

### 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	令和元年12月12日	評価結果市町村受理日	令和2年4月28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。協力医療機関である機能強化型在宅療養支援診療所はじめ、地域の医療機関と連携しており、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、尊厳を大切にしたい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、地域ささえあいプロジェクトへの参画、小学校・中学校の総合学習への協力(出前講座・校外学習の受け入れ)等、認知症の啓蒙活動や事業所の地域社会との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、年間の研修計画に基づいて研修を実施している。また、介護福祉士・介護支援専門員等の資格取得支援にも力を入れている。

※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.kairokensaku.mhlw.go.jp/26/index.php?action_kouhou_detail_022_kani=true&amp;JiyosvoCd=2693100048-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search">http://www.kairokensaku.mhlw.go.jp/26/index.php?action_kouhou_detail_022_kani=true&amp;JiyosvoCd=2693100048-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search</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	令和2年1月20日		

**【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)】**

当該ホームは季節や木の温もり、温かみを感じる事が出来る和の設えで自宅にいる時となるべく変わらない環境作りやゆとりあるスペースを活用し、地域密着型サービスにおける法人理念の下笑顔ある自分らしい生活の実現に向けて支援に取り組んでいます。玄関を出てすぐ隣にはお茶会やホームの秋祭り、市の受託事業である月4回のカフェ等の開催時に使用している多目的室があり、利用者も一緒に参加し地域交流の場となっています。市や社会福祉協議会等との連携の中で利用者や地域の方を支える様々な取り組みに携わり、また地域包括支援センターや小中高等の学校との関わりの中でも認知症のプロとして役割を担い地域に根差したホームとなっています。また医療との連携や家族の協力を得ながらホーム全体でチーム一丸となり利用者の思いにそった支援に取り組んでいます。

**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)	○	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、生き活きと働いている (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
<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	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。	地域密着型サービスの意義を踏まえた法人理念をホームの理念とし、また接遇5原則を掲げ毎月1項目ずつピックアップし理念と共に申し送り時に唱和し意識付けを行っています。入職時等書面で詳しく理念の由来等を説明し、日々の中でその人らしい暮らしや笑顔を大切にしたい支援に取り組み理念の実践に努めています。	
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	地域の小・中・高校への授業への協力、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。避難訓練や秋祭り等大きな行事の際には自治会や民生委員等をお誘いし参加いただいている。	運営推進会議を通して地域との関わりが増え、ホームの秋祭りや毎月行う茶会、防災訓練等の際には近隣の方に声を掛け自治会長や地域の方の参加を得て行き、また近隣の寺や他事業所で行われているカフェに利用者が参加し交流を楽しんでいます。音楽やハンドマッサージ等のボランティアの来訪や小学生との交流、中学生や高校生との体験学習の受け入れもしています。	
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、地域社会へ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カ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き開催している。事業所の運営状況・実践状況の報告、身体拘束適正化委員会等を行っている。頂いた意見を検討し、サービスの向上に活かしている。	隔月に開催する会議には家族や民生委員、地域の知見者、市職員、地域包括支援センター職員の参加を得ており、運営や活動状況、研修や行事報告等を行い意見やアドバイスをもらっています。ホーム行事の開催時期の相談をしたり、防災や防犯等具体的な対策を話し合い、災害時にホームの多目的室を地域に開放出来る事も伝える等有意義な会議となっています。	
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。こまめに出向いて報告や相談を行う等、関係性を構築するよう努めている。	手続きの際や不明な点があれば窓口に出向いたり、電話で相談しアドバイスをもらっています。認知症カフェの受託やグループホーム連絡会にも行政が関わっており、ホームの実情を知ってもらいながら協力関係を構築しています。	
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	玄関・門扉は夜間のみ施錠。身体拘束防止についての研修を全職員が受講している。ケアの実践にあたっては、見守りの工夫や居室環境の変更等、利用者の状況に合わせて臨機応変に対応し、拘束しないケアを実践している。	年に1回虐待や身体拘束に関する研修を講師を招いて実施したり、外部研修を受講し伝達研修を行っています。またセンサーマットについてや言葉による行動制止についての話し合いも行っています。安全確保の為センサーを使用している利用者がありますがミーティングや計画の見直し時に必要性について話し合っています。門や玄関、フロア入口の鍵は開いており、利用者に寄り添いながら拘束感の無い暮らしを支援しています。	

