

### 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   | 4790800082        |            |             |
| 法人名     | 合資会社あんど           |            |             |
| 事業所名    | グループホーム浦西         |            |             |
| 所在地     | 沖縄県浦添市当山二丁目10番10号 |            |             |
| 自己評価作成日 | 令和6年 8月23日        | 評価結果市町村受理日 | 令和6年 12月18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="https://www.kaikogensaku.mhlw.go.jp/47/index.php?action=kouhyou_detail_022_kihon=true&amp;JigyosyoCd=4790800082-00&amp;ServiceCd=320">https://www.kaikogensaku.mhlw.go.jp/47/index.php?action=kouhyou_detail_022_kihon=true&amp;JigyosyoCd=4790800082-00&amp;ServiceCd=320</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 介護と福祉の調査機関おきなわ |  |  |
| 所在地   | 沖縄県那覇市西2丁目4番3号 クレスト西205  |  |  |
| 訪問調査日 | 令和6年 9月26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)】

外出の機会を少しずつではあるが、行っている状況です。コロナ等の感染症の予防の為外出は職員と利用者様1対1で近くのスーパーまで買い物を楽しみながら散歩を行っています。一人ひとりの要望をお聞きして可能な限り実現できるよう職員同士で考える場を設けています。また医療との連携を強化し体調面のサポートも行っています。家族より外出したいとの要望は可能な限り対応し、制限を設けての外出をお願いしている所ではありますが、面会はエレベーターホールにて窓を開けて15分程度を目途に行っております。

【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)】

開設から17年が経過した当事業所は、中学校や保育園、複合商業施設「パークレーズコート」に併設されたメディカルモール等が隣接する住宅街にあり、中学校周辺の散歩を日課としている利用者がある。利用者や家族の希望に添って、かかりつけ医や訪問診療、訪問看護などと連携し、利用者が適切な医療を受けられるよう支援している。食事は、三食とも事業所で調理し提供しており、野菜を切る音や調理をしている時のおい等がたまたま、家庭的に過ごせる食堂兼居間となっている。食前には口腔体操を行い、配膳の際には利用者と一緒にセッティングを行い、食事が楽しみとなるよう支援している。管理者は昨年8月に就任し、事業所の理念「家庭的で尊厳ある生活」、「質の良いケア」を目指し、職員と共に実践中である。

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<br>↓該当するものに○印 |   | 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓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<br>(参考項目:23,24,25)        | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:9,10,19)       | ○                     | 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>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<br>(参考項目:18,38)              | ○                     | 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>4. ほとんどない                  | 64 | 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<br>(参考項目:2,20)                              | ○                     | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>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<br>(参考項目:38)                    | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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、深まったりし、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) | ○                     | 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くない            |
| 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<br>(参考項目:36,37)     | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66 | 職員は、活き活きと働いている<br>(参考項目:11,12)  | ○                     | 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:49)                   | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:30,31)          | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>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、安心して暮らさせている<br>(参考項目:28) | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |    |   |                       |   |

