

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1891700138		
法人名	福井県民生活協同組合		
事業所名	県民せいきょう坂井きらめきグループホーム(たんぼぼユニット)		
所在地	福井県坂井市坂井町大味56号		
自己評価作成日	令和 2 年 10 月 6 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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/18/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/18/index.php</a>
----------	---

【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 2 年 11 月 16 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)】

生協福祉理念【あなたらしさ、いつまでも】、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・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を危険だから「させない」のではなく、出来ない部分は「どうすれば」できるか」利用者同士が協力しあい役割が自然に持てるよう工夫しています。ご利用者の外出行事や活動は朝の会・昼の会出た「～したい」の声を反映させ活動に繋げています。場合によっては、個別対応で出かけています。また、地域の繋がりと、コミュニティーセンターや自治会の行事、奉仕活動、夏休みには一緒にラジオ体操をしたりと、積極的にご利用者と参加を行っています。職員育成では、職員で学びたい内容を年間計画を立て、月1回の勉強会を開催しています。

【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)】

事業所周围は閑静で、季節感を十分感じられるところにある。生協の10の基本ケアの指針を基に事業所独自の約束3カ条「1. 私たちはいつも笑顔で挨拶します。 2. 私たちはご利用者の立場に立って考え行動します。 3. 私たちは心にゆとりを持ち事故なく楽しい一日をご利用者と共に過ごします。」を掲げて日々ケアを行っている。事業所は2ユニットで構成し、台所を中心に2つのユニットが繋がり利用者同士の交流も自由にでき開放的になっている。また、職員間の連携もよく、それぞれの利用者について情報を共有し問題があっても協力して対応できている。「～したい」という利用者の声を聞き取り反映できるよう取り組んでいる。また、地域住民とは活発に交流を行っている。

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○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
<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	母体生協福祉理念の「あなたらしいいつでも」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。また、10の基本ケアをもとに事例研究も行っていきます。	法人理念「あなたらしいいつでも」を基に各職員にグローアップシートを用いて年3回面接を行い、個人の目標設定、確認を行っている。また勉強会や研修を開催しその理念を共有して実践につなげている。	理念10の基本ケア、事業所独自の約束3か条を踏まえ日々のサービスに努めていることを利用者、家族に説明することを期待したい。
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	まちカフェ委員会で3ヶ月に1回開催している、いきいき交流会や月2～3回のサロンを計画し、地域の方とご利用者が交流を持ちながら参加できる機会を設けています。また、事業所としてまちづくり協議会委員の一員となり、まちづくり協議会が主催しているイベントに利用者と積極的に参加しています。地域の方と触れ合える機会を設けています。避難訓練時には地域の区長や民生員のご協力を得ています。	現在は新型コロナウイルス感染症の影響で交流は困難だが、自治会の行事、地域の避難訓練など職員、利用者とも積極的に参加している。職員は町内会の会議に出席し交流しており、地域のイベントへ地域住民からの誘いがある。現在、子ども食堂で利用者がボランティアを行う計画がある。新型コロナウイルス感染症が収まれば、元のように地域住民と交流したいと考えている。	
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	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、認知症サポーター養成講座と生活支援の取り組みを実施しています。また、認知症サポーター養成講座では小学校にも出向き、高学年の児童に行っています。運営推進委員会では地域の認知症の方の相談を民生員を通して受けています。		
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・介護事故の報告と共有を行い、頂いた意見を参考にしています。また、家族会でも報告しています。	2か月に1回、3事業所合同で開催し、家族、自治会長、民生委員、地域包括支援センター職員が参加している。年々参加者が少なくなり、日時の変更などを検討中である。外部評価後の対応や結果を坂井市に報告している。	運営推進会議の年間協議題を明らかにして、取り上げ方について系統的に議事録に載せることや家族に対して議事録の配布・閲覧を行うことに期待したい。
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	運営推進会議に坂井地区広域担当者と地域包括担当者がメンバーとして参加しており、不明な点の確認や、情報の共有を行っています。	坂井地区広域連合担当者と密に連絡をとっている。職員、地域包括支援センターの職員は顔なじみで気軽に相談できる関係にある。	
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回の身体拘束委員会・職場会議、毎月行っているミーティングの中で年1回身体拘束・虐待防止の学習会を行い、内容を再確認し、身体拘束ゼロを実践できています。	身体拘束のマニュアルを作成している。毎月1回職員がテーマを選んで研修を行い、必ず職員が参加出来るように調整している。年に1回外部の研修会にも参加している。玄関は夜8時施錠、朝6時～7時には開錠する。	

