

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 | 2772401432 | | |
| 法人名 | 有限会社マナ | | |
| 事業所名 | グループホーム マナ | | |
| 所在地 | 大阪府枚方市東香里元町28-30 | | |
| 自己評価作成日 | 令和2年7月3日 | 評価結果市町村受理日 | 令和2年11月13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 | |
|----------|--|

【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ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター |
| 所在地 | 大阪市中央区常盤町2-1-8 FGビル大阪 4階 |
| 訪問調査日 | 令和2年9月25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)】

2019年4月1日代表・管理者が交代し10月22日には事業所が移転の為に引っ越しという大きな環境の変化があった。その中で新旧スタッフが協力し、できる限り入居者様への影響が無いよう支援してきた。そのかきもあり、大きな混乱なく現在に至っています。
 地域や家族様とのふれあいの中で、その人らしく生活し、希望があれば終身まで関わられるような体制づくりをしていきます。そして1、今を大切に2、縁を大切に3、人を大切にしながら入居者もスタッフも笑顔あふれる事業所を目指していきたいです。
 月1回の認知症カフェを通じて、地域の中で開かれた事業所、地域に役立つ事業所を目指してまいります。

【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)】

当事業所は2019年4月に代表者が変わり、10月に3階建ての現住所へ移転された。建物の2階、3階部分に「グループホーム マナ」があり、階下にディサービスとケアプランセンターが併設されている。「グループホーム マナ」は引っ越しという大きな環境の変化はあったが、職員1人1人の利用者への想いが熱く、利用者の気持ちをくみ取る介護力が高いので、利用者は従来の生活と変わりなく、すぐに新しい地域に馴染み、地域行事参加や月1回の認知症カフェを開設して地域交流を深める努力をしている。利用者や職員の連携もよく利用者はもてる力に応じて食事一連の作業も職員と協働で行い、おやつ作りなど楽しんでいる。日中はデイケアへの通所やリビングに集まって職員や利用者間で楽しく談笑している。日々の支援の中では情報共有し可能な限り統一した対応が出来るよう心がけてい

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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(1回程度) 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) | ○ | 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している (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、その時々々の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

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

| 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 |
| 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 | 1、今を大切に 2、縁を大切に 3、人を大切に を理念として、1人1人の利用者・ご家族様・地域の方々・スタッフと接していきたい。日々の実践の中から職員教育をし、出会った時から終身まで関わり続けられるよう努めてまいります。 | これまでの生活を大切に、家庭的で穏やかな楽しい暮らしを継続しながら共に生きる家族として、ありのままを受け入れ、利用者本位の暮らしを支援している。法人の理念を併用し職員に周知し、日々の支援に繋げている。 | 開設して19年、これまでの理念を尊重し、それをベースとし、代表者、管理者、職員が意見を出し合い、新しい事業所独自の理念として今回、新しく変わった事業所の状況変化によって現状に合った理念づくりが望まれる。 |
| 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 | まずは挨拶の実践、月1回の認知症カフェや1回/2月の運営推進会議等でこの地域の特色を知り、自事業所がどのような役割を果たせていけるのか、地域包括支援センターと協力しながら検討、実践していきたい。 来所者への笑顔での挨拶を心がける。 | 認知症カフェを通じて地域住民と交流し貢献できている。地域のおまつりに参加し近所のカラオケ屋や喫茶店に出かける際は挨拶をするなど地域に溶け込む努力をしている。自治会には未加入だが運営推進会議に民生委員の方の参加も得ており隣接する地域包括支援センターのバックアップもあり今後この地での地域交流に力を入れていきたいと検討している。 | |
| 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 | 認知症カフェを開く中で、地域の方の要望が見つかる場合があり、可能な限り応えていきたいと考えている。キャラバンメイトとして正しく認知症の方の理解を深める取り組みも包括と協力してしていきたい。 | / | / |
| 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 | 現状の報告の際に、困っていることの解決の糸口を包括や地域の方に意見として求めている。いい事だけでなく悪い事も包み隠さず開示し、様々な意見を求めるよう努力している。 | 定期的な会議の開催はできている。家族は輪番制で参加している。地域住民の代表として民生委員の参加により地域の情報も得られており双方向の情報交換ができている。今後は認知症の知見者の参加が望ましい。会議の結果は個人情報に注意しながら家族に送付予定である。職員には回覧し共有している。 | |
| 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 | 各種報告や書類提出等で連絡を取り、分からない事は積極的に聞くようにしている。身近な事では、包括や介護相談員の方、他グループホームに聞きアドバイスを頂いている。 | 枚方市で活発に活動しているグループホーム連絡会に参加し市や府からの最新の情報を得たり、空室や求人・研修などの情報交換を行っている。介護相談員も月一回訪問し助言を得ている。地域包括支援センターとは隣接することも密な情報連携が出来ている。 | |

