

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	4372601221		
法人名	社会福祉法人 久仙会		
事業所名	たしま友遊苑(1Fユニット)		
所在地	熊本県 菊池市 泗水町 田島616-1		
自己評価作成日	平成28年1月20日	評価結果市町村受理日	平成28年3月9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.kaiakensaku.jp/43/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 あすなる福祉サービス評価機構		
所在地	熊本市中央区南熊本三丁目13-12-205		
訪問調査日	平成28年2月17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)】

<ul style="list-style-type: none"> ●地域交流広場では、毎月の誕生会や季節行事(敬老会・クリスマス会等)を利用者・職員が合同でレクを行うことで、利用者の楽しみごと、親睦や生きがい対策としている。 ●地域交流広場は、地域の自治会会場として提供したり地域児童(小学校・保育園)との交流の場として活用している。 ●毎月、家族には、月内の行事を写真紹介した通信誌である「友遊通信」を送付してホーム活動を報告し、家族間との途切れない関係継続を行っている。 ●地域に根ざしたホームとなるよう地域交流を目的に保育園夏祭りに参画している。
--

【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)】

<p>平成16年に開設したホームでは、入居者の入れ替わりはあるものの、開設時より変わらぬ管理者とあまり変動も無い職員体制は、入居者・家族への安心感や信頼感を与えている。心身の症状の厳しい面も認知症としてだけでなく多角的に見て全てを受け入れ、言動や行動があるがままに受容していることが、食事券やクスリ券を不安対策としたプラン等に反映されている。また、高齢化する中でも、残存機能維持が生活にメリハリとなり充実した生活を送る入居者や、自分の意思のままに過ごされる姿に、職員の笑顔でのケアの成果が表出している。日々ヒヤリハット事例を精査し、事故・ヒヤリハットから利用料や実費負担金まで全てを運営推進会議の中で開示する等透明性のある運営であることが確認された。地域とのこれまでの関係性に加え、敬老の日に近隣住民から手作りのお祝い品が届けられたことが、居室環境に彩として生かされている。管理者を中心として、ユニットの垣根を超えたケア統一と、入居者と職員の労いながらの生活ぶりに一層家庭観を醸し出したホームである。</p>
--

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 ↓該当する項目に○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

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	「地域・人に愛されるホーム」を独自理念にして、地域との交流や、家族面会時の憩いの場になるよう努めている。	ホーム独自の理念“地域・人に愛されるホーム”と共に、法人理念として6項目を掲げ、いずれは職員自身が入りたくなるようなホームや選ばれるホーム、最期はこのホームでと思われるようなホームを目指している。また、ホーム長は職員の気持ちが途切れないように、常に言葉使いについて具体的な事例を通じて指導している。家族の紹介による入居や、できる限り長くホームでの生活を希望されていることに、目指す“選ばれるホーム”の実践が表れている。	
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	地域に根ざした事業所となるように地区自治会の会場提供や、利用者への来訪客には気軽に面会していただけるよう取り組んでいる。小学校・園児たちとの交流を継続している。昨年同様、「保育園夏祭」には、スタッフによる出店に、ヨーヨー釣りを取り入れるなど新しい交流を工夫し、地域内事業所として努めてきた。スタッフによるフラダンスや、ボランティアの参加協力は、ホーム行事やシフトの都合でできなかったが、地域児童やその家族には十分楽しんでいただいた。	開設当初から交流スペースを自治会会場としての提供や、小学校・保育園との相互交流に努め、小学校からの新聞の持ち届けや、保育園の夏町りにスタッフが出店を出すことで関係性を深めている。また、ボランティアとして日舞や郷土料理等継続した訪問もあり、自治会を通じて災害時の見守り協力依頼(チラシ)を配布してもらう等、地域のホームとして努力している。ホームの入居者全員に敬老の日の記念品を持ち届けてくださる住民等、地域に浸透してきている。	
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	管理者は、菊池市高齢者見守りネットワークの会員となり、地域活動に参加するよう努めているが、事業所内業務に重点を置かざるを得ないため地域への発信力・活動力とのバランスが取りにくい状態である。「ともにくらす会きくち」研修会には、スタッフを派遣したり、菊池地域フェスタへは管理者が積極的に参加するように努めている。		
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月に1回の会議を定例的に開催し、サービス内容の報告に努めている。毎回、家族へ開催案内をしているのだが、出席者数が少なく困っているが、積極的なアプローチで多数参加のあった推進会議も開催できた。12月は、開催ができなかったが、県外の家族を含めて全家族に資料を送付し推進会議の内容を周知できた。	泗水総合支所、民生委員(研修を兼ねて輪番で参加)、小学校や家族をメンバーとして定期的開催する運営推進会議は、事前に資料(利用者状況、事故・ひやりはっと事例、レクレーション(合同・個別)状況、利用料金、職員組織体制)をもとに説明している。この会議開催についての質問の他、食材費やおむつ代と詳細に開示することで家族からの意見や提案が出されている。	このホームでは透明性のある運営体制であることが、議事録に表出している。特に事故・ヒヤリハット事例については、内容から対処方法まで明らかにしている。今後、参加者との話し合いをサービスに反映されることと期待したい。

