

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	4677200117		
法人名	社会福祉法人 福寿会		
事業所名	グループホームの一びんのさと(東串良)		
所在地	鹿児島県肝属郡東串良町池之原2087番地1(電話番号)0994-63-0737		
自己評価作成日	平成23年12月1日	評価結果市町村受理日	平成24年9月19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	県ホームページより
----------	---------------------------

【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 社会保障制度活用支援協会
所在地	鹿児島県鹿児島市城山1丁目16番7号
訪問調査日	平成24年4月24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)】

グループホームの一びんのさと(東串良)は畑作地帯の中にあり空気の澄んだ静かな環境にあります。ホールは広々とした空間になっており、外気に接し易いように建物の周囲に設置したウッドデッキには各居室からも出ることができるなど、ゆったりとした生活を送れるようになっています。毎日の食事は野菜をたくさん使い、職員の手作りのものを提供しています。味噌作り、梅干し、ラッキョウ漬け、干し大根、干し柿、蓬餅、あく巻き、そば作りなど昔から伝わる食材作りで、季節感を味わってもらい、利用者の出番になる支援をしています。職員は「常に家庭的を」をモットーにし、利用者の言葉を傾聴し、寄り添うケアを心掛けております。また、利用者それぞれのできる事や役割を見つけて生活の幅を広げるよう努めています。

【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)】

ホームは、東串良町役場や老人福祉センター近くに位置し、特別養護老人ホームを中心とする複合施設内にある。利用者が、のんびりとテレビを見て過ごす姿も見られる。運営推進会議では、スライドを用いて説明するなど多様な運営推進委員メンバーにも分かり易い工夫がなされている。職員が明るい笑顔で気持ち良く接していることや利用者がホームを自宅のように感じているなど家族より安心の声が寄せられている。ホームは、一泊旅行や遠足など年間行事の中で家族交流の場を多く設けており、家族との信頼関係も構築している。管理者や職員は、毎年理念を作り上げ、目標へ向かったケアに努めている。管理者や職員は、地域情報を収集し、地域の一員としての役割を担えるように日々奮闘している。

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての職員が <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族等が <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	朝礼時に理念を唱和し、意識して仕事に取り組んでいる。理念は毎年度、職員で話し合っている。	ホームは、「真心を持ち笑顔で対応」「介護のプロ」「地域行事に参加」などの言葉を含んだ理念を今年度の目標に掲げている。月1回の処遇会議や部署会議などで共有し、地域行事に参加するなど実践につなげている。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	日常的に交流できていないが、買い物に出かけたり、駅伝の応援や地元の神社に初詣に行っている。空き缶拾いを行うなど地域とのふれあいを大切にしている。	ホームは、地域情報を収集し、お釈迦祭りや夏祭りなどの地域行事の参加や中学生の福祉体験、町婦人部のボランティアの受け入れなどを通じ、これからも地域交流を深めていきたい意向である。	
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	運営推進会議を2ヶ月に1回行っている。		
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	家族からの意見を処遇会議などで話し合い、改善、向上に活かしている。毎回、写真などを用い、活動内容等の報告を行っている。運営推進会議には目を通すようにしている。	会議は、2ヶ月毎に開催され、利用者状況や活動報告などを議事録している。商店街にいきなり見学をするなどサービス向上に活かす予定がある。	運営推進会議の増員を図り、ヒヤリハットや研修報告・行事予定等を公表しこれまで以上に参加者からの活発な意見が得られ、サービス向上につながることを期待します。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	施設長などが市町村の担当者と話をする機会を持ち、必要があれば職員にも伝えるようにしている。	町担当者とは、運営推進会議や業務相談などを通じ、積極的に連絡を取りながら円滑な交流を図っている。ホームは、町主催の敬老祝賀会や文化祭へ出展するなどして、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	拘束目的で施錠することは無く、拘束しないことで精神状況が改善されることの事例の情報を共有し、拘束をしないケアに取り組んでいる。法人内・部署内で勉強会を行い、実践するようにしている。過剰な声掛け・介護はしないようにしている。	法人で毎月身体拘束廃止委員会の開催や月1回の部署会議で、マニュアルをもとに勉強会を行っている。玄関の施錠をしないなど、自由な暮らしが実現できている。	
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	言葉による暴力や精神的な虐待がないようにしている。虐待についての研修に参加している。外出(泊)後に様子を聞いたり身体チェックを行っている。		

