

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	理事長 松宮幹雄
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	2025/3/12

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7年1月4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7年2月3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う部分はどのように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受けたり、きらめきのある古町区のサロンの依頼を受けています。毎年、あわら市の文化祭にも利用者と一緒に参加し活動の中で作成した物の販売などを行いながら、利用者と職員とが地域と繋がる機会、また、利用者が社会参加出来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、閑静な住宅地に位置し、近くには県立金津高校、銀行、ドラッグストアや飲食店がある。隣接している大規模な公園は利用者の散歩コースになっており四季折々の季節を楽しむことができる。建物内に小規模多機能型居宅介護施設を併設し、中央にはコミュニティスペースを設けて運営推進会議や地域住民との交流など多目的に活用している。事業所の活性化やPRのため、イベントを企画し、自治会を通じて案内チラシを全戸に配布し、高齢者から子供まで地域住民に楽しんでもらっている。事業所内の研修の他、母体法人のグループホーム6施設を交代で体験実習することで、ケアのさらなる向上に努めている。職員は、利用者の思いに寄り添い、すぐに対応することを一番に考え、利用者のできることが続けられるように支援をしている。

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 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	
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	せいぎょうの理念の「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などで勉強会を行っている。1年間を通して、事例研究活動にも取り組んでいる。メンバーは全員参加し、年に1回組織内で事例研究の発表会も開催し他事業所と共有出来る場がある。	母体法人の理念を基に、職員で意見を出し合い決めた事業所の理念がある。1年毎に方針を決め、今年度の目標を振り返り、次年度目標と重点テーマを決めている。職員全員で理念を共有し、日々の実践をととして具体化する意識付けを行っている。		
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回担当させて頂き3年目となった。年間21回のサロンをお受けし、職員が交代でサロンに出向いている。また、古町区のサロンも年に3回お受けし好評の声を頂いている。今年は新たな区からの依頼もお受けした。市の開催する避難訓練・奉仕作業(草むしり、神社清掃)・フードドライブ事業に参加しながら、地域の方とつながる事が出来る機会を設けている。	今年度は「地域とのつながり」をテーマに活動している。3地区のサロンの担当、認知症サポーター養成講座の開催、市の行事への参加など、地域におけるケアの拠点として機能している。		
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	今年度は認知症サポーター養成講座を6回予定しており、すでに4回は終了し、地域住民や学生に認知症の理解を進める活動を積極的に行っている。			
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する中で、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。今年はコロナも5類に移行となり、施設見学会や、事例研究の発表会などを運営推進会議にて行う事で施設内での取り組みを知っていただける時間を設けた。	運営推進会議のメンバーとして家族が毎回参加している。事業所の取組みを理解してもらうため、事業報告の他に事例研究会の動画の視聴や施設内見学を行い、改善点や課題を話し合っている。		
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に取り組んでいる	広域連合担当者、あわら地域包括支援センター担当者も運営推進会議に参加して頂いており、不明な点の確認や情報の共有・相談を行っている。また、対応困難時などは都度相談出来る関係がある。	市からの委託事業を月2回実施しており、日頃から市町村や介護保険広域連合と連絡を取り合い、いつでも相談できる関係を築いている。		
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	定期的に身体拘束防止委員会を開催し、身体拘束の学習会や、事例などをもとに意見交換会などを行っている。その内容を職場会議にて報告している。日頃から身体拘束ゼロを実施している。	日中は玄関、中庭に鍵をかけていない。利用者の出入りはセンサーとカメラを設置して確認し、安全面に配慮しながら利用者が自由な暮らしができるように支援している。		
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	定期的に虐待防止委員会開催を行っている。職場会議で、身体拘束・虐待防止の学習会も開催し、不適切ケアの事例を出しあいながら論議をするなど日頃から意識して利用者と関わるようにしている。また、日頃の業務の中で不適切発言などが見られた場合にはお互いに注意し合えるような関係性作りに取り組んだり、都度職員には声掛けを行っている。			