| 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 |
| 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 | スタッフ会議等で書面をもとに確認し合い、お互いに施錠しない状況で、いかに利用者の離設を防ぐ関わりが出来るか話し合っている。 | 現在、該当者はいないが身体拘束についての研修はスタッフ会議の中で行い職員は周知し日々実践できている。一階の玄関はデイサービスと共有のため施錠なしでセンサーを設置している。徘徊の可能性のある利用者についてはデイサービスの職員の協力も得ながら目視重視で安全を確保しつつ自由な暮らしを支援している。 | |
| 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 | スタッフ会議や書面にて虐待防止について話し合いの場を設けている。日常の介護の中でもお互いの様子について確認し合い虐待につながりそうなケースについては、ストレスが溜まらないよう会話をもつようしている。こういう時イラッとするよねと言い合える関係性をもつよう努力している。 | | |
| 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 | スタッフ会議や研修等で知識として学ぶ機会を持っている。毎月のスタッフ会議で一人一人の利用者の情報共有をし、その人らしい暮らしが出来るよう話し合っている。現在、成年後見制度利用者は1人、検討して欲しい若年性認知症の方が1人いる。 | | |
| 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 | 管理者の交替後、新規利用者はないので契約はしていない状況です。この機会に契約書や重要事項説明書を見直し、いつ新規契約者がきても対応できるようにした。 | | |
| 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 | 運営推進会議はのご家族は、輪番制として8月で全利用者のご家族に参加して頂いた。その中でマナの状況は理解して頂けたと思う。コロナにて面会が出来ない期間もあったが、ほぼ毎月ご家族は来所しているの、その時に状況を伝え、要望も聞くようになっている。ご家族からの情報は、スタッフにも申し送り事項で伝えるようになっている。 | 家族に輪番制で参加してもらい意見交換を行っている。毎月写真入りの「マナ通信」を送付しているが状況に応じて管理者が詳細な手紙で報告している。電話連絡や面会時には管理者や職員は必ず家族に意見や希望を聞くようになっている。今後はメールでの連絡方法も検討する予定である。引っ越し時は部屋割りに家族の希望も取り入れることが出来た。 | |