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
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	市担当者の出席を頂いた運営推進会議では、「ヒヤリハット」に重点を置いて具体的事例と対処方法を会議資料に基づき報告し、その評価やアドバイスを頂いている。	運営推進会議を通じたアドバイスや、高齢支援課及び国民医療保険課等と連携しながら経済面での支援に努めている。また、管理者は、菊池市高齢者見守りネットワークの会員としてや、「ともにくらす会きくち」研修会等により協力関係を築いている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介護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	身体拘束のないケアに取り組んでいるが、玄関口は生活空間から遠く利用者の突発的な離設に対応ができないため一定の規制をせざるを得ない。過去において数回の離設行為があり、中には、深夜、リビングガラス窓を開錠してバルコニーを乗り越えての離設行為もあった。利用者の心身状態によって想定できない行動があるため施錠の対応には苦慮している。また、面会者や、入居相談時の家族等へもその旨をお知らせして理解して頂くよう努めている。	身体拘束は行わない事とし、ホーム長は報道事例をもとに申し送りの場で指導している。また、入居者への声かけ(スピーチロック)を課題として、常に注意喚起している。転倒防止のためセンサーマットの利用もあるが、家族への説明と同意を得ている。入居者の帰宅願望等個別に状況を把握し、墓を心配される声にホーム側が墓参を支援したり、家での食事を支援したケースもあり、懇切丁寧に対応することで安心した生活に繋げている。	身体拘束は無いが職員の言葉使いが抑制につながると危惧されている。職員は落ち着いて楽しめるホーム、安心してもらえるようにと努力されている。会話の弾むユニットもあり、今後も、職員同士が注意喚起できる環境とされることを期待したい。
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	虐待防止マニュアルを常時掲示し、職員の意識付に取り組んでいる。 ひやりはっと報告書で常に職員が利用者の外的・心的状況の把握に努めている。また、キャリアパス要件に基づき勉強会では、必ず虐待防止をテーマにして行なっている。		
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	管理者が相談窓口となって、家族相談(財産保全・終末時葬儀等)を受けてきた。家族が納得できるように説明や回答に努めている。入退院の手続きにあっては、身寄りがいない利用者や、遠方家族の利用者について管理者(職員による管理者代筆)が連帯保証人となって協力している。県主催の権利擁護研修があれば、その参加に努めている。		
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	重要事項説明書、ホーム概要・パンフレット等で料金や介護内容、職員配置数、取得資格等を十分説明し、理解を得たのち契約を交わすように努めている。合わせて、推進会議資料を提供し、具体的な内容をお知らせするとともに、ヒヤリハットによるリスク説明にも努めている。		

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
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	運営推進会議において、家族意見を聞き取る努力をしている。 個別の相談や要望は、面会の際に聞き改善可能なものは運営に反映するよう努めている。また、突発的な家族相談にも管理者はオンコール対応をしている。	家族の訪問時や電話により日常生活等を説明する中で、家族に支援してほしい事を出していただくようにと投げかけており、「病気をしないでほしい」等が出されている。また、管理者は家族の多くの相談に対応している。また、入居者の中には職員に直接意見を出される方もあり、具体的にプランに反映させたケースもある。家族から、毎月の友遊宛便りの中で、笑顔が見れることに安心できるというアンケートも寄せられている。また、運営推進会議も問題提起の場としている。	
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	毎朝、「定例申し送り会議」を開催し、職員意見・提案ができる場を設けている。 利用者介護に必要な物品等はその都度、職員提案を受け、実行可能なものは対応している。 職員は、勤務時間外であっても利用者ケアに必要な物品がある場合、その手配に努力している。	管理者及び主任2名は、日々のケアに入りながら、現場把握とともに職員とのコミュニケーションを図っている。職員のケアへの提案にホーム長はバックアップし、朝の申し送りの中で意見や提案を把握し、申し送りノートを活用しユニット同士の情報を共有しており、特に重要案件は朱書きにより徹底させている。昼の時間を利用して話し合う姿も見られ、意思疎通の良い環境である。	
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	交替制小規模での職員配置には限界もあるが、労働基準に従い、可能な限り職員の希望に応じた休暇付与を行っている。人事考課を行い給与見直しや賞与等に可能な限り努めているが介護報酬の切り下げが徐々にホーム運営全般を逼迫させており現状の水準維持に苦慮している。		
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	講習や研修セミナーには積極的に職員を派遣している。国家資格取得を推奨している。取得者には資格に応じた手当を付与している。また、処遇改善のための要件として承認を受けたうえでキャリアパス要件に合わせた研修を実施している。		
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	山鹿・菊池地域GH連絡会を通じて他ホームとの交流・研修会に参加している。見慣れた環境であっても事故が起こる可能性がある。そのため、平成27年7月の研修会は当ホームにおいて介護労働安定センターから派遣講師を招いて「リスクマネジメント」について研修をして頂いた。		

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
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	家族と面会し、生活背景や家族関係を聞き取った上で本人との面会を行い、初対面時から安心感を持って頂いて自由な会話の中から本人の希望をそれとなく聞き取る努力をしている。一方で、緊急的な入所にも柔軟な対応に努めてきた。		
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	入居相談時から可能な限り家族の希望を聞き取り、対応が可能な希望は話し合いの中で決めている。		
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	御本人の心身状況を聞き取り、本人に合ったサービス事業所の連絡先や住所の紹介を行っている。また、関係行政窓口の紹介などもしている。		
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	利用者個々の能力に応じた家事と一緒に職員が取り組むことで、共同生活の場としての環境作りに努めているが、一方で、重度利用者は基本介護とならざるを得ない場合がある。		
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	家族との外出や面会支援をお願いしている。家族面会時は、お茶・お菓子を提供し、居室でゆっくりとくつろいで頂けるようにしている。そのため折りたたみテーブルも準備している。終末期には、本人だけの写真アルバム集を作成して提供し、思い出作りを支援している。「友遊通信(通信誌)」を毎月家族へ送付してホームでの生活様子をお伝えしている。		
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	家族面会の際に、状況をお話するなどして本人が馴染みの人との交流が維持できるよう支援に努めている。家族の法事・行事などでの外泊・外出支援を行っている。	頻繁に訪問される家族や遠方の家族も定期的に訪問されたり、電話でのやり取り等家族との関係が途切れないよう支援している。友人・知人(元勤務先)の訪問や、入居者同士が家が近いとう関係も馴染みとなり、法事や自宅への帰宅・外泊等家族の協力により馴染みの関係性を継続している。	