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
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全職員が研修を受講する等の学びの機会を持っている。利用者個々のケースについては、MTGで話し合いを行っている。		
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	介護支援専門員連絡会議への参加、認知症介護実践者等養成研修の受講を積極的に行い、学びの機会を持っている。利用者のうち1名が成年後見制度(第3者後見)を利用している。		
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	契約の際には、契約書・重要事項説明書をご家族と共に読み合わせて説明し、疑問点を確認し理解いただいた上で締結している。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・計画作成担当者等が利用者の近況・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、玄関には意見箱を設置しているほか、利用者満足度調査を行う等、業務やサービスの改善に取り組んでいる。	利用者の要望は日々の生活の中で聞いており食事内容については献立に反映しています。家族からは面会時にコミュニケーションを図りながら聞いたり、介護計画の見直し時や年に1回の満足度調査等でも意見を聞いています。意見により行事の際に家族に案内をしたり、個別の要望についても都度対応をしています。	
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(含 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。	毎月のホーム全体会議や委員会等で職員は気づきや意見を出せる機会があり、年に2回の定期的な面談や随時ホーム長より声掛けを行い職員の思いを聞いています。また社長宛ての投書箱も設けられています。掃除機等の物品購入についてや利用者の状態により時間帯による職員配置の変更、庭の水やりの方法、入浴剤の使用等出された意見は話し合い改善しています。	
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、定期的(年2回)及び随時の面会の機会を設けており、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	新入職員に対しては、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。年間計画に基づいて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等、研修の機会を設けている。		

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、同業者等との交流を持ち、連携している。ソラスト(親会社)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されている。		
<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	入所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・他利用者と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に支援している。		
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	入所相談の段階からご本人の状態のアセスメントと同時に支えているご家族の思いや悩み、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意識をもっ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支援者からの情報、ご本人とのかかわりの中からスタッフがくみ取った思いや希望に対し可能な選択肢の情報提供、保険外サービスの利用も含めて提案している。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支援している。		
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	利用者個々の生活歴や生活、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るように、笑顔で会話ができる関係性を築くように努めている。		
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いただくようにしている。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いただけるように努めている。特にお盆やお正月等は、家族と一緒に過ごす時間を持っていただけるように声かけをしている。	家族や親戚以外にも同郷の友人や元同僚の方、昔の教え子等の訪問があり、居室やリビング、多目的室等希望や人数に合わせ場所を選び、お茶や椅子を準備してゆっくり過ごしてもらえよう配慮しています。馴染みのお寺に行ったり、家族の支援で自宅への外出や外泊、墓参り、美容院や買物に行く方もいます。また年賀状の記載や投函等の支援も行っています。	

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時のコミュニケーションや関係性が構築できるようにしている。また、利用者同時の関係性を考慮した配席、スタッフが間に立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。利用者同士が助け合ったり気に掛けあう関係性も見られている。		
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	利用者・ご家族は共に地域の方でもあり、利用終了後も関係性を大切にしている。当GHで看取りケアを共に行ったご家族が寄り添って下さったり、イベントボランティアとして来所されたり、ウエス等を寄贈していただく等の関わりを持っている。		
<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 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	可能な限りご本人の思いに沿えるよう、生活歴や暮らし方、生活習慣の希望等はご本人やご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。	入居前に施設や病院等を訪問し、生活歴や趣味、習慣、希望等を本人や家族から聞きアセスメントシートにまとめ、以前のケアマネジャー等関係者からも情報をもらい思いの把握に繋げています。入居後は利用者との日々の関わりの中で得られた思いに繋がる内容は記録に残し、申し送りやミーティング時に話し合い本人本位に検討しています。	
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	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の詳細な情報を得てスタッフの関わりに生かしている。また、ご本人・ご家族の了解を得たうえで居宅介護支援事業所・全利用施設等から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。また、計画作成担当者が行うモニタリングは定期的にケアスタッフと共同して行うこと、MTG時のカンファレンスを通して全スタッフが情報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、計画作成担当者だけではなく居室担当と共にを行う機会を持ち、評価や情報把握を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、現状にあったケアプランの作成ができるように努めている。	本人や家族の希望やアセスメントを基に介護計画が作成されており、毎月モニタリングを行い変化があれば随時見直し、入居後すぐは1~2カ月、その後基本的には6カ月毎に見直しをしています。見直しにあたっては再アセスメントを行いミーティングで話し合い、認定更新時や大きな変化があれば家族や医師、薬剤師、歯科衛生士等の参加を得てサービス担当者会議を開催しています。	
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	日々の記録はケース記録に残している他、申し送り・伝達ノート等を活用して情報共有を行っている。スタッフMTG・全体会議・チーム会議等で課題について話し合ったりケアの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、評価の記録の残し方の確立が課題である。		