| 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 |
| 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 | スタッフ会議で、改善点等話し合える機会をもっている。皆の前で話せない事は、年1回面接や書面で意見を聞く機会をもつようにしている。管理者がいないと対応が出来ない状況を極力作りたくないのでスタッフの負担にならない程度に仕事も振り分けオープンにする努力はしている。 | 管理者も代表者も共に現場で働いているため、意見や希望も出しやすく職員間のコミュニケーションは良好である。ライングループを活用し全員への情報伝達もスムーズにできている。会議や研修は内容や進行役も職員が主導しており意見が反映しやすい。個別面談も管理者が年一回行っている。 | |
| 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 | 年代も近いので、話しやすい雰囲気はある。全てを希望通りとはいかないが、スタッフ1人1人の状況を把握し希望に添えるよう努めている。 | | |
| 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 | 現状、コロナにて交流は難しいが、月1回の研修の参加を呼びかけ、デイサービスや自宅との交流をもつようにしている。スタッフ間で内部研修の機会ももてるようにしていきたい。身体介護の経験が薄いので、介護方法の本を置いたり、DVD等で学んだり、スタッフ同士で勉強し合いたい。 | | |
| 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 | 枚方市グループホーム連絡協議会があり、ホームページの開設等積極的に活動している。管理者レベルでの交流しかないのも、その中で近隣のグループホームとの交流が持てるようになるといい。利用者が行っているデイケアへは、スタッフを連れて見学には行っている。 | | |
| 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 | スタッフ間で、各利用者の情報共有をしており日常の勤務の中で話し合える機会をもっている。まずは、相手を知り、本人が快適に過ごせるよう心身両面よりサポートしていく。身体介護技術も磨き、本人に苦痛のない介護をする中で、おのずと信頼関係はできて行くものだと思う。 | | |

| 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 |
| 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 | 本人、ご家族のことをどこまで知り要望に応じていくかは、本人が快適に過ごせるかにつきと思う。家族が本人にしてあげたい事は、可能な限り応えるようにしている。 | | |
| 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 | サービス導入時は、現状と必要性を説明し、費用発生する場合は料金の説明も必ず説明し納得して頂いてから行うようにしている。新規入所の経験がないので、入所当初のざわつきは経験がない。説明と納得の繰り返しの中で理解されると考えている。 | | |
| 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 | お誕生日会は可能な限り、ご家族参加のもと、工夫をしながら行い良い家族団らんの場となっている。 過去に、お孫さんにピアノを弾いてもらって皆で歌ったり、アレンジフラワーをされるご家族を講師に、皆で生け花を楽しんだりした。 | | |
| 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 | 若年性認知症の方は、定期的に友人との外食を楽しみにされている。その送迎を家族がされる。年に何回か外泊される方、ご家族で外食をされる方等々、家族や友人と過ごすことで社会との接点ももつようにしている。 | | |
| 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 | 若年性認知症の方は、定期的に友人との外食を楽しみにされている。 入所前の知人の方の面会、電話等制限はしていない。 | 以前のような近隣との濃厚な近所づきあいは途絶えたが、友人、知人の定期的な訪問は継続している。近所の喫茶店やカラオケに出かけ、新しい地での馴染みづくりを積極的に支援している。海外在住の家族とラインでのビデオ通話を支援し双方に喜ばれている。 | |

| 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 |
| 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 | 若年性認知症の方は65歳になったばかりで、浮いてしまわないよう配慮はしている。できる事も各々違うので、間にスタッフが入るようにしてできる事を分担して頂くようにしている。 全てに介助が必要な方も、笑顔や時折マッチした発語で場を和ましてくれる。 | | |
| 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 | マナ初期より入所され、昨年入院先で亡くなった方の遺族に前任者が交流を持ち、1周忌には仲の良かった入所者と電話をしている。 | | |
| 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 | 夫亡き後、独居となり混乱より入所→家を引き払い、娘様2人も嫁いでいる。ご主人の仏壇を持参。昔撮った旅行の写真や使用していた美顔機等、本人の馴染みの物等は、危険でない限り持込んで貰って良い。 | 一人ひとりの要望や困りごとなどは日々の生活の中で雑談や表情や態度などからつかみ取るよう努めている。職員と利用者の年代が近いことも幸いして本音を聞き出しやすい。得た情報は家族や友人にも確認し、申し送りノートに記入後、管理者が個人ファイルに記録し全職員が共有し介護計画作成時の参考にする。 | |
| 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 | 過去にしていた事を生かして、できる事をして貰うようにしている。その成功体験が、喪失感より落ち込んでいる気持ちを上向きにしてくれる。 ・洋裁の先生→ウエス作りの裁断 ・絵手紙が好きの方→葉書に書いて貰い娘様2人に郵送 ・着物作りしていた方→縫い物担当 | | |
| 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 | スタッフ会議で、利用者1人1人の変化等について話し合い、情報共有している。 若い頃の事や、入所前の事はご家族や知人より少しづつ教えてもらい、スタッフにも話している。 | | |

