

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6年1月10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6年2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)】

生協の理念の【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・自己決定を大切にし自分らしく生活できるように支援しています。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。
 地域とのつながりではあわら市からの委託事業にて月2回あわら市の高齢者対象のサロンを開催したり、きらめきのある区域のサロンに参加したりしながら、今年度は新たにあわら市の文化祭にも利用者と一緒に参加し、利用者と職員とが地域と繋がる機会を持っています。

【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)】

事業所は商店街から近い新興住宅地にあり、同敷地内には小規模多機能型居宅介護事業所を併設している。建物向かいには大型の公園があり日常的な散歩コースとなっている。コロナ禍以降は、利用者と一緒に地域の防災訓練や清掃活動に参加する等、地域住民と交流する機会も多い。また運営推進会議開催日に合わせ避難訓練を実施し近隣にも協力依頼をする等、地域との連携に努めている。利用者一人ひとりの思いに寄り添い、出来る事、好きな物、行きたい場所等他、「〇〇したい」という思いを大切にしながら希望の実現に向けて日々取り組んでいる。今年度から始めた「接遇マイスター」選任制度(事業所内での検定試験含む)や、「10の基本ケア」専門員配置は更なるサービスの向上に期待でき、生協基本理念である『利用者本位』に繋がるものとなっている。

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 ↓該当するものに〇印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに〇印
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)	〇 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)	〇 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)	〇 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)	〇 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)	〇 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)	〇 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)	〇 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)	〇 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)	〇 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	〇 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)	〇 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	〇 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)	〇 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「あなたらしいままで」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は毎月勉強会を行っている。今年度より部署に1名10の基本ケア部門員を配置して部門員中心に取り組んでいる。また、10の基本ケアの講習会が毎月開催されており、職員はいつでも学べる環境がある。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る。4月から取り組み翌年1月に事例研究発表会を開催し他事業所の取り組みを知る機会を設けている。	基本理念を基に日々の生活の中で利用者から意見・要望等を聞き取ることを心がけている。10の基本ケアの他、接遇マナーを大切に捉え、「接遇マイスター制度」を導入し職員全員に接遇検定試験を実施する等サービスの向上に繋げている。	
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	あわら市からの委託事業にて地域の要介護認定を受けていない75歳以上の高齢者向けのサロンを月に2回担当させて頂いた。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。コロナ禍により中々思うように活動は出来ないが、今年は文化祭を開催し、利用者や地域の方の直接的なふれあいはなくても利用者の作品を見て頂くなどの機会を作る事が出来た。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た。	市の文化祭に利用者と共に参加し手作り小物を出品販売したり、市の高齢者サロン、認知症サポーター養成講座を開催している。地域の社会奉仕(清掃)活動や防災訓練に参加する等、地域との交流を積極的に図っている。	
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	サロンでの生活支援の事業紹介、地域の小学校～高校への認知症サポーター養成講座なども依頼時には積極的にお受けしている。		
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日々の介護に反映させている。	利用者も参加し併設事業所と合同で定期的に開催している。会議では各種報告、質疑応答、意見交換等の他、事業所内を見ていないメンバーに対し「施設内見学」を会議終了後に実施している。議事録は玄関に置きいつでも閲覧できる。	
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、広域連合担当者、あわら地域包括支援センター担当者もメンバーとして参加して頂いており、不明な点の確認や、情報の共有を行っている。	あわら市地域包括支援センター職員、坂井地区広域連合職員と運営推進会議を通じ、事業所の実情やサービスの取組みを伝え情報共有している。市から依頼を受けた高齢者サロンの継続等良好な関係を築いている。	
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施している。	定期的に身体拘束委員会を開催し、事例紹介や各部門でテーマを決め話合う機会を設けている。言葉の拘束も含め気になる点があれば職員間で注意をしている。玄関は日中は開いているが、夜間は防犯の為施錠している。	
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る。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議論するなど日頃から意識して利用者や関わられるようにしている。他事業所から出たお申し出などを共有し、職場会議にてグループワークで議論する事もある。		

