

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	1890800087		
法人名	福井県民生活協同組合		
事業所名	県民せいきょう金津きらめきグループホーム(アップルユニット)		
所在地	福井県あわら市大溝3丁目11番7号		
自己評価作成日	令和3年12月28日	評価結果市町村受理日	

※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	http://www.kaigokensaku.jp/18/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 福井県社会福祉協議会		
所在地	福井県福井市光陽2丁目3番22号		
訪問調査日	令和 4年 1月 24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)】

生協の理念である【あなたらしさ、いつまでも】を基に、生協10の基本ケアをケア指針として、ご利用者の想いや自己選択・自己決定を大切に自分らしく生活できるように支援しています。
 また、ご利用者のできる事や好きな事、ひとり一人が習慣としてきた日常的な動作や行動の中で、出来ない部分や出来なくなってしまった部分はどうか出来るようになるのかを利用者同士や職員が協力しながら助け合い生活しています。ご利用者の外出行事や日々の活動は、毎日の朝の会を行う中で、「～したい」の声をひろい、毎日の活動に繋げています。コロナ禍ではありますが、地域の防災訓練に参加したり、奉仕作業に参加したり積極的にご利用者様と地域交流を行っていきたくと考えております。職員育成では、職員一人一人の年間計画を立て、勉強会や研修階の参加を推進しています。

【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、公園と隣接する新興住宅地内にあり、系列法人の小規模多機能型居宅介護事業所を併設した平屋の建物である。事業所内には地域住民が活用できる交流スペースを設け、利用者との地域交流の場として開放している。認知症サポーター養成講座やサロンの開催等を通し、地域に根付いた事業所運営に取り組んでいる。法人理念である「あなたらしさ、いつまでも」や「生協10の基本ケア」を指針に日々のケアに取り組むとともに、事例研究を通して理解と知識を深め、その人らしく自分でできる限り生活が送ることが出来るような支援を各職員が心がけている。現在はコロナ禍のため外出行事や地域交流機会は減少しているが、状況が改善してきた際には積極的に外出や地域交流を図る予定である。

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 ↓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

[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	せいきょうの理念の「あなたらしいついででも」をもとに生協10の基本ケアをケア指針として質の向上をめざしていく事を職員がしっかりと意識し、行動できるよう職場会議で勉強会を行っています。月に1回、10の基本ケアの講習会が開催されており、職員はいつでも学べる環境があります。また、10の基本ケアをもとに1年間を通して、事例研究活動を行う中で他拠点の取り組みなどを知る事で自施設での取り組みにつなげています。	定期的に行う社内研修(講習会)を通し、法人理念に基づいた施設理念の共有を図っている。職員は個人目標を設定し、10のケア基本を指針として日々の支援に取り組んでいる。	
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	2021年度より、あわら市からの委託事業にて地域の高齢者向けのサロンを月に2回担当させて頂いております。 あわら市避難訓練・地区の奉仕作業(草むしり、神社清掃)・あわら市フードドライブ事業に参加しながら、地域の方と触れ合える機会を設けています。コロナ禍がおさまった時には、施設の祭り等イベントも増やしなげながら、地域の方との交流を図っていききたいと思っております。 また、避難訓練時には地域の区長や民生員のご協力をお願いしております。	市より委託を受けたサロンの開催や、市の避難訓練・奉仕作業に参加し、交流機会の確保を図っている。施設内には地域住民が利用できる交流スペースがあり、今後活用していく予定である。	
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	毎年9月に生協全体で、くらしのお役立ちキャンペーンを開催しています。生活支援の事業紹介、認知症サポーター養成講座では近隣の金津高校に出向き講座を行いました。高校側からも、施設の祭りの際などはご協力頂けるとのお声も頂き、地域とつながる大きな一歩となりました。		
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	2ヶ月に1回の運営推進委員会を開催し、ご利用者のサービス提供状況や、ご利用者・ご家族・地域の声、ヒヤリハット・介護事故の報告を行う中で、頂いた意見を参考にさせて頂きながらより良い施設運営に努めています。	2か月ごとに運営推進会議を開き、利用者状況や要望・意見等を報告している。そこで得た意見は職員間で共有し、日々のサービス向上に反映できるよう努めている。	会議に参加していない家族にも議事録を活用して情報提供をする事で、意見聴取の機会を増やし、日々のサービス向上に繋げることを期待する。
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	運営推進会議にあわら地域包括支援センターの職員さんもメンバーとして参加させて頂いており、不明な点の確認や、情報の共有を行っています。	運営推進会議の開催時に事業所の状況等を報告し、連携を取っている。また、認知症サポーター養成講座の開催やサロンの開催を受託し、協力関係を築いている。	
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	毎月1回の身体拘束・虐待防止委員会を開催しています。また、職場会議、部門ミーティングの中で身体拘束・虐待防止の学習会を行い、内容を再確認しながら、日頃から身体拘束ゼロを実践できています。	毎月、身体拘束・虐待防止委員会を開催している。社内研修、職場会議、部門ミーティングを通して理解を深め、身体拘束ゼロを常に意識してサービスを提供している。	
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	身体拘束同様、委員会開催、法人主催の研修に参加し、虐待防止を行っている。また、毎月1回の身体拘束・虐待防止委員会を開催しています。職場会議、部門ミーティングの中で、身体拘束・虐待防止の学習会や不適切ケアの事例を出しあいながら論議をするなど日頃から意識して利用者に関わるように努力しています。		