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	利用者相互の相性を判断してテーブルの配置を考えている。利用者同士を交えて会話の中で家事を手伝ってもらっている。家事のあとに、好みのコーヒーを提供し、ティタイムを作ったりしている。		
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	長期入院となっても、契約の終了はせず、家族意向に応じている。また、家族ができない場合、入院中の着替え取替えや本人状況を職員は見舞するよう努めている。家族に代わって病院での手続等を家族に連絡しながら行ってきた。		
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	本人のイライラ感やそわそわ感、満足感など、顔色や動作から状況把握に努めている。また、家族の意向を可能な限り聞き取りサービスの提供に努めている。	アセスメントによる把握の他、日々のケアの中で個々の思いや意向を把握している。入居者の中には、買い物に行きたい・買って来て欲しい・帰りたい等直接の申し出もある。意思疎通や発語困難な状況にはアイコンタクトや感情表現の中で推察し、耳が遠い方にはタッチングや目を合わせた会話により思いを引き出し、ケアに反映させている。	
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	アセスメント表やサマリー・ケース記録から本人の家族背景や生活背景・健康面などを把握して、ホームでの生活が快適に送れるように努めている。また、入所初期の生活情報を家族へ提供する中で、本人の性格や生活力を更に把握するように努めている。		
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	身体的機能や、認知症レベル等は、入居前にアセスメントを取り、処方されている薬の効能から健康状態の把握に努めている。入居後においても、その人の有する力の変化・低下など、状態の把握に努めている。ベッドでの静養時間を作り、負担なく生活できる工夫を取り入れたり、居室での生活を主にされる利用者には、その方が生活しやすい環境作りを行ったりしてきた。		

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
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	家族意向や本人の意向を可能な限り把握してケース記録に基づき介護計画を作成している。日々の変化は「申送り会議」で意見を出し合い、次回の介護計画作成時に反映させている。介護計画原案となる「個別チェック表」に基づき、利用者の心身の変化・低下などを評価している。	初期シートにより出来ること・できないこと等情報を把握し、家族の意向を踏まえた実現可能なプランを作成している。申し送り時にケース会議の開催と、個別チェックシートにより心身の状況进行评估し、半年毎や介護認定更新時に新たなプランを作成している。入退院の見直しやターミナルに向けたプラン等個別・具体的なプランが作成されている。食事券やクスリ券を作ることで不安対策とする等特色あるプランも作成されている。	
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	個別介護記録表は、日中活動、摂食状況・服薬・バイタル等を記録し、心身状況に変化があれば詳細を記録するように努めている。また、職員に気づきや提案があれば、申送り会議で協議している。 特に、入所初期段階は、初期シートを使用して利用者の生活記録を詳細に行なって情報共有と介護計画作成のベースにしている。		
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	面会時間の制限(夜間帯は事前電話要)はなく、外出・外泊も家族の自由判断としている。嗜好品や日用品など、利用者の意向やニーズに沿った買物や買い足しなど、介護サービスにないことであっても取り組んでいる。		
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	身体機能の低下、認知症レベルの重度化はあるが、保育園・小学校児童たちとの交流の機会を得て、利用者が楽しみながら生活できるよう努めてきた。 また、地域ボランティアの取込みで食事レクや舞踊披露をして頂いた。		
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	協力医療機関の協力のもと、健康管理と適切な処方薬の管理を行っている。 また、容体急変には、家族への連絡を行い、一緒に診療を受けることで本人の状況を把握して頂いている。 在宅時の主治医の受診継続を希望される家族にあっては、可能な限りホームが受診送迎に努めた。また、容体が急変された利用者にあっては、協力医(主治医)での入院・加療又は他院への照会・連絡など柔軟に対応して頂いた。	協力医療機関による往診が殆どであるが、これまでのかかりつけ医を継続される方にもホームや現地で家族と待ち合わせるなど状況に応じた受診を支援している。また、眼科や歯科についても往診を受けられる方もおられる。必要に応じた専門医による医療支援や入院などについても、管理者は家族の相談に応じながら協力医との連携による適切な医療を支援している。	

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
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	看護師を配置しており、利用者の健康状態の把握を行っている。介護職は、日々の変化や気付きによりアドバイスを受けている。		
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。	入院時には、生活状況や服薬・既往歴の提供を行っている。日用品の持ち込みや衣類交換など、家族対応ができない場合は、ホームが代行するよう努めている。本人の状態については、見舞等を行う際に可能な限り医師、担当看護師から聞き取りを行うようにしているが、病院等によっては個人情報であることから事業所の関わりを過剰に感じられることもあり関わり方にも苦慮する場面がある。逆に、病院相談員からホームへのアプローチと連携で介護療養型医療施設への転院ができたこともある。 退院に際しては、家族・代理人対応が困難な場合病院支払いを含めてホームが全て代行している。		
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、事業所の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	家族意向を尊重し、ホーム生活を希望する場合は、ターミナル協議書や介護同意書等を家族協議のもとで作成し、ホーム職員とも意見交換を行っている。協力医療機関にもその旨を伝え、必要に応じて書面写しを提供しているが、ホームにおけるターミナルケアの限界もあり、協力医療機関での入院に協力を頂いている。また、家族へはホーム生活の思い出として写真アルバムを提供し、家族への支援に努めてきた。	ホームでの最終を希望される場合は、協議書や同意書を交わし、その後もその方、その時々に応じ話し合いの機会を設け、家族の不安をサポートしている。経口摂取ができるまでホームで対応することとしており、困難な状態になられた場合は、協力医療機関への入院や他への移行にも管理者は家族の意向を汲み取りながら住み替えの相談に応じている。退居時には、ご縁があった事に感謝を申し添え、これまでのホームでの生活をまとめたアルバムをお渡ししている。	
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	緊急時の対応マニュアルを作成し、周知を行っている。キャリアパス勉強会では、課題として内部学習を行なっている。		

