

### 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   | 4790100418        |            |           |
| 法人名     | 沖縄医療生活協同組合        |            |           |
| 事業所名    | 生協グループホーム安謝 ②(2階) |            |           |
| 所在地     | 沖縄県那覇市安謝250番地     |            |           |
| 自己評価作成日 | 令和3年 1月 19日       | 評価結果市町村受理日 | 令和3年4月21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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/47/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=4790100418-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search">https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/47/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=4790100418-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search</a> |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                           |
|-------|---------------------------|
| 評価機関名 | 株式会社 沖縄タイム・エージェント         |
| 所在地   | 沖縄県那覇市上之屋1-18-15 アイワテラス2階 |
| 訪問調査日 | 令和3年 3月 8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)】

一人ひとりの生活スタイルやペースを大事にし、入居者の方々と職員を含めた共同での日々の生活において、個々の力を発揮できる場面づくりに努めています。それぞれの方が、一体感を実感できるような関係づくりに取り組んでいます。

【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)】

事業所は国道58号線にほど近い住宅密集地に位置する高齢者施設の2階にある。当事業所は2020年6月に有料老人ホームから2ユニット目のグループホームに事業変更を行い、職員も当時から務める職員もおり、利用者や家族にとっては、なじみの職員もいることは安心感を与えている。現在はコロナ感染対策で地域の付き合いが難しい状況にあるが、事業所の近所には様々な商店があり、ご利用者との買い物同行などのお付き合いもしやすい住環境にある。管理者、職員は日頃から対話・相談しやすい関係づくりに努めており、出来るだけ長く介護員として務めることができるように、勤務時間帯の調整などを柔軟に行うことで離職率の低い現場づくりが実現できている。ケアマネージメントにおいても各介護職員は担当利用者を受け持っており、毎月のモニタリング報告を行うことを義務づけ、そうすることで介護計画を意識したサービス提供に努めている。こうしたチームケアの取り組みが職員のスキルアップと、ケアの質の向上にも繋がる事が出来るよう取り組んでいる。

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<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<br>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)       | ○<br>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<br>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)   | ○<br>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<br>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)             | ○<br>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<br>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)                          | ○<br>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<br>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)                   | ○<br>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<br>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<br>(参考項目:4) | ○<br>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<br>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<br>(参考項目:36,37)     | ○<br>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<br>職員は、活き活きと働いている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○<br>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<br>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)                  | ○<br>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<br>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                                       | ○<br>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<br>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)         | ○<br>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<br>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                                   | ○<br>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<br>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<br>(参考項目:28) | ○<br>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

| 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                      | 年間計画に沿った毎月行う学習会や職場会議での事例検討を通して、理念に基づいたケアの統一がきちんと行えているかの確認に努めています。   | 理念は設立時より、「一人ひとりの個性や暮らし方を尊重し、その人らしい生活が続けられる」をモットーに日々の仕事や地域との関わり合いを大切に実践できるよう努めている。   |                   |
| 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                      | これまでは日用品の購入等にて、定期的な近隣のスーパーへ出かけるなどの活動を通して、地域の方々からの声かけなどがあり交流機会の確保につながっていたが、新型コロナウイルス感染症拡大防止対策にて地域交流が殆ど無い状態です。情勢を確認しながら法人の指示を受けながら、交流が行えるように支援致します。 | 現在はコロナ禍で、これまでのように利用者が近隣に買い物に出かけたり地域の人と話す機会は減ったが、職員が利用者に頼まれた物や近所の花屋で買い物をするなど事業所として関わるようにしている。  |                   |
| 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                    | 事例を通して、職員間の認知症への理解やケアの知識は向上していると思います。しかしこれらを地域の方々へ発信し、認知症理解への普及活動の実践という段階には至っておりません。  |   |                   |
| 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 | インシデントや事故報告の報告を通して、会議参加者からの意見聴取等から、改善点の整理ができ、これらを日常のケアに活かしている。<br><br>毎月行っている身体拘束委員会での内容を報告しながら助言を頂き、身体拘束解除に向けた取り組みを行っています。                       | 事業所は2か月に1回、運営推進会議を開催している。コロナ禍の状況にあるため、主に集い合う場は設けない形式で運営推進会議を継続している。事業所は、運営状況等の照会報告文書を運営推進委員出席者に郵送し、返信(回答)にて意見助言を求めており、その助言や意見をサービス向上に活かせるよう取り組んでいる。 |                   |
| 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に取り組んでいる           | 運営推進会議において、定期的に市職員に参加していただき、現状報告を通して、助言をいただいたり、情報交換を行うなどから協力体制の構築に取り組んでおります。<br>制度や加算等、曖昧な点があれば、担当窓口にて電話し相談する事で、法令遵守に努めています。                      | 事業所は運営推進会議において、日頃から報告、連絡、相談を取り合いながら協力関係の構築に努めている。法令遵守に努める上でも報告や相談はこまめに行っている。  |                   |