自己評価	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	地域福祉権利擁護事業を利用している利用者がいる。勉強会を行っている。		
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	十分な説明を行い、理解してもらえているようにしている。		
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	面会やカンファレンス・行事・運営推進会議等で要望がないか聞くようにし、処遇会議や部署会議等で話し合っ反映させている。	ホームは、面会時や年4回のほほえみ便りなどで利用者の状態を家族へ伝えている。年1回の家族会や行事参加時などに家族へ要望を聞いている。運営推進会議は、家族の意見を求めやすい場となっており、意見を運営やケアに反映させている。	
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	定期的に部署会議を行っている。定期的または必要に応じて個別面談の機会を設けている。	管理者は、月1回の部署会議や年2回の個人面談時などに職員の意見を聞ける場を設けている。利用者の安全確保のために、センサーマットを取り付けるなど運営やケアに反映させている。	
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	年に2回、施設長との個別面談を行っている。		
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	施設内や外部での研修に参加できるようにしている。グループホームの全国大会に毎年参加している。		
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	法人内のグループホームと交流を持ち、勉強会等を行っている。		

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
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	事前調査を行い、生活歴や心身の状態、要望、困り事等を把握し、職員間で情報を共有して安心できる関係作りに努めている。ホーム内の見学もできるようにしている。		
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	家族が気軽に話しやすい雰囲気づくり、また、意識して職員から声掛けを行い、信頼関係を築くように努めている。家族からも入所前に話を聞き、要望や意見、介護歴等を把握するようにしている。		
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	最初のカンファレンスで家族や本人の思いなどを聞き、何を望まれているか話し合いながら決めている。必要があれば地域包括支援センターや法人内外のサービス、行政等を紹介し、必要なサービスに繋げるようにしている。		
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	四季を通じて保存食・味噌作りなど、本人のできることを生かしなが共に関係を築いている。できる事はして頂き、できない事は支援し、暮らしを共に出来るよう努めている。季節の行事等共に行っている。		
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	行事への参加、面会時の声掛けにより、本人と家族との絆を大切にしている。家族会を設けている。		
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	馴染みの人へ面会へ来るよう声掛けを行い、話しやすいように場所の提供をしている。町内の神社へ初詣に行っている。外出の際は地域をドライブするなどして支援している。法人内の他事業所との交流を行っている。	馴染みの人や場については、面会時や日頃の生活の中で把握に努めている。ホームは、面会時にゆっくりと話せる環境づくりに努めたり、法人内のデイサービスや特別養護老人ホームへ面会に行くなどして、個々に応じて支援している。	ホームは、馴染みの人や場の関係について、家族の行事参加時や日頃の生活の中でさらに情報収集することで個々に応じたケアが充実できることを期待します。
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が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	食事やお茶の時間はお互いの関係がうまくいくよう座席配置を工夫している。ひとつのテーブルでお茶を一緒に飲んだり、生活リハが共にできるよう努めている。		

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
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	近くの店等で出会った時は挨拶・会話を行うよう努めている。退所後、病院や施設を訪問するようにしている。必要があれば、在宅や施設等のサービスや地域包括支援センター、行政等を紹介するようにしている。		
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	心身の状態を把握し、想いに応えられるよう努めている。カンファレンスの時等に家族と話し合いながら、本人の希望や意向を確認している。	職員は、レクリエーション時や入浴時などに本人の意向や思いを把握し、本人の意向を尊重した支援ができるように努めている。職員は、ケース記録や月1回の処遇会議などで情報を共有し、ケアにあたっている。	
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	入所前後に関係機関、本人、家族等から話を聞くようにしている。サマリーや情報提供書に目を通している。		
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、有するカ等の現状の把握に努めている	現状の把握に努め、情報を共有し、特に夜間の過ごし方は本人本位にサービス提供している。心身の状態を見ながら声掛け、サービス提供をしている。毎月処遇会議を行っている。毎朝、バイタルチェックを行っている。		
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	カンファレンスや面会・行事等の時に意見を聞き、それを反映したサービス提供ができていく。ケース記録等も参考にしてモニタリングを行っている。毎月処遇会議を行い、課題やケアのあり方について話し合っている。	プラン作成時は、利用者と家族へ聞き取りをしている。サービス担当者会議は、家族も出席し、サービス内容について共有している。モニタリングは、3ヶ月毎に計画作成担当者と担当職員で行っている。	計画作成担当者は、主治医の意見を踏まえたプラン作成を行うほか、モニタリングについては、書類として整理保管されることを望みます。
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	日中・夜間の状態を記録し、申し送りにより情報を共有してケアの実践を行っている。個別記録や各種チェック表を利用し、情報を共有している。連絡ノートを活用し、細かい情報も共有できるようにしている。		
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	散髪や買い物等の移送を行っている。病院受診の援助を行っている。外出・外泊等の際の送迎を行っている。1日遠足や一泊旅行を行っている。		