自己評価および外部評価結果

確定日:令和6年12月9日

| 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<br>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                      | 理念を唱和し全体での共有を行っている。  | グループホームの理念は、開所から数年経過した時に、全職員で分かりやすい言葉を使い、見直し後使い続けている。朝の申し送り時に唱和し、始業の切り替えとしている。転倒などの事故が起こった時に、理念の「質の良いケア」を振り返り、改善の機会としている。  |                   |
| 2                 | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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                      | 事業所として日常的な交流は行っていない。今後は地域との関わりを検討していきたい。                   | 陽芸橋自治会へ加入しており、自治会長や民生委員が運営推進委員として参加し、地域の行事などの情報を得ている。新型コロナウイルス感染症が昨年5月の「5類」移行後も感染への不安から、地域とのつきあいが進んでいない。認知症カフェの再開も未定である。   |                   |
| 3                 |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                    | 地域の人々に向けて貢献は活かされていない。                                      |  |                   |
| 4                 | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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 | 運営推進会議にてサービス状況の報告を行い、構成員の意見をサービス向上に活かしている。                 | 運営推進会議は、行政職員や地域包括支援センター職員、知見者として近隣グループホーム管理者が毎回参加し、利用者や家族、自治会役員も参加し、年6回実施されている。事故報告概要として発生事例を一覧にして報告している。行政職員から、事故やヒヤリハットの報告の必要性、地域包括支援センター職員から、地域の方や子どもたちとの交流の機会を持つこと等の助言を得ている。分かりやすく簡潔な議事録の作成に期待したい。 |                   |
| 5                 | (4) | ○市町村との連携<br>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            | 現在市町村担当者ととの密な連絡は行っていないが、事業所の実情や取り組みについて今後は積極的に協力できるようにしたい。 | 市の担当職員は、運営推進会議の構成員でもあり、会議では事故に対する助言を得ている。研修会などの案内はメールでやり取りされている。コロナ禍の時期に中止された認知症カフェの再開については、市の担当者との今後の取り組みについて検討している。  |                   |

自己評価および外部評価結果

確定日:令和6年12月9日

| 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<br>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 | 身体拘束について定期的に事業所内で職員同士で自己点検を行っている。また身体拘束適正委員会を開催し運営推進会議後に会議を行っている。                              | 「身体拘束等適正化のための指針」が整備され、「身体拘束廃止適正化検討委員会」が職員のみで毎月開催されている。外部の委員が参加しての会議録が見当たらなかった。研修内容や研修成果などの研修報告書の記録が採せなかった。   | 外部委員の参加による「身体拘束廃止適正化検討委員会」の3か月に1回以上の開催、及び定期的な研修が望まれる。 |
| 7  | (6) | ○虐待の防止の徹底<br>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                                     | 虐待防止について定期的に事業所内で職員同士で自己点検を行っている。  | 「高齢者虐待防止のための指針」を整備し、運営規程に「虐待防止に関する事項」を記載している。那覇市の「高齢者虐待防止対応マニュアル」を参照し、虐待の未然防止などに取り組んでいる。高齢者虐待防止の自己点検シート(チェックリスト)と解説の管理者用とスタッフ用を活用している。職員研修は1回実施されている。ナースコール等が設置されていない。 | 年2回以上の職員研修が望まれる。ナースコールやそれに代わる鈴などの設置が望まれる。             |
| 8  |     | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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                                 | 現在活用はしていない。  |  |   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>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  | 契約時に解約の内容を含め、家族からの要望や疑問を確認している。また「急変時対応に関する説明と同意書」も併せて説明を行い適宜変更ができる旨を伝えている。                    |  |   |
| 10 | (7) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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  | 意見箱を設置しているが投函はない。より投函しやすい環境作りを検討する必要がある。現在要望や相談は電話や面会時に直接お話を伺っている。それらについては職員同士で話し合い運営に反映させている。 | 利用者からは、入浴時などに意見や希望を聞いている。家族は、面会時や電話報告などで要望を聞いている。家族の要望で赤外線センサーを設置している利用者もいる。利用者や家族からの面会の要望に対しては、居室での面会の実施がなく、エレベーターホールでの面会に留まっているため検討を進めている。                           |   |

自己評価および外部評価結果

確定日:令和6年12月9日

| 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                          | (8) | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                       | 適宜職員の意見や提案等を聞き運営に反映させている。                                | 職員が「特定の日に休みを取りたい」と希望した場合には、職員の休みが重ならないようシフト調整して応じている。お互いの意見が言いやすいように、日頃から積極的にコミュニケーションをとるよう管理者は意識している。 |   |
| 12                          | (9) | ○就業環境の整備<br>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       | 職員一人ひとりが望んでいる労働条件を尊重しシフトを作成している。                         | 職員は年1回、夜勤者は年2回の健康診断を受診している。年次有給休暇の取得は、職員の希望を調整し支援している。就業規則に職場におけるハラスメント防止の規定が記載されていない。                 | 「妊娠・出産・育児・介護休業等に関するハラスメント」をはじめとして、ハラスメント対策の方針やハラスメントの定義など、就業規則への防止対策の記載が望まれる。どのような行動がハラスメントなのか等、職員研修の実施が望まれる。 |
| 13                          |     | ○職員を育てる取り組み<br>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          | 研修について受講の機会を適宜設けている。                                     |  |   |
| 14                          |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、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 | 他事業所の運営推進会議へ参加し取組を参考にしている。                               |  |   |
| <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<br>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            | 環境に慣れて頂くまでは職員で様子を伺い、他者との交流についても徐々にご本人のペースで無理なく行うよう努めている。 |  |   |

