

### 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	4771500040		
法人名	有限会社 かるすと		
事業所名	グループホーム かるすと		
所在地	本部町字豊原262-4		
自己評価作成日	令和5年 9月 20日	評価結果市町村受理日	令和6年 2月 8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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/47/index.php?action=kouhyou_detail_022_kihon=true&amp;JigyosyoCd=4771500040-00&amp;ServiceCd=320">https://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/47/index.php?action=kouhyou_detail_022_kihon=true&amp;JigyosyoCd=4771500040-00&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5年 10月 27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)】

自立支援(自分のことは自分で出来るよう、環境を整えたり、必要以上に手を貸さないように)を基本に、なんでも言い合えるような関係作りを行い、遠慮なく、自由に過ごせるよう支援している。よくしゃべり(声を出す)、よく動き(生活のメリハリ)、よく食べることを支援している

【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)】

理念は、「尊厳」と「寄り添い」、「本人らしく」、「家族や地域」をキーワードに、食事や入浴、排せつ等の日々の支援で利用者の思いや希望を確認して支援している。利用者は全員意思表示可能で、職員の殆どが地域出身者のため方言でのコミュニケーションもとれている。利用者が一人で外出した時は、地域住民や医療機関職員、コンビニ等から連絡が入る等協力して見守っている。地域から野菜やミカン等の差し入れもある。食事は利用者の希望を聞き、食材の在庫を確認しながら利用者と一緒に献立を決め、食材を切る利用者もいる。利用者の希望する肉や刺身等は、行事や誕生日に提供している。ミーティングは、全職員で利用者の状況を共有できるように参加者を2回に分けて開催している。オムツの勉強会を実施して一人ひとりの利用者のオムツのサイズを見直し、過剰なパット使用等を改善し尿漏れ防止につなげている。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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	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拡がったり、深まったりし、事業所の理解者や応援者が増えている (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、活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 (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

確定日:令和6年 1月22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 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	家族や地域との関りのある中で暮らすことの意義や一方的にされる介護ではなく、持てる力を活かして役割を持ち、共に暮らすことの意義を共有し、支援している	理念は、「尊厳」と「寄り添い」、「本人らしく」、「家族や地域」をキーワードに、食事や入浴、排せつ等の日々の支援で利用者の思いや希望を確認して支援している。毎月のミーティングは、全職員で利用者の状況を共有できるように参加者を2回に分けて開催し、オムツの勉強会等も実施している。職員の殆どが地元出身で、地域との関係継続の支援に努めている。	
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	コロナ禍で地域の行事への参加はしていないが、散歩の際に近所の方と立ち話したり、らっきょうや芋、卵などの差し入れがある。社協を通してオムツの寄贈もあった。利用者の甥の所属する地域の民謡ボランティアの慰問があり交流を楽しむ	地域の情報は、町や自治会の広報誌で把握している。事業所が加入している自治会は、公民館でフリーマーケットや200円食堂等を実施し、コロナ禍以前は利用者も出かけていた。近隣住民から野菜やミカン等の差し入れもある。実習生を受け入れており、大学の依頼で管理者がグループホームについてリモートで大学生への講話をしている。	
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	名桜大の学生さんの実習を受け入れた(日数は減らして)、リモートでの講話や意見交換を行った		
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	コロナ禍にあり、推進会議は実施しておらず、書面開催と考えていたがクラスターの発生、職員の長期休暇により現場の仕事を守ることを優先した	運営推進会議の委員は、利用者と利用者家族、区長や地域住民、役場職員や社協、居宅介護支援事業所の職員で構成されている。運営推進会議は、コロナ感染防止のため令和2年12月から開催していない。令和4年の6月と8月、令和5年の6月と8月については、事業所の報告内容のみが作成されている。	運営推進会議は年6回の開催が義務であり、コロナ禍でも、書面開催や対面開催等の工夫が求められる。事業所の報告内容について、委員から意見や要望を受け、利用者にとってのよりよい運営やサービスの質の向上に取り組むことが望まれる。
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に取り組んでいる	若年認知症の利用者の紹介や台風時の一時避難の相談があったり、SOSネットワークの協力をを行っている	地域ケア会議や本部町ケアマネ連絡会に担当者が出席していたが、コロナ禍で中断している。行政に空床状況等を報告し、行政からの若年性認知症の方の依頼は、デイサービスの利用で受け入れ、台風時の一時避難の相談は受け入れに至っていない。行政の認知症高齢者SOSネットワークに登録している。行政から「運営推進会議はいつ開催するの」の質問がある。	