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
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	毎月1回の身体拘束委員会・職場会議・毎月行っているミーティングの中で年1回身体拘束・虐待防止の学習会を開催しています。		
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	日常生活自立支援事業に関して二人のご利用者が活用し、毎月1回支援員さんが来られています。		
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確認を行っています。		
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。	アンケート調査は年に1回家族に行い、結果は家族に報告している。アンケート結果を踏まえて、職員全体で共有出来るように研修テーマに取り入れ対応に努めている。	
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。アイデア提案BOXを設け、いつでも意見が出せる環境を作っています。集約した意見は施設長会議の議題としてあがる場合があります。	管理者と職員間の人間関係は良好で、職員同志もコミュニケーションを密にし、意見を言いやすい雰囲気にある。また、会議などの場で意見が言いやすい環境となっている。職員は年に1回アイデアを提出し、良いアイデアがあれば施設長会議で議題として取り上げている。	
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回面接を行い個人の目標、設定確認を行い、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トレーナーをつけ3ヶ月間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きます。		

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
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毎月開催し、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。他拠点のグループホームで職員の交換実習を行っています。		
<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 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	サービスを利用にあたり、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、注意点を職員間で共有して対応しています。		
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	ご家族の思いを事前に確認して担当者会議録に入力し、情報を共有しています。また、随時生活の変化や体調の変化を家族に報告しています。		
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、内容に関わる情報を提供しています。		
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	ご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ます。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を行っています。		
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、現在の様子が分かるようにしています。病院受診に関しては、ご家族に依頼し、緊急を要しない場合以外にはご家族から主治医に連絡を取ってもらうようお願いしています。		
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	ご家族やご友人の面会や外出を積極的に受け入れていきます。入所前に同敷地内に通われていたサービスとの関係を崩すことがないように、遊びに行く機会を設けています。毎年思入れのある神社に同行支援しています。	コロナ禍以前は温泉に行ったり、馴染みの喫茶店でコーヒーを飲んだり、年に1回利用者の望む神社へ参拝する等の支援を行っていました。	

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
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	ADLや認知症の症状に個人差があり、日課の作業の中で、ご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。		
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ます。		
<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	(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	日々の暮らしの中や朝の会・昼の会でも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く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。	利用者には声掛けに努め、間の取り方を気を付けている。会話の中で思いを受け止めながら、一人ひとりの意見を汲み取るようにしている。また、表情やしぐさの観察も心掛け、思いやりの対応をしている。職員間で利用者の意向を共有している。	
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	ご本人やご家族から事前に情報をもらい、また、利用してからもご本人から話を聞き出し普通の生活に生かしていけるように情報を共有しています。		
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	朝の会で今日一日の役割や過ごし方を話し、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経過観察しています。	ケアマネジャーは各ユニットに1名ずつ配置している。利用者の様子をきめ細かく観察し記録したものや、担当者の意見等を参考にしている。また、利用者、家族の要望などを月に1回モニタリングしてケアプランに反映している。利用者の急変など問題が発生した場合は、その都度見直しを行っている。	
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	ケアコラボ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、支援内容に繋がっています。		