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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取り組んでいる	管理者(兼計画作成者)は、学ぶ機会があり理解しているが、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	契約説明後には、意見や要望、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。適宜必要事項に関して家族に連絡し、説明を行っている。		
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	玄関入口には利用者の声ポストを設置し、意見をお聞きしている。面会時などはご家族と積極的に会話をし意見や要望などをお聞きするよう努めている。頂いたお声に関しては、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。また、年1回利用者満足度アンケートを実施し、頂いたお声をサービスに反映している。	家族会の開催を予定しており、事業所の取組みの説明、事例発表、食事会を企画している。アンケート調査にQRコードを活用したことで回収率が上がっている。インスタグラムの活用で家族からの意見・要望が増えている。	
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にて共有、事業所の計画進捗状況を月1回の職場会議で報告している。月1回の職場会議、年1回の事業所別の方針検討会議や、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。	職員の意見や提案については毎日のミーティング・申し送りで話し合っている。気付いたことは口頭やタブレットに入力して共有している。母体法人で実施しているアイデア提案制度では、様々な提案や支援方法が出され、職員の意欲向上につながっている。	
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。また、研修計画書を用いて、一年間の目標を個人で掲げ、研修など積極的に受講出来るようにしている。		
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	外部研修に関しては都度案内を行い、参加者を募ったり、積極的な研修受講を促す事もある。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。新規採用の職員にはOJTトレーナーを配置し、1ヵ月に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ヵ月)日頃の業務の中でも分からない事は質問し学びあえる風土がある。		
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開催し、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。他拠点のグループホームと7職員を1日間交代で体験する交換実習の制度があり、毎月職員が参加する事で、他拠点の好事例などを学ぶ機会となっている。		

自己 外部	項目	自己評価		外部評価	
		実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容	
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・想いと今の状況を聞き取りながら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。		
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	相談や見学の機会を設け、困っていること・不安なこと解消するよう努めている。また、入居時には希望や望む生活などをお聞きしている。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。		
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、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、その際には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対応している。面会に来られた際は、ご家族との会話の機会を持ち、ご家族の思いも聞くようにしている。2024年度からは、施設便りの発行も行う事が出来、ご家族に見ていただく事が出来た。(四半期に一回)		
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	面会・外泊・外出においては、規制なく積極的に行っている。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ている。通っていた食堂に出かけ、久しぶりの再会を喜ばれたり、利用者の県外に住む友人から定期的に電話がかかり、会話を楽しまれている方もいる。	利用者から馴染みの場所を聞き取り、入所前に毎日通っていた飲食店へ行くことができ、お店の人と再会を喜ぶなどしている。地域の行事に参加するなど、地域との継続的な交流が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	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、職員が間に入りコミュニケーションを円滑にすすめることもある。		

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
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	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る。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	契約時にご本人とご家族に意向の確認を行っている。ご家族に本人の今まで興味のある事や、趣味、日課などを記入してもらいシートも活用している。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。	意思疎通が困難な利用者へは、今までの生活履歴シートを参考に話しかけ、発せられる言葉や表情から思いを汲み取っている。利用者がその人らしさを出せるように、家族を交えて検討している。	
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	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、課題の把握を計画作者者、ケアマネ、本人、家族と共有しプランに反映できるように努めている。	計画作成担当者や家族、利用者、ケアマネジャーが話し合い介護計画を作成している。モニタリングは毎月実施し、日々の関わりで気付いたことや家族からの要望を取り入れて、計画の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	電子カルテに日々の様子や活動の記録を写真で残し、職員間で情報共有をしながら、支援を行い、必要時には計画の見直しを行っている。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、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	利用者からの要望に職員で行える事は行い、グループホームだからこそ出来る事を大切に日々のケアに当たっている。職員と利用者として外食に行ったり、季節の花を見に出かけたり、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、入居してから出来ないではなく、入居後も出来る方法を話し合いながら今後も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。		
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し、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、ほとんどのご家族さんが受診対応して下さいに上往診対応の方もおられる。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。	利用者は、入所前のかかりつけ医に、家族が同行して受診している。受診時には事業所からの情報提供書を家族が持参している。職員が同行して、日頃の様子や変化をかかりつけ医に直接伝えることもある。	
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、受診の有無や対応の相談などを行っている。		
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。また施設に戻られてからも対応などで迷う事があればかかりつけ医に連絡し、指示を仰ぐなどの協力体制が取れている。		
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)	母体法人のケア方針「10の基本ケア」にターミナルケアについて明記しており、看取りの研修を年1回実施している。利用者を最期まで看たいとの思いから、事業所で、できないことは家族に説明し、随時意向確認をしながら取り組んでいる。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	年1回は研修を実施し、全職員が緊急時対応講習を受講し、緊急時の対応を学ぶことが出来た。		
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	災害時を想定して食事の訓練も開催する事が出来た。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、近隣に住む職員に電話をかけ、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。地域の方も参加して頂いている。	今年度の災害時訓練では、停電を想定し、カセットコンロで非常食を調理し、利用者と一緒に食べている。訓練後には反省会で意見交換を行っている。	災害対策は実践に結び付け計画的に実施しているが、災害時に誰が何を担当するかの役割分担と体制を明確にし、地域住民との協力体制を強化することを期待する。