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
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	適宜必要事項に関して家族に連絡し、説明を行っている。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る。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る。		
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る。部署内では、ご利用者・ご家族からの意見や要望を申し送りノートに記入し、職員間で情報共有を行い活動に繋げている。	年1回家族アンケートを実施し、集計結果は家族に郵送し返信欄の有無により個別に対応している。また法人全体で利用者からの声を聞く取組みがあり、集約した意見を職場会議で共有している。	
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回の福祉全体事務局会議で報告している。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報告している。月1回の職場会議、年1回の方針検討会議や、日常の業務の中からも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、事業所に対応できる提案は即実施している。またそのアイデアが評価される事で職員の意欲にも繋がっている。	年2回の個別面談時やミーティング等の他、随時職員から意見要望等を聞いている。「アイデア提案制度」がありケアに対するアイデア、チャレンジ、好事例等を募り、取り入れたい内容は検討後職員間で共有し運営に繋げている。	
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	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る。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	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る。(パートタイム職員以上は6か月)外部研修に関しては都度案内を行い、参加者を募っている。こちらから研修受講を進める事もある。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	各部門ごとの部門会議を定期的に関催し、情報の交換と共有を行っている。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る。(コロナの関係で現在はzoom開催)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るが、こちらもコロナ禍により中々行えていないのが現状。		

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対応して。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る。実際にはまだまだ浸透していない点もあり、アセスメントの強化に今後の課題も残る。		
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る。面会が出来ず、ご家族が状況をつかみにくい今、変化があった時には些細な事でも電話連絡をするよう心がけている。		
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	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る。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	利用者の出来る事やしたい事、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常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	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る。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っている。		
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	対面での面会のご遠慮いただく期間があったが、ご家族やご親戚、ご友人の面会は、ガラス越しではあるが積極的に受け入れた。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る。	コロナ禍以降は面会が解禁となり、家族同伴での外出・外食、体調確認シート記入の上での外泊が可能となった。出来る限りの外出支援に努め、コロナ禍以降も途切れる事のない関係が続いている。	
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る。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る。また、席の配置やお部屋の場所なども、本人の意向を把握した上で、本人の状態や性格、他者との関係性を考慮しながら決定している。		

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
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、継続しての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る。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る。		
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	契約時にまずはご本人とご家族に意向の確認を行っている。その他には日々の暮らしの中で思いを言いやすい信頼関係を目指し、意見や思いを記録に落とし情報を共有している。また、意思表示が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ケアにつなげるようにしている。	傾聴の姿勢で利用者と向き合い、得た情報は記録に残し職員間で共有している。家族の協力を得て本人の好きな物や馴染みの場所などを把握し話かけのヒントにしている。うまく言葉で表現できない場合であっても表情や行動、今までの生活歴等から思いの把握に努めている。	
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	契約時のアセスメントでご本人やご家族から事前にお話しを伺い、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共有を行っている。「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しながらできるように整えている。		
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	契約時のアセスメントでご本人やご家族から事前に今までの過ごし方についてお話を伺っている。日々の変化はカルテに申し送りや重要事項で入力し、職員間で情報を共有している。		
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や意見を聞きプランに反映させている。ご利用者ごとに職員担当を決め、毎月モニタリングを行い、問題点の把握を計画作者、ケアマネ、家族と共有しプランに反映できるように努めている。	計画作成担当者は、利用者、家族からの要望や職員からの聞き取り等をもとに介護計画を作成している。家族からの情報、職員からのケアについてのアイデアは担当者会議の記録に残している。作成後は面会時に家族に説明している。	
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	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、支援を行っている。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、その時々にも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っている。職員と利用者として夕食にお酒を飲みに出掛けたり、カフェにお茶をしに行ったりと、何気なく発せられる利用者の声を聞き流さず、支援につなげ、QOLの向上、生きがいにつながる支援を心掛けている。		

