

## 地域密着型サービス外部評価結果報告書

社会福祉法人 福井県社会福祉協議会が実施した下記の事業所の外部評価の結果をご報告します。

この報告を貴事業所におけるサービスの質の向上に向けた取り組みの一助としてご活用いただき、地域における認知症等高齢者の生活・介護等の拠点として一層ご活躍されることをご期待申し上げます。

また、本報告書は、以下のような場面などでご活用ください。

- ・利用申込者またはその家族に対する重要事項等の説明
- ・事業所内の見やすい所への設置または掲示
- ・運営推進会議など関係者への説明

法 人 名	福井県民生活協同組合
代 表 者 名	竹生 正人
事 業 所 名	県民せいきょう金津きらめきグループホーム
評 価 確 定 日	2021/3/4

【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)		
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2年12月20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3年1月6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一人一人が自然に役割を持ってよう工夫しています。ご利用者の外出行事や日々の活動は朝の会を行う中で、「～したい」の声をひろい、毎日の活動に繋げています。場合によっては、個別対応で出かける場合もあります。地域活動については、4月に開所した施設であり、コロナ禍と重なる中でまだまだ物足りなさを感じているところではありますが、今後自由に活動出来るようになった際には、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に参加させて頂い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、職員で学びたい内容を年間計画を立て、1回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)】

当事業所は、新興住宅地の公園に隣接しており、系列法人の小規模多機能型居宅介護事業所が併設している。平屋の事業所入り口には、明るく開放的な交流スペースを設け、多目的に利用できるスペースとして活用している。また、地域の住民が散歩中に、学校帰りの生徒が気軽に立ち寄れるよう、道路側から直接入れるドアにも、地域交流の拠点と考えている様子がうかがえる。「その人らしさと、なじみの空間を大切にし、共に歩みます」の事業所理念を大切に、10の基本ケアを指針として、利用者の気持ちに一对一で寄り添い、やりたいことが出来るよう支援している。また、その人らしく自分でできる限り生活が送れるよう、共有スペースの机、椅子・介助テーブルなどに工夫をしている。4月に開所した事業所であり、コロナ禍の中研修、会議、地域交流、家族支援など、積極的に特色のある事業所づくりに努力している。

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)	○ 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勉強会を行っています。また、10の基本ケアをもとに1年間を通して、事例研究活動も行っています。	母体法人の理念と、職員で話し合っ決めて事業所独自の理念があり、トイレ、廊下などに掲示して職員が意識して行動できるようになっている。10の基本ケア、6つの基本方針で利用者支援を具体化している。	
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	あわら市避難訓練(9/27)に参加させて頂いたり、あわら市フードドライブ事業に参加(9/19)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いと思います。また、避難訓練時には地域の区長や民生員のご協力を得ています。	母体法人の福祉委員会とイベントを計画している。事業所の交流スペースを開放して地域住民と一緒に寄せ植え体験ができています。コロナ禍で、お祭りはできなかったが、自治会に加入して地域の人と交流でできる機会を持っている。	
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	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。認知症サポーター養成講座と生活支援の事業紹介、介護相談会などを計画をしていたが行えなかった、介護相談会は開催できませんでした。また、認知症サポーター養成講座では小学校にも出向いています。今年は金津きらめきから映像研修にて、ハーツ職員に認知症の知識と対応を学んで頂けるよう認知症サポーター講座を開催し、地域の方での貢献に努めました。		
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。	奇数月第3木曜日に定期的に開催している。家族の代表、民生委員、自治会長、広域連合職員、地域包括支援センター職員が参加している。報告、検討した内容は記録し、参加できなかった家族へ閲覧または、配布する方向で検討している。	
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ます。	地域包括支援センターや広域連合の職員とは運営推進会議開催時に連携を取っている。市とは申請書類提出時や電話で状況を伝え相談しやすい関係づくりをしている。	
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。	毎月身体拘束委員会やミーティング、会議でも、拘束しないケアを学び合っている。ベットの柵を工夫して、身体拘束をしないで、転落防止が出来るケアに取り組んでる。	