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
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(兼 計画作成者)は、学ぶ機会があり理解をしているが、新人介護員の理解が弱く、学ぶ機会の確保が継続課題である。個々の必要性については、日々のミーティング、カンファレンス等で考え合い、支援に生かしている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	適宜必要な必要事項に関して家族に連絡し、説明を実施しています。説明後には、意見と要望、不安な部分の確認を行い、安心して入居いただけるよう努めています。また、日頃から、どんな些細な事でも気軽に電話をかけていただけるように家族にお伝えしています。		
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	2ヶ月に1回の運営推進委員会、月1回の職場会議・グループホーム部門会議で声の内容を共有し、対策の報告を行っています。部署内では、ご利用者・ご家族からの意見や要望を聞き取りノートに記入し、職員間で情報共有を行い活動に繋げています。	家族には、面会時に利用者の近況を報告するとともに意見や要望を聞き取っている。意見や要望は職員間で情報共有し、より良い事業運営に反映できるよう努めている。	
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	全体の運営状況を年2回の全体事務局会議で報告しています。事業所の計画進捗状況を月1回の職場会議で報告しており、方針の確認と実施結果を細かく報告しています。 毎日のミーティングや月1回の職場会議、年1回の方針検討会議で職員の意見を集めている。また法人のアイデア提案制度を活用し、いつでも提案できる環境を整え、事業所でできる提案は即実施しています。	グローアップシートを活用した面談や職員会議、日々のミーティング時に職員から意見・要望を聞く機会を設けている。また、話しやすい雰囲気作りにも取り組んでいる。	
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	生協独自のグローアップシートを用いて年3回、職員と部門のリーダーが面接を行い個人の目標設定～評価を行い、昇給・昇格に繋がる仕組みがあります。また、資格取得に向け、研修参加や補助制度があり学習や能力向上しやすい環境を整えています。		
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	新規採用の職員にOJTトレーナーがつく制度があり、1か月に1回の面談を行いながら、3ヶ月間かけて新人教育を行っています。外部研修に関しては案内を申し込みと一緒に、申し送りファイルに添付しています。費用の補助や、勤務、有休を使用して参加できるよう考慮しています。		
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	各部門ごとの部門会議を定期的に開催し、情報の交換と共有を行っています。拠点が県内12拠点となっているので、地区本部ごとに年2回会議を開催し、交流できる機会を設けています。(コロナの関係で今年は映像での交流となりました) 他拠点のグループホームで職員を1日間交代で体験する交換実習の制度があります。		

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
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	サービス利用開始にあたり、ご利用者の要望・想いと今の状況を考慮し、プランに反映したり、注意点を職員間で日頃から共有して対応しています。また、職員と利用者1対1で会話をしながらご本人の本当の想いを聞き取るよう努力しています。事前情報と、日々の関わりの中で「その方らしさ」を見つけているが、実際には分からない点もまだあり、アセスメントの強化に今後の課題もあります。		
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	コロナ感染予防を徹底しながら、相談や見学の機会を設け、困っていること・不安なことを話合っている。利用開始後も、必要時に経過報告を行い、ご家族に安心頂けるよう連携に努めています。		
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	ご利用者の状況に合わせて、必要性を説明し、必要時には内容に関わる情報を提供しています。生活されていく中で、新たな課題が発生した場合は状況に合わせてケース会議を行い、プラン変更を行っています。		
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	利用者の出来ることやしたい事、本人の想いを傾聴し、極力行動の制限がないように支援している。職員と利用者が一緒に食事の準備をしたり、洗濯や掃除などを行い、なるべく家庭に近い日課を過ごすことにより、利用者が自分の居場所や役割を持てるよう努めている。また、作業時には気遣いやねぎらいの言葉をかけたり、身体面に負担になっていないかの確認も行うよう注意しています。		
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	ご利用者の状態・体調の変化はすぐにご家族に報告し、現時点での様子を知って頂くよう努めています。また、その際に、ご本人の意思も伝えた上でご家族の意向や思いも聞き取るようにしています。		
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	ご家族やご親戚、ご友人の面会や外出を積極的に受け入れています。また、馴染みの場所については、ご本人が行きたいと言われれば、行ける場所であれば企画し、外出をしたりする事もあります。利用者の県外に住む友人から電話がかかってくる事もあったり、希望があればZOOMでの面会対応も行っています。	利用者の希望に合わせて外出の支援を実施している。ZOOMを活用した面会対応や電話の取り次ぎ支援等を随時行い、馴染みの場所や人との関係継続を図っている。	
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	利用者のADLや認知症の症状に個人差があり、日課の作業の中で、利用者同士が協力できる場を設けています。協力時は、職員がその都度説明を行い、双方が理解できるように努めています。また、席の配置やお部屋の場所なども、本人の状態や性格を考慮しながら決定しています。		