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
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	馴染みの美容院、レストラン、スーパーへの外出等、家族の協力を得ながらではあるが継続して行って頂きたいと考えている。週2回の移動スーパーは、自身で見て、物を選んで購入して頂く事で楽しみにされている方が多い。また、宅配のチラシを見ながら自身でおやつや日用品の発注をされている方もおられる。		
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、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事は可能。現在は、全てのご家族さんが対応して下さい。また、かかりつけ医への病院受診時は必要に応じた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る。内服薬や身体状況の変化での相談などはその都度主治医に電話連絡を行っている。	受診の際は必要に応じ、現況を記した情報提供シートを渡している。不明点は電話で問合せし情報を共有している。緊急時や、身体状況等により職員が受診に同行する事もあるが、基本的には家族同行による受診となっている。	
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る。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えるような体制がとれるといいと考えている。(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る。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る。		
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、地域と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る。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いる。(現時点で対象者はいない)	10の基本ケアの中に「ターミナルケア」を明記したマニュアルを整備している。家族には契約時意向の確認や方針等について説明している。現在対象となる利用者はいないが、研修会やグループホーム部会から出された事例は職員間で共有し話し合っている。	今後予想される重度化に対応するためにも現在検討中の医療連携体制についての話し合いを進め、利用者が不安なく安心して生活を送れる支援体制の推進を期待する。
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	今年度は5月に3回講座を実施し、どこかの回で全職員が緊急時対応講習を受講出来た。		
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	1年に2回、全体避難訓練(7月開催、次回3月頃開催)を開催している。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、近い職員に電話をかけ、自宅から施設に向かってもらい、そこから応援に入るという実際を想定した訓練を行っている。地域の方の参加も依頼している。	運営推進会議に合わせ避難訓練をしている為、民生委員をはじめ各メンバーにとって訓練をみる良い機会となっている。市の防災訓練には利用者と共に参加し近隣へ災害時の協力依頼をしている。訓練参加の警備会社からは適切な助言を受けており課題点を明確にしている。	

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
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る。排泄や更衣時には、ご利用者の自尊心を気づけぬよう声掛け対応を行っている。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る。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たり、事例としてあげグループワーク等で話し合う機会を設けている。また、今年度は接遇コンテストを開催し、事業所から1名の接遇マイスターを選任し、接遇のレベルupを担って頂いている。	事業所内で定期的に研修会を実施し利用者本位のケアに努めている。利用者の日頃の様子は広報誌やSNS等で伝えているが、写真掲載の可否については「肖像権使用同意書」で確認している。	
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	日々の生活の中で自己決定が困難な利用者には選択肢を設け自己決定しやすいように対応している。また、会の中で「〇〇したい、〇〇行きたい」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っている。		
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	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	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る。毎日、お化粧される方もおられ、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る。ご家族に依頼し、昔から使用している化粧品などを補充して頂いている。		
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	2023年度より、厨房職員を配置せずに、利用者を中心となり食事作りを行っている。毎日キッチンに立ち、調理をして下さる方もおり、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る。 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る。	副菜2品は法人系列の業者を利用し、他は事業所内で調理している。個人の能力に合わせ、準備から後片付けまでの作業を職員と共に行っている。おやつ作りや行事食、時には外食や喫茶店の利用など楽しみを持たせた支援に取り組んでいる。	
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	食事摂取量は食事毎にカルテに入力している。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している。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っている。水分制限のある利用者は、一目で分かるように、紙ベースで水分摂取料がすぐ分かるようなシート等を使用する事もある。		