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
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	生協が実施している、生活支援サービスを活用して受診同行や外出支援を提供しています。		
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(理髪店・友人との外出等)家族の協力を得ながら継続して頂いています。		
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。	利用者、家族の要望するかかりつけ医に受診している。原則家族が同行するが、気になることがあれば職員も同行し担当医に報告する。また、電話連絡を通じて家族と連携している。受診困難な利用者には往診を依頼している。	
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	身体的な変化がある場合は、事業所内の看護師に相談や確認をもらい、受診の判断を行っています。また、必要に応じて、ご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っています。		
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で情報をもらい、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行っています。	看取りのマニュアルを作成。この1年間で2名の看取りを経験した。職員は看取りについて研修を受けたり、主治医、看護師とのカンファレンスを行い情報の共有化を図っている。	
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	拠点内で年3回AED・心肺蘇生の講習会を開催しています。部門ミーティングでもAED・心肺蘇生・急変時・事故発生時の対応の再確認を行っています。		

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
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年6回避難経路の確認を実施しています。また、1年に2回の全体避難訓練を開催しています。訓練時には地域の区長や民生員の方にも参加をお願いします。夜間想定避難訓練には近隣の職員が実際に駆けつけ訓練に参加しました。	部門内で年6回夜間も想定して避難訓練を行っている。また、年に2回消防署の指導を受け火災、地震を想定した避難訓練を行っている。訓練の際、区長、民生委員も参加している。	
<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	(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	新人職員の為に必ず接遇研修があり、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配慮し声掛け対応を行っています。拒否のあるご利用者には無理強いせず時間をかけて関わる対応を行っています。	定期研修にはプライバシー、尊厳に関する内容も取り入れて実施している。利用者の自尊心に配慮し言葉遣いに気を付けている。また、出来るだけ同性介助に努めている。	
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	毎日、朝の会・昼の会でご本人に役割を決めていただいています。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」という意見がご利用者の声から上がった時には、それを活動や外出に繋げています。		
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	朝食時には無理に寝ている方を起こさず、ご利用者の希望に添えるよう時間をずらして食べていただいています。朝の会・昼の会での意見によっては個別対応で外出することもあります。朝夕のお参りを必ず行っている方もいらっしゃいますが忘れてしまうこともあり、声掛けすると「言ってくれて、ありがとう」といわれ自ら居室に向かわれお参りされています。		
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。なかには、腕の可動域から顔を上手く洗えない方には、お湯で絞ったタオルを渡し、拭いていただいています。また、入浴や外出の際は職員と一緒に衣服を選んでもらっています。模様しものがある時は、お化粧をすることもあります。		
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	男性のご利用者の中に、ゴーヤチャンプルーの好きな方がいらっしゃり、ゴーヤ作りからして、職員と一緒にチャンプルーを作り皆さんで食べたこともあります。また、調理員がいないときには、ご利用者から食べたい物を聞き、ユニットごとに皆で作って食べることもあります。茶碗洗いの時には自分で使った茶碗を洗っているが、出来ない部分は利用者同士協力し合い行っています。	食事の準備の際は、利用者がご飯やおかずの盛り付けを積極的に手伝い、食後は自分の使った食器を洗っている。おやつ作りも職員と一緒にしている。新型コロナウイルス感染症の影響で外出ができないため、テイクアウトを利用している。	
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	食事摂取量は毎食バイタル表に記入し、カルテに転記しています。一日の中で水分摂取できる時間を設けたり、机のところに茶を置き、いつでも飲めるようにもしています。また、利用者の好きな時に好きなものを飲める環境を作っています。嚥下状態に合わせてろみを使ったり、生協福祉サービスを利用しムース食で対応しています。		