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
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	入院中に退居が決定しても、ご家族の都合で入院の支援が必要な場合には、継続してサポートを行っています。必要に応じカンファレンスに参加したり、情報の共有を行っています。 また、ご家族には、今後も不安な事があればいつでも連絡いただけるようにお伝えしています。		
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	日々の暮らしの中で意見を言いやすい環境を作り、意見や思いを記録に落とし情報を共有しています。また、困難な方に対しては表情や行動で何をしたいかを汲み取り、職員間で情報共有をし話し合いの場を設けています。	日々の会話や態度、仕草等から利用者の意向や要望の把握に努めている。意見や要望は記録に残して職員間で情報を共有し、利用者の希望に沿ったサービス提供ができるよう取り組んでいる。	
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	ご本人やご家族から事前にお話を伺い、また、入居後もご本人から話を聞き出し普段の生活に生かしていけるように職員間で情報を共有しています。 「できること できないこと」を把握し、できることは継続できるように、できないことは環境を改善ながらできるように整えている。過ごし方については、入居前の過ごし方を把握し、個々に合わせながら過ごしていただいています。		
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	毎日行われる朝の会で、その日1日のその人の役割や過ごし方を話し、1日の過ごし方を決めるようにしています。 日々の変化はケアコラポに入力し、職員間で情報を共有しています。		
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	ご本人やご家族から要望を聞きプランに反映させています。ご利用者ごとに担当を決め、毎月モニタリングを行い、問題点の把握をプランに反映できるように努めています。	介護支援者が日々の関わりの中で得た情報を基に、計画作成者が介護計画を作成している。介護職員の担当制は無く、今後検討する予定である。利用者の状況が変化した際には随時、計画変更を行い、適切なサービス提供に繋げている。	話し合いの場に多職種が参加し、それぞれの意見を反映して介護計画書を作成する体制作りを期待する。
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	電子カルテに日々の様子や活動の記録を写真で残し、職員間で情報共有をしながら、支援内容に繋げている。 また観察のポイントや記録を書く視点なども、その都度職員に伝えながら分かりやすく適切な記録が行われるよう努めています。		
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	利用者からの要望に職員で行える事は行います。しかし、体制等の問題で行えない場合はインフォーマルサービスを紹介したりしながら受診同行や外出支援を提供しています。 出来るだけ臨機応変に対応を行っています。		

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
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	入所前から習慣としていたことを(行きつけの美容院、行きつけのスーパーへの外出等)家族の協力を得ながら継続して行って頂いています。社会奉仕活動の参加を通して協働して暮らせるようサポートしています。		
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、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	家族が同行できない急を要する場合、施設協力医に往診をお願いしていく予定です。現在は、全てのご家族さんが対応して下さいます。また、かかりつけ医への病院受診時は必要に応じ状態の変化等情報共有書を作成したり、同行したり電話での連絡確認を行っています。	入居後もかかりつけ医に受診することができ、その際には家族が受診の介助を行っている。必要に応じて情報提供書を作成している。必要時には直接主治医に電話し、細かな連絡確認を行い、適切な対応ができるように努めている。	
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	変化がある場合は、事業所内の看護師に相談し、受診の有無の指示を仰いでいます。 今後、必要に応じて、利用者と訪問看護事業所と契約を交わした時には、状態の変化等情報共有したり、緊急時にはすぐに連絡し駆けつけてもらう段取りをしております。(現在は対象者はおりません)		
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。	ご家族からの確認後、入院先の地域連携室により具体的な内容を確認し、職員と情報を共有しています。退院時には退院カンファレンスに出席させて頂き、退院後の受け入れ体制を整えています。		
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	ご利用者の身体状況に合わせ、意向の確認と、自事業所で提供できるサービスの説明を行っています。 また、終末期には主治医とご家族・看護師・職員で看取りカンファレンスの場を設け、状況や対応の確認をしながらチームケアで取り組んでいきたいと考えております。	入居時に施設方針を説明するとともに、利用者や家族の意思確認を行うようにしている。終末期ケアの経験がない職員が多いが、系列法人内の別施設での事例を参考にした研修や勉強会を行い、チームケアで支援できる体制の構築に取り組んでいる。	
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	今年はコロナから消防の依頼をする事が出来なかったが、職員が講師となり、AED使用手順の確認や、急変時の対応を想定し、理解を深めました。		
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	部門内でのミーティングで避難経路の確認を行っています。 また、1年に2回、全体避難訓練(7月開催、次回3月頃開催)を開催しています。どちらか1回は、夜間想定で行われ、実際に夜動時の2名体制で訓練を行っています。	運営推進会議に合わせ、区長・民生委員も参加して消防署立ち会いの下で火災を想定した避難訓練を年2回(内1回は夜間想定)を行っている。	