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
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。ケアに対して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、言葉遣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。	母体法人が接遇マナーのマニュアルを整備し定期的に研修を行い、職員は利用者の気持ちを大切にしたりさり気ないケアを心がけている。事例検討会、コンテスト、マスター選任等のシステムがありレベルアップを図っている。	
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「○○したい、○○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QOLの向上を目指している。		
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ながら、職員の意思で生活がすすむ事が無いよう対応している。また、希望を伝えられない方には、今までの生活歴などを参考にしながら職員間で話し合い、ケアに繋げていけるよう対応している。		
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。更衣に関しても、居室のタンスから自身で衣類を選べる環境を整えている。季節に合わない格好をされている時には、声掛けし、職員と一緒に選び直すなどの対応を行っている。美容室は、これまで通っていた美容室に通い続ける方もおられる。		
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	厨房職員の配置は無し。職員と一緒にキッチンに立ち、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。食べたい物を聞き、それを実現出来るよう食事に取り入れている。	食事の楽しみの支援として、行事食が月1～2回、外食、出前、誕生会、週1回のハーツ便での買い物など、利用者が選んで食べる機会を設けている。2・3名でテーブルを囲んで楽しく食事できるように工夫している。	
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	電子カルテに毎日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。2024年度は、記録の書き方についての学び合い研修も開催した。		
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	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満足に磨けない方や、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
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。	現在、排泄で自立している利用者は6名、紙パンツにパット使用者は12名、夜間のみオムツ使用者は1名である。トイレでの排泄を基本に支援している。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	便秘だから下剤で対応ではなく、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	必ず週2回は入浴して頂いてる。お声掛けし、時間や曜日ご本人の体調や希望も考慮しながら対応している。タオルの代わりに万が一転倒してもやさしく、座って洗える腐らない量の使用、入浴動作時に屈んでも頭がぶつからない、手で持てる湯船の縁のつくり、移乗介助ができる移乗台と移乗するスペースの確保を十分に行った設計の浴室となっている。	入浴日を記入したプレートで利用者は自分の入浴日と時間を確認し、希望で日時の変更もできる。浴室は和風で畳張り、ヒノキの個浴槽で、ゆったり安全に入浴できるよう工夫している。	
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れる方も多い。また、夜間熟睡出来ない場合は日中の過ごし方を改善しながら夜間良眠出来るよう努めている。		
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と情報共有を行っている。また、受診時には、日々のケース記録を持参していただき、主治医と情報共有を行うよう努めている。		
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い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。		
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	面会や外出・外泊については制限なく行う事が出来ている。職員と利用者との会話の中で行きたい場所などを聞き、実際の外出に繋げ満足度の向上に繋がついている。また、希望をご家族に伝えて協力していただく事もあった。2024年度は、カラオケ、紅葉、買い物、外出など新たに外かけた場所も増えた。また、施設前には大きな公園があり、天気の良い日には屋内で閉じこもる事がないように散歩の声掛けを行う事もある。	利用者は行きたい所へ出かけられる。近所であれば何時でもすぐ歩いて出かけることができる。月1回は外出企画がある。ドライブ・買い物・外食・カラオケ・花見などで車を使用した外出の機会を増やしている。利用者の希望に沿った支援に取り組んでいる。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	普段は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欲しい物を購入出来る環境がある。		
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	携帯電話の所持も自由で、また、ご本人から電話したいと希望がある時には、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。		
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、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、ユニット毎に区切らずワンフロアで使用している。施設の中心に中庭があり、大きな窓から季節を感じられる。広々として全体的に明るく清潔感がある。	
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る。席配置は固定せずに過ごしたい場所で過ごして頂いている。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るが、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、自宅で使っていた椅子やテレビ台、時計などを持ってこられている。	居室はフローリングと畳の部屋があり、ベッドを使用しないで布団で寝ている利用者もいる。室内には好みの物を持ち込むことができ、写真・作品・趣味の物で利用者がその人らしく居心地よく生活できるように配慮している。	
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、出来る事と職員の支援が必要な部分を共有し、職員間で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7年1月4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7年2月3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う部分は、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受けたり、きらめきのある古町区のサロンの依頼を受けています。毎年、あわら市の文化祭にも利用者と一緒に参加し活動の中で作成した物の販売などを行いながら、利用者と職員とが地域と繋がる機会、また、利用者が社会参加出来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)】

