

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	2671200109		
法人名	株式会社 ケアトラスト		
事業所名	グループホーム メイプルリーフ		
所在地	京都府宇治市木幡南山74-7		
自己評価作成日	令和元年6月24日	評価結果市町村受理日	令和元年10月20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.mhlw.go.jp/26/index.php?action=kouhyou_detail_022_kan=true&JiryosyoCd=2671200109-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【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	令和元年8月2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)】

当ホームは、宇治市の住宅街の中に位置し、民家型ホームで、利用者定員が6名のとても家庭的な雰囲気の小規模なホームです。当社の理念である「自立」「解放」「支えあい」「前向き」を常に念頭に置き、小規模の強みを活かし、職員は日々意欲的にケアを行っています。毎年、職員が意見を出し合って年間目標を設定し、定期的に目標の振り返りを行い、目標の達成に努めています。利用者一人々の要望にもすぐに対応出来るのも小規模ならではの強みであり、ご家族の意向も取り入れたケアを実践しています。行事や外出で地域との交流も図り、ご家族やなじみの方との関係も大切にし、毎日笑顔で楽しく、張り合いを持って生活ができる事を目指しています。又、これまでの経験を活かし、終末期のケアにも取り組んでいます。訪問医や協力医療機関との連携にも力を入れ、早期の対応が出来るように努めています。退所となったご家族とも連絡を取り合い、様子を伝え合い、関係を継続しています。

【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)】

当該事業所は日常的に地域と交流しており、散歩時に出会った方とは挨拶を交わし庭のベンチで外気浴をしている時には地域の方に声をかけてもらっています。庭先にある事業所の掲示板にて夏祭りや餅つき、茶会等の案内をし地域の方の参加を得ており、地域の防災訓練やとんど焼き、小学校で行われるしめ縄作りにも参加し交流を図っています。ハロウィンには子ども達の訪問が恒例であり、ハーブやマンドリンの演奏等のボランティアの来訪もあり地域との良好な関係を築いています。運営推進会議には家族や地域役員等の他、家族のOBの参加もありテーマを決め研修をしたり、活発な意見交換を行う等、有意義な会議となっています。長く勤める職員も多く良好な関係を保ちながら事業所内でのレクリエーションや多くの外出を企画し利用者が楽しみながら暮らせるよう支援しています。

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. 全くない
59 利用者は、職員が支援することで生き生き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
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	法人共通の理念を、玄関・事務所に掲示し、常に意識できるようにしている。理念をもとに、職員で意見を出し合い、一年の目標を設定し、定期的に振り返り、目標の達成に向けケアを実践している。	理念を基に年間目標を作成し半期毎に振り返りを行い、年度末にはアンケートにて職員の意見を募り次年度の目標を立てています。長年勤務する職員も多く新任入職時には理念に対する思い等を説明し全職員に浸透しています。また、理念を基に介護計画を作成しており日々のケアが理念の実践に繋がっています。	
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	掲示板を活用し、行事やカフェのお知らせ、食中毒・インフルエンザ等の広告を貼りだしている。恒例の行事を楽しみにして下さっている方もおられる。自治会の消防訓練にも参加し、地域との交流を持ち、散歩や庭での活動を通して近所の方と顔を合わす機会を多く持つようにしている。	散歩時には挨拶を交わし、庭先のベンチに腰を掛けていると声をかけてもらうなど日常的に地域との関わりがあります。社長が民生委員を担っていることもあり地域の様々な情報を得ており、地域の消防訓練への参加やとんど焼には書初めを持参し参加をしています。春の茶会や夏祭り、餅つき等事業所のイベントは掲示板を活用し地域の方に案内をしております多くの参加を得る等地域との良好な関係を築いています。	
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	メイプルカフェを榎島・金草原で行っており、ご近所の方やご家族、訪問医、他施設等に呼び掛けを行い、ホームの認知と、今後、ホームでカフェの開催を目指すきっかけ作りを行っている。		
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	活動報告はスライドショーを利用し、実際の様子が分かりやすいように工夫している。サービスの内容やケアの方法を報告し、委員の方からの意見も取り入れ、今後のケアに活かしている。又、地域の方にも関心を持ってもらえる方法を検討している。	会議は家族や数人の家族OB、民生委員、地域住民、市職員、地域包括支援センター職員等多くの参加を得て隔月に開催しています。スライドショーにて活動報告を行い、意見交換をしています。ターミナルケアや圧迫骨折についてなどその時々でテーマを決め訪問リハビリ医等から研修を受けることもあります。アドバイスを受け、今後会議の中で事故報告を行うことを検討しています。	
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	月に1回、市からの介護相談員の受け入れを行っており、行事や運営推進会議にも参加をして頂いており、年1回の交流会にも参加し、意見交換を行っている。又、運営推進会議には宇治市介護保険課より来て頂き、意見交換をしている。	運営推進会議に市職員の参加があり、事業所の理解を得ています。グループホーム意見交換会には職員が参加しており、市職員からアドバイス等もらっています。手続き等で窓口を訪問したり、わからないことなどは電話で聞くなど良好な関係が築けるよう努めています。	
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	法人の理念にも「開放」の項目があり、年2回の身体拘束の研修を行い、身体拘束による悪影響を正しく理解し、身体拘束は一切行っていません。玄関の鍵は外出時と夜間以外は解錠しており、ご利用者やご家族、ご近所の方がいつでも出入りできるようにしている。運営推進会議でも身体拘束を行っていないことを報告している。	職員は年2回事業所内での研修を受け身体拘束に関して理解を深めています。年2回身体拘束委員会を行い運営推進会議で報告をしています。不適切な対応はほとんど見受けられませんが見かけた際は管理者が注意をしています。玄関の鍵は開放され、自由に出入りができ職員が見守りしながら庭のベンチで気分転換を図るなど閉塞感のないケアに努めています。	