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
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	年に1回接遇研修があり、個人の尊厳を尊重したケアを行っています。排泄や更衣時には、ご利用者の自尊心を気づけよう声掛け対応を行っています。拒否が強い利用者には無理強いせず時間をかけて1対1で関わる対応を行っています。 また、言葉使いで気になる事があれば都度対象の職員には伝えていきます。	介護者は社内研修にて言葉遣いや声掛け、状況に適した声量等への理解を深め、支援時には人格を尊重した対応を心がけている。 適切な対応ができるよう、都度管理者が指導している。	
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現したり、自己決定できるように働きかけている	毎日、朝の会でご本人に役割を決めていただいておりますが選択肢を設け自己決定しやすいように対応しています。また、会の中で「～したい」という意見が上がった時には、それを活動や外出に繋げています。 また、本人が出来ない事であれば、どうすれば出来るかを一緒に考えるようにしています。		
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し、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	何か行動を起こす時には、その方に希望を聞いています。基本はその人はどうしたいか、何をしたいのかを聞き、職員の意思で生活がすすむ事がないよう努力しています。		
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	毎朝、居室やフロアの洗面台で鏡を確認してもらいご利用者に整容を声掛けています。また、入浴や外出の際はご本人に衣服を選んでもらっています。 毎日、お化粧される方も4名おられ、忘れていたりする事があれば、いつでも習慣として頂けるよう必ず声掛けを行っています。		
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	今の時期は外食が出来ない為、利用者の希望でテイクアウトで食事を楽しむ事もあります。 また、毎日職員と一緒にキッチンに立ち、調理をして下さる方もいたり、それが出来ない場合にはご自分の席で玉ねぎの皮むきをしたり、食材の下処理をしたりなど、興味のある方には参加できる形で参加して頂いています。 茶碗もそれぞれ自分で洗っているが、出来ない部分は利用者同士協力されています。	系列法人がメニューを決めているが、主食・主菜・汁は利用者の希望に添い、職員とともに可能な範囲で利用者が調理や食材の下処理をしている。家族からの差し入れがメニューに加わることもある。	
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	食事摂取量は毎食バイタル表に記入し、カルテに入力しています。 一日の中で水分摂取できる時間を設けたり、カウンターにお茶を置き、いつでも好きなタイミングで飲めるようにもしています。 コーヒーやココアの準備もしており、飲みたいものをご自分で選択してもらうようにしています。		
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	ご利用者の口腔内の状態に合わせ用具の使い分け、ご自身で磨ける方は声掛けを行い、毎食後に口腔ケアをしております。認知症の進行に伴いきちんと磨けない方や、誤嚥性肺炎のリスクが高いご利用者は特に職員が磨き残しや残渣を確認しています。 また、食事の量が急激に落ちた方については、口腔内の異常も視野にいれ、場合によっては歯科受診を家族に依頼する事もありました。		

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
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	認知症の進行により声掛けや介助が必要なご利用者には、個別声掛けをしながら支援をしています。 日中夜間の状態に合わせて布パンツの使用や必要に応じて紙パンツ・パットを使い分けています。	基本ケアに沿って足を床につけて無理のない姿勢で排泄ができる環境を整えている。 個々の排泄パターンの把握に努め、ヤクルトやヨーグルトの摂取、適度な運動や水分補給により、自然に排泄ができるように工夫している。	
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	便秘だからすぐ下剤ではなく、家族とも相談しながらヨーグルトや食物繊維の多い食べ物を摂取したりしながらなるべくご本人の身体に負担のかからない方法を提案しています。また、適度な運動も促しています。		
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	ご利用者毎に入浴の曜日を決めています。利用者同士で入浴の順番や時間を決めています。また、体調や気分に合わせて曜日の変更も臨機応変に行っています。回数は2~3回/週となっていますが、もっと入りたいと言われる方には回数は決めず入って頂く事もあります。	基本は週2回の入浴だが、希望時には追加で入浴ができる。また、曜日や時間の変更も可能である。浴室にはヒノキの浴槽、畳を設置し、和を感じられる空間でゆったりと入浴することができる。	
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	その日の体調やご利用者の状態、活動に合わせて適宜休息の声掛けを行っています。昼食後、は居室に戻って昼寝される方やソファで横になれる方もいます。 また、眠くない方を無理に居室に連れていき寝させるような事はせず、眠たくなるまで好きな事をして過ごして頂く事が多いです。また、夜間熟睡出来ない原因を考え、改善に努めています。		
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	担当職員がご利用者の内服薬の確認を行い、変更時はしっかりと申し送りし共有しています。変更があった場合は状態の変化を観察し都度家族や主治医に報告しています。		
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	入居前、入居後もご本人の好きなことや興味のある事など、定期的にお聞きするよう心がけています。 そこでお聞きしたものを生活の中で取り入れるところは取り入れていくような声掛けを行っています。		
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	朝の会・昼の会でご利用者の「～したい」という声からできるだけその日に外出できるよう支援しています。また、ご家族や友人との外出を積極的に進められるよう、急な連絡にも応じています。 また、天気の良い日には屋内で閉じこもる事がないように施設前の公園に散歩に行かれる事も多いです。そこで地域の方との交流があったりと刺激もあります。	毎日の朝の会・昼の会にて利用者の希望・要望を聞き取り、可能な範囲で外出支援を行っている。施設前にある公園に定期的に出かけ、運動機会の確保や地域住民との交流機会の確保にも取り組んでいる。	

