し、利用者や家族の思いを大切に医療を必要とする方も関係者と連携し最期までホームで過ごせるよう看取り支援にも取り組んでいます。

**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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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. 全くいない
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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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・接遇5原則を唱和してから業務に入っている。	「医療と介護の協働により、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。」と経営理念を掲げています。理念は日々唱和すると共に職員の社員証の裏面に記載し、玄関への掲示を準備しています。利用者や家族、職員等全ての人の笑顔を大切に、日々の申し送りやミーティング時等に振り返る機会を持ち確認しています。	
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。	散歩や買い物時、毎朝利用者と共にホーム周辺を掃除する際などに会った方と挨拶を交わし、公民館の行事や社協祭りなどに出かけています。ホームの初釜や生け花などの行事にはボランティアの協力を得たり、ハンドベルや大正琴、ダンスなどのボランティアの来訪もあり交流しています。授業の一環として小学生を受け入れ、その後子供たちが遊びに来ることもあります。また地域交流室を併設し地域に開放しています。	
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3名いる。近隣の小中学校や企業、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、意見をいただいている。推進委員を行事に招き、参加いただいている。	会議は地域住民や家族、民生委員、市職員、地域包括支援センター職員等の参加を得て開催しています。ホームの状況や事故報告、実地指導の報告等を行い意見交換をしています。毎回テーマを決めて開催し、防災対策等の備蓄状況を説明したり、生活用水としてホームの井戸水を使えることや地域との協力関係作りについても相談し、訓練時に消防車と写真を撮る等のアイデアをもらい訓練に活かしています。	
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、行事前後に挨拶・報告を行っている。	運営推進会議に市職員の参加を得ており、ホームの状況を把握してもらっています。ホームの行事には担当者に声をかけたり、分からないことは随時相談しアドバイスをしています。また市から研修案内が届いた時は内容によっては職員が参加できるよう日程を調整しています。	
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	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。	外部から講師を招き身体拘束に関する研修を行い、参加できない職員にはビデオを見てもらい周知に努めています。ユニット間や庭へは自由に出られるよう職員が見守り、行動の制止が見られた時はその都度注意をしています。安全な見守りや危険防止の為、職員間で必要性を検討し、家族の同意を得てセンサーマットを使用している方がいます。	

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	地域包括支援センターの職員を講師として全職員が受講する研修会を実施した。個別のケースについては、必要に応じてミーティングで話し合いを行っている。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。		
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、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。成年後見制度を利用している入居者もあり、後見人と連携を取っている。		
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管理者、計画作成担当者が普段の様子をお伝えすると同時に意見・要望の有無を尋ねている。	利用者の意向は職員が日々関わる中で聞いており、希望を受けて誕生日には好みの食事を提供しています。また家族の意見は運営推進会議の中や家族の来訪時に利用者の様子を伝える中で聞き、家族から個別の要望が出された時もホーム全体への意見として捉え、職員間で話し合い改善や取り組みに繋げています。	
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。	職員の意見は主に会議の中で聞き、各種会議を経て法人へ上がっていく仕組みが整えられています。職員には環境や広報、研修などの委員会活動もあり、委員が中心に考え会議の中で提案を出しています。職員の提案を受け、物品の購入や利用者の状態に合わせた業務分担など話し合いながら変更しています。また管理者は随時面談し職員の話聞き相談に応じています。	
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。また、スタッフに対しては随時面談の機会を設けており、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たり懇親会の開催等、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。		

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。		
<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 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、ご本人の状態のアセスメントと同時に家族の思いや悩み、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、可能な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挙げる、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努めており、グループホームが家族・友人の集い場のようになっているケースもある。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。	親せきや友人、元同僚等の来訪時は居室に椅子やお茶等を準備したり、大勢の場合は地域交流室に案内し、ゆっくり過ごせるよう配慮をしています。馴染みの方がボランティアとして来訪したり、外出行事の際に自宅付近を通ったり、冠婚葬祭に付き添った事もあります。また家族と共に馴染みの美容室や買い物等に出かける方には身支度等の出かける準備を支援しています。年賀状や手紙を書く方の投函等も支援しています。	

