

### 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	平成30年12月10日	評価結果市町村受理日	平成31年4月19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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/26/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JirvosyoCd=2693100048-00&amp;PrefCd=26&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/26/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JirvosyoCd=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31年1月16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。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、尊厳を大切にケアを目指している。  
 また、社会福祉協議会と連携した利用者家族・地域の民生委員や住民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(出張講座・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た研修を実施している。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。

**【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)】**

当該事業所は、法人の経営理念を基に行動指針や接遇5原則を作成し、毎月1つの項目を目標として掲げ、毎日唱和し日々意識しながら支援に取り組んでいます。食事は業者から届いた献立と食材を使用し三食共事業所で作り、野菜を刻む音や料理の匂いなどを感じてもらおうことを大切に、週1回は創作の日と称し利用者の好みの物を作ったり、寿司や弁当の出前、ケーキやプリン等手作りのおやつも取り入れ毎日の食事が楽しみなものとなるよう工夫をしています。また、医療面での連携が充実しており、看取り支援の経験もあり家族や医師、看護師、職員間で話し合いを重ね方針を共有しながら家族の協力を得て支援する等、温もりが感じられる雰囲気の中で利用者の終の棲家として最期まで安心して暮らせる事業所となるよう取り組んでいます。

**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、活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、安心して暮らせている (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	毎日の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、自覚しながら業務を行えるように意識を高めている。	フロア入口に法人の経営理念を掲示し、経営理念を基に行動指針と接遇5原則を掲げ、5原則の内の1つの項目を毎月の日標に立て経営理念と共に毎日唱和し職員への意識付けを行っています。職員採用面接の際に理念を説明し賛同した方を採用し、入職時にも理念に込めた思いを説明して日々理念を意識しながら支援に取り組むことで実践に繋げています。	
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人として日常的に交流している	運営推進委員(民生委員)を通して夏祭り等の行事にお誘いし参加いただいている。地域の小・中学校・高校の授業への協力、職場体験活動の受け入れ、日常的には花壇の水やり・敷地周囲の清掃時の近隣の方への挨拶を行っている。	社会福祉協議会が主催する祭りに利用者とは掛けたり、認知症サポーター講座に職員が参加しています。事業所内の地域交流室を地域に開放し、サークル活動等に利用してもらっています。事業所で地域の小学生の校外学習や中学生の職場体験を受入れたり、歌や楽器演奏、リズム体操等のボランティアの来訪もある等、地域との交流を深めています。	
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・民生委員や地域の商店主を対象とした認知症サポーター養成講座の開講、中学校への出前講座等、認知症についての啓蒙活動を行っている。また、今年度はRUN伴に参加した。		
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ヶ月に1回の運営推進会議に民生児童委員、利用者家族、行政担当職員、地域包括支援センター職員、地域住民の参加を頂き開催している。取り組み状況報告、話し合いをして頂いた意見を検討してサービス向上に活かしている。	会議は家族代表や地域住民、民生委員、地域包括支援センター職員、行政職員等の参加の下2か月に1回開催し、活動や行事の案内、利用者の状況の伝達、事故報告等を行い意見交換をしています。意見を受けて行事の開催時期を8月から7月に変更したり、地域行事等の情報を得て参加を検討する等、会議を運営に活かしています。	
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、話し合いをしている。こまめに報告や相談を行ったり他関係機関に出向くなど関係性を築く努力をしている。	運営推進会議に行政職員の参加を得ています。議事録の提出や運営上の手続き、相談等で行政の窓口を訪問したり、不明点等を電話で確認しています。市主催の会議等に出席して制度の情報を得たり、行政から研修の案内が届き出来るだけ参加して協力関係を築くように努めています。	
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。研修を開催し、全職員が受講するようにしている。見守りの工夫や居室環境の変更など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1～2回法人主催の身体拘束、虐待に関する研修を受け、不参加の場合はビデオを観て職員は知識を身に付けています。安全上、家族の了承の下センサーを使用している利用者もいますが、必要性については職員間で検討しています。外出希望の利用者には言葉かけを工夫したり、職員が寄り添って敷地内や外へ散歩に出掛けることで気分転換を図っています。	