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
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頂いている。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る。また、食事量減や、時間がかかるようになってきた場合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った。		
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	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る。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る。日中は全員にトイレに座っての排泄を促している。	一人そとりの排泄パターンを把握し、時間を見て声掛けをしている。状況に応じ紙パンツや尿パッドを使用している場合もあるが、日中は全員トイレへ誘導し、夜間の適切な声掛け等自立支援に向けた取り組みとなっている。	
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ヤクルト、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る。また、食事前の適度な運動も促している。		
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	少なくとも2~3回/週は入浴して頂いてるが、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る。夏場は追加でシャワーをされる方もおられる。	板張りの壁にひのき浴槽と畳を用いた浴室は温もりを感じる雰囲気となっている。個浴である事から利用者同士1対1でゆっくり会話ができるよい機会ともなっている。入浴については利用者の思いを尊重し柔軟に対応している。	
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る。昼食後は居室に戻って昼寝される方やソファで横になられる方も多い。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。また、夜間熟睡出来ない場合は日中の過ごし方を考え、改善に努めている。		
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る。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	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る。入居前にはご家族に本人の好きなものや大切にしてきた事やこだわりなどを記入して頂き、そこで得た情報を深堀りし可能な限り生活の中で取り入れるところは取り入れている。		

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
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	コロナ禍前は外出なども多かったが、現在は積極的な外出は行えていない。状況を見ながら規制が緩和された時(警報→注意報など)は、買い物に出かけたり花見に行く事もあった。また、天気のい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っている。その中で地域の方との交流もある。	コロナ禍で外出が思うように出来ない状態が続いていたが徐々に出来る機会も増えてきている。今年度はバスで遠出したり、買い物、外食など利用者の希望に沿った支援に取り組んだ。天候の良い日は近くの公園に出かけている。	
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	事務所金庫にてお預かりしている。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。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る。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る。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る。誕生日や敬老の日、母の日などに手紙が届く方もおり、届いた時には本人から家族に電話をかけて頂くよう対応し、家族からも感謝の声が聞かれた。また、週に1回友人から電話がかかってきて会話を楽しませている方もおられる。		
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る。季節感を感じていただけるよう、製作物を掲示したり、中庭でのガーデニングを行っている。また、その他温度調整、換気、カーテンの開閉等を行い、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る。	共用空間は天井が高く採光よく、開放感がある。椅子は個人に合わせて高さ調整が可能のため、床に足をつけて座ることが出来る。	
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る。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	タンスとベッドは施設側で用意をしていますが持ってきて頂く物に制限は設けていない。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依頼している。居室に孫やひ孫の写真、家族写真を飾っておられる方も多し。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ている方も多し。	和室(畳)と、洋室(フローリング)2種類あり空き室状況次第で選択可能である。ベッドに不安がある利用者は布団を敷く事も出来る。室内に写真や作品の他馴染みのものを配置している。	
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」「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る。		

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6年1月10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6年2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)】

<p>生協の理念の【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。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。</p> <p>地域とのつながりではあわら市からの委託事業にて月2回あわら市の高齢者対象のサロンを開催したり、きらめきのある区域のサロンに参加したりしながら、今年度は新たにあわら市の文化祭にも利用者と一緒に参加し、利用者と職員とが地域と繋がれる機会を持っています。</p>

【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)】

オレンジユニットと同じ

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「あなたらしいままで」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、行動できるような職場会議では毎月勉強会を行っている。今年度より部署に1名10の基本ケア部門員を配置して部門員中心に取り組んでいる。また、10の基本ケアの講習会が毎月開催されており、職員はいつでも学べる環境がある。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施設での取り組みにつなげている。4月から取り組み翌年1月に事例研究発表会を開催し他事業所の取り組みを知る機会を設けている。	オレンジユニットと同じ	
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	あわら市からの委託事業にて地域の要介護認定を受けていない75歳以上の高齢者向けのサロンを月に2回担当させて頂いた。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。コロナ禍により中々思うように活動は出来ないが、今年は文化祭を開催し、利用者や地域の方の直接的なふれあいはなくても利用者の作品を見て頂くなどの機会を作る事が出来た。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た。	オレンジユニットと同じ	
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	サロンでの生活支援の事業紹介、地域の小学校～高校への認知症サポーター養成講座なども依頼時には積極的にお受けしている。		
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日々の介護に反映させている。	オレンジユニットと同じ	
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取り組んでいる	運営推進会議に、広域連合担当者、あわら地域包括支援センター担当者もメンバーとして参加して頂いており、不明な点の確認や、情報の共有を行っている。	オレンジユニットと同じ	
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施している。	オレンジユニットと同じ	
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る。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合いながら議論するなど日頃から意識して利用者や関わられるようにしている。他事業所から出たお申し出などを共有し、職場会議にてグループワークで議論する事もある。		