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・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ながら、日頃から意識をもって利用者に関われるように努力しています。		
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1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、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。	年1回家族にアンケートを実施し、結果は12月に集計し報告している。利用者にはその都度意向を聞いている。毎日家族が面会に来ているので、意見や要望を言いやすい関係づくりに努めている。	
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。	未経験の職員が多いため、管理者は毎日朝、夕勤務交代時、申送りの際に、話を聞く機会を設けている。職員が不安なく仕事が出る様、いつでも相談でき、話しやすい雰囲気づくりに努めている。	
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	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OJTTレーナーがつく制度があり、1カ月に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。		

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定期的に行い、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。		
<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。 ・今までの馴染みの美容室に通い続けたい(職員同行で出かけている) ・自宅と変わらず自分で食べる物は調理したい など		
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、生活の中での心身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、必要時には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	私たちは、利用者がその人らしい当たり前の生活を過ごすことが出来るよう、お手伝いをさせていただいています。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。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ます。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。		

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
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。	利用者や家族から馴染みの関係や場所を聞きとり、入所後もその関係が途切れないように、コロナ禍でも、多目的ホールを活用して、家族、友人と窓越しで面会できるよう支援している。	
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	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。		
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。 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。		
<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。	日頃から直接話しを聞いて、会話・態度・しぐさから利用者の意向を把握している。気づいたことは職員間で共有、利用者のその人らしさを引き出せるよう支援している。	
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るように職員間で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	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。	タブレット、携帯、パソコンでバイタル・食事・排泄・入浴等を職員が記録しており、ケアラボで総合的に管理している。パスワード入力で利用者の状況をいつでも確認することが出来る。また申し送りノートに日々の気づきを手書きで記入共有している。	絞り込んだケア目標が、実施できているか毎日チェックできるものを作成して、月ごとの評価、モニタリングにつなげることを期待したい。

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
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。 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	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。		
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。		
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。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。	利用者は入所前のかかりつけ医に受診している。週1から月1回家族が受診に同行している。かかりつけ医へ情報提供をしている。	
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	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。 事業所内の看護師に相談し、受診したところ、そのまま入院となりすぐ治療にとりかかれ、大事には至らなかった事も事例としてありました。 今後、必要に応じて、利用者や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います。(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。		

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
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。	10の基本ケアに、ターミナルケアをあげ取り組んでいる。日頃から職員間で話し合い、家族、利用者の意向をその都度確認している。	かかりつけ、訪問看護、協力医との医療連携を図り、重度化や終末期の支援が利用者、家族の意向に沿ってスムーズに取組めることを期待したい。
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為、職員会議にて職員1名が講師となり、手順の確認等を行い理解を深めました。		
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。また、実際に災害が発生したと想定した職場会議の中で机上トレーニングも行っている。	市の避難訓練に利用者に参加している。事業所内では、年2回火災を想定した避難訓練を実施している。管理者が中心となって机上によるトレーニングも実施し利用者が速やかに避難できるよう努めている。	
<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	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。	言葉遣い、声掛け、1対1の対応を心掛けており、利用者が何をしたいか、人格を尊重し対応している。同性介護に努めている。	
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。		

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
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	今の時期は外出が出来ない為、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。	母体法人で献立を決めているが、利用者から食べたいものの要望があれば、ユニット内で調理している。誕生日の手作りケーキ、行事食、テイクアウトをして食事を楽しんでいる。	
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。		
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・パットを使い分けています。	日中は利用者全員がトイレで排泄している。自立支援を考え、トイレの便器は座って足が床につき、前かがみ姿勢で排泄できる高さになっている。	
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ます。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。		