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. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々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	
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などで勉強会を行っている。1年間を通して、事例研究活動にも取り組んでいる。メンバーは全員参加し、年に1回組織内で事例研究の発表会も開催し他事業所と共有出来る場がある。	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回担当させて頂き3年目となった。年間21回のサロンをお受けし、職員が交代でサロンに出向いている。また、古町区のサロンも年に3回お受けし好評の声を頂いている。今年は新たな区からの依頼もお受けした。市の開催する避難訓練・奉仕作業(草むしり、神社清掃)・フードドライブ事業に参加しながら、地域の方とつながる事が出来る機会を設けている。	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	今年度は認知症サポーター養成講座を6回予定しており、すでに4回は終了し、地域住民や学生に認知症の理解を進める活動を積極的に行っている。			
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する中で、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。今年はコロナも5類に移行となり、施設見学会や、事例研究の発表会などを運営推進会議にて行う事で施設内での取り組みを知っていただける時間を設けた。	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に取り組んでいる	広域連合担当者、あわら地域包括支援センター担当者も運営推進会議に参加して頂いており、不明な点の確認や情報の共有・相談を行っている。また、対応困難時などは都度相談出来る関係がある。	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	定期的に身体拘束防止委員会を開催し、身体拘束の学習会や、事例などをもとに意見交換会などを行っている。その内容を職場会議にて報告している。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	定期的に虐待防止委員会開催を行っている。職場会議で、身体拘束・虐待防止の学習会も開催し、不適切ケアの事例を出しあいながら論議をするなど日頃から意識して利用者に関わるようにしている。また、日頃の業務の中で不適切発言などが見られた場合にはお互いに注意し合えるような関係性作りに取り組んだり、都度職員には声掛けを行っている。			

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	契約説明後には、意見や要望、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。適宜必要事項に関して家族に連絡し、説明を行っている。		
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	玄関入口には利用者の声ポストを設置し、意見をお聞きしている。面会時などはご家族と積極的に会話をし意見や要望などをお聞きするよう努めている。頂いたお声に関しては、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。また、年1回利用者満足度アンケートを実施し、頂いたお声をサービスに反映している。	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にて共有、事業所の計画進捗状況を月1回の職場会議で報告している。月1回の職場会議、年1回の事業所別の方針検討会議や、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、事業所で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。また、研修計画書を用いて、一年間の目標を個人で掲げ、研修など積極的に受講出来るようにしている。		
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	外部研修に関しては都度案内を行い、参加者を募ったり、積極的な研修受講を促す事もある。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。新規採用の職員にはOJTトレーナーを配置し、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ヵ月)日頃の業務の中でも分からない事は質問し学びあえる風土がある。		
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開催し、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。他拠点のグループホームと7職員を1日間交代で体験する交換実習の制度があり、毎月職員が参加する事で、他拠点の好事例などを学ぶ機会となっている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価		
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容	
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・想いと今の状況を聞き取りながら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。			
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	相談や見学の機会を設け、困っていること・不安なこと解消するよう努めている。また、入居時には希望や望む生活などをお聞きしている。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。			
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、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、その際には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対応している。面会に来られた際は、ご家族との会話の機会を持ち、ご家族の思いも聞くようにしている。2024年度からは、施設便りの発行も行う事が出来、ご家族に見ていただく事が出来た。(四半期に一回)			
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	面会・外泊・外出においては、規制なく積極的に行っている。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ている。通っていた食堂に出かけ、久しぶりの再会を喜ばれたり、利用者の県外に住む友人から定期的に電話がかかり、会話を楽しまれている方もいる。	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、職員が間に入りコミュニケーションを円滑にすすめることもある。			