| 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 |
| 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 | スタッフ会議での話し合いで情報共有し家族への話し合いに反映している。計画書は回覧し全スタッフが同じ目標に即して支援している。モニタリングは現在担当ケアマネがしているが、担当を決めスタッフにもして貰い更に意見を聞いたり、支援できるようにしていきたい。 | 看護師資格を有する管理者は計画作成担当も兼ねている。モニタリングは月に一回行い、デイケア・医師・訪問看護師・本人・家族・職員など関係分野からの詳細な情報をもとに評価し、総合的な介護計画を半年ごとに見直している。状況変化には迅速に対応している。その都度家族には丁寧に説明を行い、了解を得ている。職員を居室担当制とする予定もある。 | |
| 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 | 個々の生活記録やケア計画表、申送り事項等で情報共有し、支援に役立っている。スタッフ会議での話し合いを元にモニタリングし介護計画の見直しに役立っている。 | | |
| 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 | 危険なく、可能な限りの希望に沿った支援はする努力はしている(外出・買物・面会等) | | |
| 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 | 包括や市役所、GH連絡協議会との連携をとり最新の情報を知り活用して支援できるようにしている。 | | |
| 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支援している | 5人はデイケア先の精神科医院に月1回受診。その際、書面にて生活の様子他、情報提供している。 1人は月2回の往診に来て貰っており、その際スタッフが同席し報告と相談をし、服薬の変更もしている。 | 本人・家族の納得と同意を得て、希望するかかりつけ医で必要な受診が出来るように支援している。5名はデイケア先の医院で月1回の受診、1人は月2回の協力医の往診を受けるなど、個々が必要とする医療機関を利用し、よい関係を築いている。6人全員が6ヶ月に1回の訪問歯科診療と月1回の歯科衛生士の口腔ケアの指導を受けている。 | |

| 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 |
| 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 | 週1回の訪問看護(医療連携のため)週3回のデイケアの看護師と連携し情報共有、相談をするようにしている。受診に際しては、家族に情報提供し一番いい方法タイミングで受診できるよう家族に選択して貰うようにしている。 | | |
| 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 | 緊急時個人情報や状況の変化を記した書類等を情報提供出来るようにしている。包括支援センター主催の医療との連携等の研修に参加し顔の見える関係づくりに努めたい。 | | |
| 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、事業所ですることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる | 利用者の状況については、月1回のスタッフ会議にて情報共有している。ご家族にも状況の変化は面会時や電話等で伝えている。希望があればターミナルまで観る体勢づくりは徐々に行ってる。往診医・訪問看護との連携もとっている。重度化・看取りに関する指針に関する指針同意書を貰っている。 | 事業所は重度化や看取りに対して可能な限り対応していく方針であり、重度化や終末期に向けた指針も作成している。医療体制も24時間体制オンコールの医師・訪問看護師との連携も結んでいる。これまでに看取りの事例はないが、利用者、家族の意向を踏まえ、医師、職員の密な連携が今後の優先課題と認識して職員の研修に力を入れたいと検討している。 | |
| 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 | 電話の傍に、119番通報メモと各利用者の緊急時個人情報(定期的に更新)・ひらかた健康ホットライン等緊急時に慌てないように置いて、対応している。年2回社内で緊急時・事故発生時の対応についての研修をしており参加を呼びかけている。マニュアルも目を通せる所に置いている。 | | |
| 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 | 枚方防災マップで、避難先等確認している。また年2回避難訓練をするなかで消防署との連携もしている。運営推進会議に民生委員さんが参加してる際に、利用者を知って貰うようにしている。 | 非常災害時の対応マニュアル、通報する関係機関の一覧表、自動火災通報装置、誘導灯用信号装置、火災報知器等、防災関係の必要設備の整備や設置はされている。年2回の自主訓練が実施されているが地域との協力体制の構築までには至っていない。非常用食料品や防災備品等の見直しが必要である。 | 何時来るか解らない災害に、日頃の避難訓練、研修がいかに大切かを認識し、職員は実際の災害時に於いて有効な対応動作を取れるように日頃から避難訓練と救出実施訓練、地域消防署との連携、近隣住民との相互防災協力体制を構築することを期待したい。 |

