

### 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4年7月27日	評価結果市町村受理日	令和4年9月9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4年8月19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)】

令和元年交代後、3年以上が過ぎた。6名の利用者は、状態の変化はあるものの変わらず生活できている。毎月のスタッフ会議での話し合いや、パートでも得意分野を生かしながら役割分担することで利用者1人1人を支え、マナの一員であるとの自覚をもち日々の介護に取り組んでいる。今ではスタッフ会議の運営はスタッフが管理者と話し合いながら運営している。管理者は、自分1人だけが知っていたらいいではなく、家族様・医師とのやり取りも伝えられる範囲で伝えていき情報共有するよう努めている。会議で決まったことは、イヤと言うスタッフはおらず利用者の為に実践し改善できてるのは凄い事だと思う。4月から若い常勤スタッフが入職した。マナの良さを伝えつつ、次のマナを担う人材として育成し新生マナを築いていきたい。

【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)】

1919年に法人の代表者が代わり、新たな地に3階建ての民家を改装して、1階にデイサービス併設し、2・3階に定員6名の小規模で家庭的な当グループホームを運営している。建物には屋上があって眺めも良く、東の交野の山々からの風通しも良く、利用者は居心地良く暮らしている。管理者は、コロナ禍であっても近隣住民の相談を受けたり、近所で買い物をしたり、ランチや喫茶店を利用して地域交流に努め、認知症カフェの再開にも取り組もうとしている。利用者は3年間変わることなく経過しており、以前からの職員も含めて、認知症の利用者の行動を理解しながら都度話し合い寄り添うケアを実践している。利用者は10年ぶりに実家に帰ったり、幼馴染みの人にテレビ電話をかけて誕生日を祝うなど、楽しい時間を過ごす支援に取り組んでいる。

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広がったり深まり、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、生き活きと働けている (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
<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	<p>前回評価の指摘で皆と話し合い、短いフレーズで分かりやすい理念を決定。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・絆を大切に</li> <li>・笑顔いっぱい</li> <li>・共に生きるマナ家族</li> </ul> <p>利用者に筆で書いて貰い、フロアの見える場所に掲げた。そのような介護が、日々出来ていると思う。</p>	<p>理念は、職員で意見を出し合って短くて分かりやすい言葉で作成し、利用者にも書いてもらいフロアに掲示している。理念は会議でも話題にしてケアの中で取り入れ、理念に立ち戻るようにしている。今後は1階のデイサービスセンターと共同の玄関にも掲示するなど、工夫して周知するとしている。</p>	
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	<p>コロナ禍にて運営推進会議も開催できない時期があった。会議が開催されたら、出来るだけ参加して貰えるよう働きかける。参加できない場合は会議録を郵送。包括が隣ということもあり交流は積極的に行っている。認知症カフェも開催できてないが認知症の相談、見学は可能な限り行っている。地域は動き出しているので、出張カフェを検討中。</p>	<p>自治会に未加入だが、民生委員から情報を得たりして、夏祭りなど積極的に出向いていく予定である。近所の店で買い物したり、喫茶店やランチに出向き、顔見知りの関係を築いている。近所の人から認知症の相談に来ることもある。隣接の地域包括支援センターと相談して認知症を出張カフェとして再開を考えている。</p>	
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	<p>グループホーム連絡協議会の活動の中で、認知症サポーター養成講座や啓発の為に弁士を行った。同敷地内にデイと居宅があり、見学者の受け入れも適宜行う。今後は、地域に出向いて出張カフェを企画したり、地域行事にも出席し困った時に顔の見えるお付き合いで助け合いたい。</p>		
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	<p>5/29に初めて救急搬送があり、スタッフ間でも今後の在り方等を話合った。運営推進会議の中で報告し、地域では？他の事業所では？どうしているのか等の意見を求め会議録で情報提供した。学びの場となった。コロナ禍で定期開催は難しいが、状況報告や意見を求め記録として残して家族様へ配布している。</p>	<p>運営推進会議は、直近は6月に民生委員・地域包括支援センター職員・介護相談員・利用者・職員が参加して行われ、行事報告や現況報告をし、意見や情報を受けている。コロナ禍では、地域包括支援センターに電話報告をしている。</p>	<p>運営推進会議は、コロナ禍の中であっても2か月に1度書面開催とし、現況報告(研修・ヒヤリハット)や取り組みをメンバーと全家族に報告して意見を聞き、議事録を作成して配布することを望む。</p>
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	<p>コロナ禍でワクチン接種等の事では相談した。密に連絡を取ることはないが、困った時には、相談し情報を得るように努めている。適切な返答があり助かる。グループホーム連絡協議会のZoom会議にも参加してくれることがあるので意見を聞く機会もある。</p>	<p>行政の各部署に、申請や利用者の自立支援更新に出向き、コロナ禍の情報や研修の情報はメールで受けている。感染予防の手袋・ガウン・消毒液の支援物品を受けている。グループホーム連絡会には2か月に1度ZOOMで参加して情報を交換している。介護相談員とは、コロナ禍のため電話で情報交換している。</p>	