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
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	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る。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	契約時にご本人とご家族に意向の確認を行っている。ご家族に本人の今まで興味のあることや、趣味、日課などを記入してもらいシートも活用している。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。	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、課題の把握を計画作者、ケアマネ、本人、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	電子カルテに日々の様子や活動の記録を写真で残し、職員間で情報共有をしながら、支援を行い、必要時には計画の見直しを行っている。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、その時々にも生み出されるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	利用者からの要望に職員で行える事は行い、グループホームだからこそ出来る事を大切に日々のケアに当たっている。職員と利用者として外食に行ったり、季節の花を見に出かけたり、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、生きがいに繋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、入居してから出来ないではなく、入居後も出来る方法を話し合いながら今後も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。		
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、ほとんどのご家族さんが受診対応して下さいに往診対応の方もおられる。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、受診の有無や対応の相談などを行っている。		
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。また施設に戻られてからも対応などで迷う事があればかかりつけ医に連絡し、指示を仰ぐなどの協力体制が取れている。		
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	年1回は研修を実施し、全職員が緊急時対応講習を受講し、緊急時の対応を学ぶことが出来た。		
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	災害時を想定して食事の訓練も開催する事が出来た。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、近隣に住む職員に電話をかけ、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。地域の方も参加して頂いている。	オレンジユニットと同じ	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。ケアに対して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、言葉遣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。	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QOLの向上を目指している。		
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ながら、職員の意思で生活がすすむ事がないよう対応している。また、希望を伝えられない方には、今までの生活歴などを参考にしながら職員間で話し合い、ケアに繋げていけるよう対応している。		
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。更衣に関しても、居室のタンスから自身で衣類を選ぶ環境を整えている。季節に合わない格好をされている時には、声掛けし、職員と一緒に選び直すなどの対応を行っている。美容室は、これまで通っていた美容室に通い続ける方もおられる。		
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	厨房職員の配置は無し。職員と一緒にキッチンに立ち、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。食べたい物を聞き、それを実現出来るよう食事に取り入れている。	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	電子カルテに毎日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。2024年度は、記録の書き方についての学び合い研修も開催した。		
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	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満足に磨けない方や、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
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	便秘だから下剤で対応ではなく、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ず、個々にそった支援をしている	必ず週2回は入浴して頂いている。お声掛けし、時間や曜日ご本人の体調や希望も考慮しながら対応している。タイルの代わりに万が一転倒してもやさしく、座って洗える腐らない畳の使用、入浴動作時に屈んでも頭がぶつからない、手で持てる湯船の縁のつくり、移乗介助ができる移乗台と移乗するスペースの確保を十分に行った設計の浴室となっている。	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、夜間熟睡出来ない場合は日中の過ごし方を改善しながら夜間良眠出来るよう努めている。		
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と情報共有を行っている。また、受診時には、日々のケース記録を持参していただき、主治医と情報共有を行うよう努めている。		
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い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	面会や外出・外泊については制限なく行う事が出来ている。職員と利用者との会話の中で行きたい場所などを聞き、実際の外出に繋げ満足度の向上に繋がっている。また、希望をご家族に伝えて協力していただく事もあった。2024年度は、カラオケ、紅葉、買い物、外出など新たに外かけた場所も増えた。また、施設前には大きな公園があり、天気のいい日には屋内で閉じこもる事がないように散歩の声掛けを行う事もある。	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	普段は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欲しい物を購入出来る環境がある。		
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	携帯電話の所持も自由で、また、ご本人から電話したいと希望がある時には、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。		
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、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。席配置は固定せずに過ごしたい場所で過ごして頂いている。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	ダンスとベッドは施設側で用意をしているが、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。	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、出来る事と職員の支援が必要な部分を共有し、職員間で対応が統一できるようにしている。		