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している。また、地域の集まり・コミュニティケア・カフェ活動等の活用と地域の方・民生委員等の協力により、個別外出の機会を創出する等、利用者個々のニーズに対応できるように努力している。		
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・コミュニティケア・カフェ活動に民生委員やボランティア・地域の方の協力をいただ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	協力医療機関である在宅療養支援診療所との医療連携により利用者ごとの2回/月の定期訪問診療・緊急時の臨時往診により、必要時に適切な医療が提供されるように支援している。その他、入居前のかかりつけ医を継続し通院・訪問診療による医療管理を受けることができるようにしている。訪問診療にはスタッフが同席し、様子や体調についてこまやかに報告できるようにしている。	入居前からのかかりつけ医を継続している方は往診や緊急時以外は家族と受診しています。ホームの協力医は利用者に合わせて月1~2回往診に来ており、協力医の看護師による週1回の健康管理による訪問もあり協力医、看護師とも24時間連絡可能な体制が取られています。希望や必要に応じて歯科往診や口腔ケア、マッサージの訪問もあります。	
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、状態に変化があった時は随時連絡を取り報告や相談の上で必要に応じて往診や訪問看護(医療)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には、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の開催時には出席し、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等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ことができるよう、看取りに関する研修を受講している。	入居時に看取り介護、医療連携に関する指針を説明し同意を得ています。看取り支援の経験があり、重度化した場合は医師から家族に説明し、意向を確認すると共にホームで出来る事出来ない事を伝えていきます。支援の際は利用者に合わせて随時の往診や特別指示が出されその方に合わせ体制が整えられています。家族にも泊まりが可能な事や一緒に過ごす時間を大切にもらっています。また年に1回看取り研修を行い、看取り後の振り返りも会議時に行っています。	
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	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(1人のスタッフにつき1回/2~3年間隔)。		

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にはご家族の他、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。	年に2回昼夜想定で消防訓練を行い、内1回は消防署立会いの下、通報や初期消火、可能な利用者と一緒に避難誘導をしています。訓練には民生委員の参加を得ており、運営推進会議時に行政と災害時の話し合いやホームを地域に開放出来る事を伝える等地域との協力体制を築いています。また食料や水等の備蓄も行っています。	
<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、月ごとに1項目を強化月間としており、接遇・マナーへ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、スタッフ間で排泄に関する隠語を共有して使用したり、本人・家族の希望に応じて排泄・入浴について同性介助に限る等の対応を行っている。	認知症ケアの中で人格や尊重について学んだり、接遇5原則を常に意識出来るよう職員は記載された用紙を携帯し、毎月ピックアップした1項目を重点的に理解を深めたり、指導の機会とし改善を図っています。言葉遣いは丁寧語を基本に職員間でも徹底し、排泄介助時等は直接的な言葉を選けるようにしています。不適切な言葉掛け等があれば管理者やチーフスタッフが伝えています。	
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	任司法により、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。また、誕生月には食べたいものを尋ね、希望の食事メニューを提供している。		
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	利用者個々の体力・生活リズム・心身状態に応じた対応に努め、気分の波に対しては穏やかに成れる、無理強いし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ことから、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、髭剃り等を声かけし、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かけは介助等、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、調理の共同実践は難しい方が多くなっているが、盛り付け・下ごしらえの一部を共に行っている他、手作りおやつ・リクエストメニュー等の機会に作る工程や食の楽しさを感じられるように努めている。嗜好や食事量の低下等に応じ、家族と連携しながら持ち込みの嗜好品等を提供する等している。	2業者の食事や手作りの日を設けながら昼食は専門の調理スタッフを配置し、利用者には切ったり剥いたり等の下ごしらえや盛り付け、皿拭き等の後片付けに携わってもらっています。誕生日に合わせて希望のメニューにしたり寿司を買いに行く他、外で弁当を食べたり行事の際には寿司職人が来る等、食事を楽しんでもらう機会を作っています。ホームで栽培した野菜が食卓に上ったり、ジャム作りや手作りおやつ等も楽しんでいきます。	
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に合わせて提供している。また、摂食・嚥下機能に応じ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に合わせたタイミングでの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方についても、ご本人の負担に配慮しながらトイレでの排泄が継続に取り組んでいる。	全利用者の排泄チェック表を基にパターンを把握し、利用者毎のタイミングに合わせてトイレ誘導を行っています。座位が取れれば基本的にトイレでの排泄を支援していますが利用者の身体状況に合わせて無理の無いよう支援しています。日々の中や会議時に支援方法や排泄用品の選択等について話し合い、成功例も報告し、失敗が減る事によりパッドを取る事が出来た例もあり、自立に向けた支援に努めています。	
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る等、下剤に頼らない、自然な排便ができるように努めている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	AM/PMともに入浴を行い、利用者個々の好みや気分、体調、覚醒状態やスケジュールにより日や時間帯を変更する等している。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。	入浴は日中の時間帯で3日に1回は入ってもらえるよう声掛けをし、拒否があった場合は声の掛け方を工夫したり、家族の協力を得て入浴してもらう場合もあります。夜眠れない方や清拭対応の方に足浴したり、ベッド上での洗髪も支援しています。菖蒲や柚子の季節湯や入浴剤を使用し楽しんでもらったり、専用のシャンプーを持ち込んでいる方もおり、個々にそった支援となるよう努めています。	
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	夜にしっかり安心して休めるように、昼間の離床・活動を促している。同時に、ADL・体力の低下した利用者に対しては、ここの体力・体調・覚醒状態等に応じて臥床・離床を支援することで、レクリエーション・食事等の時間に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は全社的に取り組んでいる。居宅療養管理指導としてかかりつけ医療機関や薬局と連携し、服薬開始・変更等に伴う変化についても診察時・医療連携・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・おはなの会といった馴染みの伝統文化に触れる機会を提供し、非日常の楽しみや気分転換の機会を設けている。利用者個々の好みや楽しみ、趣味に関わる支援を家族と共同して取り組むこともある。		

