

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	0191500099		
法人名	社会福祉法人 きずな会		
事業所名	グループホーム きずなⅡ ユニット1		
所在地	二海郡八雲町立岩55番地36		
自己評価作成日	平成25年1月31日	評価結果市町村受理日	平成25年4月1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)】

私どもグループホームきずなⅡでは、昨年より「地域とのつながり」を目標に掲げ取り組んできました。今年度においては、町内会・事業所双方の行事等に参加するだけでなく、利用者様、ご家族様、地域の方や職員が協力して行事を行なうことができ、また、避難訓練においても町内会から多数の人が参加してくれました。事業所としても地域の皆さんに頼ってばかりではなく、地域の憩いの場や災害時の避難場所の提供を含めて、相互の協力関係が築けるように今後も事業所自体が地域の一人として日常的に交流が持てるよう更なる努力を続けていきたいと思います。

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	http://www.kaigokensaku.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JigyosyoCd=0191500099-00&PrefCd=01&VersionCd=022
-------------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人北海道社会福祉協議会		
所在地	〒060-0002 札幌市中央区北2条西7丁目1番地		
訪問調査日	平成25年2月20日		

【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)】

広々とした乳牛の放牧場が点在する道内屈指の酪農地帯である八雲町に、4年前に設立された当事業所は、ショートステイ専用事業所と併設している。また、障害者グループホームと高齢者下宿が隣接しており、夏祭りや災害訓練などを合同で実施している。理事長を筆頭に管理者・職員は外部評価結果を真摯に受け止め、常時改善に向けて取り組み、サービスの質の向上に努めている。行政の高齢者福祉事業の支援体制づくりへの協力と、要支援者支援プランに事業所を避難場所として提供する事を表するなど、町内会との連携もまた密接に行われている。町内の絵手紙サークルの作品や絵画を展示している「きずな画廊」は地域の方からのアイデアで実現し、季節に合わせて作品を交換している。利用者の目線に合わせた展示は、地域住民によるボランティアであり、同様に浴槽に取り付けられた頑丈な手すりもボランティアの工夫によるものである。「蕎麦同好会」の実演と利用者との会食が定期的を実施されており、地域との交流が積極的に行われている。管理者と職員は利用者がこの地で、その人らしく安心して暮らせるよう意識した支援に邁進している事業所である。

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		項目	取り組みの成果	
	○	↓該当するものに○印		○	↓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、活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、安心して暮らさせている(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			