グループホーム メイプルリーフ

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	年2回の高齢者虐待の研修を行い、意識付けを行っている。職員は虐待への高い意識を持って業務にあたっている。ストレスをためないように、職員同士助け合い、息抜きすることも大切にし、互いに声を掛け合い、防止に努めている。		
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	外部研修により学びの機会を持ち、必要時には活用できるようにしている。制度が必要な場合は関係者と話し合い、協力し合える体制を整えている。		
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	契約時に、契約書及び重要事項説明書を十分に説明し理解を得ている。又、改定の際は通知を出し、周知徹底を行い、質問等も受け付けている。		
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	ケアプランの見直し・更新時には書面及び口頭で意見を聞き取り、ケアプランに反映させるようにしている。又、サービス担当者会議でも時間を取って話し合いを行っている。ご家族の来訪時にも状況を伝え、意見交換に努めている。	利用者からは日々の関わりの中で行きたい所や食べたいものを聞き、外出したり外食に行くなど都度反映するようにしています。家族からは通信や手紙で日々の様子を伝え、運営推進会議や介護計画の説明時、面会時、電話等で意見や要望を聞くようにしています。今までやっていた写経の継続や下肢筋力の低下予防等の要望があり、写経を書いてもらったり、散歩を増やすなど個々の要望に応じて取り組んでいます。	
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	役員により、年2回の面談を実施し、意見を出す機会を設けている。又、職員会議等でも意見を反映した取り組みを行い、意欲的に取り組むことが出来ている。	職員の意見や提案は日々の業務の中や月1回の職員会議の中で聞いています。トイレ誘導等ケアの方法について意見が挙がりケアの統一を図るなど日々の業務改善に繋がっています。行事担当や防災委員、ハラスメント委員等の担当者から意見が挙がることもあります。また、役員による年2回の面談時も意見や思い等を聞く機会となっています。	
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	各自、年間の短期目標・長期目標を立て、年2回の役員による面談で振り返っている。又、給与体系は、就業規則に記載されており、資格や役職等により手当てが整備され、目標の目安になっている。意見の出しやすい環境も出来ており、やりがいに繋がっている。		
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	定期的に社内研修を行い、役員も参加している。外部への研修は、各職階に応じて指名するほか、職員の意思により参加している。研修に参加した際には報告書を提出し、他職員にも伝達できるように取り組んでいる。個別指導によるレベルアップの機会も設けている。		