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	叩かれても噛まれてもスタッフは我慢している。何故そうするかを考えるようにして、反省することもある。人も少ない、やることもある…危険回避の為に机と椅子で挟んだり、椅子を置いて動けない状況を作ることはある。夜間のみ外せないオムツカバー使用。代替えを試して、我慢しないよう出来るだけ自由にして貰ってる。玄関施錠は、デイの休みの時(日曜、夜間)だけしている。	身体拘束のマニュアルと「身体拘束等適正化のための指針」を作成している。身体拘束適正化委員会を職員会議後に行い、職員会議で勉強している。利用者の行為について職員で原因を話し合い、理解して利用者寄り添っている。平日は玄関を解除しており、利用者の様子を見て敷地内を散歩して、閉塞感の無い支援に努めている。	
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	1回/3月の身体拘束適正化検討委員会の中で学び、日々の介護の中で虐待ではないか?と思う時は、話し合うようにしている。又、孤立しないよう日々の想いは吐き出すようにしてる。		
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	管理者でありケアマネなので、周知はしており利用の経験もあるが、スタッフまで理解するには至っていない。スタッフの中で司法書士に合格し勉強中の方がいて、聞いたりはしている。いずれ講師で、勉強会ができればお互いにプラスになるかも。		
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	幸いなのか3年間、利用者が替わってないので、管理者自身契約をしていない。CM時代は多くの契約をしたのでポイントは分かる。今回、他の書類の整備をしていたら不足書類等もあったので、整備中である。今後の為に、しっかり書類整備をしておきたい。		
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	利用者の体調や認知症の症状面での変化があった時には、すぐに連絡をとり、必要なら見に来て貰い、早めの対応をとるよう心がけている。家族様が面会や通院付き添いで来られた時には、様子を伝え、プラン変更時の担当者会議等で意見を聞くよう努めている。運営推進会議には現在来て貰ってないので記録を郵送し、情報開示している。	毎月の「マナだより」で利用者の様子や写真を家族に送り安心を得ている。利用者の少しの変化でも家族に電話で伝え、利用者はテレビ電話で家族や友人と話をしている。入居後10年ぶりに実家に帰り、家族とのわだかまりが解決でき、「こんな日が来るとは思わなかった」と家族に感謝されている。	