自己評価および外部評価結果

確定日:令和6年 1月22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 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	身体拘束の具体的な行為や弊害を理解し、4点柵や施錠、ミトンなど行うことなく支援している。前のめりになる利用者はテーブルの前に座位するなど安全面に配慮している	「身体拘束廃止に関する指針」を策定し、ミーティングで行動指針と一緒に定期的に読み合わせをしている。玄関は施錠せず、利用者が一人で外出した時は、地域住民や医療機関関係者、コンビニ等から連絡が入る等協力が得られている。身体的拘束等の適正化のための検討委員会は開催されていない。	委員から助言等を得る場として、身体的拘束等の適正化のための検討委員会を3か月に1回以上開催することが望まれる。
7	(6)	○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	月一の職員ミーティングで虐待防止関連法の資料を読み合わせを行い、特に心理的虐待や言葉での虐待など日頃のスタッフの対応面で気になることを取り上げて防止に繋げている	「高齢者虐待を考える」をミーティングで読み合わせしている。管理者は「虐待防止の基本」や「虐待の定義」、「高齢者虐待の捉え方」等の資料を用い、「早く」や「あっち行って」等の言葉も虐待になると説明している。職員は着替えや入浴時に利用者の身体にあざ等がないかを確認している。検討委員会の設置と指針の整備はこれからである。	日々の支援を振り返り、不適切な言葉かけ等も含めて職員間で話し合うことに期待したい。
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	入居前から日常生活支援事業を利用している利用者があり、資料を読み合わせ、事業内容を学んだ		
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	入居時に契約書、重要事項説明書を説明後、同意を得、署名捺印してもらっている。持ち帰った後に疑問があればいつでも聞いてくださいと伝えて、面会時にその都度答えている		
10	(7)	○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	面会時や電話連絡する際に状況報告しながら要望を聞いている	利用者の要望は直接聞き、「出かけたい」にはドライブで対応し、「家に帰りたい」には家族に面会に来てもらっている。家族からは面会時等に聞き、受診時の病院での待ち合わせの要望等に対応している。「感染症への職員の対応が甘く感じた」の意見に、「マスク着用や初期対応等、感染対策を徹底します」と、毎月発行する「かるすとメール便」に記載して全家族に郵送している。	

自己評価および外部評価結果

確定日:令和6年 1月22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 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	設備の直しや福祉用具、食材などの購入を日常的に職員から意見、提案を聞き、反映している	職員の意見は、申し送りやミーティング、面談時等を聞く機会とし、毎月のミーティングは連続で2日開催して全職員が参加できる配慮をしている。職員の意見で落ち着かない利用者のドライブ回数を増やし、「カツオのぼり」や桜の見学等に出かけている。利用者の能力に応じてレクのグループ分けを実施し、手工芸も取り入れている。法人内人事異動はない。	
12	(9)	○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1回人事考課を行い、職員個々の自己評価や課題などを聞く機会を設けている。仕事が続けやすいようにそれぞれの事情に合わせて勤務調整している	働き方改革による年次有給休暇の取得状況は勤務表に記載して取得しやすい配慮をしている。人事考課を実施し、管理者は個別面談で職員の目標等を確認し、職員の相談に応じている。介護職の経験10年以上のベテラン職員が5名従事している。職員の健康診断を年1回実施しているが、夜勤専任の職員も年1回である。ハラスメント防止のための取り組みはこれからである。	夜勤専任の職員に対する年2回の健康診断の実施、及びハラスメント防止のための取り組み(方針の明確化、職員への周知・啓発、相談・苦情体制の整備、相談窓口の設置、就業規則への記載、マニュアルの整備、研修の実施)が望まれる。
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	ひと通り仕事内容を覚えた後、認知症の方の特徴や対応の仕方、利用者一人一人の特徴を話し、ケアの実践ができるようにしている。また利用者に変化がある際はその都度、職員間で話し合いケアに繋げている		
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	リモートで町内のケアマネ連絡会で情報交換会を行っている		
<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	実調にて雑談しながら、困っていること、不安なこと、得意なことなどを聞き、混乱なく、安心して入居できるよう支援している。見学にいらした時は同様の利用者や職員に同席してもらい安心出来るよう図っている		