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
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	お金の管理は困難な方が多く事務所金庫にてお預かりしています。実際に買い物をして支払いする時には、職員が横で見守りながら、支払いを行っている方もいます。 お買い物に行きたいと言われる方には、購入したい物等お聞きし、できるだけ希望の店で買い物出来るように対応しています。 週に2回ハーツのお買い物バスが来る為、その都度声掛けをし、行きたい方は職員と一緒に買い物に行かれています。		
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	ご家族への電話連絡の希望がある時には、電話がかけられるように対応しています。 かかってきた電話に関しては、相手を確認し、ご本人に取次ぎを行っています。 携帯電話も持っておられる方が数名おられ、持っていない方が借りてしまう事が何度かあった為、電話の希望時には事業所の電話でかけて頂くようにしています。		
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	室温・湿度については、少なくとも1日3回に測定し、快適温度・快適湿度になるように環境整備を行っています。 季節感を感じていただけるよう、製作物を掲示したり、花を植えたりしています。また、その他温度調整、換気、カーテンの開閉等を行い、居心地よく過ごせるようにしたり、ソファの空間を作り、ゆったりと過せるスペースを設けています。	大きな窓から十分な採光があり、中庭や田園風景を望むことができ、季節を感じられる。壁には貼り絵や塗り絵を飾っている。ゆったりとソファに座れるスペースを設け、暖かい雰囲気の中で居心地良く過ごせる工夫をしている。	
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	共有スペースでの空間配置を分け、好きな場所で過ごしてもらるように配慮しています。また、安全面にも考慮し、見守りが必要なご利用者に関しては不快にならない距離を保ちながら見守りを行っています。		
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	タンスとベッドは施設側で用意していますが持ってきて頂く物に制限はありません。設置可能な範囲で、ご本人が落ち着ける馴染みの物を自宅から持参してもらおうよう願っています。大体の方が、居室に孫やひ孫の写真、家族写真飾っておられます。また、自宅ですべての座椅子やテレビ台、時計などを持ってこられる方もおられます。	ベッド・タンス・洗面台を備え付けている。居室の形態は洋式・和式を選択することができる。家族の写真や作品等を飾ったり、使い慣れた家具等を持ち込むことができる。	
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	アセスメントシートを活用し、日課活動や生活の中で、支援が必要な部分を共有し、どの職員でも対応が統一できるようにしています。		

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	1890800087		
法人名	福井県民生活協同組合		
事業所名	県民せいきょう金津きらめきグループホーム(オレンジユニット)		
所在地	福井県あわら市大溝3丁目11番7号		
自己評価作成日	令和3年12月28日	評価結果市町村受理日	

※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	http://www.kaigokensaku.jp/18/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 福井県社会福祉協議会
所在地	福井県福井市光陽2丁目3番22号
訪問調査日	令和 4年 1月 24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)】

生協の理念である【あなたらしさ、いつまでも】を基に、生協10の基本ケアをケア指針として、ご利用者の思いや自己選択・自己決定を大切に自分らしく生活できるように支援しています。

また、ご利用者のできる事や好きな事、ひとり一人が習慣としてきた日常的な動作や行動の中で、出来ない部分や出来なくなってしまった部分はどうすれば出来るようになるのかを利用者同士や職員が協力し合いながら助け合い生活しています。ご利用者の外出行事や日々の活動は、毎日の朝の会を行う中で、「～したい」の声をひろい、毎日の活動に繋げています。コロナ禍ではありますが、地域の防災訓練に参加したり、奉仕作業に参加したり積極的にご利用者様と地域交流を行っていきたくと考えております。職員育成では、職員一人一人の年間計画を立て、勉強会や研修階の参加を推進しています。

【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)】

アップルユニットと同じ

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. 全くいない
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

[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	せいきょうの理念の「あなたらしいついで」をもとに生協10の基本ケアをケア指針として質の向上をめざしていく事を職員がしっかりと意識し、行動できるよう職場会議で勉強会を行っています。月に1回、10の基本ケアの講習会が開催されており、職員はいつでも学べる環境があります。また、10の基本ケアをもとに1年間を通して、事例研究活動を行う中で他拠点の取り組みなどを知る事で自施設での取り組みにつなげています。	アップルユニットと同じ	
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	2021年度より、あわら市からの委託事業にて地域の高齢者向けのサロンを月に2回担当させて頂いております。あわら市避難訓練・地区の奉仕作業(草むしり、神社清掃)・あわら市フードドライブ事業に参加しながら、地域の方と触れ合える機会を設けています。コロナ禍がおさまった時には、施設の祭り等イベントも増やしながら、地域の方との交流を図っていきたく思います。また、避難訓練時には地域の区長や民生員のご協力をお願いしております。	アップルユニットと同じ	
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	毎年9月に生協全体で、くらしのお役立ちキャンペーンを開催しています。生活支援の事業紹介、認知症サポーター養成講座では近隣の金津高校に出向き講座を行いました。高校側からも、施設の祭りの際などはご協力頂けるとのお声も頂き、地域とつながる大きな一歩となりました。		
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	2ヶ月に1回の運営推進委員会を開催し、ご利用者のサービス提供状況や、ご利用者・ご家族・地域の声、ヒヤリハット・介護事故の報告を行う中で、頂いた意見を参考にさせて頂きながらより良い施設運営に努めています。	アップルユニットと同じ	アップルユニットと同じ
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	運営推進会議にあわら地域包括支援センターの職員さんもメンバーとして参加させて頂いており、不明な点の確認や、情報の共有を行っています。	アップルユニットと同じ	
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	毎月1回の身体拘束・虐待防止委員会を開催しています。また、職場会議、部門ミーティングの中で身体拘束・虐待防止の学習会を行い、内容を再確認しながら、日頃から身体拘束ゼロを実践できています。	アップルユニットと同じ	
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	身体拘束同様、委員会開催、法人主催の研修に参加し、虐待防止を行っている。また、毎月1回の身体拘束・虐待防止委員会を開催しています。職場会議、部門ミーティングの中で、身体拘束・虐待防止の学習会や不適切ケアの事例を出しあいながら論議をするなど日頃から意識して利用者に関わるように努力しています。		