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
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	消防法の基準に従って、消火設備・非常通報装置を配備している。避難訓練を実施してきた。5月・11月は、避難訓練及び通報訓練・講習を消防署へ依頼して受講した。また、避難経路は、直接消防署員に確認してもらいアドバイスを頂いた。 台風接近時には、非常食等を準備して対応を行った。	初期消火や避難通報・誘導、水消火器訓練などを含んだ総合訓練を年2回実施している。実施後の消防署の総評の中には、訓練の内容が徹底しているとの言葉もあり、更に入居者の安全管理への意識を高める機会としている。地域の人々に入居者の見守りを依頼する文書を配布し、昨年の台風接近時には、インスタント食など3日分確保されている。	今後は居室や共用空間のコンセントの埃など、全職員が意識を持ってチェックを行っていただきたい。また、避難訓練で受けた指導やアドバイスを次回に活かし、有事に備えていかれることを期待したい。
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	介護記録は、目立たないように個人ごとにワンシートとし、利用者に寄り添いながら記録している。言葉かけは、親しい仲にも礼儀を持つよう心がけているが、利用者との会話では無意識のうちに発した言葉が相手の気分を損ねることがあり注意したい。言葉かけや、コミュニケーションは、繰り返し勉強会を行なう必要性を感じており、キャリアパス要件勉強会では必ずテーマとして話し合いを行ってきた。	管理者は職員の言葉使いで気になることがある時は、ボードに記し振り返りを行うなど、理念にある『いずれは自分が入る施設』を心にとめ、ケアにあたることを指導している。また、申し送り時など、一人ひとりに応じたコミュニケーションを心がけ接することを共有している。衣類の選択や化粧などの身だしなみ支援、嗜好品の買い出し依頼、型にはまらない自分の時間など、本人のこれまでを大切にしたい支援が行われている。	
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	洋服の選択や、個室での休憩、テレビ番組やビデオの好みなど、日常生活の中に選んでもらう場面作りに心がけている。自室で携帯電話を使用される利用者には、電池切れしないよう常に充電状態にして見守っている。毎日、嗜好品の買物依頼を楽しみにされている利用者は、担当スタッフへの伝言を日課とされている。		
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	一日の基本生活は大まかにケアプランで決めているが居室での休憩を好まれる方、テレビ視聴を好まれる方などその日、その日の過ごし方の中に利用者の希望に沿えるよう努めている。ホーム内のアルバム集や、絵本、地域の写真集などを鑑賞されて楽しめる方もいた。		
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	持ち込んで頂いた洋服の中での整容に心がけて服選びをしてもらっている。(同じ服を着用される利用者もいらっしゃるが、本人の希望を優先している。) また、誕生会などの行事では服装選びや化粧などを支援している。 衣類の傷みが激しい場合は、買い換えの支援に心がけている。		

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
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	毎日の献立は、職員が利用者の好き嫌いを念頭に考えて買物に出かけている。簡単な野菜切り、洗濯物たたみなど職員や利用者とともに会話の中で取り組んでいる。心身機能の低下によりできない方や一緒にしたくない方もその人の希望として尊重して支援に努めている。また、屋外や行事での食事レクでは地元の手作り弁当を発注し、いつもと違う雰囲気の中で楽しく食べて頂く工夫をしてきた。	入居者の希望や旬の食材を活かし1階・2階で異なる献立が作られている。買い出しや調理を職員が行うことで、日常の会話にも食への話題が豊かになり、入居者のできる下ごしらえなどの支援に繋がっている。普段の食事に加え、イベントや行事食、ボランティアによる調理、時にはファーストフード食の提供など入居者の楽しい食事の機会を作り、職員も同じものを一緒に摂っている。食後に、「職員さんも大変ですから、私もこのくらい手伝わないと！」と、職員への労りの言葉を発しながら、お盆拭きに励まれる入居者の姿もあった。	盛りつけにも工夫した美味しい食事が提供されている。今後は、本人の食べたい順番や量など、その方にとっての食事の楽しみ方を職員間で共有し支援されることを期待したい。また、エプロンについては負担のない使用方法など、配慮されることを望みたい。
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	食事評価表・体重管理表を個別に作成して利用者個々の摂取状態を把握するよう努めている。ターミナル期の利用者には、流動濃厚栄養食への切り替えを行ったり水分補充手段として経口補水液(OS-1)を手作りして提供してきた。また、嚥下・咀嚼力が低下された利用者にも家族と協議しながら水分・栄養摂取の手法を変更(ミキサー食から飲料)しながら提供してきた。		
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	口腔ケアは記録表に担当者が記名している。拒否言動の強い利用者については、できる限りお声かけして促すよう心がけている。また、訪問歯科による口腔ケアにも取り組んでいる。		
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	排泄チェック表により、排泄パターンの把握、排泄量の把握に努めている。排泄パターンによる適時誘導に心がけ、トイレで気持ちよく排泄できるよう努めているが、間に合わない場合もある。寝たきりの利用者については、失禁による不快感を与えないよう適時でのパット交換に努めている。	チェック表より得た排泄パターンから、声かけ・誘導を行う他、把握した排泄量に応じた用品の選択や組み合わせを検討している。また、排泄用品を変更する際は、家族にも現状を知ってもらい、了承を得るために必ず連絡している。臥床中心の方には、不快感を無くし清潔な皮膚状態を保てるよう、清拭や適時にパット交換を行っている。もともとポータブルトイレを使用されていた方には、何時でも使用できるよう居室内で清潔に管理している。	