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
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	管理者は代表に、スタッフの事も含めて報告、相談はタイムリーにしている。 スタッフとは、年1回面談の機会を持ち働き方や意見を聞くよう努めている。介護内容や業務に対する意見は、月1回のスタッフ会議内で引き出し話し合い解決に努めている。	毎月職員会議を開催し、職員は利用者のケアに付いて意見交換をしており、また何時でも話す機会がある。管理者面談は年1回あってシフトや相談事を聞いており、代表者も夜勤を勤め、シフトにかかわり職員の状態を把握している。職員は身体拘束・会議・食事メニュー・物品管理・書類・居室を担当し、意識向上に繋げている。	
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	勤務表は、代表が様子が把握できるので作成したいと言っており、任せている。その中でスタッフも就業状況等直接相談できている。管理者も勤務形態に関しては、代表に決めて貰わないといけないので、スタッフにも代表に直接言うようアドバイスする。夜勤を週1回はしてるのでその時に相談したりもしている。情報は全て共有している。		
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	年間の研修計画の中に学びの場がある。必要と思われる研修は回覧したり個別で声かけしている。個々に関しては、代表と相談し必要な学びの機会を持って貰うように努めている。		
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	コロナ禍で難しい。グループホーム連絡協議会は他施設の状況も知れ有益。スタッフ間の交流の話もある。また近隣のグループホームとの交流を検討中も時間調整が大変と…進まず。管理者としては、法人内やこれまでの人脈の中で情報は得ており、必要ならスタッフにも情報提供している。		
<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	在宅で大変な状況の中、入所してきてるので、時間をかけ衣食住の快適な環境作りをする。本人にとってGHが安全安心できる居場所となるのが大切ではないかと思う。 6/29に10年ぶりに一時帰宅した利用者がいた。他利用者もリードする存在だったが、活気、集中力の低下が目立ってきた。自宅でご家族と良い時間を持つことができた。		

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
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、関係づくりにも努めている	家族はこれまでずっと外出も帰宅も拒否してきたが認知症が進んできてくることを感じ応じてくれた。短時間だったが穏やかな時間を過ごすことができた。本人は帰宅願望もなく帰ってきたら忘れていた…家族様より「10年前にこんな日が来るとは想像もできなかった嬉しい。穏やかに過ごさせて頂き感謝です」と。タイミング的にも良く、スタッフも同行でき良い機会となった。		
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	初期対応の機会がない。その時々、利用者さんの状況、ご家族の想いを尊重し見極める必要がある。その時に、良くて後悔することはない。反対に、ご本人が落ち着けば家族も安心される。最善を提供できるよう対応したい。		
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	出来る事は、手伝ってもらい感謝を表す。利用者も有難うと言ってくると嬉しい。こちらの事を優先しないよう配慮していく中で信頼関係が生まれ、お互い支え合っている。「共に生きるマナ家族」です。		
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	入所していても、私達は家族にはなれない。家族様との関係性が悪ければ修復可能なら、その機会も作りたい。時間や本人の状況が、その糸口になる事があるかもしれないので…施設に入ったからといって、それまでの絆が切れぬよう努力する。その関係性の中から新たな情報が得れ介護の助けとなる。		
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	これまで本人が築いてきた絆は大切に可能な限り対応している。 ・絵手紙仲間のAさん、他施設入所中の夫の電話、タイの娘様とのLINEのTV電話。 ・幼なじみとの年1回の誕生日のLINEのTV電話→「七夕バースデー」 ・唯一無二の親友とその母とのLINEのTV電話等	家族の面会は中止しているが、通院には家族が同行して受診している。利用者は職員の支援を得て家族に年賀状を出している。テレビ電話で家族や幼馴染みと年に1度電話することを楽しみにしたり、絵手紙仲間に電話をしている人が居る。ユーチューブで昔の音楽を聞いたり、生まれ故郷の映像を見て懐かしんでいる。	