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
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	外部研修の受講、地域包括支援センターの権利擁護担当者を講師に招聘した研修の開催/受講など学びの機会を持ち、意識を高めるよう取り組んでいる。個別のケースでは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	介護支援専門員連絡会議への参加や、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3名が成年後見制度を利用している。		
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。複数の職員で対応し、理解されているかを丁寧に確認するように努めている。		
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	ご家族の面会時にはホーム長・副ホーム長・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他、満足度調査を実施し、業務・サービスの改善に取り組んでいる。	利用者からの要望は日々の関わりの中で聞き、好みの食事を作ったり、親戚の家への個別外出など出来ることは都度対応しています。家族の意見や要望は運営推進会議や満足度調査、面会時等に聞いています。個々のケアについての意見が多く、食事の摂取量が減ったとの家族の意見を受け、主食を変えたり食事の形状を工夫して摂取量が元に戻る等、意見を受けてその都度対応しています。	
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(含むスタッフミーティング・会議後の情報共有)の機会にスタッフの気づきや意見、提案を聞いている。社長ダイレクト(スタッフ用投書箱)を設けている。	毎月の全体会議や日々の業務の中で職員の意見や提案を聞いています。全体会議に不参加の職員には事前に口頭で意見を聞き、会議開催後に議事録を渡して内容を周知しています。出された意見から職員間で業務を統一してサービス内容や業務の改善に繋げています。年2回の定時の面談や随時の面談を実施し意見や思いを聞いています。	
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。		
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とっている。年間計画に基づく研修を実施している他、認知症介護基礎研修・実践者研修等の受講、その他外部研修等、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(介護支援専門員連絡会、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。ソラスト(親会社)の研修も一部受講している。		
<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	入居相談の段階からご本人の状態をアセスメントし、ご本人の思いやそれまでの生活を尊重し、安心できる生活を送って頂け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をアセスメントすると同時にご家族の思いや悩み、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持って関わっている。		
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くみ取った思いや希望に対して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。医療とも連携している。		
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性格、その時々々の心身の状態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頂けるように、「ありがとう」を伝え合いながら暮らせる関係性を築くように努めている。笑顔で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	利用者を「共に支援していく」スタンスで関わり、面会時などに日頃の様子などの情報を積極的に伝えると共に、ご家族にも役割を持って頂くようにしている。利用者にとって身近な家族であり続けることが出来るような関係性を築くよう努めている。		
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頂けるよう努めている。特にお盆やお正月などには家族と一緒に過ごして頂けるよう声掛けをしている。	友人や近所の知人等の訪問時にはリビングや居室へ案内しお茶を用意してゆっくり過ごしてもらえるよう配慮しています。訪れた友人や知人と買い物に行く利用者もいます。職員と馴染みの場所へ初詣やドライブに出掛けたり、家族と自宅や外泊、墓参り等へ外出しています。年賀状を出す際には投函を支援するなど、馴染みの関係が途切れないよう支援に努めています。	

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や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、穏やかに安心して過ごせるように努めている。		
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	地域の方であり、利用終了後も関係性を大切にしている。看取りを共にしたご家族が寄って下さったり、イベントボランティアとして来所して下さった方もある。		
<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	可能な限りご本人の思いに沿えるよう、生活歴や暮らし方の希望などは本人や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関わりの中からくみ取り、その内容を家族にも確認している。	入居時に自宅や施設等で面談し利用者や家族から生活歴や身体状況、思いや意向等を聞き以前の施設やケアマネジャーからも情報を得てアセスメントシートに記載し職員間で共有しています。入居後は利用者との日々の会話の中で思いや希望を聞き、把握が困難な場合でも表情や反応から汲み取り、職員間で本人本位に検討し思いや意向の把握に努めています。	
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、スタッフの関わりに活かしている。また、本人・家族の理解を得たうえで居宅介護支援事業所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ている。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を定期的にケアスタッフと協働して行うこと、MTG時のカンファレンス等を通して全スタッフで情報共有が出来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	モニタリングを計画作成担当者だけではなく居室担当者と共にやる機会をもち、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関心の変化や課題は家族の面会時・診察時・医療連携時等に情報共有し、現状に合ったケアプランの作成を行うように努めている。	アセスメントを基に作成した介護計画は初回は暫定で立て1~3か月で見直し、その後は利用者の状態に変化がなければ6か月毎の見直しを基本としています。居室担当者の意見も聞きながら毎月モニタリングを行い、見直し前には再アセスメントを行いサービス担当者会議を開催し利用者や家族の意向や必要に応じて医師や看護師の意見を計画に反映しています。	
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・伝達ノート等により情報共有が出来るように努めている。スタッフMTG・全体会議・チーフ会議等でカンファレンス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実践・評価の記録の残し方が課題である。		