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
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	乳製品の提供で自然排便への支援を行っている。毎日の日課である体操で身体機能・代謝機能の維持に努めている。処方された下剤により排便コントロールを行っている。 排泄チェック表では、下剤を使用した場合は記録をつけて排便のタイミングにも気を付けている。		
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	自立された利用者や入浴希望の意志表示が可能な方は、その希望に沿うよう努力している。介助が必要な利用者の方は、その日の職員配置で入浴して頂いているが、寝たきりの方は清拭介助方法へ変更せざるを得ない。 また、入浴を強く拒否される利用者には、入浴日をスライドして、天気の良い日や相性の良い職員配置の日に変更する工夫もしてきた。	家庭的な明るい浴室では、希望や心身の状態に応じた職員配置により入浴が支援されている。気持ちよく入ってもらえるよう会話を大切に、週2～3回が中心に、汚染時はその都度シャワー浴なども取り入れ対応している。臥床が中心になられた方にもコミュニケーションを取りながら清拭が支援されている。拒否の場合も無理強いせず、時間や翌日に変更したり、相性の良い職員の担当日に変更するなど、工夫しながら間隔が空かないようにしている。	
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	居室での休息やテレビ鑑賞など利用者個々の生活を見守りしている。また、昼夜逆転されないよう日中は相性の合う利用者同士での会話などを支援しているが、夜間不眠の方は、夜勤者の近くでお茶やお菓子の提供などを行っている。		
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	処方時の薬説明書を個人ファイルにファイリングしており職員が常に確認できるようにしている。新しく処方された薬も同様にファイリングしている。薬の専門書を常置し、服薬による影響や症状・効能等も確認できるようにしている。 また、誤薬防止のため、調剤薬局を指定し、薬包には、「氏名・日付・時」を印字してもらい、ホームにおいては薬包を「週間分薬ケース」に保管し、利用者個別に管理・服用を支援している。		
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	食材の購入時に、嗜好品(コーヒー、オロナミン・おにぎりせんべいなどのお菓子)を好まれる利用者には、その方の希望に沿って支援している。食器拭きや洗濯物たたみなどを自分の役割としてされている利用者もおられる。		

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
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	身体的に重度化された方もおられるため、配置職員での支援には限界があるものの、家族の協力で外出して頂いている。季節に合わせて桜や秋桜のお花見や、ベランダでの食事会を行なってきた。	入居者の重度化もあり、職員体制だけでは補えない外出支援については、家族の力を依頼し、外食や帰省をはじめとした協力が得られている。また、季節の花見の他、個別支援として衣類購入など毎月の買い物を楽しまれる方や、墓の現状が気になる方には、家族にも声をかけホーム側で墓参を実現させている。	ホームの現状から今後も家族の協力を得ながら、身近な散歩や庭先で外気に触れる機会など個別支援の充実に取り組まれる事に期待したい。
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	「物盗られ」の原因となるため、現金の所持、使用は困難と判断している。希望に沿った買物はホームの立替金で対応している。		
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	本人の代わりに家族へ電話発信を行っている。手紙や家族からの贈り物は、写真に撮って家族へ送るなど、家族との途切れのない関係支援に努めている。携帯電話で家族と連絡される方もいらっしゃる。		
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	窓には、レース状のカーテンを使用して、直射日光を受けないようにしている。リビングは、室温管理を行っている。食器類や家具・器材は家庭的なものを使用することで、安心感を持って頂いている。マイコップ・マイ箸を利用者は使用している。	1階・2階それぞれのユニットの間取りが同じであるが、採光や入居者の状況も異なることから、遮光への対応や身体に応じた物品の配置を心がけている。家具や電化製品は家庭的な物が準備され、過ごしやすい室温管理をしている。リビングでは、調理の音や匂いを楽しみながら、テレビを見たり、気のあった入居者同士の談笑の場面、居室までを歩き来することで安心される方を見守る職員の姿など、いつものホームの時間を見ることができた。入居者と一緒に植えた玄関先の花苗や、職員が通勤途中に摘んだ草花など、季節を感じることができる。	経年と共にホーム内の掲示物や置物も増えており、今後は傷みや損傷などないか、必要な物の選択をしていくことで、スッキリとした空間に繋がると思われる。取り組みに期待したい。
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	リビングにはソファを配置して相性の良い方同士でテレビを観たり、居室にもテレビやラジオ等を持ち込んで頂き、思い思いの空間で生活して頂いている。また、ソファが満席で座れない時は好みのテレビ放送時間に気を配ってお声かけしている。		

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
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て、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	<p>自宅で使用していた家具や寝具を持ち込んで頂くように家族には説明やお願いをしている。利用者には使い慣れた物がある環境の中で居心地良く過ごせるように努めているが、家族によっては、入所の際に新しく買い揃えた家具を持ち込まれる場合もある。家族の意向として受け止めている。</p> <p>家族面会があれば、居室へ案内し、お茶・お菓子を提供してゆっくり一緒に過ごして頂いている。</p>	<p>入居時に必要な物品(衣類や家具・馴染みの食器など)について書面で説明し、先ず持参してもらうことで自分の部屋を作ることとしている。居室内に飾られた誕生カードや写真、物品の配置などから入居者のホームで過ごされた年月や家族の思いが伝わってくる。職員は身体状況に応じ家具の配置や、転倒の心配のある方に就寝時の床マット準備など安全で寛げる環境に努めている。衣替えなど家族が行われるところもあるが、新しい衣類については、先ずは家族に自宅にないか確認し、なければ職員が購入するなど、衣類の管理も家族ができない部分をサポートしている。</p>	
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	<p>ユニバーサルデザインに配慮した設計であり、フラット床、手すりがある。各居室には、その人の自立度に合わせてネームプレート、顔写真を貼り付けたりしている。身体機能の低下も顕著となり、手すりは、トイレ周囲やその通路に増設し、利用者が安心して歩行できるよう工夫した。ベッドには、手作りの木柵を設置し、寝返り転落防止及び立ち上がり時の手すりとして設置し、自身での立位を促している。また、転落が懸念される利用者には、緩衝用床マットを就寝時のみ使用するなど安全対策を工夫した。</p>		