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
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	口腔内の清潔保持の必要性を適宜説明しています。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、磨いてもらっています。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。		
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利用者には、排尿感覚や行動パターンを把握し個別支援をしています。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(おむつ)を使い分けています。日中夜間共に半数の方が布パンツで過ごされています。	排泄チェックシートの記録により、排泄パターンを把握している。紙パンツから布パンツに移行する取り組みも行っている。全体の約半数の利用者が布パンツを使用している。	
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	便秘傾向にある方は排泄チェックシートを使い排便の把握をしていき、個別に牛乳を提供しているが牛乳の苦手な利用者にはコーヒーや紅茶に混ぜ飲みやすくして提供しています。		
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。利用者と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を行っています。菖蒲湯や柚子湯で入浴を楽しむ事もあります。	入浴は週2回予定している。要望時間や順番などは利用者同士で決めている。入浴日に体調や気分が悪い場合は他の曜日に変更している。浴室は個室で冷暖房を設置している。菖蒲湯、柚湯など入浴を楽しむための工夫もしている。	
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に休息を声かけています。昼食後、昼寝をしやすい環境を作っています。寝つきの悪い方には添い寝をすることで落ち着く日もあります。		
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。変薬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。状態に合わせて粉に出来るかの相談を主治医と行っています。		
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	日常生活でご利用者ごとの得意な事や出来ることを共有し他利用者と協力して活動し、職員がサポートを行っています。朝の会・昼の会で役割ごとやご利用者の「～したい」の声を聞き出し活動や外出の支援をしています。		

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
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に支援しています。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。	利用者の気持ちに応じた個別の外出を支援している。現在新型コロナウイルス感染症の影響があるが、散歩やミニドライブでストレスを溜めないよう工夫している。	
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	お金の管理は困難な方が多いですが、中には自身で管理し支払いを行っている方もいます。また、お金の管理は出来ないが、お買い物の際はご利用者が購入したい物を選択できるように支援しています。		
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	娘様やお孫様からお手紙が届くご利用者がおられ、希望がある時には、職員と一緒に手紙を書き出しに行く支援を行っています。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、取次ぎを行っています。		
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	明るさや室温・湿度また、日中と夜間の状態に配慮しています。共有スペースには落ち着いて過ごせるよう食事の匂いや、制作物の展示等、配置を考えています。	共有の空間は広く、明るい場所で、室温、湿度の調整をしている。それぞれのユニットで利用者の要望に合わせた展示をしている。	
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え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確認を行っています。		
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、基本制限はありません。設置可能な範囲でなじみのものを自宅から持参してもらおうと考えています。中には使い慣れた枕を持参されたい方が数人いらっしゃいます。またなじみの家具や家族写真などを飾ることで本人らしい居室になっています。	洗面台、筆筒、ベッドは備え付けで、写真、自分で作ったお人形や位牌など馴染みの物が持ち込まれている。自分の好きな花を職員と一緒に買いに行き、ベランダのプランターで育てている。	
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	できる事・できない事シートや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対応が統一できるようにしています。		

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1891700138		
法人名	福井県民生活協同組合		
事業所名	県民せいきょう坂井きらめきグループホーム(ひまわりユニット)		
所在地	福井県坂井市坂井町大味56号		
自己評価作成日	令和 2 年 10 月 6 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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/18/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/18/index.php</a>
----------	---

【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 2 年 11 月 16 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)】

生協福祉理念【あなたらしさ、いつまでも】、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・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を危険だから「させない」のではなく、出来ない部分はどうすれば「できるか」利用者同士が協力しあい役割が自然に持てるよう工夫しています。ご利用者の外出行事や活動は朝の会・昼の会出た「～したい」の声を反映させ活動に繋げています。場合によっては、個別対応で出かけています。また、地域の繋がりと、コミュニティーセンターや自治会の行事、奉仕活動、夏休みには一緒にラジ体操をしたりと、積極的にご利用者と参加を行っています。職員育成では、職員で学びたい内容を年間計画を立て、月1回の勉強会を開催しています。

