

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	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	平成 30年 11 月 1 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	平成30年11月26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10の基本ケアをケア指針として、利用者様の想いや自己選択・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、利用者様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、どうすれば「できるか」を考慮しています。出来ない部分は利用者同士が協力しあい役割が自然にもてるよう工夫しています。外出行事に関しては、利用者様からの声を反映させ出かけています。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、積極的に利用者様と参加を行っています。季節ごとに畑や、ペランダでプランターを使用しての花作り・農作業も実施しています。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)】

事業所は、芦原街道に面した東角の静かな新興住宅地に位置している。敷地内には同法人系列のデイサービスセンター、事業所建物内には小規模多機能型居宅介護、訪問介護事業所、居宅介護支援事業所、通所介護事業所等様々な事業所があり多々の交流、連携を図っている。利用者本人ができることを実現、継続できるように法人理念「あなたらしさをいつまでも」を掲げ全職員日々ケアに努めている。「人間の回復より」の本から抜粋し、生協10の基本ケアを定め、昨年より実施している。職員は研修会、勉強会に参加、ケア指針として更なる質の向上を目指している。まちカフェ、いきいき交流会、サロン、地域まつり、小学生高学年対象の認知症サポーター養成講座など地域と共に歩む、利用者一人ひとりの輝きを大切に、安全安心に過ごすことができるように管理者をはじめ全職員で取組んでいる。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目	取り組みの成果 ↓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	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、認知症になっても自己決定により自分らしく生きたいという願いや、生活リハビリを通して自立した生活が継続できるように考えながら行動しています。	法人理念「あなたらしさをいつまでも」を掲げ、利用者本位に基づいた生協10の基本ケアを定め、ケア指針として質の向上を目指し、多くの研修会や勉強会に参加してケアの実践に努めている。	
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	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、地域の行事に積極的に参加したり、毎年恒例のきらめき主催のお祭りでは毎年900人を超える参加があり、地域の方と触れ合える機会を設けています。	まちカフェ、いきいき交流会、サロン、まつりなど地域との関係も継続でき地域と共に歩んでいるが、事業所近隣住民との関わりが少ない。	近隣住民が気軽に出入りし、心配事、困り事など相談しやすい関係、また緊急時や災害時に協力体制が得られるような関係作りを期待したい。
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。		
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、利用者のサービス提供状況や、利用者・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。	2カ月に1回、併設事業所合同にて開催している。サービスの利用状況や事故の報告のほか、家族や地域の声などを説明し検討している。議事録も作成し、家族会にて報告している。出された意見や要望を運営に反映している。	
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。	運営推進会議に出席した広域連合職員、地域包括支援センター職員らと情報を共有し、連携を密にして相談しやすい関係が継続できている。	
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、虐待マニュアルがある。身体拘束委員会が中心になって部門ミーティング、身体拘束勉強会など研修を重ね、拘束ゼロを実施している。また玄関も夜間のみ施錠をしている。	

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
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利用者様が活用し、毎月1回支援員さんが来られています。また、利用者様の状態に合わせて、ご家族に青年後見人制度の説明を行っています。		
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、聞き取った声を職員間で共有し、活動に繋げています。	3ヶ月に1回、にこにこファミリーというミニ家族会を実施している。夏には、流しそうめんをして利用者、家族らに喜ばれた。利用者、家族からの意見や要望を聞き取りノートに記入し情報を共有、ケアに活かしている。	
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。	管理者は職員からの意見や提案が言いやすいような関係作りを保ち、ミーティングや個人面談にて聞き取りをし要望、アイデアも取り入れて運営や日々の業務に反映している。	
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11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。		
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	サービスを利用にあたり、利用者様の要望・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	利用者様の状況に合わせて、必要性を説明し、内容に関わる情報を提供していきます。		
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	利用者のできる事やしたい事、本人の想いを聞き、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	利用者様の状態・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と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。	家族や知人らの面会や馴染みの理容店、美容室への外出、遠方の娘や孫への手紙など地域社会や人間関係を把握し、今までの馴染みの関係を継続、維持できるよう支援している。	