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
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、毎日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。また、季節風呂(菖蒲湯・柚子湯など)で入浴を楽しむ事もあります。	浴室は木の浴槽で、床は畳になっており、安全で気持ちよく入浴できるよう工夫している。水曜日以外はいつでも入浴可能となっている。週2回以上回数を決めず入浴できる。身体状態が変化しても変わらず浴槽に出入りできる工夫をしている。	
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られる方もいます。寝つきの悪い方には、寄り添い、添い寝をすることで落ち着く日もあります。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ありません。眠くなるまで好きな事をして過ごして頂く事が多いです。		
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。	年中行事は計画しているが、その日の状況に合わせて、利用者のやりたいことを決めて支援している。できるだけ外出できるよう、事業所前の公園を利用したり、歩いてスーパーに買い物に行くことが出来る環境である。	

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
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る方がほとんどです。実際に買い物をして支払う時には、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。		
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。 廊下には、その季節の貼り絵や塗り絵などを掲示したり、季節にちなんだ制作物を作る事で季節感を感じられるようにしています。	共用空間は大きな窓から採光と、田園風景が望むことができ、心地よい空間となっている。プランターで野菜を育てているテラスで季節を感じることができる。共用空間の椅子は利用者に合った高さに工夫している。	
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、自宅に使っていた座椅子やテレビ台、時計などを持ってきてられる方もおられます。	居室内にはタンス、ベッド、洗面台を備え付けている。部屋は畳敷きかフローリング、ベットかふとんを選択できる。自宅から使い慣れた家具、思い出の品物を持ち込むこともできる。	
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	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)		
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2年12月20日	評価結果	市町村受

※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3年1月6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)】

アップルと同じ

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「あなたらしいついでも」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1年間を通して、事例研究活動も行っています。	アップルと同じ	
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	あわら市避難訓練(9/27)に参加させて頂いたり、あわら市フードドライブ事業に参加(9/19)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、地域の方との交流を図っていききたいと思います。また、避難訓練時には地域の区長や民生員のご協力を得ています。	アップルと同じ	
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。認知症サポーター養成講座と生活支援の事業紹介、介護相談会などを計画をしていたが行えなかった、介護相談会は開催できませんでした。また、認知症サポーター養成講座では小学校にも出向いています。今年は金津きらめきから映像研修にて、ハーツ職員に認知症の知識と対応を学んで頂けるよう認知症サポーター講座を開催し、地域の方での貢献に努めました。		
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逃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・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ながら、日頃から意識をもって利用者に関われるように努力しています。		
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1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、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。	アップルと同じ	
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	生協独自のグロウ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。		

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。		
<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。 ・今までの馴染みの美容室に通い続けたい(職員同行で出かけている) ・自宅と変わらず自分で食べる物は調理したい など		
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、生活の中での心身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、必要時には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	私たちは、利用者がその人らしい当たり前の生活を過ごすことが出来るよう、お手伝いをさせていただいています。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。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ます。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。	アップルと同じ	

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。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。		
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。必要に応じて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。		
<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。	アップルと同じ	
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	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
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。 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	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。		
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。		
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。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。	アップルと同じ	
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。 事業所内の看護師に相談し、受診したところ、そのまま入院となりすぐ治療にとりかかれ、大事には至らなかった事も事例としてありました。 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。		

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
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。	アップルと同じ	
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	今年コロナから消防の依頼をする事が出来なかった為、職員会議にて職員1名が講師となり、手順の確認等を行い理解を深めました。		
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。また、実際に災害が発生したと想定した職場会議の中で机上トレーニングも行っている。	アップルと同じ	
<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	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、職員の意味で生活がすすむ事がないよう努力しています。		

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
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。	アップルと同じ	
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、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・パットを使い分けています。	アップルと同じ	
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ます。 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、毎日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。また、季節風呂(菖蒲湯・柚子湯など)で入浴を楽しむ事もあります。	アップルと同じ	
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られる方もいます。寝つきの悪い方には、寄り添い、添い寝をすることで落ち着く日もあります。 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ありません。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。		
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。		

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。 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	お金の管理は困難な方が多く事務所金庫にてお預かりしている方がほとんどです。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。		
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。 廊下には、その季節の貼り絵や塗り絵などを掲示したり、季節にちなんだ制作物を作る事で季節感を感じられるようにしています。	アップルと同じ	
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ものを活かし、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できるようにしています。		