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
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	GH連絡会、GH協会、外部研修、相談会等に参加し、他法人の職員、関連職種と交流する機会を設けている。連絡会等では、様々なテーマの勉強会や職員交換研修を行っている。他施設の取り組みを知る良い機会になっている。		
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	聞き取りや日常会話の中での要望の理解、把握に努め、ご本人の納得、安心を第1に考え、試行錯誤しながら関わっている。又、ご家族への聞き取りやセンター方式、アセスメントにて情報を収集するように努めている。		
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	サービス利用前のホーム見学や自宅でのアセスメントを行い、話し合いを持ちながら問題解決に努めるようにしている。又、随時、連絡を取り合い、ご家族との会話を大切にしている。		
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	ご本人、ご家族の意向を聞き取り、医師や訪問リハビリ、福祉用具事業所、行政等へも相談しながら必要な支援の見極めをし、多様な可能性を考慮した対応に努めている。		
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	家事(料理・洗濯・掃除等)を一緒に行い、利用者同士や職員と助け合う関係を築いている。又、それぞれの得意分野を活かし、料理や裁縫や生け花等活躍する機会を設け、職員も関わっている。		
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	ご家族とは密に連絡を取り合い、情報交換に努めている。ご本人やご家族の意向を聞きながら、出来る限りご家族との繋がりを感じていただけるよう、ご協力を頂いている。又、行事や外出への参加やご家族でのお出掛け等時間のある時には来てくださっている。		
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	ご本人の意向を聞き、ご家族の協力も得ながら、手紙や電話でのやり取り等で、これまでの馴染みの関係を継続することを大切にしている。アルバムを各居室に置き、自宅での写真やホームでの写真をいつでも見られるようにしている。又、回想法での話しかけに努めている。	親戚等の訪問時には居室に案内し、椅子やお茶の用意をしゆっくり過ごしてもらえよう配慮しています。年賀状等出す際はハガキの準備や投函の支援をし、家族と一緒に自宅に帰ったり、墓参りなどの外出の際は注意事項を伝えたり、身支度等の支援を行っています。また、昔のアルバムを見たり、思い出の歌謡曲をかけながらその時代の懐かしみ馴染みの関係を大切にしています。	

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
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が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	家事のお手伝い等、利用者の能力に合わせた役割分担を行い、協力して一つの事を行ったり、楽しみながら行える雰囲気作りを努めている。時には協調性と譲り合いを促し、関わりの中でトラブルになることもあるが、体調が悪いとき等は気遣ったりされる関係も出来ている。孤立感を感じないよう、利用者の間に入り話かけを行っている。		
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	サービス利用が終了しても、運営す新委員を継続して下さったり、看取り等の経験を他利用者ご家族に伝えたり、協力して頂いている。退所された方にも近況を伝えている。		
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	日頃からご本人の意向を読み取ることを大切にし、出来る限り意向に添えるように努めている。ケアプラン更新時には、必ずご本人に直接、思いや暮らし方の希望、意向を聞き取っている。又、希望の外出先へ出掛けたりすることで、満足感や新たな希望を引き起こすことが出来るように努めている。	入居時に本人や家族と面談を行ない生活歴や趣味、意向等を聞きアセスメントシートに記載し、利用していたサービス事業所やケアマネジャーからの情報も得て思いの把握に努めています。入居後は日々の会話の中で聞いたり困難な場合は家族から聞いたり表情や様子から汲み取り、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	今までの生活環境を出来るだけ変えることなくホームでの生活が安定するよう、以前の状況把握に努めている。又、ご本人やご家族との会話の中で伺ったことは記録に残し、職員間でも共有するように努めている。入居時にご家族にもセンター方式を記入して頂いている。		
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	バイタルチェックや一日の様子、表情等を毎日全職員がケース記録に記入、申し送りをし、共通して把握できるように努めている。又、ケース会議では、全職員で変化があったことについて、共有、検討、対策を行っている。利用者の心身の状況に応じ、一人々のペースに応じたケアを実践している。		
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	変化があるときには随時、ケース会議で話し合い、素早い対応を心掛けている。月1回のケース会議では全職員で検討し、実践に繋げている。ご家族とも随時連絡を取り合い、話し合う機会を設けている。心身の状態の変化が見られるときには、リハビリDr、歯科、歯科、内科の医師等にも相談し、実践、改善を目指している。	本人や家族の意向、アセスメントを基に介護計画を作成し、初回は1ヶ月から3ヶ月で見直しをしています。1ヶ月毎にモニタリングを行い状況に変化がなければ6ヶ月毎に見直しを行い、その際は再アセスメントにて状況把握の上ケア会議を開催し、家族からは事前に書面にて意向を提出してもらい、医師やマッサージ師の意見も必要に応じて反映しています。日々の記録は計画の実施状況がわかるよう記載しています。	
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	個別記録、連絡帳、申し送りにて情報を共有し、より良い方法でケアを実践できるように努めている。又、状態を把握し、気付いたことをすぐに話し合い、実践してみて、月1回のケース会議で統一している場合もある。		