| 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 |
| 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 | 人生の先輩として教えて頂くことも沢山ある。介護者としてだけでなく、時に娘や孫になったりする。職員も、現在介護してる方も多く、自分の身に置き換えて対応している。 | 職員は日々の支援の現場で利用者を人生の先輩として尊敬し、プライドを損ねない対応に心がけて、利用者のペースに合わせたケアをしている。利用者の呼称、言葉遣い、利用者の部屋への入室など必ず声掛けやノックをするなどプライバシーの確保には徹底している。大事な個人情報書類は鍵のかかる書庫に保管している。 | |
| 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 | 日中は、フロア内でくつろいでるので、やりたい事や希望を聞き、可能な限り対応している。スタッフの人数が少ない時は、フリーで動ける職員の応援をして貰っている。 | | |
| 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 | 1日のスケジュールは大まかに決まってはいるが、柔軟に対応している。出来る事と出来ない事を把握し、役割分担しながら作成物(壁画等)を作るのも楽しみの1つとして取り組んでいる。 家族や友人との外出は、柔軟に対応し行けるよう配慮している。 | | |
| 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 | 好みや今まで着ていた服を持ってきてもらい、選択出来る方は、タンスに分別して入れておき自分で着替えて貰うようにしている。 | | |
| 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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている | 食べる事は、季節感も感じるし一番の楽しみなので大切にしている！季節行事(七草粥・節分・敬老の日等々)や誕生日会(本人の好む物とケーキで家族様も参加)時に寿司・串カツ・中華料理を出前で食べる事もある。行けた時は、回転寿司や喫茶店にも行っていた。 | 食事のメニュー作成、食材の買い出しは管理者と職員が協力して、利用者の嗜好に合わせた食彩豊かな食事を提供している。利用者は食事一連の作業もできる範囲でテーブル拭き、盛り付け、食器洗い等に参加して、職員と同じものを一緒に食べ、毎食美味しく完食している。利用者の好みでホットケーキやたこ焼き、どら焼き等おやつ作りをしたり、料理の出前を取るなど食の変化をつけている。 | |

| 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 |
| 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 | 体重の変動を目安に食事量を変更。野菜中心でバランスの摂れた食事となるよう配慮している。夕食のみタイヘイより食材の配達をして貰い、栄養管理されてるので、メニュー作成時の参考にしている。 | | |
| 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 | 朝昼晩の食後には、必ず歯磨きをして貰う。また訪問歯科診療と歯科衛生指導を全員が受けており、虫歯の早期治療及び口腔内の異常を早期に発見し対応するようにしている。認知症の症状の進行で歯の治療が出来なくなる事も想定して日頃より管理して貰っている。 | | |
| 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 | 時間毎のトイレ誘導をする。個々の状況に応じた誘導の仕方をスタッフ間で話し合いながら工夫する。 | 職員は個々の排泄パターンを把握して、出来るだけトイレでの排泄、排便が出来るように自立に向けた支援をしている。水分チェック表を作って、毎日、飲んだ量を個人ファイルに記入して、食後の排泄を習慣づける工夫をしている。現在、ほとんどの利用者は布パンツの生活をしている。 | |
| 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 | 日々のバランスのとれた食事、水分補給(1~1.5ℓ/日↑)家事等出来る事はして貰い適度な運動としていく事で便秘予防に努める。必要なら主治医と相談し下剤等で調整する。排便コントロールは、体調管理・周辺症状の予防にもつながる。 | | |
| 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 | 週2回、入浴日を設けている。個浴で入浴剤を入れ楽しみ、リラックスして貰っている。出来る事は自分でして貰うようにしている。個々の状況に応じて、シャワー浴、足浴、清拭等に変更しているし、入れる時に入れる状況にはしている。 | 入浴は個浴で週2回、午後に入浴で、一人ひとり新しいお湯に取り替えている。入浴剤を入れるなど20~30分程の入浴を楽しんでいる。入浴拒否の利用者には無理強いせず、声掛けなどの工夫や日時変更したりして足浴するなどして清潔保持に努めている。 | |