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
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。		
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家族が「近くに来たから」と寄られる等、思い出話ができる場となっている。利用終了(他界)後に家族がボランティアとしてバイオリン演奏をして下さる等、親密な交流が続いているケースもある。		
<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 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。	入居に向けては自宅を訪問したり、見学の際に本人や家族の望む生活や現在の状況、好きな事などを聞き、家族に書いてもらった情報や担当していたケアマネジャーからの情報を合わせて意向の把握に繋げています。入居後は会話の中や断片的な話から思いを汲み取ったり、把握が困難な場合は家族や前の担当者にも聞き、カンファレンスで検討しています。	
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	生活歴や暮らし方の希望等については、家族に対し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。利用者・家族の了承を得たうえで居宅介護支援事業所からの情報提供を受けている。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。モニタリングを介護支援専門員とケアスタッフが共に行い、必要時は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	モニタリングは計画作成担当者だけではなく居室担当者と共に行い、その時々状態の把握・ケアの検討を多角的に行っている。日々のケアの中で感じる変化や課題は、家族の面会時・医療連携の中で適宜共有し、ご本人の状況や思いに沿ったケアプランの策定に努めている。	往診時に合わせてサービス担当者会議を開き、本人や家族、医師や看護師の参加を得て介護計画を作成しています。サービス担当者会議で話し合った要点はスタッフ室に掲示し共有しています。毎月日々の記録や職員の声を聴きモニタリングを行い、実施状況を確認し、入居当初は1~2ヶ月で見直し、その後変化のない場合は6ヶ月毎に再アセスメントを行い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	日々の様子や実践したケアについてケース記録に記入している。排泄チェック表で排泄の記録も細かく残している。医療チームとの連携については医療連携シートを使用し、必要時に応じて介護計画を更新している。		

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	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。		
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(傾聴ボランティア・外出支援ボランティア・利用者家族や知人の趣味活動、地域のサークル団体によるイベントボランティア)を受け入れ、利用者の暮らしの充実を図っている。ヴァイオリン演奏・ハーモニカ・ハンドベル・リズム体操・気功体操・フラダンス等。		
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	機能強化型在宅療養支援診療所が協力医療機関であり、医療連携を密に行うことで、必要な医療が適宜受け取ることが出来るように支援している。	入居時にかかりつけ医を継続できることや医療連携が充実している協力医についても説明し、現在は全員の方が協力医に変更しています。協力医は月2回の往診の他、利用者の状態に合わせた往診もあり、急な体調の変化時は協力医の看護師に24時間連絡を取ることができ相談し対応してもらっています。希望や治療が必要な方は訪問歯科や訪問リハビリを受けています。	
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	「いつもと違う」を大切に、日常の関わりの中での発見や気づきは看護師に報告・相談し、必要時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、主治医である在宅療養支援診療所の看護師・相談員とも連携し、情報収集・共有に努めている。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	入所時に終末期のあり方についての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再度本人・家族の意向を確認し、方向性を明確にして本人・家族に寄り添ったケアを行うように努めている。看護師・薬剤師・リハビリ専門職等と情報を共有し、チームとして連携を図っている。	終末期については契約時に指針を基に看取りまで支援できることを説明しています。ほとんどの方がホームで最期を迎えており、重度化した場合は医師から家族へ提供できるケアやリスクについても説明し方針を決めています。看取り支援の際は家族と連絡を密に取り、面会を増やしたり、泊まってもらうこともあり協力を得ながら取り組んでいます。また終末期や在宅医療について医師による研修が行われています。	
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、2回/年の消防避難訓練を全職員が参加して実施している。また、普通救命講習を1人の職員につき1回/2～3年の間隔で受講している。緊急時対応マニュアルを策定し、必要時にいつでも閲覧できる場所に設置している。		

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	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。また、防火設備点検・消防点検を定期的に行っている。	年に2回昼夜を想定した避難訓練を行い、1度は消防署の協力の下、通報や初期消火、避難誘導等を行っています。訓練時には消防車と写真を撮られるなど工夫して近隣に案内し、地域の家族の参加を得ています。またホームには生活用水として使用できる井戸がある事を地域にも伝え、地域の訓練には職員が参加し、協力関係作りに努めています。食料や水等の備蓄もしています。	
<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 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、接遇・マナーの向上に事業所全体で取り組んでいる。利用者本人の希望に応じて、排泄・入浴介助を同性介助に限って行っている。	接遇マナーには力を入れ挨拶や笑顔、身だしなみ等の接遇5原則を掲げ、毎朝唱和すると共に月毎に順番に目標にし取り組んでいます。日々の挨拶や利用者に目線を合わせる事、「です、ます」調で話すこと等を職員に伝えています。家族と相談し本人に分かりやすい声掛けをする事もあります。不適切な対応はその都度注意をしています。	
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判断が困難な利用者に対しても、その時その時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、涙み取る働きかけに努めている。誕生日には好きなメニューを聞き提供するなど、日常生活の中で思いが実現する機会を設け、働きかけを行っている。		
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	利用者個々の生活リズムやペースを尊重し、無理強いせずケアの拒否に対しては促しと声掛けを工夫することで対応している。		
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容・整髪・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・ネイルケアを行い、お洒落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、利用者と職員と一緒に準備や食事、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食事を楽しくめ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としている。お正月・居酒屋レク・夏祭り等の行事の際にお酒を楽しむ機会を作っている。	業者の献立に沿って食材が届き、利用者は盛り付けや和え物等に携わり、畑の野菜で一品添える事もあり、職員も共に同じ食事を摂っています。週に1度は利用者や相談し食べたい物や流しソーメン、寿司の出前を取ることもあり、食事を楽しくめるよう支援をしています。また毎晩ノンアルコールを飲む方や夏祭りにはビールを提供する等、嗜好にも配慮をしています。ぼた餅やどら焼き等のおやつ作りも楽しんでもらっています。	
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。必要に応じて食事形態を変更したり(トロミ・寒天の使用、粥や刻み菜、ミキサー食の提供等)、自助具を使用するなどしている。		