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	6人という少人数で、円卓で顔が見える位置関係。利用者同士が微笑み合ったり、声をかけ合ったりしている。どうしても合わない方がいて、揉めそうになったらスタッフが間に入っている。何となくどういうことでトラブルになるか分かっているので、そうならないよう配慮はしている。		
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	現在、サービス利用が終了した方はいない。前任者は、亡くなったご家族との関係を続けている。亡くなった方との共通の話題が出来る存在だからと。素敵なことだと思う。そういう関係性が作れたら良い。		
<b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジ</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	日々の何気ない会話の中から、情報を引き出し、解決可能な事は、スタッフ会議のなかで話し合い、情報共有し実践している。成功例もまた共有し日々のケア内で各々が実践している。奇異な行動も、意味があると捉える努力をしている。	入居時に利用者の思いや意向を聞いて作成したフェイスシートを参考に、日常生活の中で思いを把握するようにしている。要望は会議の中で話し合い、食べたい物・したいことを叶え、カラオケにも出かけている。誕生日に希望を聞いて串カツを食べに行ったり、孫の結婚式に参加したり、その人の思いに沿える支援に努めている。	
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	これまでの暮らしや生き方を知る事は、非常に大切だと思う。そこに戻ると認知症の人ではなくなる場合もある。その喜びをスタッフとも共有するようにしている。その為にも、ご家族・友人知人から情報を引き出す必要がある。そして現在は、ここが居場所と思って貰える関わりをする。		
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	1人1人、出来る事には差があるし、同じ人でも体調や精神面で不穏な場合は日頃出来ても出来ない場合があるので、状況把握に努める。その人が出来る事を出来るような場面作りをして、して貰う。TVのYouTube動画を活用し歌や体操等、その時々に合わせて上手く使う。		

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
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	各スタッフに利用者を担当制としてモニタリングもして貰うのが目標でしたが、現状は様々な仕事を分担してやって貰うのがやっとの状況で、できていない。計画書やアセスメントは回覧して目を通して貰っている。計画で悩んだ時は、スタッフ会議の中で情報を得て反映する努力はしている。	介護計画の見直しは短期6か月・長期1年としており、見直し時は家族の希望を聞き、医師の診療情報や看護師の記録を基にして、毎月のモニタリングや職員の情報を取り入れて計画を作成している。利用者の状態に変化があれば随時見直し、その人に合った適切な計画を作成している。	
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	本人のいつもと違う反応や症状を記録として残していきたい。現状はやってることの羅列のみに終わってるので、注意していきたい。記録を読み返すと中にヒントがある場合がある。体験した本人が記録するとよりリアルな表現ができるので、そうしている。バイタルや食事・水分量、排便状況等は一目見て分かるよう1枚ものに記録。		
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	・週1回、食事介助に来る次男様。気候のいい時は、近くの外カフェで車椅子で外食。 ・10年越しの一時帰宅の実現(家族様のわだかまりも取れたと思われる) ・地元九州よりの物産、遠方の家族様からの土産等は、有難く皆で頂く。 可能な限り、本人にとって良いと思われることは、働きかけ実践していきたい。		
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	運営推進会議の中で、包括や民生委員さんより情報は得ており、お祭りや体操教室等参加可能な状況であれば参加していく。今回3年ぶりに地域の祭りを開催すると聞き、元気な方2人を参加する予定であったが、第7波にて府の通達で断念。結局祭りも10/9に延期となる。		
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	デイケア参加者は、同医院の精神科医が主治医。月1回 利用者の様子を記録し依頼事項、服薬調整等書面にて提出。変更点は赤字で書きスタッフに回覧。 状況の変化が生じた場合、主治医を順次往診医に変更している(現在2名で、いずれあと2名も移行予定。ターミナルに向けて)	協力医療機関のデイケア利用者4名はそこで月1回精神科を受診し、2名は他の病気にも対応できる協力医療機関を主治医とし、2週間に1回訪問診療を受けている。全員が3か月1回の歯科訪問診療と月1回の歯科衛生指導を受けている。整形外科・眼科には原則家族が同行し、文書または口頭で利用者の状況を報告し、結果を口頭で報告してもらっている。	