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 |
| 6  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者および全ての職員が「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 | 運営推進会議において、定期的に市職員に参加していただき、現状報告を通して、助言をいただいたり、情報交換を行うなどから協力体制の構築に取り組んでおります。制度や加算等、曖昧な点があれば、担当窓口で電話し相談する事で、法令遵守に努めています。 | 事業所は身体拘束をしない方針を掲げており、現在は身体拘束のケースはいない。利用者への接遇の向上研修にも取り組んでいる。身体拘束適正化委員会は定期開催をしており、現場での状況報告を行っている。   |                   |
| 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                                      | 例を通して、手順書を再確認する機会を設けている。手順書を基本に職員それぞれが自身のケアの振り返りの指針としており、これらを防止策として活用している。  | 高齢者虐待防止マニュアルは整備されており、職員は研修等で学んだことを共有しながら、理解の浸透に努めている。事業所は事例を通して、支援を振り返りかえるよう努めている。介護員が感情的な言動があった場合は、管理者はその職員と個別に指導を行い虐待防止の徹底に取り組むよう努めている。 |                   |
| 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、成年後見人制度を活用している利用者はいないが、今後学ぶ機会を設け、制度の仕組みを理解し活用できるよう努める。   |   |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又はや改定等の際は、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  | 新規利用開始にあたり契約締結を書面をもって手続きを行っています。また、利用者様及び家族様へ内容についての理解しているのか、担当者会議等で再確認し、疑問点等をお尋ねしながら、理解・納得の上での契約締結実施へ努めている。            |   |                   |
| 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   | 出入口に意見箱を設置している。ご利用者やご家族から要望や苦情などは、申し送り簿などを通して、職員への周知図るとともに、対応については手順書を基本に対応実施。経過については、掲示板にて閲覧できるようにしている。                | 利用者、家族からは常にご意見やご要望を聞くよう心掛けている。「コロナで面会自粛にあるので、日頃の様子が知りたい。」との要望を受けることも多く、こまめに生活状況の様子や報告に努めている。玄関口には意見箱を設置している。                              |                   |

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 |
| 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                                      | 運営に関する課題が生じた際には、職場会議にて、参加者には発言できるよう問いかけ実施。参加できない職員については、事前に紙面等にて意見聴取を行っている。   |   |                   |
| 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      | 資格取得を奨励し、資格手当の支給へとつなげ、職員のやりがいの実感とスキルアップに努めている。  | 管理者は定例職員会議や日々の対話を通し、話しやすい関係づくりを心掛けている。勤務体制の見直しや、勤務時間帯の調整なども柔軟に対応している。事業所は職員のスキルアップを目的とした研修を計画的に実施している。法人・事業所は昇格や昇給を目指せる職場環境の整備に努めている。 |                   |
| 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         | 職員それぞれのレベルに応じた、法人内外の研修や学習会の情報を提供し、参加を呼びかけています。<br><br>個別の年間目標計画を立て目標達成に向けた取り組みが行えるように面談や助言を行なっています。   |   |                   |
| 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 | 沖縄県グループホーム連絡会に加盟しており、定例会議にも積極的に参加している。参加した際は情報を持ち帰り共有化を図る事で、事業所の資質向上に努めています。  |   |                   |
| <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           | ホーム入居前には、本人状況についての情報収集を、家族や、各関係機関から実施。それに基づいて、本人への面談を管理者や計画作成担当が実施し、初回面談には時間をかけ顔なじみになることから始め、本人が発言できる環境づくりに留意しながら、段階的に要望や不安を確認。ホームでの新たな生活(環境)に対して、少しでも不安が解消できるように心掛けています。 |   |                   |