グループホーム メイプルリーフ

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	ご本人、ご家族と納得できるまで話し合いを行い、出来る事は柔軟に対応するように努めている。又、何事にもリスクを含めて検討し、積極的に取り組んでいる。		
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	ご家族や地域の方、訪問医等気軽に話しが出来る環境作りを目指し、利用者の生活がホームに留まってしまわないように努めている。又、行事や散歩、外出等も刺激になり、いつもと違う表情が見られる。		
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し、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	入居時、又は随時、ご本人、ご家族の希望により、これまでのかかりつけ医からホームの訪問医へ移行したり、かかりつけ医を継続したりと意向に合わせて対応している。必要時は訪問時にご家族に来てもらったり、受診に職員が同行したりし、情報を共有している。特に状態の落ち着かない利用者に関しては、病院とのやり取りを密に行い、情報の共有に努め、受診の援助も受けている。	入居時に今までのかかりつけ医を継続できることを説明し現在は全利用者が事業所の協力医に変更しており、月2回の往診を受けています。24時間連絡可能となっており、医師の指示を仰いだり随時の往診もあります。専門医への受診は基本家族対応ですが行けない場合は職員が対応し、結果については口頭で互いに共有しています。訪問歯科や口腔ケア、リハビリ等必要に応じて受けています。	
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	契約診療所のDrと24時間連絡が取れる体制を取っている。月2回の往診時や電話等により医師や看護師に報告や相談をし、指示や助言を受けている。		
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。	利用者が入院した際にはアセスメントを提供したり、退院に向けたカンファレンスに参加したり、出来る限り病院関係者と連絡を取り合い情報の共有に努めている。ご家族の都合により退院予定日が遅れてしまう場合も、病院関係者と連携し、早期退院が出来るよう取り組んだ。		
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	重度化した場合の指針は入居時に説明し、同意を得ているが、継続してケアプラン更新時等に重度化した場合の意思確認を行っている。必要時には、医師、看護師も交えて、事業所で出切ること、ご家族の協力が必要なこと、救急時の対応等細かく話し合いをし、協力し合って取り組んでいる。過去、看取りも行っている。	重度化した場合の指針については入居時に説明し意向を確認しています。実際に重度化した場合は医師から家族に病状の説明をしてもらい再度意向の確認をし医師や看護師、家族、職員で話し合いを行い方針を共有しながら頻回な面会や泊まりでの付き添い等家族の協力も得ながら看取りの支援を行っています。看取りに関する研修を全職員が受講し理解を深めています。	
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	全職員が普通救命救急を3年に1度受講している。緊急時のマニュアルにより対応方法を把握し、実践している。AEDも設置。緊急時に必要なチェックシートを作成し、緊急時に備えている。日々の状態把握に努め、早期の対応を心掛けている。		