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
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	月4回、訪問看護ステーションの看護師が訪問し、病状の変化や爪切り、相談にのってくれる。デイケアの看護師も状況を良く見てくれ主治医との連絡調整や排便コントロール（必要な排便、浣腸）をしてくれる。往診時、看護師も同行し病状チェックしてくれる（現状は2名のみ）		
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	入退院をしたことがない。 救急搬送時は、個別情報を救急対応マニュアルと一緒に準備しており、薬情（最新を薬箱のファイルに置いている）と一緒に救急隊員に持参して貰う。		
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	今回の書類整備の中で、現状での終末期の希望を確認することにした。状態の変化に合わせ、精神科医より往診医への主治医移行の提案も家族様にして準備はしている。マナにとって、施設内で終末期を迎えるのは初の試みであるが現状はいない。書類整備や概ねの流れを皆で話し合いながら、何時でも対応可能な状況に準備をしたい。	入居時に「重度化及び看取りに関する指針」を利用者・家族に説明して同意書を得、「看取りについての確認書」も取っている。利用者・家族の希望があつて対応が可能であれば事業所で看取る方針だが、まだ事例は無い。	終の棲家であるグループホームで終末を迎えることは、利用者・家族も希望しており、厚労省も奨励している。今後、職員の対応マニュアルや手順書を作成し、研修も実施して体制を整え、利用者・家族の希望に沿って看取りを行うことを期待する。
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	5/29夜勤帯1人の時、てんかん発作をおこし初の救急搬送を行った。朝だったので、出勤者もおり何とかスムーズに搬送する事が出来たが夜勤者は混乱した。その後スタッフ会議で、搬送時の手順、物品の位置等皆で再確認した。まずは落ち着く事、どうするか優先順位順に片づけていく事を徹底した。いい機会となった。今後、脳梗塞・心筋梗塞・肺塞栓等のリスクがあるので主治医も変更。各関連機関にも情報提供する。		
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	前回評価時に指摘をうけ、備蓄品の整備はした。年2回 火災及び防災訓練も全館で行っている。車椅子移動の方も増えたので今回は、3→1階まで2人介助で車椅子で降ろす訓練もしたが、スムーズに行えた。今後は地域の情報も得ながら、事業所も災害、感染対策としてBCP（業務継続）計画策定に取り組んでいきたい。	災害対応のマニュアルを作成し、民間業者の立ち合いの下、昼間の火災と地震から火災発生を想定して、年2回避難訓練を実施している。6月には、車椅子で3階から1階への避難訓練を行った。管理者など職員3名が近くに住み、直ぐに駆け付けられる。水・食料を2～3日分備蓄し、懐中電灯・カセットコンロなども用意している。	

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
<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	親しみや、昔を呼び起こすために愛称で呼ぶこともある。馴れ馴れしくそうしてのではなく、皆時々で使い分けている。 排泄介助時はドアを半分でも閉めるよう、パジャマ更衣時や部屋にいる時はカーテンを閉めるよう配慮している。1人若年性の方がおられる。年齢に関係なく1人の人として接するようにしている。	「高齢者の尊厳保護とプライバシーの確保」の資料を用いて職員に周知し、法人の「人権(虐待・プライバシー保護)」に管理者が参加し、報告書を回覧して職員に周知している。 ケアの中で利用者が嫌な表情をした時は対応を止めるようにする等、不適切な対応があれば職員同士が注意して直している。	
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	本人が「したい」と言い実現可能な事は応じる。奇異な行動をされた時に、何故そうしてるのかスタッフ間で話し合い、様々な対応を試みている。上手くいけば伝えて記録として残し、申し送りノートにも書き情報共有する。言葉だけでなく表情や行動より汲み取る。		
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	往々にしてスタッフ側のペースに巻き込みがちで、そうされない方にはイラッとする人も人間なのである。1日の流れは大まか決まってるが、可能な限り本人のペースに合わせた対応をしている。他害があった場合は、注意することもある。1人1人の性格や癖を知り、寄り添っていく。		
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	朝の洗顔、整容から始まり、食後の口腔ケア、入浴は気持ちよく出来るよう配慮している。ステキな服を着ていたら「良く似合うよ、ステキやね」と褒める。褒められると女性だし、皆嬉しそう表情をされる。気分を良くするよう上手く誘導する。		
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	盛り付けや食べ易い形状にカットする等工夫をしている。出来るだけ元の形状は壊さないよう見た目もキレイにしている。大盛にしていると食べない方は、少なく見えるような盛り付けや好きな物を上に置く等の工夫をする。季節行事のメニューの工夫で変化をつける(おせち、節分、母の日、敬老の日、誕生日、クリスマスetc)	3食とも職員が献立し、朝食(職員が食材調達)は夜勤者、昼食(総菜は業者から取り寄せ)は日勤者、夕食(業者の食材)は遅出者が調理している。週3回デイケアに行く利用者はそこで昼食を摂っている。畑で収穫したナス・キュウリ・オクラなどが食卓に上り、おやつに手作りケーキを楽しんでいる。寿司・牛丼・寿司などを取り寄せることもある。	