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ものに関しては、家族と相談し個別の支援・取り入れ可能なサービスの活用を検討している。また、かいで・てらど共同でのレクリエーション・行事等を工夫し提供している。		
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を受け入れ、変化や楽しみの機会を作り、暮らしの充実を図っている。(ハーモニカ・コーラス・大正琴・ハンドベル等のイベント、朗読、気功体操等)		
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	協力医療機関の在宅療養支援診療所は、利用者ごとに2回/月の訪問診療に加え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支援している。その他、入居前のかかりつけ医を継続して通院/訪問診療による医療管理を受けている。	入居時に今までのかかりつけ医を継続するか事業所の協力医に変更するかを選択してもらい、いずれも月2回の往診を受けています。協力医とは24時間連絡が取れ、緊急時は随時の往診も可能です。専門医への受診は家族の対応を基本とし、受診結果等は協力医へは書面で、家族とは口頭で共有しています。希望や必要に応じて訪問歯科による口腔ケアや治療を受けたり、訪問マッサージ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他、状態変化時は随時連絡を取り、状態の報告や相談の上で必要時には主治医の指示による訪問看護(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。	入居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・地域連携担当者と連携し今後の見通し等を共有している。退院前カンファレンス開催時には同席し、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確認を行っている。状態変化の際には、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家族に説明し、方向性の決定支援に努めている。スタッフは、看取りに関する研修やビデオ研修を受講している。	入居時に重度化した際に事業所として対応可能なことについて家族に説明し同意を得ています。重度化した際には家族や医師、看護師、職員を交えて話し合い看取りの方針を決め、家族の毎日の面会等の協力も得ながら支援をしています。看取りを終えての振り返りを行ったり、年1回看取り支援の研修を受け不参加の職員はビデオを観て知識を身に付けています。	
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(1人の職員につき1回/2~3年間隔)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	所轄の消防署の指導のもと、2回/年の消防避難訓練を昼間想定・夜間想定で実施している。消火器を用いた消火訓練には民生委員等を通じて地域の方に案内し、参加いただいている。防火設備点検・消防訓練は定期的実施している。	年2回それぞれ昼夜を想定して内1回は消防署立ち合いの下、利用者も参加し通報や避難誘導、水消火器を使用して初期消火の訓練を実施しています。訓練実施時には近隣へ案内し、運営推進会議で訓練の案内や終了後の報告をしています。また、水や缶入りパン、おかゆ等の3日分の食料、懐中電灯等を準備しています。	
<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、月ごとに唱和して接遇・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隠語を共有したり、本人の希望に応じて排泄・入浴の同性介助に限って行っている。	接遇5原則を掲げ、月毎に1つの項目を選択し毎日唱和して意識付けを行うと共に、毎月接遇に関する勉強会を実施しています。丁寧語を基本とし、呼称については苗字で声を掛け、利用者に応じて分かりやすい言葉掛けを行い、不適切な対応があれば職員同士で注意合っています。希望に応じて入浴や排泄時の同性介助を行っています。	
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々での自己決定が可能となるよう思いを引き出し、汲み取る働きかけを工夫し、本人の思いを尊重したケアに努めている。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、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ており、気分の波に対しては穏やかなになれる、無理強いないケアを模索している。個々を尊重し、庭への散歩支援等を希望時随時行っている。半面、ホーム全体が重度化傾向であり、特にADLが高く維持されている方への関わりには工夫が必要と感じている。		
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	入浴時の着替えの用意、入浴後やモーニングケア時の整容・髭剃り等を声掛けし一緒に行っている。外出や行事の際には着替えの声掛け・介助等、おしゃれや身だしなみの支援を行っている。訪問美容業者が定期的に来所している。		
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	利用者のADLの変化により、調理の協働実践は困難になってきているが、盛り付け・下ごしらえの一部等を共にしている他、手作りおやつ・リクエストメニュー等で作る工程や食の楽しみを感じられるように努めている。持ち込みの嗜好品を希望時に提供している。	2つの業者を利用して献立と食材が届き、利用者にも下拵えや盛り付け等出来ることに携わってもらい事業所で三食作り、職員も一緒に食事を摂っています。週1回は創作の日と称し、業者の献立を止めて利用者が希望する食事等を作って提供しています。弁当や寿司を取ったり、おやつを手作りする等、食事が楽しみなものとなるよう工夫をしています。	