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
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	近年の災害の多さ、被害に備えより具体的に想定した避難訓練の実施や、非常食、備品等を定期的に見直し保管に努めている。避難訓練時には炊き出しを行い、非常食の体験をしたり、消防署の指導のもと実際に非常ベルを鳴らしたり、通報訓練を行ったり、実践に即した訓練を行っている。利用者が消火訓練を行ったりもしている。	年2回昼夜想定で訓練を行い内1回は消防署立ち合いの下通報、初期消火、利用者の参加を得て避難誘導等を行っています。近隣には訓練の案内をし、地域の防災訓練には利用者と共に参加をしています。飲料水や缶詰、レトルト食品等を備蓄しており、地震の際は事業所の庭を避難場所として使用してもらうよう自治会と話をしています。	
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	認知機能の低下による物忘れや不安、怒り等を配慮し、プライドを傷つけないフォローアップをしている。敬語での話しかけを行うように努めている。会議等で職員同士でお互いの対応の仕方について検討を行い、より良い関係作りを目指している。	接遇については年間のユニット目標にも掲げており、年1回以上は接遇やプライバシーに関する研修を行い職員に周知しています。日々の利用者との会話は基本敬語で名前は苗字で呼ぶようにしていますが関係性や状況により名前で呼ぶこともあり、不適切な言葉かけが見られた場合は管理者が注意をしています。入浴介助等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	自分で決められるように、選択できる言葉かけをしたり、何気ない言葉に耳を傾けている。選択が難しくなってきた利用者には二者択一で質問をしたり、出来る限りご本人の意向を聞き取るように努めている。		
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	無理なくマイペースで過ごせるよう支援し、散歩や外出等にも出来る範囲で希望に添って支援している。又、室内と庭は自由に行き来されており、花の水やりをしたり、日向ぼっこをしたりと思いつきに過ごされている。職員は事故のない様見守りを行い注意を払っている。		
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	ご本人の希望に添えるよう、時にはアドバイスも行い支援している。外出時には少しよそ行きの服に着替えて貰ったり、おしゃれを楽しんで頂けるように支援している。		
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	希望のメニューを聞いたり、様子を見ながら声をかけて、職員と一緒に準備を行うように努めている。職員も一緒にテーブルに着き、おしゃべりを楽しみながら食事をしている。月に1回の外出では、日頃食べられないものを注文され、次の外出の楽しみを作れるようにしている。その他BBQやおやつ作りも行っている。	食事は週に2回食材を購入し、在庫を見ながら利用者の好みやバランス、旬の物も考慮しながらその日に献立を決めています。利用者には野菜の下搾えや後片付け等できることに携わってもらいながら一緒に食事やおやつ作りを行っています。すき焼きやバーベキューなどの行事食の時は職員も同じテーブルを囲み一緒に食事を摂っています。月1回は外食ツアーとして寿司などを食べに出かけ家族や介護相談員の参加もあります。	
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	記録、申し送り、ケース会議のより状況の把握、共有に努め、必要があれば食事時間をずらしたり、食事形態を変えたり、補助食を用いたりして必要量の確保に努めている。水分が不足しがちな利用者には好きな飲み物やミルクゼリー、お茶ゼリー等を提供し水分補給に努めている。		

グループホーム メイプルリーフ

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	訪問歯科受診時に、利用者一人々に合わせたケア方法の指導を受け、毎食後に口腔ケアを行い口腔内の清潔を保っている。状態に変化があった場合は、歯科医、衛生士に相談をし、こまめに対応している。自身で出来る所まではして貰い、介助のみにならないよう努めている。		
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	排泄のリズムを見ながら定時のトイレ誘導を行い、出来る限りトイレでの排泄が出来るように心掛けている。ムレや痒みも気になるため出来る限り布パンツを履くことが出来るように、トイレ誘導や適切なパットの使用に努めている。	必要な利用者の排泄記録をとり個々の排泄パターンを把握し、トイレへの声かけや誘導を行うことで失敗が少なくなるよう取り組んでいます。退院後は職員間で話し合い元の状態に戻るよう支援しています。排泄用品の種類や支援方法についても業者と相談したり、申し送り等で検討しケース会議で統一しています。	
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	水分摂取量が少なくなりがちであり、それに伴い便秘気味になってしまう利用者が複数居られるので、水分補給には十分な注意を図っている。日頃から、根菜、豆類等の植物繊維の摂取に努め、腹部のホットパック、マッサージ、運動に取り組んでいる。便秘気味の利用者にはブルーミルクを毎日飲んでいただき便通を促している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴日は設定しているが、入る順番は希望を聞きながら決めている。入浴嫌いな利用者も居るが、入浴までの時間の過ごし方を調整したり、誘い方を工夫し、入浴できるように努めている。	入浴の曜日は設定しており、週に3回日中に支援しています。日中であれば希望の時間帯に入ってもらうことも可能です。拒否のある場合は声かけの工夫をし無理のないよう入浴に繋げています。柚子や菖蒲等の季節湯や入浴剤などを使用し気持ちよく入浴してもらったり、歌をうたったり職員との会話を楽しみながらゆっくりと入ってもらっています。	
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	ホールで過ごされることも多いが疲れた時やしんどそうな時には声をかけ、居室で休んで貰うように促している。ソファでうたた寝が好きな方は、そこで休んで貰っている。		
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、誤飲のない様4重のチェック(日付管理・配薬BOX・服薬介助・服薬チェック)を行い、十分に注意を払っている。個人の既往歴、現状を把握し、変化があった場合はすぐに周知し、必要時にはDrに指示を仰ぎ対応している。		
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	外出、外食、散歩、趣味、レクリエーション等、興味のある物を探し、出来る事が増えることでイキイキと過ごせるよう支援している。又、ホームでは自由に動いて貰い、利用者が気付いてやって下さったことは他利用者の介助等危険な場合以外は見守り、お礼を言い、継続してやっていただけるように支援している。		