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 |
| 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     | 入居前には、キーパーソンへの面談は確実に実施し、これまでの本人の状況や、これからの不安、困りごとの確認を実施する中で、ご家族の想いや意見を聴取できるような面談機会となるよう努めている。                  |  |                   |
| 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 | 新規相談での段階において、ご本人及びご家族状況の情報収集から、その他のサービス利用の検討も必要ではと思われるケースについては、当サービスの内容説明含め、他サービスも案内し、再考や選択の一助になれるよう対応に努めている。 |  |                   |
| 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                 | グループホームでの共同生活において、利用者それぞれの心身機能の状況を踏まえ、本人の希望に沿った役割づくりができるよう取り組んでいる。  |  |                   |
| 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  | 定期的受診や、日用品(おむつ等)の購入等の依頼を含め、本人状況も報告している。ホーム生活上の課題あれば、共有し、共に課題解決への取り組みが行えるよう働きかけている。                            |  |                   |
| 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              | コロナウイルス感染拡大防止対策の観点から、現在面会や外出が制限されている状況ではあるが、テレビ電話等を活用し、関係が途切れないよう努めています。                                      | 現在はコロナ感染対策で馴染みの方々との付き合いが難しい状況にある。家族、身内の方々が主ではあるがドア越しの面会や、電話でも会話が出来るよう要望に応じて関係性の継続に努めている。 |                   |

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 |
| 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                | 利用者の状況や他者との関係性を踏まえ、協同して行う活動の提供や、自発的な関わりがない利用者へは職員が仲介し、少しでも会話や交流機会が増えるよう努めている。                               |   |                   |
| 22                                 |      | ○関係を断ち切らない取組み<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 | 逝去で退所した際には、後日改めてご家族様に電話し、気落ちしていかな等の確認を行い、家族への支援が必要なのかを確認しています。その後、継続的な支援の取組み事例はありません。                       |   |                   |
| <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                        | 実際のケア提供に基づくプランには、ご本人の要望を反映できるように努めているが、認知症などにより意向確認が難しい方には、ご家族などからの、ご本人のこれまでの情報や様子を伺うなどして、現状での要望を検討し導き出している | 事業所は利用者や家族の意向や希望をアセスメントし、利用者の思いを踏えるよう努め、日々の要望を適切に評価しながら、よいケアにつながるよう努めている。利用者個々の生活歴や人間関係、特技等を把握し、各々が能力を発揮できる役割や出番を与え、その人らしい暮らしを支えるよう努めている。 |                   |
| 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                    | 入居の際のアセスメント等にて、利用者個々のこれまでの暮らしなどの情報を収集し、本人理解の基本としている。  |   |                   |
| 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                                  | 申し送り簿、実施記録や経過記録、アセスメント表の中で、ご本人の現状の様子把握に努めている。   |   |                   |