自己評価および外部評価結果

確定日:令和6年12月9日

| 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<br>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     | 契約時にご本人様の生活状況についてヒヤリングを行い、要望や不安等も併せてご家族の方に対しても同様にお聞きしている。    |  |                   |
| 17 |      | ○初期対応の見極めと支援<br>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 | サービスを導入する段階では、家族、本人と一緒に短期の目標を検討しその目標に向けた支援について、対応を行っている。     |  |                   |
| 18 |      | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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                 | 職員もグループホームの一員として、家族と接するような立場で過ごすことで信頼関係を築いている。               |  |                   |
| 19 |      | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>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  | 家族も一緒になって本人を支援していけるよう、より支えあう関係を築いていきたいと思う。                   |  |                   |
| 20 | (10) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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              | 知人の方が面会を希望される場合は、事前に連絡してもらいエレベーターホールにて窓を開けたり短時間での面談をお願いしている。 | 家族の支援で、馴染みの美容室へヘアカットに行き、これまでの関係が途切れないように努めている。家族と一緒に期日前投票にいく利用者もいる。友人が訪ねて来た時には、エレベーターホールでの面会を支援している。 |                   |

自己評価および外部評価結果

確定日:令和 6年 12月 9日

| 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<br>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                 | 孤立することがないよう、座席の配置やに気を配り利用者様同士が不穏にならないよう努めている。                 |   |                   |
| 22                                 |      | ○関係を断ち切らない取り組み<br>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 | サービス終了後についても家族より問い合わせがあった際には相談や支援を行う体制がある。                    |   |                   |
| <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                                 | (11) | ○思いや意向の把握<br>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                         | 本人の希望や意向について一人ひとり話を伺い全職員が思いを把握している。また困難な場合は可能な限り実現することに努めている。 | 利用者の「ここに来て初めて塗り絵をした。楽しいから、もっといろんなことをしてみたい」等の思いや意向を個別支援計画に位置づけて支援している。友人からの電話を取り次ぎ、利用者に寄り添い支援している。 |                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                     | 利用者様の入所に至るまでの経緯や生活歴、環境については入所時に家族へお話を伺い把握している。                |   |                   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>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                                   | 生活スタイルや心身状態、残存機能の維持に努めている。                                    |   |                   |

自己評価および外部評価結果

確定日:令和6年12月9日

| 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 | (12) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | 本人及び家族、職員同士で話し合い、短期・長期毎の支援計画を作成している。                     | サービス担当者会議は、利用者や家族、職員、看護師などが参加し、現在の状態に沿った介護計画を作成している。長期目標は概ね1年、短期目標は3か月～6か月としている。介護計画の見直しは、更新時や状態の変化に応じ実施している。家族の要望で赤外線センサーを設置している利用者もいる。             |                   |
| 27 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | 日々の様子やケアについて個別ファイルへの記録を行っている。さらに申し送りノートにて職員同士で情報を共有している。 |  |                   |
| 28 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>本人や家族の状況、その時々にも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             | 本人や家族のニーズに対して、柔軟に対応していける取り組んでいきたい。                       |  |                   |
| 29 |      | ○地域資源との協働<br>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                         | 地域資源を利用した支援は、現在できていない。                                   |  |                   |
| 30 | (13) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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                     | 本人及び家族の希望にて、適切な受診支援を行っている。                               | 入居者8名のうち、アルツハイマー型認知症の方が男性3名、女性4名で、認知症の診断の方が1名となっている。訪問診療の方が7名、家族と一緒に定期的に通院している方が1名である。訪問看護との連携を行い、適宜対応し適切な医療を受けられるよう支援を行っている。健康診断は1人が家族対応により実施されている。 |                   |