自己評価および外部評価結果

確定日:令和6年 1月22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 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	自宅での暮らしの状態や本人、家族の困りごとなど話を聞き、グループホームでの生活や対応を説明して、安心して入居できるよう関係作りをしている		
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	サービスを利用する前に必ず、本人と家族さんに1, 2回見学してもらい、入居者と一緒にお茶を飲んだり、ホームで過ごしてもらい、しばらく関わりを持ったうえで「その時」でない時もあり、別のサービスを紹介することもある		
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	利用者の力に応じて掃き掃除や野菜のカット、テーブル拭き、洗濯物干し、たたみなど手伝ってもらったり、歌や料理法を教えてもらったり、職員もお礼を伝えている		
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	入居間もない入浴嫌いな利用者さんは家族の協力をもらい入浴を行った。家族を捜している利用者さんは家族へ電話で会話してもらい、笑顔になった。遠方にいる家族さんの要望でホームに寝泊まりをして看取りを行った		
20	(10)	○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	ドライブのついでに馴染みのお店や場所に行き、交流したり、感染対策を行いながら玄関先や居室で面会を行っている	利用者の生活歴や職歴、人間関係等については、本人に聞くとともに家族や利用前のケアマネージャーからも情報を得て把握している。ドライブの時に利用者の自宅や元気な頃に通い慣れた役場近くの道を通り、親戚が経営している店に寄ることもある。携帯電話を持参している利用者があり、お稽古の弟子や宗教関係の知人との通信や面会の支援もしている。	

自己評価および外部評価結果

確定日:令和6年 1月22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 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	作業やコミュニケーションで関りの持てる利用者同士で席の配置を工夫したり、散歩の際、一緒に車いすを押してもらったりしている		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	サービス終了後もホームに立ち寄ってくださって交流したり、年賀や中元が送られてきたり、卵を差し入れしてくれたりして、つながりをもっている		
<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 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	日常会話から本人の希望や思いをくみ取るようにし、必要に応じて家族に伝えている。介護計画の際には分かりやすい言葉でやりたいこと、会いたい人、食べたいもの、手伝ってもらいたいことなどを質問して意向を把握している	センター方式の暮らしの情報及び心身の情報シートを活用し、一人ひとりの思いや意向の把握に努めて個別ケアに反映させている。利用者は、全員意思表示可能である。「会いたい人がいる」には面会をしてもらい、「生まれ島に行きたい」思いは家族に伝え、「食べたい物」を聞いて肉や魚、刺身等を献立に反映させている。	
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	入居や面会の際に家族さんから聞き取りしたり、前ケアマネさんから情報を得て、ホーム生活で活かせるようにしている		
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	生活習慣や身体状態に合わせて個別で過ごし方を決めている		

自己評価および外部評価結果

確定日:令和6年 1月22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 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	日々の申し送りやミーティング時に利用者の様子や課題を聞き取り、話し合い、家族さんに伝え計画作成に活かしている	サービス担当者会議で利用者と家族の要望等を確認し、「手伝いや散歩等で気分転換」や「杖歩行を維持する」等、個別の介護計画を作成している。長期目標を1年、短期目標を6か月とし、日誌に短期目標が記載され、職員は日々確認しながら支援している。2か月に1回、モニタリングを実施し、見直しは6か月として、転倒やレベル低下等の状態変化時も見直している。	
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	個別の記録にバイタルや日々の様子、気づきなどを記入し、職員間で共有している。状態の変化や薬の変更等があれば申し送りノートで情報共有し、実践に繋げている		
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	ホームで看取りたいと言う家族さんの要望に合わせて訪問看護と訪問診療を用い、支援を行った。車いすの利用者さんが帰宅や外来受診する際は、事業所の車を貸し出し、送迎の支援を行っている		
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	病院や歯科、美容室、公民館、地域の商店などを把握し、利用者の生活に利用している。地域クーポン券でぜんざいや弁当を購入し楽しんだ		
30	(13)	○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、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	入居前の主治医は変えずに継続している。家族さんの希望により訪問診療に切り替えることもある	入居前のかかりつけ医が訪問診療を実施しているため、利用者や家族の希望で5名は訪問診療に変更している。受診時は診療情報提供票で情報を共有し、他科受診も家族の受診対応が困難な場合や車椅子利用者は職員が病院まで送る等の支援をしている。健康診断の結果は管理者が管理し、家族にコピーを渡して共有し、健康管理に努めている。	