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
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	入院中に退去が決定しても、ご家族の都合で入院中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、情報の提供を行っています。		
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、何気ない会話の中からご本人の想いを聞き出し記録に落とし情報を共有し、ニーズの把握を行っています。	利用者の声を聞く意識を持って声かけやコミュニケーションの機会を多く設け、表情、言葉から意向を把握し、何をしたいのか思いをくみ取り、職員間で情報を共有し話し合いをしている。	
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だし施設での生活に活かしていけるように情報を共有していきます。		
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	日々の変化や対応をカルテに記入し、状況に応じ日報や申し送りファイルに記載し、カルテを各自が確認できるようにしています。		
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。利用者様ごとに担当を決め、問題点の把握やプランに反映できるように経過を観察していきます。	利用者、家族の意向を踏まえて作成した介護計画について、担当者が毎月モニタリングを行い職員間で話し合い、問題点を確認している。ケア会議にて見直しをしている。	
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	カルテの個別記録を充実させて、プランの支援内容に繋げていきます。		

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
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実施してきた内容を(理髪店・友人との外出等)家族の協力を得ながら継続してもらっています。		
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。	家族同行にて今までのかかりつけ医を受診している。法人が実施しているくらしのサポートには受診同行サービスも含まれ、家族の負担軽減もできるようになっている。医師、家族、職員で書面にて情報を共有している。	
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、利用者様と訪問看護事業者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	利用者様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、主治医とご家族との話し合いの場を設け状況の変化に応じて、判断の確認を行っています。	事業所は利用者や家族の思いに沿って看取りを行っている。利用者、家族と話し合いを重ね、医師、看護師、職員がチームとして連携し緊急時でも対応できるようになっている。職員間でフォローし合い看取りの不安軽減につなげている。	
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	2ヶ月に1回のミーティングにて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。訓練時に地域の参加の声掛けは行っていますが毎回の参加にはいたっていません。次回は夜間時を計画しているので、地域への声掛けも行っていきます。	年2回消防署の指導のもと訓練を実施、避難マニュアル、連絡網も整っている。緊急時には近隣在住の職員は駆けつけるが、夜勤時の不安は大きく、地域の自警団に協力要請をしているが、近隣住民の協力体制が得られていない。	訓練やマニュアルによる勉強会など実施しているが、夜間職員の不安軽減や緊急時に備えて備蓄品の検討を期待したい。
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	新人職員のために、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、利用者様の自尊心を配慮し、声掛けを行っています。拒否のある利用者様に対し無理強いせず、時間を空けて関わる対応を行っています。	利用者一人ひとりに合わせ、ゆったり過ごせる時間を作り、排泄時や更衣時に利用者様の自尊心に配慮した声掛けを行い、個人の尊厳を尊重したケアに努めている。	
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	役割を毎日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。コミュニケーションをとりながら、利用者様の思いを聞き、それを外出行事に結びつけたり、プランに反映させたりしています。朝食は無理に寝ている方を起こさず、利用者様の希望に添えるよう時間をずらして食べていただいております。		
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	利用者様が自己決定で決めていただいた役割をそれぞれにいただき、役割を分担し負担軽減に努めています。昼食後にはお昼寝時間を設けていますが寝たくない方には要望に沿った活動を提供しています。利用者様それぞれに、一日の活動のメリハリを考えゆったり過ごせる時間も作っています。		
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利用者様に整容を声掛けています。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。		
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	昼・夜の味噌汁作りの時には自分が食べたい具材を選んで作っています。月に一回、何が食べたいかの要望を聞き、利用者様と職員と一緒に作っています。ご飯・味噌汁は毎回利用者様によそっていただき、夜のおかずの盛り付けの手伝いも確認しながら行っています。	同じテーブルにて職員と楽しく食事をしている。調理担当職員が休みの日は、職員と利用者と一緒に食べたいメニューを決め、買い物に行き調理している。毎食後、食器を洗ったり、おかずの盛り付けなど職員の見守りの下で継続して行っている。	
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、机の所にお茶を置き、いつでも飲めるようにもしています。また、温度や中身を利用者様の好みや状態に合わせています。メニューの内容や、嚥下状態に合わせて主治医と確認をとりながら、食事形態を考えています。		