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
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	適宜必要事項に関して家族に連絡し、説明を行っている。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る。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る。		
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る。部署内では、ご利用者・ご家族からの意見や要望を申し送りノートに記入し、職員間で情報共有を行い活動に繋げている。	オレンジユニットと同じ	
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回の福祉全体事務局会議で報告している。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報告している。月1回の職場会議、年1回の方針検討会議や、日常の業務の中からも職員の意見を募めている。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、事業所に対応できる提案は即実施している。またそのアイデアが評価される事で職員の意欲にも繋がっている。	オレンジユニットと同じ	
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	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る。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	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る。(パートタイム職員以上は6か月)外部研修に関しては都度案内を行い、参加者を募っている。こちらから研修受講を進める事もある。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	各部門ごとの部門会議を定期的に関催し、情報の交換と共有を行っている。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る。(コロナの関係で現在はzoom開催)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るが、こちらもコロナ禍により中々行えていないのが現状。		

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対応している。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る。実際にはまだまだ浸透していない点もあり、アセスメントの強化に今後の課題も残る。		
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る。面会が出来ず、ご家族が状況をつかみにくい今、変化があった時には些細な事でも電話連絡をするよう心がけている。		
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	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る。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	利用者の出来る事やしたい事、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常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	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る。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っている。		
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	対面での面会のご遠慮いただく期間があったが、ご家族やご親戚、ご友人の面会は、ガラス越しではあるが積極的に受け入れた。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る。	オレンジユニットと同じ	
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る。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る。また、席の配置やお部屋の場所なども、本人の意向を把握した上で、本人の状態や性格、他者との関係性を考慮しながら決定している。		

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
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、継続しての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る。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る。		
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	契約時にまずはご本人とご家族に意向の確認を行っている。その他には日々の暮らしの中で思いやすい信頼関係を目指し、意見や思いを記録に落とし情報を共有している。また、意思表示が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ケアにつなげるようにしている。	オレンジユニットと同じ	
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	契約時のアセスメントでご本人やご家族から事前にお話しを伺い、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を行っている。「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しながらできるように整えている。		
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	契約時のアセスメントでご本人やご家族から事前に今までの過ごし方についてお話をお伺いしている。日々の変化はカルテに申し送りや重要事項で入力し、職員間で情報を共有している。		
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や意見を聞きプランに反映させている。ご利用者ごとに職員担当を決め、毎月モニタリングを行い、問題点の把握を計画作者、ケアマネ、家族と共有しプランに反映できるように努めている。	オレンジユニットと同じ	
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	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、支援を行っている。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	利用者からの要望に職員で行える事は行っている。職員と利用者として夕食にお酒を飲みに出掛けたり、カフェにお茶をしに行ったりと、何気なく発せられる利用者の声を聞き流さず支援につなげ、QOLの向上、生きがいにつなげられる支援を心掛けている。		