グループホーム メイプルリーフ

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	天候や人員により多少のズレはあるが、声かけや希望されたときには散歩や買い物に行けるように努めている。月に1回は普段行けない所に外出している。場所を決める際には希望を聞き、実行することで、気軽に希望を伝えて下さるように努めている。一日1回は外へ出るように支援し、庭で過ごしている時等、ご近所の方と交流できる機会を設けている。	1日に1回は外に出ることを基本としており庭のベンチに腰掛け外気浴をしたり、散歩は日課となっています。週3回は買い物の機会もあり利用者と一緒に出かけています。初詣、桜やつつじ、あじさいの花見、紅葉見学等季節毎の外出以外にも個別で喫茶店へ出かけたり、東寺での外食、宇治川でのバーベキューなども楽しんでおり、家族や介護相談員の参加もあります。	
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	ご本人の希望があれば、ご家族と検討し所持して頂けるよう支援している。お金は持っていないからと遠慮のある利用者には、預かっていることを伝え安心に繋げている。		
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	ご家族の協力を得て、ご本人が連絡したいときには電話をして貰ったり、ご家族が来られた事を覚えておられない利用者にはカレンダーを利用し、来られた日次に来る日を記入し、繋がりを感じて貰えるよう支援している。		
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	季節ごとに飾りを変えたり、作ってもらったりしている。庭の花や野菜の収穫は、はさみで切って花を生けたり、取れた野菜を皆で食べたりと利用者自身が自由に動ける空間を作り、楽しく過ごせるよう支援している。	共有空間には多くのソファを置きゆったりと寛いで過ごせるよう工夫をしています。テーブル席やソファは安全に過ごせるよう危険性なども考慮し配置をしています。庭に咲いた花を活けたり、七夕の飾りつけやスイカやうちわなどの折り紙等を飾り季節感にも配慮しています。毎日掃除を行い温湿度にも配慮し快適に過ごせる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	ホールに居られることも多いが、ソファー、テーブル、玄関前のベンチ等、いつでも思い思いの場所で過ごして貰える様に空間作りをしている。		
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	ご家族とのアルバムを持ってきて頂いたり、自宅で愛用していた家具等を持ってきて頂いたりすることで、これまでの生活を尊重した居室作りに努めている。居室内の環境を充実させ、ゆっくりと居室で思い思いに過ごすことでリラックスできる環境が出来るように努めている。	入居時、家族に使い慣れた物を持参してもらうよう伝え筆筒やテレビ、家族の写真、遺影等持参され動線等を考慮し家族と相談しながら配置をしています。趣味の習字道具や自身で書かれた達筆な写経も壁に貼りその人らしい居室となっており、毎日利用者と一緒に掃除や換気を行い清潔保持にも努めています。居室は洋室ですが布団を敷いて休むことも可能です。	
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	ソファーや手すりを伝えて自力で歩行が出来るよう配置を換えたり、見守りながら出来る事はして頂き、一緒に行ったりし、出来るだけ安全に自立した生活を送って貰うことを目指している。出来ないことも増えてきたが、少しお手伝いをすれば出切る事もあるので、利用者の持っている能力を活かして行けるよう支援している。		