自己評価及び外部評価結果

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	「穏やかで楽しい尊厳ある暮らし」「その人らしいあたりまえの暮らし」を基本理念に掲げ、日々実践できるよう職員全体で取り組んでいる。	管理者、職員は地域密着型サービスの意義を踏まえた理念を共有し、利用者が地域の中でその人らしく安心した生活の継続を主眼としたサービスの提供に取り組んでいる。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	今年度より、事業所の各行事に参加していただくだけではなく、ボランティアとして利用者様や職員と協力して行事を開催しており、日常的に交流ができています。	サランベ公園のお花見では、町内会の方々により車の移動やテーブル運び、おにぎり作りの手伝いがあり、夏祭りや敬老会には、地域の方々が大勢訪れている。また、町内外のボランティアの訪問もあり、地域との交流は盛んである。	
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	町内会の行事への参加や、事業所行事での交流を通じて認知症の人としてではなく、地域住民の一員として受け入れていただいている。事業所としても町内の交流の場や、避難場所等の提供ができるよう、町内会の方と協議している。		
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	今年度においては、2月に第一回を開催予定であるが、開催回数が少ない状態である為、今後の課題として地域の特性(農繁期等)を考慮しながら開催回数を増やしていきたいと考えている。	運営推進会議は、今年度1回も開催には至っていない。	運営推進会議による話し合いは、改善課題の把握や事業所理解及び支援の要請など、利用者サービスの向上につながるものとなることから、自己評価を活かし開催されることを期待する。
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	利用者様の利用開始依頼や運営上の相談、介護保険の更新など、常に連携を取り、良好な関係を築けるよう努めている。	町の保健福祉課による、高齢者福祉事業に関わる町内全ての事業所を対象とした書式の統一や、情報の開示などを含んだ支援体制づくりに協力しており、連携に努めている。	
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「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	職員全員が身体拘束廃止委員会の委員となり、月1回の委員会において、普段の取り組み等を報告・検討し身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束廃止委員会を設置し、マニュアルを参考に勉強会を実施している。自傷行為が重度化した利用者があり、失明のおそれがあるとの医師の判断により家族に説明し、同意書に記名捺印の承諾を得て、短時間ミトンを使用している。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	月1回の委員会を開催し、虐待防止についての話し合いを行ったり、外部研修に参加した職員が講師となり内部研修を実施し虐待について学ぶ機会を設けている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	管理者については道南成年後見人講座に参加しており、制度を理解し必要性に応じ活用できるように備えている。 また、今年度においては、マニュアルを作成し制度の理解と活用に努めている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、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	相手の立場に立って、十分に時間を掛けて説明ややり取りを行い、利用者様やご家族様が不安や疑問点が無いように努めている。		
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並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	家族の来訪時に利用者様の暮らしぶり等を報告し意見や要望を伺っている。また、今年度より個別の様子をまとめた「きずな通信」に変更し、担当職員からのメッセージ及びアンケートを同封し意見表出に努めている。	家族の意見や苦情は管理者が窓口となり、表出された課題をオープンにして職員全員で改善に取り組み、家族には報告書で回答をしている。遠方の家族とはホームページで情報を交換し、意見の聴取に努め運営に反映させている。	
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	職員からの意見や提言については、書面で提出してもらい、全法人職員が集まる勉強会にて事業計画を発表するとともに提出された案件についても検討し運営に反映させている	職員の意見や提案を年1回、理事長に届けるシステムを構築しており、課題は年度末に法人内勉強会で検表するとともに提出された案件についても検表し、改善に取り組んだり次年度の事業計画に反映させている。	
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	今年度においては、夜勤職員の休息を考慮し、休憩室にて十分な仮眠・休息が取れるよう夜勤業務の見直しとベッド及び寝具の購入。また、休憩とは別にシャワーを浴びる時間を設け、夜勤による職員の疲労が軽減できるように努めている。		
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	全職員が法人内外における研修を受ける機会を作っている。また、年次計画を立て認知症実践者研修及び管理者研修を受講するとともに、内部研修においては八雲総合病院から講師を招き、介護技術向上に努めている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	八雲町包括支援係が開催している地域ケア会議に参加させていただき、各事業所とのネットワーク作りや勉強会、意見交換等の活動を通してサービスの質を向上させるよう取り組んでいる。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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 サービスの利用を開始する段階で、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	入居相談で利用者様の状況を把握し、ご家族様等と情報交換を行い、フェースシートの作成の際には、利用者様の悩みや要望、生活暦などを情報として記載し、慣れ親しんだ生活が出来るよう努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	入居相談時から利用時まで必要に応じ、御家族様から困っていること、不安なこと、要望などに随時対応できるように努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	利用をする段階において、本人やご家族様等の情報をもとにアセスメントをとり、暫定的なケアプランを作成し、必要としているサービスが提供できるように努めている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	調理や洗濯、掃除など、一人ひとりの能力に合わせて取り組みを行なっている。冬季間には職員と一緒に雪かきなど介護される一方の立場にならないように努めている。		