| 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 |
| 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 | 昼食後の1～2時間程を昼寝の時間にしており、夜間も良眠出来ている。 | | |
| 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 | 分包されており、薬箱に朝、昼、夕、眠前に分け食事前後に配薬している。現在服用している薬情はファイルに挟んで皆が確認できるようにしている。薬の変更があった場合は、送りノートに記入し回覧している。 | | |
| 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 | 出来る事が個人によって違うので、本人の有する能力に応じて積極的に手伝って貰っている(食器片付け、洗濯、調理補助、お菓子作り、裁縫、作業で型取りする人、切る人、貼る人等役割分担しながらしている)作業の出来具合より、その方の認知力を図る事ができる。 | | |
| 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 | 春や秋には、マスクをして近隣を散歩している。近くのスーパーに買い物に行ったり喫茶店や回転寿司にも出かけた事はある。家族や友人との外食も行って貰っている。 | 今年になってコロナ禍の中での生活が長引き、散歩や外出が抑えられているが、マスクをつけてホームの周りを散歩したり、車で遠出をして季節の花見を楽しむドライブをするなど工夫している。以前は菖蒲園、カラオケ、喫茶店、回転すし等、自由に行動範囲を広げていた。 | |
| 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 | 現状、個人個人には、お金は渡していないが、状況により本人や家族と話し合って支援したい。職員と外出時に希望の買い物をしたりはしている。金銭のやりとりはスタッフがやっている。 | | |

| 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 |
| 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 | 海外の娘様とはLINE電話で会話したり、友人や家族様と電話で話す機会は持っている。絵手紙が上手い利用者様は、娘様に旬の果物や野菜を葉書に書いて貰い出している。 | | |
| 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 | リビングの壁には、皆で協力して作成した貼り絵等が飾られており、季節感のある生花で和まれている。また、職員が撮った動物のDVDで笑ったりほっこりしたり、食事中は様々な音楽で気分よく食べている。 | 3階建ての3階部分がグループホームで各階段、廊下、食堂兼居間は採光も良く、臭いもなく清潔感がある。食堂兼居間は対面式キッチンで利用者の見守り、対話が良く出来るように設置されている。居間にはテレビ、ソファが設置されて、壁には利用者と職員の共同作品など飾られている。 | |
| 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 | 共有空間の中ではソファに座るくらいしか一人になれる居場所はないが、各部屋には自由に戻れるようにしている。 | | |
| 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 | 家族様が泊まれる部屋は準備していないが、併設のデイにてベットはある。ターミナルとなり希望があれば、部屋で寝る事も検討したい。本人の馴染みの物(仏壇、写真、ドライフラワー、写真、家族様からのプレゼント・手紙等)を置いている。 | 各居室には冷暖房、ベッド、小整理タンス、防炎カーテン、ナースコールが設置されている。利用者の馴染みの仏壇、机、椅子、写真、ドライフラワー、家族からのプレゼントなどが置かれて従来の暮らしの確保が出来ている。廊下へ出ると2部屋に対してトイレ、鏡付きの洗面台が設置されている。 | |
| 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 | 縦長で狭いですが、完全個室。2人に1つの洗面所と洋式トイレがある。日中は、皆でリビングで過ごす各部屋は、本人の馴染みの物を置きゆったり過ごせる空間となっている。夜間ポータブルトイレを使用される方は、部屋に常設し清潔面に留意し使用している。 | | |