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
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(兼 計画作成者)は、学ぶ機会があり理解をしているが、新人介護員の理解が弱く、学ぶ機会の確保が継続課題である。個々の必要性については、日々のミーティング、カンファレンス等で考え合い、支援に生かしている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	適宜必要な必要事項に関して家族に連絡し、説明を実施しています。説明後には、意見と要望、不安な部分の確認を行い、安心して入居いただけるよう努めています。また、日頃から、どんな些細な事でも気軽に電話をかけていただけるように家族にお伝えしています。		
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	2ヶ月に1回の運営推進委員会、月1回の職場会議・グループホーム部門会議で声の内容を共有し、対策の報告を行っています。部署内では、ご利用者・ご家族からの意見や要望を聞き取りノートに記入し、職員間で情報共有を行い活動に繋げています。	アップルユニットと同じ	
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	全体の運営状況を年2回の全体事務局会議で報告しています。事業所の計画進捗状況を月1回の職場会議で報告しており、方針の確認と実施結果を細かく報告しています。 毎日のミーティングや月1回の職場会議、年1回の方針検討会議で職員の意見を集めている。また法人のアイデア提案制度を活用し、いつでも提案できる環境を整え、事業所でできる提案は即実施しています。	アップルユニットと同じ	
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	生協独自のグローアップシートを用いて年3回、職員と部門のリーダーが面接を行い個人の目標設定～評価を行い、昇給・昇格に繋がる仕組みがあります。また、資格取得に向け、研修参加や補助制度があり学習や能力向上しやすい環境を整えています。		
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	新規採用の職員にOJTトレーナーがつく制度があり、1か月に1回の面談を行いながら、3ヶ月間かけて新人教育を行っています。外部研修に関しては案内を申し込みと一緒に、申し送りファイルに添付しています。費用の補助や、勤務、有休を使用して参加できるよう考慮しています。		
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	各部門ごとの部門会議を定期的に開催し、情報の交換と共有を行っています。拠点が県内12拠点となっているので、地区本部ごとに年2回会議を開催し、交流できる機会を設けています。(コロナの関係で今年は映像での交流となりました) 他拠点のグループホームで職員を1日間交代で体験する交換実習の制度があります。		

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
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	サービス利用開始にあたり、ご利用者の要望・想いと今の状況を考慮し、プランに反映したり、注意点を職員間で日頃から共有して対応しています。また、職員と利用者1対1で会話をしながらご本人の本当の想いを聞き取るよう努力しています。事前情報と、日々の関わりの中で「その方らしさ」を見つけているが、実際には分からない点もまだあり、アセスメントの強化に今後の課題もあります。		
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	コロナ感染予防を徹底しながら、相談や見学の機会を設け、困っていること・不安なことを話し合っている。利用開始後も、必要時に経過報告を行い、ご家族に安心頂けるよう連携に努めています。		
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	ご利用者の状況に合わせて、必要性を説明し、必要時には内容に関わる情報を提供しています。生活されていく中で、新たな課題が発生した場合は状況に合わせてケース会議を行い、プラン変更を行っています。		
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	利用者の出来ることやしたい事、本人の想いを傾聴し、極力行動の制限がないように支援している。職員と利用者が一緒に食事の準備をしたり、洗濯や掃除などを行い、なるべく家庭に近い日課を過ごすことにより、利用者が自分の居場所や役割を持てるよう努めている。また、作業時には気遣いやねぎらいの言葉をかけたり、身体面で負担になっていないかの確認も行うよう注意しています。		
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	ご利用者の状態・体調の変化はすぐにご家族に報告し、現時点での様子を知って頂くよう努めています。また、その際に、ご本人の意思も伝えた上でご家族の意向や思いも聞き取るようにしています。		
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	ご家族やご親戚、ご友人の面会や外出を積極的に受け入れています。また、馴染みの場所については、ご本人が行きたいと言われれば、行ける場所であれば企画し、外出をしたりする事もあります。利用者の県外に住む友人から電話がかかってくる事もあったり、希望があればZOOMでの面会対応も行っています。	アップルユニットと同じ	
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	利用者のADLや認知症の症状に個人差があり、日課の作業の中で、利用者同士が協力できる場を設けています。協力時は、職員がその都度説明を行い、双方が理解できるように努めています。また、席の配置やお部屋の場所なども、本人の状態や性格を考慮しながら決定しています。		