19		○本人を共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	利用者様が不安や寂しさを訴えた場合や、そのシグナルを感じ取った時には、ご家族様に面会をお願いしたり、自宅にて面会できる機会が作れるよう支援し、共に支えていく関係が築けるよう努めている。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	「自宅を見てみたい」と希望する利用者様に対しては、ご家族様に協力を仰ぎ、一緒に自宅で過ごす時間を作っていたり、在宅時に育てていたお花畑を見に外出したり、隣人宅への訪問や、馴染みの理髪店の継続利用等を通じて関係が途切れないよう支援している。	利用者の希望で、以前住んでいた所に出掛けたり、馴染みの美容室への送迎や手紙の代筆、電話の取継ぎなど、関係継続の支援をしている。	
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、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	利用者様の性格や生活暦等を把握し、利用者様の仲を取り持ち、話題等を提供するなど、一人ひとりが孤立しないように利用者様同士が関わり合いを持てるように支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	サービス利用が終了した利用者様であっても、病院へのお見舞いや、必要物品の提供等を含め、継続的に関わりを必要とされる利用者様や、ご家族様に対し相談や支援等の関係を継続している。		
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	利用者個人の基本情報シートを作成し、本人の介護に対する意向や思いを介護計画をはじめとした関係書類に明記し、職員に周知共有できるように努めている。	基本情報シートで本人の意向をアセスメントし、家族からの情報を得ながら、利用者の生活歴の把握に努めており、一人ひとりに合った思いや暮らし方の支援をしている。	
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	フェースシートにセンター方式の一部を取り入れ、これまでの生活歴や馴染みの暮らし方を本人やご家族様等から情報として提供していただき、サービスに活用できるよう努めている。		
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	日常生活の中で、一人ひとりの状態を観察するとともに、アセスメントチャート表や日課計画表等のツールを活用し、有する力等の現状の把握に努めている。		
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	各利用者様の担当職員が作成したモニタリングを基に介護計画原案を作り、担当者会議を実施し、関係者と協議しながら介護計画を作成している。	家族からの要望や担当職員が作成した記録、主治医の意見などを取り入れた介護計画原案を基に担当者会議で協議し、センター方式の一部を利用して現状に合った介護計画を作成している。	
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	評価については、「総括」とした評価内容のコピーを個人記録に貼付し、日常介護サービスの中で職員が振り返りや、介護計画を意識したサービス提供が行なえるよう工夫している。		
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	入所当初、お世話になった方へ挨拶回りを希望した利用者様への付き添い支援や、他介護施設に入所されている方への面会の支援など、ニーズに合わせた柔軟な支援を心掛けている。		
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	利用者様に楽しんでいただけるように、地元のお寿司屋さんやそば職人の方へ出張を依頼したり、近くの公園での花見や八雲山車行列の見物、ドライブなどを行なっている。		
30	11	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	協力医が月2回往診している。また、八雲総合病院との連携体制も整えており、適切な医療を受けられるよう支援している。	内科医が月2回往診に訪れ、利用者の健康管理と職員の相談事に対応している。認知症などの専門医や必要な診療科目は、八雲総合病院や函館市内の医院に職員が同行して受診している。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	利用者様の日々の状態を報告・相談し適切な看護や受診が受けられるよう努めている。また、常勤看護師のほかに月2回程度パートタイムの看護師を配置し、より良いケアが出来るよう取り組んでいる。		
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、また、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。又は、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。	利用者が入院した際には、八雲町の医療、介護施設統一書式を用いて情報を交換するとともに、病院の医療相談員を通じて、利用者様の状態の把握や相談に努め、早期に退院ができるよう取り組んでいる。		
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	利用者様やご家族様の意向を確認しながら、介護サービス事業所として、「できること・できないこと」を十分に説明し、ご理解を得ながら地域の医療機関と連携し重度化への対応を行なっている。	重度化や終末期に伴い事業所として「できること、できないこと」を口頭で家族に説明しているが、明確な指針と同意書の作成には至っていない。	家族をはじめ関係者などの意向がずれたまま、重度化の時期を迎えることのないよう指針の統一及び明文化を期待する。
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	救急マニュアルを活用した内部研修を行い、利用者様の急変時や事故発生に備えるとともに、ナースコールを導入し急変時に早期対応ができるよう心掛けている。		
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	避難訓練については、隣接のショートステイ、障がい者グループホームと合同で八雲消防署の協力の下、年2回実施している。今年度においては避難訓練に町内会の方にも参加していただき、協力体制を築いている。	年2回、消防署と町内会の協力で、隣接の事業所と合同の日中と夜間を想定しての訓練を実施している。町の要支援者援護プランに事業所を避難場所として提供することを表し、水分・食料品・防寒着の他に多種類の備蓄があり、町内会との協力体制も築いている。	

IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援

36	14	○一人ひとりの人格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	接遇改善委員会を立ち上げ、特に言葉遣いやプライバシーについて、月例の職員会議にて検討するとともに、接遇に関する問題点等を記録に残し、振り返りを行なうことでサービス向上に努めている。	接遇委員会を立ち上げている。日々のケアの中で馴れ合いで本人の尊厳を無視した対応になっていないか、月例の職員会議で話し合い実践に活かしている。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	利用者様の意思や希望が表現できるコミュニケーション等を行なうとともに、表情、行動に配慮し、自己決定が出来るよう働きかけている。		
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	利用者様一人ひとりの希望やペースに合わせ穏やかにゆったりと過ごせるよう支援している。		
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	利用者様の希望を尊重し、好みの服装でおしゃれが出来るように支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	利用者様に自分の役割を見出していただき、生きがいを提供いただけるように、一人ひとりの力に応じて、無理強いせず楽しみながら調理等をおこなえるように努めている。	利用者はカレーライス作りを担当し、全員で食べる「美味しいネ」の言葉に喜ぶ姿がみられる。地域の蕎麦同好会、お寿司、ラーメンの専門店が来訪し、目前で調理し提供を受け、職員と一緒に楽しく食事をしている。	
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	利用者様の嚥下能力に応じて、粥食やキザミ食、ミキサー食などの変更や、食事が低下している方には、医師の指示の下、栄養補助食品を提供するなど、食べる量や栄養バランスに応じた支援を行っている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、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	毎食後の口腔ケアは、職員が必ず声を掛けて見守りをするともに、介助が必要な利用者様については出来ない部分を介助しながら口腔内の清潔保持に努めている。		
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	当ユニットでは介護度が重い利用者様も生活しているため、オムツを使用している方もいるが、職員の提案にてオムツをしない介護の実践として、排尿間隔の記録を取り、排泄誘導を行なうことでオムツをしない利用者様が増えてきている。	疾患のある利用者以外は脱おむつを職員の提案で取り入れている。排泄パターンを把握し、声かけ誘導により、失禁が減少し布パンツ使用者が多くなり、尿意感覚を取り戻している。	
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	食物繊維や、オリゴ糖を多く摂取できるよう飲食物にも工夫をし、排便の状況を把握して便秘予防が出来るよう取り組んでいる。		
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	介護の必要な方については週2回と入浴日を定めているが、体調不良や利用者様の都合がある場合には翌日に入浴を行ったり、清拭や足浴にて対応している。また、入浴の時間については、利用者様の希望を尊重している。	入浴日の設定はなく週2回を目安に2名の職員体制で支援している。浴槽には頑丈な手すりがあり、シャワーチェアにキャスターを取り付けるなど工夫することで、楽しく入浴できるよう配慮している。	
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	一人ひとりの利用者様に合わせて無理な働きかけはせず、常に安眠や休息が取れるよう配慮している。		
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	利用者様一人ひとりの使用している薬の目的や副作用、用法用量がわかるよう、薬の説明書をカルテに添付するとともに、薬剤師・看護師の指導の下服薬介助を行っている。		
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	利用者様の生活歴などの中から趣味や、楽しみごとを週間計画表に載せ、張り合いや喜びのある生活が送れるように努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	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。また、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	今年度は、車椅子を利用されている方が普段行くことのできない公園でのお花見や八雲山車行列の見物など、地域の方やご家族様の移動支援等のおかげで全ての利用者様が参加することができた。	町内会、老人クラブの日帰り温泉行事をはじめ、町内のサランベ公園の花見やパノラマパークへ行く際には利用者と家族が参加している。事業所周辺の道路は舗装されており散歩に最適で、天気の良い日は外出を支援している。		
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	利用者様が外出した際の買い物、施設内での自動販売機の使用や買い物の依頼などのため、お金を所持していただいております。お小遣い帳を付けるなど金銭管理の支援も行なっている。			
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	いつでも手紙が出せるよう準備し、投函まで支援している。電話は自分でかけられない方に関しては、職員が希望の相手に対しダイヤルして、受話器を渡して支援している。			
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	施設内は、バリアフリーで利用しやすい状況になっている。また、装飾も季節感や行事等に合わせた飾り付けをして居心地よく過ごせるよう配慮している。 また、渡り廊下には、地域の方のご協力により、季節感あふれる絵画や絵手紙を展示している。	大きな窓とゆったりした広さの居間兼食堂は明るく、清潔感があり、季節に合った装飾がされており、落ち着いた空間となっている。併設のショートステイの事業所との通路の壁面に、町内会の絵手紙サークルの作品や絵画が飾られ「きずな画廊」として利用者の心を癒している。		
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	各ホール内に応接セットを配置し、利用者様同士で自由に過ごせるよう工夫している。 また、利用者様の希望に応じて量で過ごすことができるよう、取り外し可能な量を用意している。			
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	居室にはクローゼットとベッドを備え付けている。また、利用者様は使い慣れた家具や日用品などを自由に持ち込んでいただき、家庭的な環境で過ごせるよう配慮している。	居室はベッドとクローゼットが備え付けてあるが、利用者は在宅当時のタンス・ソファ・仏壇などを持ち込み、1畳ほどの量を敷いて和風に工夫するなど、居心地の良い居室にしている。		
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」や「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	各居室の表札(名札)は利用者様一人ひとりの目線の高さに配置し、自分の居室であることを理解できるように工夫している。共用の空間と区別していただくことで自立した生活が送れるように努めている。			