自己評価および外部評価結果

確定日:令和6年12月9日

| 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<br>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回の訪問看護サービスを利用しており、個々の利用者様の適切な支援が行えている。       |  |                              |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、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。        | 入院時には病院関係者との情報交換や相談がスムーズに行っている。                |  |                              |
| 33 | (14) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる            | 入所時に家族の方に重度化や終末期に向けた事業所のあり方についてお話し合い、説明を行っている。 | 利用者の入居時に、看取りの指針の説明と重度化や終末期に向けての対応について説明し、同意書を得ている。現在は、緊急時や急変時には直接医師へ連絡したり、訪問看護に連絡し指示を仰ぐことで対応を行う等支援に取り組んでいる。  |                              |
| 34 | (15) | ○急変や事故発生時の備え<br>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  | 急変及び事故発生時に備えて対応のマニュアル及び訓練を行っている。               | 相談、苦情、事故発生時の対応マニュアルとして作成されている。事故発生時には、事故報告書に記入し、その場で話し合いが行われている。再発防止のための検討会議の議事録の作成が行われていない。   | 再発防止のための検討会議の議事録の作成、保管が望まれる。 |
| 35 | (16) | ○災害や感染対策<br>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。また、感染症の予防やまん延防止の為に委員会の開催や指針を整備し、研修及び訓練を定期的に行っている。 | 災害時の避難訓練、感染症予防については事業所内で研修及び訓練を定期的に行っている。      | 災害感染対策マニュアルを作成し、避難訓練は昼、夜間想定で実施されている。災害時の備蓄は利用者や職員の人数を含めて3日分が保管されている。業務継続計画が作成されているが、指針、研修、訓練は未実施である。感染症予防やまん延防止のための研修は未実施となっているが、今後実施の予定がある。今後は計画に沿った研修や訓練が行われることを期待したい。 |                              |

自己評価および外部評価結果

確定日:令和 6年 12月 9日

| 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                               | (17) | ○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保<br>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                | 利用者毎に性格等を把握、尊重した言葉かけ、対応を行っている。  | プライバシー保護マニュアルが整備されている。排泄は居室内トイレを使用している。排泄や入浴介助は原則同性介助と重要事項説明書に明示されている。個人情報の保護に関しては、契約書に記載され、入居時に同意が得られている。職員に対しては就業規則に守秘義務が記載されている。利用者の一人ひとりの個性を尊重し、職員が対応することができている。 |                   |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>日常生活の中で本人が思いや希望を表現したり、自己決定できるように働きかけている                    | 本人の思いを聴き、ご自身で決定してもらうように努めている。   |  |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 生活する上でのペースは本人に委ねている。その日を本人が希望する全てを実行するのは難しいが違う提案を話し将来的に実行できるよう努めている。    |  |                   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                  | 起床時に身だしなみが整っていなかった場合には声掛けにて支援している。                                      |  |                   |
| 40                               | (18) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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     | 可能な限り食事については、好み等をお聞きし食べなれたものがある方はそちらを提供したりしている。また片付け(皿洗い)なども職員と一緒にしている。 | 食事は朝、昼、夕の三食を施設内で調理し提供している。利用者8人中、常食の方が7人、キザミ食が1人である。食前には口腔体操を行い、配膳の際に利用者と一緒にセッティングを行っている。3週間に1回、職員は弁当を持参し、利用者と一緒に食事を食べる機会を設けている。                                     |                   |