自己評価および外部評価結果

確定日:令和6年 1月22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 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	訪問診療時のホーム担当の看護師がおり、電話連絡で相談したり、主治医に取り次いでもらったりしている。家族さんが外来受診に連れて行く際は必要に応じて同行し相談したり、情報提供書を作成し、利用者の適切な受診が受けられるよう支援している		
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、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。	入院した際は身体レベルなど情報提供を行い、相談員を通して関係作りをしている		
33	(14)	○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	入居時に説明を行い、その時期が近づいた際には家族と共に主治医と話し合いの場を持ち、対応や過ごし方を決めている	「重度化した場合における(看取り)指針」を作成し、利用者や家族の意向を確認し、同意書を得ている。状態変化に応じて主治医や家族、職員で対応を話し合っている。看取り時は、家族は宿泊して最期を一緒に過ごし、利用者全員で見送っている。今後も看取りの希望が予想されるので、職員の不安軽減を図るための研修等の取り組みが望まれる。	
34	(15)	○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	利用者の既往歴を情報共有し、どのような症状がでるかなど前もって把握し、血圧、サーチなどを測り、必要に応じて病院受診、救急搬送に繋がっている。転倒やケガなどの対応はその都度実践で共に行っている	急変・事故発生時対応マニュアル及び連絡体制を整備し、救急搬送時は独自のレスキューシートで報告している。事故発生当日は状況を報告して対策を検討し、申し送りで全職員へ周知し、2週間以内に事故報告書をまとめている。管理者は、転倒等の事故を職員が動きを通して理解できるように、実践形式で再発防止に取り組んでいる。事故の検証後に集計・分析してなお一層の再発防止に取り組むことに期待したい。	
35	(16)	○災害や感染対策 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。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実施している。	火災の避難訓練は職員の要望により年4回予定を立てたが、コロナ禍もあり、2回行う。隣接のグループホームと連携を図っている	避難訓練は、職員の少ない時間帯の昼夜に設定して年2回実施し、地域の公民館を避難場所としている。防災設備点検を実施し、防災マニュアル及びライフライン関連の一覧も作成している。備蓄品等はリスト化しているが、食料等は3日分であり、職員分も含めた7日分についての検討に期待したい。BCPは、作成中である。	

自己評価および外部評価結果

確定日:令和6年 1月22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 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	先生や師匠をしていた方、怒りっぽい方やご主人を捜している方、家族の夕飯を心配をしている方など、その方たちの仕事や得意に合わせて対応したり声掛けを行っている	利用者一人ひとりのこれまでの生活を尊重し、言葉使いや呼称、話題等は個別の対応を心掛け、説得しようとするのではなく、まずは利用者を受け入れるよう努めている。排泄や入浴介助時は1対1で、排泄介助時はドアやカーテンを閉めることを徹底し、居室を施錠する利用者もいる。個人情報保護方針は玄関に掲示し、個人台帳は事務所の棚に保管している。守秘義務については就業規則等に明記している。	
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	やってもらいたいことや困っていることがあれば何でも話してくれるよう日常生活の中で伝えたり、選択してもらったり、本人の訴えを止めずに聞くようにしている		
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日の生活の流れは決めているが、夜間以外ほとんどでディールームで過ごす方、居室とディールームを行ったり来たりしている方、1日何度も散歩に出て歩く方、それぞれの希望で過ごしている		
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	服を準備できる方は本人が準備し、化粧水などは自宅で使っていたものを継続して使用している。散髪の際も本人の好みを美容師さんに伝えている		
40	(18)	○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	誕生日やお正月などの行事の際はお祝いメニューを提供したり、包丁の使える利用者さんには何に使うか伝えて切ってもらったり、食べ終えたお膳を自ら片付ける利用者が数名いる	食事は3食とも職員が調理し、週4日の昼食は調理専属が担当している。毎食、職員も一緒に摂っている。献立は在庫の食材で決め、利用者の希望する肉や刺身等は、行事や誕生日に提供している。利用者の要望で、朝食のご飯をパンに変更したが、嚥下状態に応じておかゆ等にも対応している。差し入れの地元産のみかん等は、ゼリーやジュースにして提供している。	