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	お花見・紅葉狩り・初詣等の外出レクを行った。春秋の気候の良い時期に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める機会を持っている。個別ケアとしては、随時庭の散歩を行う他、家族の了解をいただき近隣商店への個別外出を行った。また、認知症本人MTGへの参加、地域の方や民生委員の協力を得て近隣のカフェ・集まりに利用者が参加することができている。	敷地内の多目的室や庭の花の水やりをしたり、花を見に行く等日常的に外に出て気分転換を図っています。季節毎の初詣や桜の花見、紅葉狩り等に出掛けたり、食材や花の苗の買物や個別でショッピングモール等に出掛けています。家族と自宅に帰ったり、美容院や墓参りに出掛ける方や地域の方の協力を得て体操教室や行事にも出掛ける方もいます。	
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・管理能力等に応じて持っていたりしているが、利用者同士で貸借が生じかける等の課題が生じている。普段所持していない方にも、個別外出の際にスタッフ見守りのもとレジでの支払いをしてもらう機会があった。		
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ができるように支援している。郵便物をめぐらトラブル(勘違いや故人への送付、お悔やみを何度も出す等)も過去にあり、必要に応じて手紙等はご家族に判断していただいている。携帯電話を所持されている方には、居室内で使用していただいている。		
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	和の雰囲気や基調とした建物を活かし、落ち着いた家庭的な雰囲気となるよう努めている。毎週生花を飾ったり、季節に合わせた飾り付け等を通し、季節感や生活感のある空間づくりを行っている。熱帯魚の水槽を置き癒しの空間を演出している。清掃にも力を入れ、におい・汚れに気を配っている。	玄関には利用者による池坊流の生花作品や花瓶を飾り、リビングには利用者と一緒に作成した季節に合わせた作品を置き季節感に配慮しています。木の温もりを感じる事が出来る和の設えで自宅に近い環境作りに配慮し、照明も温かみのある色に統一しています。テーブル配置は利用者の状況に合わせて、少し離れた場所で寛げるソファも配置しています。懐かしいミシンを置いたり、また温湿度計を数ヶ所設置し、床暖房を取り入れ、毎日掃除を行い居心地良い空間づくりに努めています。	
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	利用者が1F/2F問わず居心地の良い落ち着いた場所や場所を過ごせるように配慮している。玄関外に床几を設置し、ゆっくりと外気浴ができる場所を作っている。リビングでの席配置は、利用者間の関係性やコミュニケーションを見ながら調整している。		
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	ご本人・ご家族と相談し、自宅から馴染みの家具や写真、小物入れ・時計・自身の作品等を持ち込んでいただき、居心地の良い居室環境を整えるようにしている。	馴染みの物を持ってきてもらえるよう伝え、使い慣れたタンスや椅子を配置したり、大切にしている位牌や遺影、家族の写真や飾り、家具の配置は家族と相談して行っています。また自身の刺繍の作品や編み物や硯、アートフラワー等の道具、楽譜や本、お気に入りのDVD等を側に置いている方もおりその方らしい居室になるよう配慮しています。	
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工夫し、自立支援や事故予防に努めている。医療との連携を密に持つことで、リスクへの対応を多角的に検討している。		