自己評価および外部評価結果

確定日:令和6年12月9日

| 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<br>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              | 個別日誌にて食事・水分量把握し、摂取状況に応じた支援を行っている。                    |   |                   |
| 42 |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                       | 毎食後口腔ケアを行っている。                                       |   |                   |
| 43 | (19) | ○排泄の自立支援<br>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向けた支援を行っている       | 排泄について継続して本人に応じた支援を行っている。                            | 居室内にトイレが設置されている。入り口にはカーテンを備え付けている。利用者は全員、自室で排泄を行い、男性2人は自立しており、見守りと確認を行っている。車いすの利用者は1人いるが、自走してトイレまで移動し見守りで対応している。夜間おむつ使用の方は定時で交換し、利用者が職員を呼ぶ時にはすぐに対応している。 |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>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                       | かかりつけ医や訪問看護等とその都度相談を行い、食事についても排便を促すようなメニューの作成に務めている。 |   |                   |
| 45 | (20) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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 | 一人ひとりの希望に沿った入浴支援を行っている。                              | 週に2回入浴支援を行っている。浴室入口に利用者の入浴時、入浴後に必要なものを設置し、利用者それぞれに必要な対応をしている。拒否の方が一人いるが、タイミングをみて声かけし、入浴が実施できている。同性介助を基本としている。   |                   |

自己評価および外部評価結果

確定日:令和6年12月9日

| 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<br>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  | 安眠や休息について、心地よい環境作りに努めている。  |   |   |
| 47 | (21) | ○服薬支援<br>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   | 薬についての作用・副作用については知識のみの理解であるが不明な点はかかりつけ医や訪問看護へ都度相談している。また二人体制で薬のセットを行い朝・昼・夜、利用者毎に振り分け服薬直前にも間違いがないか確認を行っている。 | 服薬に関しては、主治医や看護師に確認、相談を行いながら職員が二人体制で対応している。誤薬に関して報告書は作成されているが、再発防止のための検討会議の開催、議事録の作成が確認できなかった。 | 事故発生時には報告書だけではなく、再発防止のための検討会議を行い、議事録を作成すること、及びマニュアルの見直しが見られる。 |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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                              | 生活歴を利用者毎に把握している。またそれぞれの支援を行っていきけるよう支援している。   |   |   |
| 49 | (22) | ○日常的な外出支援<br>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。また、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 | その日の希望を伺い、外出の支援を努めている。   | 本人の要望を確認し、近隣への散歩やスーパーへの買い物支援している。隣接している中学校周辺の散歩を日課としている利用者もいる。                                |   |
| 50 |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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                              | 基本的に事業所では本人が金銭を所持し使用する機会は設けていない。また金銭の預かりを行っていない。   |   |   |

自己評価および外部評価結果

確定日:令和 6年 12月 9日

| 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<br>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   | 要望があった場合には、その都度対応している。                                      |  |                   |
| 52 | (23) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 共用の空間についてはわかりやすいよう設置されていると思う、不快や混乱をまねくような小物は設置しないよう配慮している。  | 玄関はガラスドアになっているため、明るく見通しが良い。居間と台所はソファで区切られている。浴室はカーテンとドアで仕切られている。共有空間にあるソファで利用者と職員と一緒に座り、正面にあるテレビを楽しむことができている。  |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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  | 本人の居室(プライベート空間)、集う場所、外が見える場所と限られた空間で思い思いに過ごせるよう努めている。       |  |                   |
| 54 | (24) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>居室は、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  | ご自宅で使用されていた私物等は入居時に持ってきて頂き住み慣れた家のような雰囲気作りができるような環境作りを努めている。 | 居室にはトイレ、洗面台が設置されカーテンで仕切られている。事業所によりタンスやベッド、エアコンが備え付けられている。利用者それぞれ、住み慣れた環境を整えて過ごせるようにし、テレビを所有している方が7人いる。仏壇を設置している方もいる。ナースコールやそれに変わるものが設置されていないため、普段は利用者の声かけで対応している。 |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」や「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  | 居室については本人の希望に沿った家具の配置、安全かつ自立した生活が送れるよう配慮している。               |  |                   |