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	口腔内の清潔必要性を適宜説明しています。利用者様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磨いてもらった後、職員が確認を行い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	ひとり一人の間隔や行動パターンに合わせて声掛けを行っています。また、日中夜間の状況に合わせてパンツやパットを使い分けています。	排泄チェックシートを活用しパターンを把握している。日中半数の利用者が布パンツで過ごし、全利用者がトイレにて自立排泄をしている。トイレ誘導時、耳元でさり気ない声かけを行っている。	
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	おやつにバナナやさつまいも・牛乳を提供したり、便秘傾向にある方の便秘の確認を行い、個別にも牛乳を提供しています。		
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	利用者様毎に入浴曜日を決めていますが入浴の順番や時間を確認しています。また、体調や気分に合わせて曜日の変更をおこなっています。浴室内に窓がないため、季節の風景紙を飾り、コミュニケーションをとるツールとして役立てたり、季節が分かるようにしています。	週2回、個浴にて利用者の入浴希望に合わせてゆったりと入浴している。頂いた柚子や菖蒲で柚子湯や菖蒲湯をするなど季節を感じ入浴を楽しんでいる。	
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	その日の体調や利用者様の状態、活動に合わせて適宜休息を声掛けています。夜間、なかなか入眠出来ない利用者様に対しては、ひとり一人に合わせた対応を統一し、気持ちが落ち着けるよう様子を確認して居室ベッドで休んでもらっています。		
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	担当職員が利用者様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。変薬があった場合も状態の変化を観察し、都度家族や主治医に報告し、対応の確認を行っています。		
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	日常生活で利用者様ごとの得意なことや出きることを共有し、他利用者様と協力して活動したり、職員がサポートを行っています。毎月行事を計画し、準備の段階で利用者様に協力をお願いすることもあります。		

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
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	計画を立てたり、利用者様の要望、その日の天気等で外出する機会を設けています。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。	行事予定の外出の他、利用者の希望により外食や買い物などに出掛けている。最近では国体の時に天皇皇后両陛下を見たいという希望があり、当日は沿道にて皆にこやかに旗を振った。	
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	お金の管理は困難であり、ご家族の了解を得て金庫で管理しています。お買い物の際は利用者様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利用者様がおられ、希望があるときには、職員と一緒に出しにい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	明るさや室温等、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、食事のにおいや、製作物の展示等、配置を考えています。	大きな窓からは温かい陽射しが入り、壁には手作りの季節が感じられる作品が飾られている。ソファでくつろぎ、料理の具材を切る音が聞こえたり、ご飯や味噌汁の匂いがしたり、ゆったりと過ごせる共用空間となっている。	
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わけ、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、見守りが必要な利用者様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سوとベットは施設側が準備していますが、基本制限はありません。設置可能な範囲でなじみの物を自宅から持参してもらおう願っています。	各々の居室は手作りの作品や家族の写真などを飾り思い思いの部屋となっている。利用者と職員で整理整頓や掃除タイムを設け、綺麗に片付けられ居心地が良く過ごせるようになっている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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	できること・できないこと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。		

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	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	平成 30年 11 月 1 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	平成30年11月26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10の基本ケアをケア指針として、利用者様の想いや自己選択・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、利用者様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、どうすれば「できるか」を考慮しています。出来ない部分は利用者同士が協力しあい役割が自然にもてるよう工夫しています。外出行事に関しては、利用者様からの声を反映させ出かけています。場合によっては、個別対応で出かけています。また、地域の繋がりとして、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、積極的に利用者様と参加を行っています。季節ごとに畑や、ベランダでプランターを使用しての花作り・農作業も実施しています。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じ

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している (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	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、認知症になっても自己決定により自分らしく生きたいという願いや、生活リハビリを通して自立した生活が継続できるように考えながら行動しています。	たんぼぼユニットと同じ	
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	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、地域の行事に積極的に参加したり毎年恒例のきらめき主催のお祭りでは毎年900人を超える参加があり、地域の方と触れ合える機会を設けています。	たんぼぼユニットと同じ	
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、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。		
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、利用者のサービス提供状況や、利用者・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。	たんぼぼユニットと同じ	
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。	たんぼぼユニットと同じ	
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。	たんぼぼユニットと同じ	

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
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利用者様が活用し、毎月1回支援員さんが来られています。また、利用者様の状態に合わせ、ご家族に青年後見人制度の説明を行っています。		
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、聞き取った声を職員間で共有し、活動に繋げています。	たんぼぽユニットと同じ	
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。	たんぼぽユニットと同じ	
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11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。		
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	サービスを利用にあたり、利用者様の要望・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	利用者様の状況に合わせて、必要性を説明し、内容に関わる情報を提供していきます。		
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	利用者のできる事やしたい事、本人の想いを聞き、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	利用者様の状態・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と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。	たんぼぼユニットと同じ	