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	4372601221		
法人名	社会福祉法人 久仙会		
事業所名	たしま友遊苑(2Fユニット)		
所在地	熊本県 菊池市 泗水町 田島616-1		
自己評価作成日	平成28年1月20日	評価結果市町村受理日	平成28年3月9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.kai.gokensaku.jp/43/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 あすなる福祉サービス評価機構
所在地	熊本市中央区南熊本三丁目13-12-205
訪問調査日	平成28年2月17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)】

- 地域交流広場では、毎月の誕生会や季節行事(敬老会・クリスマス会等)を利用者・職員が合同でレクを行うことで、利用者の楽しみごと、親睦や生きがい対策としている。
- 地域交流広場は、地域の自治会会場として提供したり地域児童(小学校・保育園)との交流の場として活用している。
- 毎月、家族には、月内の行事を写真紹介した通信誌である「友遊通信」を送付してホーム活動を報告し、家族間との途切れない関係継続を行っている。
- 地域に根ざしたホームとなるよう地域交流を目的に保育園夏祭りに参画している。

【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)】

--

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 ↓該当する項目に○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、活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

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	「地域・人に愛されるホーム」を独自理念にして、地域との交流や、家族面会時の憩いの場になるよう努めている。		
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	地域に根ざした事業所となるように地区自治会の会場提供や、利用者への来訪客には気軽に面会していただけるよう取り組んでいる。小学校・園児たちとの交流を継続している。昨年同様、「保育園夏祭」には、スタッフによる出店に、ヨーヨー釣りを取り入れるなど新しい交流を工夫し、地域内事業所として努めてきた。スタッフによるフラダンスや、ボランティアの参加協力は、ホーム行事やシフトの都合でできなかったが、地域児童やその家族には十分楽しんでいただいた。		
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	管理者は、菊池市高齢者見守りネットワークの会員となり、地域活動に参加するよう努めているが、事業所内業務に重点を置かざるを得ないため地域への発信力・活動力とのバランスが取りにくい状態である。「ともにくらす会きくち」研修会には、スタッフを派遣したり、菊池地域フェスタへは管理者が積極的に参加するように努めている。		
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月に1回の会議を定例的に開催し、サービス内容の報告に努めている。毎回、家族へ開催案内をしているのだが、出席者数が少なく困っているが、積極的なアプローチで多数参加のあった推進会議も開催できた。12月は、開催ができなかったが、県外の家族を含めて全家族に資料を送付し推進会議の内容を周知できた。		
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	市担当者の出席を頂いた運営推進会議では、「ヒヤリハット」に重点をおいて具体的事例と対処方法を会議資料に基づき報告し、その評価やアドバイスを頂いている。		

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
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「介護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	身体拘束のないケアに取り組んでいるが、玄関口は生活空間から遠く利用者の突発的な離設に対応ができないため一定の規制をせざるを得ない。過去において数回の離設行為があり、中には、深夜、リビングガラス窓を開錠してバルコニーを乗り越えての離設行為もあった。利用者の心身状態によって想定できない行動があるため施錠の対応には苦慮している。また、面会者や、入居相談時の家族等へもその旨をお知らせして理解して頂くよう努めている。		
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	虐待防止マニュアルを常時掲示し、職員の意識付に取り組んでいる。 ひやりはっと報告書で常に職員が利用者の外的・心的状況の把握に努めている。また、キャリアパス要件に基づく勉強会では、必ず虐待防止をテーマにして行なっている。		
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	管理者が相談窓口となって、家族相談(財産保全・終末時葬儀等)を受けてきた。家族が納得できるように説明や回答に努めている。入退院の手続きにあっては、身寄りがない利用者や、遠方家族の利用者について管理者(職員による管理者代筆)が連帯保証人となって協力している。県主催の権利擁護研修があれば、その参加に努めている。		
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	重要事項説明書、ホーム概要・パンフレット等で料金や介護内容、職員配置数、取得資格等を十分説明し、理解を得たのち契約を交わすように努めている。合わせて、推進会議資料を提供し、具体的な内容をお知らせするとともに、ヒヤリハットによるリスク説明にも努めている。		
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	運営推進会議において、家族意見を聞き取る努力をしている。 個別の相談や要望は、面会の際に聞き改善可能なものは運営に反映するよう努めている。また、突発的な家族相談にも管理者はオンコール対応をしている。		
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	毎朝、「定例申送り会議」を開催し、職員意見・提案ができる場を設けている。 利用者介護に必要な物品等はその都度、職員提案を受け、実行可能なものは対応している。 職員は、勤務時間外であっても利用者ケアに必要な物品がある場合、その手配に努力している。		

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
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	交替制小規模での職員配置には限界もあるが、労働基準に従い、可能な限り職員の希望に応じた休暇付与を行っている。人事考課を行い給与見直しや賞与等に可能な限り努めているが介護報酬の切り下げが徐々にホーム運営全般を逼迫させており現状の水準維持に苦慮している。		
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	講習や研修セミナーには積極的に職員を派遣している。国家資格取得を推奨している。取得者には資格に応じた手当を付与している。また、処遇改善のための要件として承認を受けたうえでキャリアパス要件に合わせた研修を実施している。		
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	山鹿・菊池地域GH連絡会を通じて他ホームとの交流・研修会に参加している。見慣れた環境であつても事故が起こる可能性がある。そのため、平成27年7月の研修会は当ホームにおいて介護労働安定センターから派遣講師を招いて「リスクマネジメント」について研修をして頂いた。		
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	家族と面会し、生活背景や家族関係を聞き取った上で本人との面会を行い、初対面時から安心感を持って頂いて自由な会話の中から本人の希望をそれとなく聞き取る努力をしている。一方で、緊急的な入所にも柔軟な対応に努めてきた。		
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	入居相談時から可能な限り家族の希望を聞き取り、対応が可能な希望は話し合いの中で決めている。		
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	御本人の心身状況を聞き取り、本人に合ったサービス事業所の連絡先や住所の紹介を行っている。また、関係行政窓口の紹介などもしている。		
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	利用者個々の能力に応じた家事と一緒に職員が取り組むことで、共同生活の場としての環境作りに努めているが、一方で、重度利用者は基本介護とならざるを得ない場合がある。		