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
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	入院中に退居が決定しても、ご家族の都合で入院の支援が必要な場合には、継続してサポートを行っています。必要に応じカンファレンスに参加したり、情報の共有を行っています。 また、ご家族には、今後も不安な事があればいつでも連絡いただけるようお伝えしています。		
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	日々の暮らしの中で意見を言いやすい環境を作り、意見や思いを記録に落とし情報を共有しています。また、困難な方に対しては表情や行動で何をしたいかを汲み取り、職員間で情報共有をし話し合いの場を設けています。	アップルユニットと同じ	
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	ご本人やご家族から事前にお話を伺い、また、入居後もご本人から話を聞き出し普段の生活に生かしていけるように職員間で情報を共有しています。 「できること できないこと」を把握し、できることは継続できるように、できないことは環境を改善ながらできるように整えている。過ごし方については、入居前の過ごし方を把握し、個々に合わせながら過ごしていただいています。		
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	毎日行われる朝の会で、その日1日のその人の役割や過ごし方を話し、1日の過ごし方を決めるようにしています。 日々の変化はケアコラボに入力し、職員間で情報を共有しています。		
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	ご本人やご家族から要望を聞きプランに反映させています。ご利用者ごとに担当を決め、毎月モニタリングを行い、問題点の把握をプランに反映できるように努めています。	アップルユニットと同じ	アップルユニットと同じ
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	電子カルテに日々の様子や活動の記録を写真で残し、職員間で情報共有をしながら、支援内容に繋げています。 また観察のポイントや記録を書く視点なども、その都度職員に伝えながら分かりやすく適切な記録が行われるよう努めています。		
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	利用者からの要望に職員で行える事は行います。しかし、体制等の問題で行えない場合はインフォーマルサービスを紹介したりしながら受診同行や外出支援を提供しています。 出来るだけ臨機応変に対応を行っています。		

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
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	入所前から習慣としていたことを(行きつけの美容院、行きつけのスーパーへの外出等)家族の協力を得ながら継続して行って頂いています。社会奉仕活動の参加を通して協働して暮らせるようサポートしています。		
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、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	家族が同行できない急を要する場合、施設協力医に往診をお願いしていく予定です。現在は、全てのご家族さんが対応して下さいます。また、かかりつけ医への病院受診時には必要に応じ状態の変化等情報共有書を作成したり、同行したり電話での連絡確認を行っています。	アップルユニットと同じ	
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	変化がある場合は、事業所内の看護師に相談し、受診の有無の指示を仰いでいます。今後、必要に応じて、利用者と訪問看護事業所と契約を交わした時には、状態の変化等情報共有したり、緊急時にはすぐに連絡し駆けつけてもらう段取りをしております。(現在は対象者はおりません)		
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。	ご家族からの確認後、入院先の地域連携室により具体的な内容を確認し、職員と情報を共有しています。退院時には退院カンファレンスに出席させて頂き、退院後の受け入れ体制を整えています。		
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	ご利用者の身体状況に合わせ、意向の確認と、自事業所で提供できるサービスの説明を行っています。また、終末期には主治医とご家族・看護師・職員で看取りカンファレンスの場を設け、状況や対応の確認しながらチームケアで取り組んでいきたいと考えております。	アップルユニットと同じ	
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	今年はコロナから消防の依頼をする事が出来なかったが、職員が講師となり、AED使用手順の確認や、急変時の対応を想定し、理解を深めました。		
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	部門内でのミーティングで避難経路の確認を行っています。また、年に2回、全体避難訓練(7月開催、次回3月頃開催)を開催しています。どちらか1回は、夜間想定で行われ、実際に夜勤時の2名体制で訓練を行っています。	アップルユニットと同じ	

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	年に1回接遇研修があり、個人の尊厳を尊重したケアを行っています。排泄や更衣時には、ご利用者の自尊心を気づ付けぬよう声掛け対応を行っています。拒否が強い利用者には無理強いせず時間をかけて1対1で関わる対応を行っています。また、言葉使いで気になる事があれば都度対象の職員には伝えていきます。	アップルユニットと同じ	
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	毎日、朝の会でご本人に役割を決めていただいておりますが選択肢を設け自己決定しやすいように対応しています。また、会の中で「～したい」という意見が上がった時には、それを活動や外出に繋げています。また、本人が出来ない事であれば、どうすれば出来るかを一緒に考えるようにしています。		
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	何か行動を起こす時には、その方に希望を聞いています。基本はその人はどうしたいか、何をしたいのかを聞き、職員の意思で生活がすすむ事がないよう努力しています。		
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	毎朝、居室やフロアの洗面台で鏡を確認してもらいご利用者に整容を声掛けしています。また、入浴や外出の際はご本人に衣服を選んでもらっています。毎日、お化粧される方も4名おられ、忘れていたりする事があれば、いつまでも習慣として頂けるよう必ず声掛けを行っています。		
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	今の時期は外食が出来ない為、利用者の希望でテイクアウトで食事を楽しむ事もあります。また、毎日職員と一緒にキッチンに立ち、調理を下さる方もいたり、それが出来ない場合にはご自分の席で玉ねぎの皮むきをしたり、食材の下処理をしたりなど、興味のある方には参加できる形で参加して頂いています。茶碗もそれぞれ自分で洗っているが、出来ない部分は利用者同士協力されています。	アップルユニットと同じ	
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	食事摂取量は毎食バイタル表に記入し、カルテに入力しています。一日の中で水分摂取できる時間を設けたり、カウンターにお茶を置き、いつでも好きなタイミングで飲めるようにもしています。コーヒーやココアの準備もしており、飲みたいものをご自分で選択してもらうようにしています。		
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	ご利用者の口腔内の状態に合わせて用具の使い分け、ご自身で磨ける方は声掛けを行い、毎食後に口腔ケアをしてもらっています。認知症の進行に伴いきちんと磨けない方や、誤嚥性肺炎のリスクが高いご利用者は特に職員が磨き残しや残渣を確認しています。また、食事の量が急激に落ちた方については、口腔内の異常も視野にいれ、場合によっては歯科受診を家族に依頼する事もありました。		