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
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	入院中に退去が決定しても、ご家族の都合で入院中の 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 の提供を行っています。		
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、何気ない会話の中からご本人の 想いを聞き出し記録に落とし情報を共有し、ニーズの把握 を行っています。	たんぽぽユニットと同じ	
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情報をもらい、また、利用し てからもご本人から話を聞きだし施設での生活に活か していけるように情報を共有していきます。		
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	日々の変化や対応をカルテに記入し、状況に応じ日報 や申し送りファイルに記載し、カルテを各自が確認でき るようにしています。		
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。利用者様ごとに担当を決め、問題点の把握やプ ランに反映できるように経過を観察していきます。	たんぽぽユニットと同じ	
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	カルテの個別記録を充実させて、プランの支援内容に 繋げていきます。		

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	
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	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実施してきた内容を(理髪店・友人との外出等)家族の協力を得ながら継続してもらっています。			
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。	たんぽぽユニットと同じ		
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	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、利用者様と訪問看護事業者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	利用者様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、主治医とご家族との話し合いの場を設け状況の変化に応じて、判断の確認を行っています。	たんぽぽユニットと同じ		
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	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	2ヶ月に1回のミーティングにて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。訓練時に地域の参加の声掛けは行っていますが毎回の参加にはいたっていません。次回は夜間時を計画しているので、地域への声掛けも行っていきます。	たんぼぼユニットと同じ	
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	新人職員のために、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、利用者様の自尊心を配慮し、声掛けを行っています。拒否のある利用者様に対し無理強いせず、時間を空けて関わる対応を行っています。	たんぼぼユニットと同じ	
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	役割を毎日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。コミュニケーションをとりながら、利用者様の思いを聞き、それを外出事に結びつけたり、プランに反映させたりしています。朝食は無理に寝ている方を起こさず、利用者様の希望に添えるよう時間をずらして食べていただいております。		
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	利用者様が自己決定で決めていただいた役割をそれぞれにいただき、役割を分担し負担軽減に努めています。昼食後にはお昼寝時間を設けていますが寝たくない方には要望に沿った活動を提供しています。利用者様それぞれに、一日の活動のメリハリを考えゆったり過ごせる時間も作っています。		
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利用者様に整容を声掛けしています。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。		
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	昼・夜の味噌汁作りの時には自分が食べたい食材を選んで作っています。月に一回、何が食べたいかの要望を聞き、利用者様と職員と一緒に作っています。ご飯・味噌汁は毎回利用者様がよそっていただき、夜のおかずの盛り付けの手伝いも確認しながら行ってもらっています。	たんぼぼユニットと同じ	
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、机の所にお茶を置き、いつでも飲めるようにもしています。また、温度や中身を利用者様の好みや状態に合わせています。メニューの内容や嚥下状態に合わせて主治医と確認をとりながら、食事形態を考えています。		

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	口腔内の清潔必要性を適宜説明しています。利用者様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た後、職員が確認を行い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	ひとり一人の間隔や行動パターンに合わせて声掛けを行っています。また、日中夜間の状況に合わせてパンツやパットを使い分けています。	たんぽぽユニットと同じ	
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	おやつにバナナやさつまいも・牛乳を提供したり、便秘傾向にある方の便秘の確認を行い、個別にも牛乳を提供しています。		
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	利用者様毎に入浴曜日を決めていますが入浴の順番や時間を確認しています。また、体調や気分に合わせて曜日の変更をおこなっています。浴室内に窓がないため、季節の風景紙を飾り、コミュニケーションをとるツールとして役立てたり、季節が分かるようにしています。	たんぽぽユニットと同じ	
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	その日の体調や利用者様の状態、活動に合わせて適宜休息を声掛けています。夜間、なかなか入眠出来ない利用者様に対しては、ひとり一人に合わせた対応を統一し、気持ちが落ち着けるよう様子を確認して居室ベッドで休んでもらっています。		
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	担当職員が利用者様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。変薬があった場合も状態の変化を観察し、都度家族や主治医に報告し、対応の確認を行っています。		
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	日常生活で利用者様ごとの得意なことや出きることを共有し、他利用者様と協力して活動したり、職員がサポートを行っています。毎月行事を計画し、準備の段階で利用者様に協力をお願いすることもあります。		

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
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	計画を立てたり、利用者様の要望、その日の天気等で外出する機会を設けています。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じ	
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	お金の管理は困難であり、ご家族の了解を得て金庫で管理しています。お買い物の際は利用者様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利用者様がおられ、希望があるときには、職員と一緒に出しにい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	明るさや室温等、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、食事のにおいや、製作物の展示等、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わけ、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、見守りが必要な利用者様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	ダンスとベットは施設側が準備していますが、基本制限はありません。設置可能な範囲でなじみの物を自宅から持参してもらおうと考えています。	たんぽぽユニットと同じ	
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	できること・できないこと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。		