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 |
| 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 | 本人の状況について、家族をはじめ関係者より情報収集を行い、アセスメント表を作成。これらに基づいて、介護計画を作成。申し送りや担当者会議等にて経過を評価し、新たな課題があれば対応につなげている。                                      | 事業所はチームでつくる介護計画の実践として、各介護職員はそれぞれ担当利用者を受け持っており、毎月一度サービス実施について、評価報告するよう義務づけている。そうすることで介護計画に即したケアが実践でき、チームで観察、評価しながら介護計画が作成・実施できるよう取り組んでいる。        |                   |
| 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                        | 本人の経過については、個別のカルテに本人様子やケアの実践状況を記載。業務実行上の決まりとして、個別の記録や、申し送り簿を確認し、利用者情報を周知した上でケアにあたることとしている。  |   |                   |
| 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             | 一定の日課は存在するが、利用者個々の精神状態や要望を把握し、その時々にも生まれるニーズに対して、職員間で話をする機会を設け、問題解決に努めている。   |   |                   |
| 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                         | 地域の美容師の方に月1回来訪してもらい、散髪できる環境を提供しています。  |   |                   |
| 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                    | 入居時には、本人、家族の変更希望等がなければ、これまでのかかりつけ医を主治医・医療機関としている。訪問診療を利用している方には受診時に同席し、医師との連携図っている。病院受診時には、事前に本人状況の情報提供書を準備し、各かかりつけ医との情報交換に積極的に努めている。 | 利用者・家族の希望で、入居前からのかかりつけ医を継続している利用者もいれば、利用者の状態・状況に合わせて訪問診療に変更した利用者もいる。また、週1回は訪問看護が入り利用者の健康管理ができています。病院受診時には事業所から医療機関へ書面にて情報提供を行ない、診察結果を併せて記録している。 |                   |

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 |
| 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                          | 訪問看護との契約にて、事前の情報提供に基づいて、週一回計画的に各利用者の健康チェックを実施し、健康管理面でのアドバイスいただいている。変化があれば、随時、訪問看護へ報告相談し、必要があれば受診につなげるなどの対応を行っている。                     |  |                   |
| 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、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。 | 入院時にはホームからの情報提供書を提出。入院中は、担当ケースワーカーとの情報交換にて、病状の把握に努めています。退院の日程が設定できる状況になれば、カンファレンス開催を依頼し、退院後のホームにおけるケア実施に際して過不足がないよう準備に努めています。         |  |                   |
| 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  | 本人の状況から、必要と思われるケースにおいては、関係医療機関との相談のもと、ホームでできることについての説明を再実施。家族と本人のこれからについて、それぞれの選択肢を提示しながらの確認作業を実施。方針が確認できれば、関係機関や職員間での情報共有を図りケアに臨んでいる | 事業所は重度化や終末期ケアを行なう方針で、入居時に利用者・家族に説明している。開設したばかりで現在対象の利用者はいないが、利用者・家族が入居前に主治医と重度化や終末期に向けた話し合いを行ない看取りまで事業所で希望し入居を受け入れている利用者もいる。 |                   |
| 34 |      | ○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  | 年度教育訓練計画に基づき年1回は、施設内研修にてAEDの使用方法や心配蘇生法について学ぶ機会を設けています。  |  |                   |
| 35 | (15) | ○災害対策<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  | 地域の防災マップを活用し、職員間にて避難経路及び場所についての確認を実施。年2回委託業者に協力してもらい、火災報知器や消火器等の取扱いについて再確認している。<br><br>地域との協力体制を築く事は出来ていない。                           | 1月に昼間想定総合訓練を設備業者立会いの下実施しており、夜間想定避難訓練は3月に実施する計画がされ、地域の元消防団員も参加予定である。3日分程度の備蓄があり、リストアップもされている。                                 |                   |