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
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	馴染みの美容院、レストラン、スーパーへの外出等、家族の協力を得ながらではあるが継続して行って頂きたいと考えている。週2回の移動スーパーは、自身で見て、物を選んで購入して頂く事で楽しみにされている方が多い。また、宅配のチラシを見ながら自身でおやつや日用品の発注をされている方もおられる。		
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、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事は可能。現在は、全てのご家族さんが対応して下さっている。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る。内服薬や身体状況の変化での相談などはその都度主治医に電話連絡を行っている。	オレンジユニットと同じ	
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る。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えるような体制がとれるといいなと考えている。(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る。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る。		
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る。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いる。(現時点で対象者はいない)	オレンジユニットと同じ	
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	今年度は5月に3回講座を実施し、どこかの回で全職員が緊急時対応講習を受講出来た。		
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	1年に2回、全体避難訓練(7月開催、次回3月頃開催)を開催している。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、近い職員に電話をかけ、自宅から施設に向かってもらい、そこから応援に入るという実際に想定した訓練を行っている。地域の方の参加も依頼している。	オレンジユニットと同じ	

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る。排泄や更衣時には、ご利用者の自尊心を気づけぬよう声掛け対応を行っている。拒否が強い利用者には無理強いをせず時間をかけて1対1で関わる対応を行っている。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たり、事例としてあげグループワーク等で話し合う機会を設けている。また、今年度は接遇コンテストを開催し、事業所から各の接遇マイスターを選ば	オレンジユニットと同じ	
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	日々の生活の中で自己決定が困難な利用者には選択肢を設け自己決定しやすいように対応している。また、会の中で「〇〇したい、〇〇行きたい」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っている。		
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	基本はその人はどうしたいか、何をしたいかを聞き、職員の意思で生活がすすむ事が無いよう努力している。		
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	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る。毎日、お化粧される方もおられ、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る。ご家族に依頼し、昔から使用している化粧品などを補充して頂いている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	2023年度より、厨房職員を配置せずに、利用者が中心となり食事作りを行っている。毎日キッチンに立ち、調理をして下さる方もおり、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る。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る。	オレンジユニットと同じ	
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	食事摂取量は食事毎にカルテに入力している。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している。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っている。水分制限のある利用者は、一目で分かるように、紙ベースで水分摂取料がすぐ分かるようなシート等を使用する事もある。		
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に、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頂いている。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る。また、食事量減や、時間がかかるようになってきた場合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った。		

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	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る。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る。日中は全員にトイレに座っての排泄を促している。	オレンジユニットと同じ	
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ヤクルト、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る。また、食事前の適度な運動も促している。		
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	少なくとも2~3回/週は入浴して頂いているが、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る。夏場は追加でシャワーをされる方もおられる。	オレンジユニットと同じ	
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る。昼食後は居室に戻って昼寝される方やソファで横になられる方も多い。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、眠くなるまで好きな事をして過ごして頂く事が多い。また、夜間熟睡出来ない場合は日中の過ごし方を考え、改善に努めている。		
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る。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	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る。入居前にはご家族に本人の好きなものや大切にしてきた事やこだわりなどを記入して頂き、そこで得た情報を深掘りし可能な限り生活の中で取り入れるところは取り入れている。		
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	コロナ禍前は外出なども多かったが、現在は積極的な外出は行っていない。状況を見ながら規制が緩和された時(警報→注意報など)は、買い物に出かけたり花見に行く事もあった。また、天気のい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っている。その中で地域の方との交流もある。	オレンジユニットと同じ	

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	事務所金庫にてお預かりしている。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。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る。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る。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る。誕生日や敬老の日、母の日などに手紙が届く方もおり、届いた時には本人から家族に電話をかけて頂くよう対応し、家族からも感謝の声が聞かれた。また、週に1回友人から電話がかかってきて会話を楽しまれている方もおられる。		
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る。季節感を感じていただけるよう、製作物を掲示したり、中庭でのガーデニングを行っている。また、その他温度調整、換気、カーテンの開閉等を行い、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る。	オレンジユニットと同じ	
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えるように配慮している。また、安全面にも考慮し、見守りが必要な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	ダ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設けていない。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依頼している。居室に孫やひ孫の写真、家族写真を飾っておられる方も多い。また、自宅を使っていた座椅子やテレビ台、時計などを持ってこられている方も多い。	オレンジユニットと同じ	
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る。		