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、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・毎食後・就寝前に口腔ケアを行っている。必要な方については航空ケアスポンジを使用したり、歯科衛生士による口腔ケアを受けていただき、口腔内の清潔保持や機能保持に努めている。		
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、個々の排泄パターンの把握に努めている。定時の声掛け・誘導の他、利用者個々に合わせたタイミングでトイレ誘導を行ったり不快感のないオムツ類の選定を工夫し、失敗しない排泄の支援に努めている。	排泄記録から個々の排泄リズムを把握し声掛けやトイレへ案内し、訴えのできない方は排せつのサインを見逃さないよう支援に努めています。重度の方も多くおむつを使用している方も体調を見ながら日中はできるだけトイレで排泄ができるよう支援しています。ミーティングで個々に合った支援を随時検討し、退院後などは早期に基の状態に戻れるよう支援しています。	
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	朝食にヨーグルトを提供している(オリゴ糖も使用)他、AMの水分補給に寒天ゼリーを取り入れている。便秘がちな利用者には上記以外に寒天ドリンクを勧めたり、毎朝の体操や日々のレクリエーションで身体を動かし、便秘予防に取り組んでいる。できるだけ下剤に頼らず、自然排便・自力排便ができるように支援している。		
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ともに入浴を行い、利用者の気分や覚醒状態、タイミングに合わせた入浴介助を行っている。入浴は1人ずつ個別にいただき、職員とのコミュニケーションや触れ合いの機会となっている。	入浴は週に2~3回は入れるよう日中の時間帯に体調や気分にも配慮しながら声をかけ入ってもらっています。季節に合わせた柚子の香りの入浴剤を使用したり、好みのシャンプーやリンスを使用する方など職員とコミュニケーションを図りながらゆっくり入ってもらっています。入浴を断る方には時間ずらしたり、職員の交代や声掛けを工夫し無理なく入浴できるよう支援をしています。	
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	利用者個々の体力や体調、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	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・いけばな等)を開催し、馴染みのお稽古ごとや楽しみの機会としている。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、毎月の行事・季節に応じた行事等を通して、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。		

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に支援している	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。特に年末年始等は無理のない範囲で外出泊を勧め、家族と過ごす時間を持っていただけるように支援している。	広い敷地内を日々散歩したり、育てている花や野菜の水やりや収穫を楽しみ、日向ぼっこや庭で茶を飲むこともあり、外気に触れ気分転換を図ってもらっています。時には職員が付き添い買い物に行ったり、社協祭りなどに出かけています。また桜の花を見にドライブしたり、秋には紅葉を見に行く予定にしています。	重度の利用者も多く外出が困難な状況になっていますが体調に配慮しながら、個別や少人数で外出する機会を検討されてはいいかでしょうか。
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、使っていていただく。管理が難しい方についても本人の希望があれば、安心のために少額のお金を手元に置いていただく等、個別に対応している。		
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	利用者が自身で家族や友人と電話や手紙のやり取りができるようにしており、スタッフは必要に応じて取次ぎを行っている。		
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	和の雰囲気や調子とした建物を活かし、落ち着いた雰囲気となるように努めている。毎週生花を飾り、庭で季節の花や野菜を育てる等、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。	和風造りのホーム内は玄関や共用スペースに利用者と毎週花を飾り、季節に合わせた作品や雛人形などを飾り、季節感のある落ち着いた空間になっています。畳コーナーや静かに書を書いたり好きな事に取り組めるスペースを設けたり、テーブル席やソファなどは利用者の関係を見ながら随時変更し、居心地よく過ごせるよう配慮をしています。冬は床暖房を入れ利用者の体感に合わせた室温になるよう調整をしています。	
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見て配慮している。1F/2Fを自由に行き来していただき、本人にとって居心地が良く落ち着ける場所で過ごしていただいている。リビングにはソファや熱帯魚の水槽を置くなど、落ち着ける空間を作っている。		
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、自宅から馴染みの家具・写真・小物入れ・時計等を持ち込んでいただき、居心地の良い空間作りを行っている。	入居時に使い慣れたものを持ってきてもらうよう家族に伝えてあります。利用者は テレビ や筆筒、鏡台、テーブル等の家具を持参し、安全な動線を考え使いやすいよう配置を決めています。また家族や孫の写真を飾ったり、熱帯魚の飼育や花を育てる方、趣味の本を持参する方等、利用者がその人らしく安心して過ごせるよう支援をしています。	
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、居室内の環境設定や移動手段を工夫し、自立支援や事故防止に努めている。		