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>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |  |  |   |                   |
| 36                               | (16) | ○一人ひとり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                   | プライバシー保護についての学習する機会を設けており、職員への意識付けを行なっています。職員の言葉遣いや態度等、接遇については、今後学習会等を活用しケアサービス向上に努めていきます。                                 | 事業所入り口に個人情報保護方針及び利用目的の掲示がされ、職員への研修も実施されている。事業所の理念でもある「ひとりひとりの個性や暮らし方を尊重し…」の下、利用者の個性やこれまでの生活スタイル、利用者のペースに合わせたケアに努めている。トイレは各居室にあり2重扉でプライバシーも守られている。 |                   |
| 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したり、自己決定できるように働きかけている                     | 生活上のそれぞれの場面において、各利用者が自身の思いを表出できるよう傾聴を基本に、確認する姿勢に努めている。訴えが難しい方には、ご家族様へ代弁して頂いたり、職員にて選択肢を提示し、その反応を確認することで、ご自身の意向に近づけるよう努めている。 |   |                   |
| 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 | 大まかな一日のタイムスケジュールは存在するが、本人の状態(体調や気分)に応じて対応することを基本としており、本人の希望のペースで過ごしていただけるよう努めている。  |   |                   |
| 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                                  | 本人の希望に沿った衣類が選べるようタンス内を一緒に確認する。髪型についても、利用者や家族の希望確認のもとに、訪問理容での整髪を提案し、身だしなみの維持に努めている。   |   |                   |
| 40                               | (17) | ○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     | 外部発注にて提供しています。後片付け等、それぞれ利用者のできる範囲でお願いしています。クッキングレクリエーションでは、簡単な調理を利用者主体の元に行っております。  | 食事は基本配食を1日3食利用しているが、季節に合わせた行事などの場合は職員が事業所で調理し提供している。利用者は食器の後片付けや、簡単なおやつ作りなどできる事を一緒に行なっている。利用者に合わせた食事形態を提供し、食事は検食も兼ねて毎日一人の職員が利用者と同じものを一緒に食べている。    |                   |

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 |
| 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              | 食事や水分摂取量のチェック表にて、それぞれの状況の把握に努めています。咽込みのある方は、主治医と相談しトロミ付けを行って誤嚥性肺炎が予防できるように努めています。食事量確認及び定期的な体重測定にて、栄養状態に課題があると思われる方に関しては、関係医療機関との相談・連携のもと、栄養補助食を加えて提供し、状態の改善に努めています。 |   |                   |
| 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                       | 毎食後に口腔ケアを提供している。自力で行える方は声かけと見守りにて不備はないか確認実施。本人状況により介助が必要な方は、職員にて仕上げまで行う。口腔内異常や専門的なケアが必要な方にはご家族様に往診歯科、医療機関の受診を促しております。  |   |                   |
| 43 | (18) | ○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むけた支援を行っている       | 排泄チェックシートを活用し、それぞれのパターンに応じた声かけ誘導を心がけ、できるだけ失禁なく排泄が行えるよう支援を行っている。  | 各居室にトイレが設置されており、排泄チェックシートを個別で記録し排泄パターンを把握して声かけすることで日中は全利用者がトイレを使用して排泄できている。また、居室にトイレがあることで、夜間も使用しやすく自立した排泄につながっている。 |                   |
| 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                       | 便秘傾向の方には、運動及び日中の活動量確保と、水分提供。トイレ着座時には腹部のマッサージの実施の他、医療的フォローが必要と思われる方には、主治医への情報提供にて、薬剤検討していただいている。  |   |                   |
| 45 | (19) | ○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 | 人、家族の希望確認し、基本1日間隔で入浴を提供しているが、本人の希望や状態に応じて、時間や回数は適宜変動している。<br><br>同性介助者希望者(女性)が1名おり、対応する職員は女性限定とし、羞恥心を感じる事少なくなるように支援しています。  | 入浴の回数や時間は利用者の希望で個浴で提供し、シャンプーなどは利用者の好みの物を持ち込む等、利用者の希望に合わせた支援をしている。脱衣所にはヒーターや扇風機を準備し、温度調節にも気を付けている。                   |                   |