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
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	家族との外出や面会支援をお願いしている。家族面会時は、お茶・お菓子を提供し、居室でゆっくりとくつろいで頂けるようにしている。そのための折りたたみテーブルも準備している。終末期には、本人だけの写真アルバム集を作成して提供し、思い出作りを支援している。「友遊通信(通信誌)」を毎月家族へ送付してホームでの生活様子をお伝えしている。		
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	家族面会の際に、状況をお話するなどして本人が馴染みの人との交流が維持できるよう支援に努めている。家族の法事・行事などでの外泊・外出支援を行っている。今まで困難と思われた利用者の自宅への一時帰宅や自宅泊を支援した。		
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	利用者相互の相性を判断してテーブルの配置を考えている。利用者同士を交えて会話の中で家事を手伝ってもらっている。家事のあとに、好みのコーヒーを提供し、ティタイムを作ったりしている。		
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	長期入院となっても、契約の終了はせず、家族意向に応じている。また、家族ができない場合、入院中の着替え取替えや本人状況を職員は見舞するよう努めている。家族に代わって病院での手続等を家族に連絡しながら行って来た。		
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	本人のイライラ感やそわそわ感、満足感など、顔色や動作から状況把握に努めている。また、家族の意向を可能な限り聞き取りサービスの提供に努めている。		
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	アセスメント表やサマリー・ケース記録から本人の家族背景や生活背景・健康面などを把握して、ホームでの生活が快適に送れるように努めている。また、入所初期の生活情報を家族へ提供する中で、本人の性格や生活力を更に把握するように努めている。		

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
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	身体的機能や、認知症レベル等は、入居前にアセスメントを取り、処方されている薬の効能から健康状態の把握に努めている。入居後においても、その人の有する力の変化・低下など、状態の把握に努めている。ベッドでの静養時間を作り、負担なく生活できる工夫を取り入れた。利用者の経費負担内で、居室の模様替えや、日記帳への記録(記憶維持)を支援した。		
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	家族意向や本人の意向を可能な限り把握してケース記録に基づき介護計画を作成している。日々の変化は「送り会議」で意見を出し合い、次回の介護計画作成時に反映させている。介護計画原案となる「個別チェック表」に基づき、利用者の心身の変化・低下などを評価している。		
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	個別介護記録表は、日中活動、摂食状況・服薬・バイタル等を記録し、心身状況に変化があれば詳細を記録するように努めている。また、職員に気づきや提案があれば、送り会議で協議している。 特に、入所初期段階は、初期シートを使用して利用者の生活記録を詳細に行なって情報共有と介護計画作成のベースにしている。		
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	面会時間の制限(夜間帯は事前電話要)はなく、外出・外泊も家族の自由判断としている。嗜好品や日用品など、利用者の意向やニーズに沿った買物や買い足しなど、介護サービスにないことであっても取り組んでいる。		
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	身体機能の低下、認知症レベルの重度化はあるが、保育園・小学校児童たちとの交流の機会を得て、利用者が楽しみながら生活できるよう努めてきた。 また、地域ボランティアの取込みで食事レクや舞踊披露をして頂いた。		

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
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	協力医療機関の協力のもと、健康管理と適切な処方薬の管理を行っている。 また、容体急変には、家族への連絡を行い、一緒に診療を受けることで本人の状況を把握して頂いている。 在宅時の主治医の受診継続を希望される家族にあつては、可能な限りホームが受診送迎に努めた。また、容体が急変された利用者にあつては、協力医(主治医)での入院・加療又は他院への照会・連絡など柔軟に対応して頂いた。複数医の利用者は終末期に向けて主治医の一本化に協力を頂き、ホスピスへの転院については、家族意向を十分、反映して頂く様お願いした。		
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	看護師を配置しており、利用者の健康状態の把握を行っている。介護職は、日々の変化や気づきによりアドバイスを受けている。		
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。	入院時には、生活状況や服薬・既往歴の提供を行っている。日用品の持ち込みや衣類交換など、家族対応ができない場合は、ホームが代行するよう努めている。本人の状態については、見舞等を行う際に可能な限り医師、担当看護師から聞き取りを行うようにしているが、病院等によっては個人情報であることから事業所の関わりを過剰に感じられることもあり関わり方にも苦慮する場合がある。退院に際しては、家族・代理人対応が困難な場合病院支払いを含めてホームが全て代行している。		
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	家族意向を尊重し、ホーム生活を希望する場合は、ターミナル協議書や介護同意書等を家族協議のもとで作成し、ホーム職員とも意見交換を行っている。協力医療機関にもその旨を伝え、必要に応じて書面写しを提供しているが、ホームにおけるターミナルケアの限界もあり、協力医療機関での入院に協力を頂いている。また、家族へはホーム生活の思い出として写真アルバムを提供し、家族への支援に努めてきた。末期ガン利用者は、容体急変時における連絡体制を家族と協議し、介護計画書内に反映した。		

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
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	緊急時の対応マニュアルを作成し、周知を行っている。キャリアパス勉強会では、課題として内部学習を行なっている。		
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	消防法の基準に従って、消火設備・非常通報装置を配備している。避難訓練を実施してきた。5月・11月は、避難訓練及び通報訓練・講習を消防署へ依頼して受講した。また、避難経路は、直接消防署員に確認してもらいアドバイスを頂いた。台風接近時には、非常食等を準備して対応を行なった。		
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	介護記録は、目立たないよう個人ごとにワンシートとし、利用者に寄り添いながら記録している。言葉かけは、親しい仲にも礼儀を持つよう心がけているが、利用者との会話では無意識のうちに発した言葉が相手の気分を損ねることがあり注意したい。言葉かけや、コミュニケーションは、繰り返し勉強会を行なう必要性を感じており、キャリアパス要件勉強会では必ずテーマとして話し合いを行ってきた。		
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	洋服の選択や、個室での休憩、テレビ番組やビデオの好みなど、日常生活の中に選んでもらう場面作りに心がけている。自室で携帯電話を使用される利用者には、電池切れしないよう常に充電状態にして見守っている。買物外出を楽しみにしている利用者には、スタッフ同伴で支援している。		
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し、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	一日の基本生活は大まかにケアプランで決めているが居室での休憩を好まれる方、テレビ視聴を好まれる方などその日、その日の過ごし方の中に利用者の希望に沿えるよう努めている。生け花の先生をされていた経験のある利用者には、毎週1回の切花をして頂いてきた。		