【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)】

たんぼほユニットと同様

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
<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	母体生協福祉理念の「あなたらしさいつまでも」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。また、10の基本ケアをもとに事例研究も行っています。	たんぽぽユニットと同様	
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	まちカフェ委員会で3ヶ月に1回開催している、いきいき交流会や月2~3回のサロンを計画し、地域の方とご利用者が交流を持ちながら参加できる機会を設けています。また、事業所としてまちづくり協議会委員の一員となり、まちづくり協議会が主催しているイベントに利用者と積極的に参加しています。地域の方と触れ合える機会を設けています。避難訓練時には地域の区長や民生員のご協力を得ています。	たんぽぽユニットと同様	
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、認知症サポーター養成講座と生活支援の取り組みを実施しています。また、認知症サポーター養成講座では小学校にも出向き、高学年の児童に行っています。運営推進委員会では地域の認知症の方の相談を民生員を通して受けています。		
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・介護事故の報告と共有を行い、頂いた意見を参考にしています。また、家族会でも報告しています。	たんぽぽユニットと同様	
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	運営推進会議に坂井地区広域担当者と地域包括担当者がメンバーとして参加しており、不明な点の確認や、情報の共有を行っています。	たんぽぽユニットと同様	
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回の身体拘束委員会・職場会議、毎月行っているミーティングの中で年1回身体拘束・虐待防止の学習会を行い、内容を再確認し、身体拘束ゼロを実践できています。	たんぽぽユニットと同様	

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
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	毎月1回の身体拘束委員会・職場会議・毎月行っているミーティングの中で年1回身体拘束・虐待防止の学習会を開催しています。		
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	日常生活自立支援事業に関して二人のご利用者が活用し、毎月1回支援員さんが来られています。		
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確認を行っています。		
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。	たんぽぽユニットと同様	
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。アイデア提案BOXを設け、いつでも意見が出せる環境を作っています。集約した意見は施設長会議の議題としてあがることがあります。	たんぽぽユニットと同様	
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回面接を行い個人の目標、設定確認を行い、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トレーナーをつけ3ヶ月間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きます。		

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
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毎月開催し、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。他拠点のグループホームで職員の交換実習を行っています。		
<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 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	サービスを利用にあたり、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、注意点を職員間で共有して対応しています。		
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	ご家族の思いを事前に確認して担当者会議録に入力し、情報を共有しています。また、随時生活の変化や体調の変化を家族に報告しています。		
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、内容に関わる情報を提供しています。		
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	ご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ます。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を行っています。		
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、現在の様子が分かるようにしています。病院受診に関しては、ご家族に依頼し、緊急を要しない場合以外にご家族から主治医に連絡を取ってもらうようお願いしています。		
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	ご家族やご友人の面会や外出を積極的に受け入れています。入所前に同敷地内に通われていたサービスとの関係を崩すことがないように、遊びに行く機会を設けています。毎年思入れのある神社に同行支援しています。	たんぽぽユニットと同様	

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	ADLや認知症の症状に個人差があり、日課の作業の中で、ご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。		
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ます。		
<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	(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	日々の暮らしの中や朝の会・昼の会でも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く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。	たんぽぽユニットと同様	
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情報をもらい、また、利用してから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情報を共有しています。		
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	朝の会で今日一日の役割や過ごし方を話し、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経過観察しています。	たんぽぽユニットと同様	
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	ケアコラボ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。		

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
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	生協が実施している、生活支援サービスを活用して受診同行や外出支援を提供しています。		
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(理髪店・友人との外出等)家族の協力を得ながら継続して頂いています。		
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。	たんぽぽユニットと同様	
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	身体的な変化がある場合は、事業所内の看護師に相談や確認をもらい、受診の判断を行っています。また、必要に応じて、ご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っています。		
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で情報をもらい、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、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行っています。	たんぽぽユニットと同様	
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	拠点内で年3回AED・心肺蘇生の講習会を開催しています。部門ミーティングでもAED・心肺蘇生・急変時・事故発生時の対応の再確認を行っています。		