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  |
| 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   | 各々の居室の環境(寝具や室温)等に留意し、安眠提供に努めている。申し送りにて各々の睡眠状況を確認し、一時的な睡眠不足と思われる方には、日中の休養を促し、疲労蓄積や体調不良につながらないよう配慮している。                           |   |  |
| 47 | (20) | ○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  | 毎週1回、訪問看護師による服薬支援(一週間分をセット)を受け、誤薬等の事故を未然に防ぐ様な取り組みを行っています。一人ひとりの処方薬については、個人カルテと一覧表の双方にて薬の説明書を更新ごとにファイリングし、職員間にて薬についての情報共有図っています。 | 服薬支援に関する管理手順書や服薬介助手順書が作成され、利用者個別の処方薬カルテもファイルされている。基本的には週1回の訪問看護が服薬管理をしているが、薬箱の取り出しから投薬までは職員が行ない、飲み忘れや誤薬に関する事故が事故発生日から半年以内に再発している。 | 半年以内で飲み忘れや誤薬に関する事故が再発しているため、マニュアルや手順書の見直しや職員の意識づけに取り組み再発防止に努めてほしい。 |
| 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                             | ホームでの家事や、レク活動及び諸活動実施の際に、各々の生活歴や職歴等から、部分的にも役割を担う場面を意図的に創出し、本人の喜びや意欲につながるよう努めています。  |   |  |
| 49 | (21) | ○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。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 | コロナウイルス感染拡大防止対策で外出する機会がない状況ではあるが、以前まではドライブや買い物支援に努めていました。   | コロナ禍で外出する機会には無いが、インターネットを活用して生まれ育った地域の風景を動画で見たり、ドライブで車に乗ったまま桜見や近隣をドライブするなど戸外に出られるように工夫している。                                       |  |
| 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                             | 金銭所持の希望のある方がいれば、少額の金銭所持に関する支援は行なえます。  |   |  |

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 |
| 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   | 手紙のやり取りのケースはないが、入居者からの希望があれば、本人が連絡したい方へ、職員が仲介し、電話連絡への対応は随時行っています。   |  |                   |
| 52 | (22) | ○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 | 共用スペースや居室など、利用者個々の様子や、季節や天候に応じて、温度・湿度計等を目安に調整。採光も体内時計に準じた調整に努めている。  | 食堂兼居間にはテレビやマッサージチェア、足湯やホットパックを常備し、利用者が自由に使用できるようになっている。廊下には使用していないベッドを置き、数名の利用者が座って洗濯物を畳んだりおしゃべりできる空間になっている。壁には利用者が共同制作した今年の干支の貼り絵も飾られている。 |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<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  | 共用スペースのフロアは、広く確保することで、それぞれがのんびり過ごせる場所として活用しています。またマッサージチェアを配置し、いつでもマッサージが行えるようになっています。                                |  |                   |
| 54 | (23) | ○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  | それぞれの居室には、家族へ依頼し、以前使っていた、本人の馴染みの物や、家族の写真等を配置することで、本人が自身の居室として、安心して過ごしていただくよう努めている。また4名は自室にテレビを設置し一人ならではの時間を楽しませられている。 | 各居室には、トイレ・洗面台・タンス・ベッド・エアコンが設置され、窓からは採光が得られ明るさはカーテンで調整している。利用者は入居前から使用していた棚や家族の写真、テレビや観葉植物を持ち込むなど、それぞれの利用者が居心地よく過ごせるような居室になっている。            |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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   | 個々の身体機能に応じて、居室のベッドや家具等の配置を検討し、本人の残存機能が維持できるよう努めています。  |  |                   |

## 目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。

目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

| 【目標達成計画】 |      |                            |  |   |            |
|----------|------|----------------------------|--|---|------------|
| 優先順位     | 項目番号 | 現状における問題点、課題               | 目標   | 目標達成に向けた具体的な取り組み内容  | 目標達成に要する期間 |
| 1        | 47   | 半年以内で飲み忘れや誤薬に関する事故が再発している。 | マニュアルや手順書の見直しを行い、職員の意識づけに取り組むとともに、内服薬に関する事故件数を減らす。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・内服薬一覧表の作成を行う。</li> <li>・内服薬のセッティング方法を見直す</li> <li>・手順書の確認</li> <li>・内服する際に声だし確認を職員間で徹底する</li> </ul> | 3ヶ月        |
| 2        |      |                            |  |   | ヶ月         |
| 3        |      |                            |  |   | ヶ月         |
| 4        |      |                            |  |   | ヶ月         |
| 5        |      |                            |  |   | ヶ月         |

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。