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
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	認知症の進行により声掛けや介助が必要なご利用者には、個別声掛けをしながら支援をしています。 日中夜間の状態に合わせて布パンツの使用や必要に応じて紙パンツ・パットを使い分けています。	アップルユニットと同じ	
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	便秘だからすぐ下剤ではなく、家族とも相談しながらヨーグルトや食物繊維の多い食べ物を摂取したりしながらなるべくご本人の身体に負担のかからない方法を提案しています。また、適度な運動も促しています。		
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	ご利用者毎に入浴の曜日を決めていますが、利用者同士で入浴の順番や時間を決めていきます。また、体調や気分に合わせて曜日の変更も臨機応変に行っています。回数は2～3回/週となっていますが、もっと入りたいたいと言われる方には回数は決めず入って頂く事もあります。	アップルユニットと同じ	
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	その日の体調やご利用者の状態、活動に合わせて適宜休息の声掛けを行っています。昼食後、は居室に戻って昼寝される方やソファで横になれる方もいます。 また、眠くない方を無理に居室に連れていき寝させるような事はせず、眠たくなるまで好きな事をして過ごして頂く事が多いです。また、夜間熟睡出来ない原因を考え、改善に努めています。		
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	担当職員がご利用者の内服薬の確認を行い、変更時はしっかりと申し送りし共有しています。変更があった場合は状態の変化を観察し都度家族や主治医に報告しています。		
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	入居前、入居後もご本人の好きなことや興味のある事など、定期的にお聞きするよう心がけています。 そこでお聞きしたものを生活の中で取り入れるところは取り入れていくような声掛けを行っています。		
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	朝の会・昼の会でご利用者の「～したい」という声からできるだけその日に外出できるよう支援しています。また、ご家族や友人との外出を積極的に進められるよう、急な連絡にも応じています。 また、天気の良い日には屋内で閉じこもる事がないように施設前の公園に散歩に行かれる事も多いです。そこで地域の方との交流があったりと刺激もあります。	アップルユニットと同じ	

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
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	お金の管理は困難な方が多く事務所金庫にてお預かりしています。実際に買い物をして支払いする時には、職員が横で見守りながら、支払いを行っている方もいます。 お買い物に行きたいと言われる方には、購入したい物等お聞きし、できるだけ希望の店で買い物出来るように対応しています。 週に2回ハーツのお買い物バスが来る為、その都度声掛けをし、行きたい方は職員と一緒に買い物に行かれています。		
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	ご家族への電話連絡の希望がある時には、電話がかけられるように対応しています。 かかってきた電話に関しては、相手を確認し、ご本人に取次ぎを行っています。 携帯電話も持っておられる方が数名おられ、持っていない方が借りてしまう事が何度かあった為、電話の希望時には事業所の電話でかけて頂くようにしています。		
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	室温・湿度については、少なくとも1日3回に測定し、快適温度・快適湿度になるように環境整備を行っています。 季節感を感じていただけるよう、製作物を掲示したり、花を植えたりしています。また、その他温度調整、換気、カーテンの開閉等を行い、居心地よく過ごせるようにしたり、ソファの空間を作り、ゆったりと過せるスペースを設けています。	アップルユニットと同じ	
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	共有スペースでの空間配置を分け、好きな場所で過ごしてもらるように配慮しています。また、安全面にも考慮し、見守りが必要なご利用者に関しては不快にならない距離を保ちながら見守りを行っています。		
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	タンスとベッドは施設側で用意していますが持ってきて頂く物に制限はありません。設置可能な範囲で、ご本人が落ち着ける馴染みの物を自宅から持参してもらうようお願いしています。大体の方が、居室に孫やひ孫の写真、家族写真飾っておられます。また、自宅で使っていた座椅子やテレビ台、時計などを持ってこられる方もおられます。	アップルユニットと同じ	
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	アセスメントシートを活用し、日課活動や生活の中で、支援が必要な部分を共有し、どの職員でも対応が統一できるようにしています。		