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。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。個別に対応を要する利用者に対しては家族と協力して好まれるものを本人のペースに合わせて提供している。摂食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、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・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頂き、口腔ケア・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	排泄チェック表を付け、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を行いトイレでの排泄が困難になりつつある方についても、トイレでの排泄ができるように努めている。	トイレでの排泄を基本とし、利用者全員排泄記録を取り個々の排泄パターンを把握し、時間や様子を見ながら個々に応じて声掛けやトイレへの案内をしています。排泄支援を継続して排泄の失敗が減ったり、おむつから紙パンツに改善した利用者もいます。排泄用品の種類や支援方法等については全体会議等で検討し排泄の自立に向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	朝食のヨーグルトにオリゴ糖・ヤクルトを活用している他、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共に入浴を行い、利用者個々の好みや気分、覚醒状態、疲労感、体調等により日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。	入浴は週2回以上を目安に午前と午後に入ってもらい、希望があれば回数を増やすことも検討しています。入浴拒否が見られる場合は日時を変えたり家族にも協力してもらおう等の工夫をして無理のないよう入浴してもらっています。ゆず湯や菖蒲湯を行う等、一人ひとり会話を楽しみながらゆっくり入浴してもらっています。	
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・活動を勧めている。同時に、ADL・体力の低下した利用者に対しては、個々の体力・体調、生活リズムに応じた臥床・休息の時間を設けることでレクリエーション・食事等を楽しめるように支援している。		
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	誤薬・落薬・服薬忘れ等、薬に関する事故予防には全社を挙げて取り組んでいる。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、服薬しての変化等についても診察・医療連携・配薬時等の機会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	季節に応じた行事を行っている他、お茶の会・お花の会と言った馴染みの伝統文化と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持てるように支援している。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。日常では庭を活用したランチ・おやつ等、身体状態が異なる利用者でも共に楽しめる機会を持っている。個別ケアでは、希望時に随時庭の散歩を行う他、家族の了解を頂き一緒に日用品の買い物への外出を行っている。また家族や友人との外出や、年末年始等の外泊を勧める等、家族で過ごす時間を持って頂くよう働きかけている。	気候の良い時期には散歩に出掛けたり、敷地内で昼食や外気浴を楽しんでもらっています。職員と買い物に出掛けたり、家族にも案内し初詣や桜の花見、紅葉狩り等、季節に応じた外出行事も実施しています。家族と外泊したり友人と外出する利用者もあり、出来るだけ外出する機会を多く持てるように支援しています。	
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も説明のうえ、利用者個々の理解力や管理能力、希望に応じて持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	利用者が自身で友人や家族と電話や手紙のやり取りができるように支援している。郵便物をめぐるとトラブル(勘違いや亡くなった方への送付等)も過去にあり、手紙等は原則としてご家族に判断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	和の雰囲気を基調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。毎週生花を飾ったり、季節に合わせた飾りつけ等を通し、季節感や生活感のある空間作りを行っている。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、臭い・汚れに気を配っている。	玄関やリビングに生花を飾り、季節毎に利用者や職員で作った作品をフロアに掲示して温かい雰囲気を演出しています。離れた場所にソファを置き一人になれる空間を設け、テーブルや椅子は利用者同士の相性を考慮し配置しています。温湿度計を置き利用者の体感を聞きながら室温調整や加湿にも配慮し、毎日掃除や換気を行い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1F/2Fに関わりなく居心地の良い、落ち着いた場所で過ごせるように配慮している。玄関外にベンチを設置し、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、利用者間のコミュニケーションや関係性を見ながら配慮している。		
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、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写真、小物入れ、時計等を持ち込んでいただき、居心地のよい居室環境を整えるようにしている。	入居時に家族に馴染みの物を持ち込んでもらうように伝え、テレビや棚、家族の写真、遺影、仏壇等の持参したものを家族が配置をしています。裁縫道具や利用者が作った杖を持ってきたり、新聞を取って読んでいる利用者もいます。布団を敷いて休むことも可能で、また換気や清掃を行い快適に過ごせる居室と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た居室内の福祉用具等の使用等環境整備を行い、移動手段を工夫するなど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。		