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	朝昼は、交互に和食、洋食にする。サラダには豆を朝は納豆や海苔をつける。夕食はタイヘイで食材を持って来てもらい調理する(カロリー計算されてる)体重の増減は量で調整。週1回は、飽きない為にデイと同じ業者より配食して貰ってる。水分補給は、定期的に勧め量をチェックし1日トータルを記録している。		
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	毎食後の口腔ケアは、夫々の利用者に合わせたケアをしている。月に1回は歯科衛生士の口腔衛生指導を受け、磨き残し他指導を受け、毎回の口腔ケア時に反映している。また認知症の進行で歯の治療が受けられなくなるよう3月に1回定期的に訪問歯科を受けている。拒否が強く、出来ない事もありますが歯は大事で食べる事や飲み込みに影響するので継続したい。		
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	オムツをしている方が3名、パンツにパットの方が1名パンツで排泄が自立してる方が2名です。尿意を言われる方は、その都度行って貰い、訴えない方に関しては食後や水分摂取後等時間毎に誘導している。その際、腹部マッサージや下腹部の圧迫等で刺激するようにしている。	トイレで自ら排泄することを自立と捉え、排泄・排便チェック表で把握したパターンやサイン(ソワソワする、沢山ご飯を食べるなど)を察知してトイレに誘導している。3食後の排泄を習慣付けるよう支援し、難しい利用者には薬を使用して快便を促している。夜間は睡眠を重視し、大容量のパッドやポータブルトイレを活用している。	
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	①栄養バランスのとれた食事をしっかり摂る ②水分補給③適度の運動 ④排泄介助時や入浴時に腹部マッサージをする等行っても便秘がちな方は、主治医と相談し下剤の服用をする。それでも便秘の時は、デイ看護師にて摘便、浣腸をして貰う。便秘がちな方も継続して①～④は試みる。		
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	曜日と時間帯は決まってるが完全個室。本人が出来る事はして貰いながら出来ない事を手伝う。両足の趾間や踵、陰臀部等洗にくい部分は介助し清潔に努める。現在は湯舟に浸かるのが好きな方が多いので、ゆっくり浸かれるよう配慮している。1名拒否が強い方がいるが2人でやや強引に入れている。前後で好きな物を食すようにしている。	週2回午後の入浴を基本とし、1人ずつ湯を替えて清潔を保っている。極度の入浴嫌いで半年入浴しなかった利用者も、職員が努力して週2回入浴してもらえるようになった。重度の人は、浴槽の介助を職員2人でしている。入浴剤を使用したりマッサージしたり、たまにクラシック音楽を流して楽しんでもらっている。	