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
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	持ち込んで頂いた洋服の中での整容に心がけて服選びをしてもらっている。寝た切りの方は、パジャマ着用となるが、膝掛けやカーディガンを羽織るなど、他利用者との生活に違和感がないよう努めている。 また、誕生会などの行事では服装選びや化粧などを支援している。 衣類の傷みが激しい場合は、買い換えの支援に心がけている。		
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	毎日の献立は、職員が利用者の好き嫌いを念頭に考えて買物に出かけている。簡単な野菜切り、洗濯物たみなど職員や利用者とともに会話の中で取り組んでいる。心身機能の低下によりできない方や一緒にしたくない方もその人の希望として尊重して支援に努めている。また、行事での食事レクでは地元の手作り弁当を発注し、いつもと違う雰囲気の中で楽しく食べて頂く工夫をしてきた。屋外での食事会も計画したのだが雨天のため屋内で実施したものの、利用者の方は喜ばれた。		
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	食事評価表・体重管理表を個別に作成して利用者個々の摂取状態を把握するよう努めている。水分補充手段として経口補水液(OS-1)を手作りして提供している。		
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に、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	口腔ケアは記録表に担当者が記名している。拒否言動の強い利用者については、できる限りお声かけて促すよう心がけている。また、訪問歯科による口腔ケアにも取り組んでいる。		
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	排泄チェック表により、排泄パターンの把握、排泄量の把握に努めている。 排泄パターンによる適時誘導に心がけ、トイレで気持ちよく排泄できるよう努めているが、間に合わない場合もある。寝たきりの利用者については、失禁による不快感を与えないよう適時でのパット交換に努めている。		

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
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	乳製品の提供で自然排便への支援を行っている。毎日の日課である体操で身体機能・代謝機能の維持に努めている。処方された下剤により排便コントロールを行っている。 排泄チェック表では、下剤を使用した場合は記録をつけて排便のタイミングにも気を付けている。		
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	自立された利用者や入浴希望の意志表示が可能な方は、その希望に沿うよう努力している。介助が必要な利用者の方は、その日の職員配置で入浴して頂いているが、寝たきりの方は清拭介助方法へ変更せざるを得ない。 また、入浴を強く拒否される利用者には、入浴日をスライドして、天気の良い日や相性の良い職員配置の日に変更する工夫もしてきた。		
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	居室での休息やテレビ鑑賞など利用者個々の生活を見守りしている。また、昼夜逆転されないよう日中は相性の合う利用者同士での会話などを支援している。		
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	処方時の薬説明書を個人ファイルにファイリングしており職員が常に確認できるようにしている。新しく処方された薬も同様にファイリングしている。薬の専門書を常置し、服薬による影響や症状・効能等も確認できるようにしている。 また、誤薬防止のため、調剤薬局を指定し、薬包には、「氏名・日付・時」を印字してもらい、ホームにおいては薬包を「週間分薬ケース」に保管し、利用者個別に管理・服用を支援している。		
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	食材の購入時に、嗜好品(コーヒー、健康茶・せんべい・ビスケットなどのお菓子)を好まれる利用者には、その方の希望に沿って支援している。食器拭きや洗濯物たたみなどを自分の役割としてされている利用者もおられる。		

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
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	身体的に重度化された方もおられるため、配置職員での支援には限界があるものの、家族の協力で外出をして頂いている。 季節に合わせて桜や秋桜のお花見や、ベランダでの食事会を行なってきた。		
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	「物盗られ」の原因となるため、現金の所持、使用は困難と判断している。希望に沿った買物はホームの立替金で対応している。		
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	本人の代わりに家族へ電話発信を行っている。手紙や家族からの贈り物は、写真に撮って家族へ送るなど、家族との途切れのない関係支援に努めている。携帯電話で家族と連絡される方もいらっしゃる。		
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	窓には、レース状のカーテンを使用して、直射日光を受けないようにしている。リビングは、室温管理を行っている。食器類や家具・器材は家庭的なものを使用することで、安心感を持って頂いている。マイコップ・マイ箸を利用者は使用している。		
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	リビングにはソファを配置して相性の良い方同士でテレビを観たり、居室にもテレビやラジオ等を持ち込んで頂き、思い思いの空間で生活して頂いている。また、ソファが満席で座れない時は好みのテレビ放送時間に気を配ってお声かけしている。		
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	自宅で使用していた家具や寝具を持ち込んで頂くように家族には説明やお願いをしている。利用者には使い慣れた物がある環境の中で居心地良く過ごせるように努めているが、家族によっては、入所の際に新しく買い揃えた家具を持ち込まれる場合もある。家族の意向として受け止めている。 家族面会があれば、居室へ案内し、お茶・お菓子を提供してゆっくり一緒に過ごして頂いている。		

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
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	ユニバーサルデザインに配慮した設計であり、フラット床、手すりがある。各居室には、その人の自立度に合わせてネームプレート、顔写真を貼り付けたりしている。身体機能の低下も顕著となり、手すりは、トイレ周囲やその通路に増設し、利用者が安心して歩行できるよう工夫した。ベッドには、手作りの木柵を設置し、寝返り転落防止及び立ち上がり時の手すりとして設置し、自身での立位を促している。		