自己評価および外部評価結果

確定日:令和6年 1月22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 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	好みの飲み物や食べ物を把握し、食欲のない時は好みの物を提供したり、水分摂取の少ない方は好みの飲み物を提供したり、体調に合わせて消化の良い物を提供している		
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、口腔ケア誘導を行っている。自分で磨けない方は介助したり、仕上げ介助を行っている		
43	(19)	○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向けた支援を行っている	おむつの専門業者の講習を受け、利用者それぞれの特徴、パターンに合わせパットの検討しなおし、日中はトイレでの排尿便の支援を行っている	利用者のトイレに行きたい時の状況を観察して、排泄パターンを把握し、日中はトイレでの排せつに繋げている。トイレでの排泄の自立に向け、ボール掴みや立ち上がり等の立位運動を支援している。日中は布やりハビリパンツ、夜間はナイト用パット等を使用する利用者もいる。おむつの機能や適切な当て方等の講習を全職員で受講し、従来の方法や過剰なパット使用等を改善している。	
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	日々の食事にゼリーや芋などの繊維食を取り入れたり、散歩やラジオ体操などの運動を行ったり、便秘傾向の方は医師の処方によりマグミットを服用している		
45	(20)	○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	入浴日は決めているが外出時や病院受診時はその都度入浴し、拒否がある場合は時間帯を変えたり、相性のいい職員が誘導したり、家族へ依頼したりしている	入浴は週3回を基本に、同性介助で対応している。冬場は浴室内の温度を調節し、滑り止めにフェイスタオルを敷く等、安全対策にも努めている。姿勢保持が厳しい利用者はストレッチャーを使用し、2人体制で介助してている。入浴時は個別のシャンプー使用や歌を歌う等、リラックスできるように工夫し、自分で着替えを準備し整容をする利用者もいる。	

自己評価および外部評価結果

確定日:令和6年 1月22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 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	朝の散歩によって体内時計をリセットし、日中の休憩も30分～1時間程度にし、夜間の熟眠に繋げている		
47	(21)	○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	服薬している薬と病名を一覧表にして介護日誌に綴り、いつでも確認できるようにしている。症状の変化がある際は副作用など説明書で確認後、医師の指示をもらっている	服薬マニュアルに沿って、薬は管理者が受け取り、1か月分、1日分、1回分とセットしている。薬の説明書を介護日誌に綴り、与薬時は日付けと名前を二重チェックして誤薬防止に努めている。飲み辛い薬剤は、粉碎やゼリーに混ぜる等の対応をしている。薬の副作用(下痢や食欲低下等)の症状については、訪問診療時に相談して指示を得る等、適切な服薬支援に努めている。	
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	野菜のカット、テーブル拭き、洗濯物干し、たたみ、掃き掃除、チリ箱折り、三線弾き、歌のリード、トランプなど利用者さんの得意なこと、力を活かした役割、楽しみを支援している		
49	(22)	○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。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	散歩はほぼ毎日行い、自力歩行で自由に散歩に出られる方や家族の協力により盆正月に帰宅したり、ホームで季節ごとにドライブに出かけたり、車いすの方でも事業所の車を貸し出し、外出支援を行っている	利用者は、日常的に事業所近隣を散歩して気分転換を図っている。家族との外出を支援し、法事や旧盆、正月等は車の貸し出しもしている。利用者の「たまには出かけたかった」との声や職員の「ドライブを増やしたい」の意見を反映し、コロナ禍でも花見やカツオのぼり見学等に出かけ、重度の利用者も車いすで一緒に参加している。利用者から「初めて見た」の感想がある。	
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	家族に要求してお小遣いを所持している方がいるが使ってはいない		

自己評価および外部評価結果

確定日:令和6年 1月22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 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	携帯電話を所持している方は自由に電話し、家族からかかってきたり、かけたりして会話している		
52	(23)	○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	太陽の光が差し込む時間帯はカーテンを引いたり、車のガラスが反射して室内に入らない位置に駐車したり、鏡やガラスに映った自分の姿を他人と勘違いする利用者の場合は包装紙を貼って工夫している	周辺は緑に囲まれ、窓からの風や光、台所からの調理の音や匂いが利用者の五感を刺激する。玄関近くのソファは利用者に人気で、読書や食事の場にも使用されている。テレビで郷土芸能を楽しむ利用者や洗濯物をたたむ仕事の利用者等、それぞれに過ごしている。居室によっては、入口に消毒液やティッシュ箱を置いて感染予防に努め、洗剤等危険物は所定の場所で管理している。	
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	玄関や廊下にソファや椅子を置き、自由にくつろげるようにしている。玄関のソファが居心地よく食事している利用者もいる		
54	(24)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 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	入居の際に新品を購入するのではなく、使い慣れた家具や寝具、服を持参してもらい、家族と本人で配置してもらっている	居室内にはトイレの他、ベッドとタンス、コールボタン、収納台等が設置され、ベッドに体位交換機器を備え付けている利用者もいる。利用者は、椅子や机、DVD専用カセット、テレビ、カレンダー、時計、写真等を持ち込み、居心地の良い環境で過ごしている。おむつ等は他者の目に触れないよう収納台に保管している。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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	トイレや自室と分かるようプレートを掛けたり、新聞がいつでも読めるように定位置に置いたり、夜間でも自力でトイレに行けるようソファや椅子を置いたり、ベッドを近づけたり安全を図っている		