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
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	日中の適度な運動(家事手伝いも含む)の継続で夜間は眠れる。現在は夕食後に安定剤を服用する程度で、眠剤を服用しての方はおらず。エアコンで適度の室温管理のみで良眠。夜間も頻尿にて不眠がちな方はいるも昼夜逆転とはなっていない。		
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	介護職が介助するので全員1包化にしており、1名のみ粉碎し食事に混入し服用。最新(現在服用してる物)の薬情を薬箱内に入れており、何時でも内容が確認できるようにしている。薬の変更があった場合や注意して服用しないといけない薬が出た場合は申し送りノートや口頭で周知する。		
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	得意分野のある方には、その人に合わせてして貰う。絵手紙、パズル、塗絵、体操、童謡等。TVのYouTubeを活用し体操や歌を歌ったり、BGMIにしたり好みの物を選択し活用している。2~3名は家事手伝いが出来るので、配膳、洗濯干し、たたみ、調理補助等手伝ってもらう。出来る人が出来る事を分担するよう配慮する。		
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	運動の為の散歩、近くの店の買物程度しか今は行けてない。屋内で階段昇降やペダルこぎ、食材やお弁当をスタッフと一緒に取りに行ったり工夫はしている。 初詣、花見は全員で出かけるようにしている(全員で出かける機会が減った)	コロナ禍の中でも、事業所周辺や近くの公園への散歩、近くの店での買い物などで出かけ、重度の人でも外気に当たり、初詣・花見は全員で出かけるようにしている。1名以外は週3日デイケアに出かけ、家族と一緒に通院や外食に行く人もいる。閉塞感を無くすため、ユーチューブの体操や「枚方くらわんか体操」をしている。	
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	入所時にお金への執着が強い方がいたようだが、現在はお金を持ってないし、持ってない自覚はある。近隣の買物も、支払いはスタッフがしている。		

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
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	字が書ける方には、家族様に手紙を書いて貰うことはある。電話はかけられる方は話して貰ってる。話せない方にはスピーカーホンにして話して貰う。遠方の方とは、LINEのTV電話をパソコンに繋ぎ、顔を見ながら話す。一番遠くはタイのバンコクで、感覚が解らずパソコンの中に頭を突っ込んだりされる(会いたくても会えない家族様の方が感動)		
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	毎月、カレンダー塗りをしており、出来たら掲示板に展示したり、季節の飾りつけと一緒に出来る方には手伝って貰い飾る。また壁に季節を思わせるタペストリーを毎月交換し彩る。	居室は2階に2室と3階に4室あり、3階のリビング兼食堂はこじんまりとして家庭的である。壁面には季節の作品(今は菖蒲)を飾り、季節感のあるタペストリーを毎月交換している。事業所は高台にあるので風通しが良く、利用者がデイケアに出かけた昼間は、居室の窓も開けて換気している。	
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	テーブルはアクリル板で仕切る。ソファを置いており状態に応じて座って貰う(例・体調が思わしくない時・他利用者との距離をおきたい時等) テーブルに生花、壁に季節に応じた飾り付けや塗絵他作品を展示する。		
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	ご家族の写真やプレゼント、自分で書いた絵手紙等を飾る。 娘様2人の方で嫁いでるので夫の仏壇を祭ってる。お盆や年末にスタッフと掃除する(短期記憶障害が激しく、夫が亡くなってる事も忘れるので)夜間頻尿な方に関しては、リハビリも兼ね出来る事はして貰うためにポータブル便器をベット横に設置。	富裕層の別宅を改装した居室はやや狭いが、オフホワイトの床で明るく、毎日午前中に職員が清掃してきれいに保っている。ベッド・エアコン・小タンス・カーテン・壁面ラックを設置し、利用者はテーブル・椅子・テレビ・衣装ケース・仏壇・写真・ぬいぐるみなどを思い思いに持ち込み、居心地良い空間となっている。	
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	食堂、階段、各部屋案内、トイレ等壁に誘導の貼り紙をしており、迷った際にはそれを指して行って貰う。家事1つも、ここまですると出来る事もある。出来る事を見つけて、少しでも達成感や役割を担って貰う。何も出来なくても、笑顔で輪の中に入れるようスタッフが配慮している。		