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
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年6回避難経路の確認を実施しています。また、1年に2回の全体避難訓練を開催しています。訓練時には地域の区長や民生員の方にも参加をお願いしています。夜間想定避難訓練には近隣の職員が実際に駆けつけ訓練に参加しました。	たんぽぽユニットと同様	
<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	(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	新人職員の為に必ず接遇研修があり、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配慮し声掛け対応を行っています。拒否のあるご利用者には無理強いせず時間をかけて関わる対応を行っています。	たんぽぽユニットと同様	
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・昼の会でご本人に役割を決めていただいています。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」という意見がご利用者の声から上がった時には、それを活動や外出に繋げています。		
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	朝食時には無理に寝ている方を起こさず、ご利用者の希望に添えるよう時間をずらして食べていただいています。朝の会・昼の会での意見によっては個別対応で外出することもあります。朝夕のお参りを必ず行っている方もいらっしゃいますが忘れてしまうこともあり、声掛けすると「言ってくれて、ありがとう」といわれ自ら居室に向かわれお参りされています。		
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。なかには、腕の可動域から顔を上手く洗えない方には、お湯で絞ったタオルを渡し、拭いていただいています。また、入浴や外出の際は職員と一緒に衣服を選んでもらっています。模様しものがある時は、お化粧をすることもあります。		
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	男性のご利用者の中に、ゴーヤチャンプルーの好きな方がいらっしゃり、ゴーヤ作りからして、職員と一緒にチャンプルーを作り皆さんで食べたこともあります。また、調理員がいないときには、ご利用者から食べたい物を聞き、ユニットごとに皆で作って食べることもあります。茶碗洗いの時には自分で使った茶碗を洗っているが、出来ない部分は利用者同士協力し合い行っています。	たんぽぽユニットと同様	
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、カルテに転記しています。一日の中で水分摂取できる時間を設けたり、机のところに茶を置き、いつでも飲めるようにもしています。また、利用者の好きな時に好きなものを飲める環境を作っています。嚥下状態に合わせてろみを使ったり、生協福祉サービスを利用しムース食で対応しています。		

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
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	口腔内の清潔保持の必要性を適宜説明しています。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、磨いてもらっています。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。		
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、排尿感覚や行動パターンを把握し個別支援をしています。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(おむつ)を使い分けています。日中夜間共に半数の方が布パンツで過ごされています。	たんぽぽユニットと同様	
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	便秘傾向にある方は排泄チェックシートを使い排便の把握をしていき、個別に牛乳を提供しているが牛乳の苦手なご利用者にはコーヒーや紅茶に混ぜ飲みやすくして提供しています。		
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ず、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を行っています。菖蒲湯や柚子湯で入浴を楽しむ事もあります。	たんぽぽユニットと同様	
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に休息を声かけています。昼食後、昼寝をしやすい環境を作っています。寝つきの悪い方には添い寝をすることで落ち着く日もあります。		
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。変薬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。状態に合わせて粉に出来るかの相談を主治医と行っています。		
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	日常生活でご利用者ごとの得意な事や出来ることを共有し他利用者と協力して活動し、職員がサポートを行っています。朝の会・昼の会で役割ごとやご利用者の「～したい」の声を聞き出し活動や外出の支援をしています。		

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
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。	たんぽぽユニットと同様	
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いですが、中には自身で管理し支払いを行っている方もいます。また、お金の管理は出来ないが、お買い物の際はご利用者が購入したい物を選択できるよう支援しています。		
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	娘様やお孫様からお手紙が届くご利用者がおられ、希望がある時には、職員と一緒に手紙を書き出しに行く支援を行っています。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、取次ぎを行っています。		
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	明るさや室温・湿度また、日中と夜間の状態に配慮しています。共有スペースには落ち着いて過ごせるよう食事の匂いや、制作物の展示等、配置を考えています。	たんぽぽユニットと同様	
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確認を行っています。		
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、基本制限はありません。設置可能な範囲でなじみのものを自宅から持参してもらおう願っています。中には使い慣れた枕を持参されたい方が数人いらっしゃいます。またなじみの家具や家族写真などを飾ることで本人らしい居室になっています。	たんぽぽユニットと同様	
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	できる事・できない事シートや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対応が統一できるようにしています。		