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
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	外出する機会は少ないが、少しでも地域の方々と触れあうことができるよう努めている。地域の協力を得ながら消防訓練等を行っている。		
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	2週間に1回往診があり、必要に応じて御家族へ連絡を行っている。11月からは訪問看護も利用している。眼科・精神科などの専門医はかかりつけ医を個人で持っている。	全利用者が、利用者や家族の希望を踏まえて、2週間毎の往診を受けている。専門医などの通院介助は、主に職員が行っているが、必要に応じて、病院まで連れて行き家族と合流するなどの対応もしている。往診や受診時の結果については、その都度、家族へ電話で報告している。	
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	往診時には特養の看護師が訪問し、体調に変化がある場合や急変時には医師へ報告し、受診や処置が受けられるよう支援している。利用者の体調が良くないときなど、必要に応じて訪問看護に連絡し、指示を受けている。		
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。	今年度は入院した利用者がいない。医療相談員(MSW)などと密に連絡を取るようになっている。		
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	状況を見ながら話し合いを行い、本人の意向に沿った介護に取り組んでいる。家族の希望があれば、終末期までケアを行っている。	重度化・終末期のケアについては、12月の家族会開催時に指針を説明した上で、意思確認書を交わしている。ホームは、最善のケアができるように訪問看護師のアドバイスや勉強会を予定している。	
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	殆どの職員は救命救急講習を受講している。勉強会には参加している。また、日々の介護の中で、どんな小さなことでも伝え、お互いに急変時の対応に備えている。定期的な訓練は行っていない。		
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	年2回、特養と合同で、地域を巻き込んだ火災避難訓練を行っている。定期的に避難訓練を行っている。非常食の準備をしている。	ホームは、災害時のマニュアルを作成し、月1回自主訓練を実施している。7月には、地域住民も参加し、炊き出し訓練を行っている。備蓄品として、3日分の缶詰・水・インスタント食品を確保している。	

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
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	利用者へ声掛けする際は、自尊心を傷付けないように意識した対応を心掛けている。利用者は苗字やフルネームで呼ぶようにしている。記録物の持ち出しは禁止している。	職員は、プライバシーについての研修をしている。個々の身体状況に合わせて対応するなどプライバシーを損ねない声掛けや接し方について、月1回の処遇会議時などに確認し合い対応している。	
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	職員サイドの押し付けではなく自己決定を促す声掛けを行っている。入浴は希望があれば毎日でも出来るようにしている。		
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	施設の1日の流れはあるが、本人の希望や体調によってはその限りではない。押し付けではない介護に努めている。起床や就寝時間はある程度自由である。		
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	行事や外出の際は、本人の希望を取り入れて支援している。行事等の前に散髪を行うようにしている。夜間、殆どの方は寝間着へ更衣している。		
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	利用者の体力のレベル低下に伴い、最近では活動が少なくなってきた。できるだけ自分で食べられるように提供している。季節のものを取り入れた料理や行事食を提供している。	献立は、2週間交代で法人内のグループホームと共同で作成している。週1回は、パン食を取り入れている。おせちや恵方巻きなどの行事食や誕生日には、ケーキや好みの物を献立に取り入れるなど食を楽しむ工夫ができています。	
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	栄養バランスを考えて献立を作成している。各利用者が食べやすいように現状等を工夫して提供している。好き嫌いのある人は代替食を提供している。食事や水分の摂取量をチェック表を用いて把握している。		
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、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、お茶でのうがいを行っている。就寝時は義歯洗浄・ポリデントでの消毒を行っている。口腔内に残渣物の残りやすい方は特に丁寧にうがいを行っている。		

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
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	排泄チェック表に記入し、一人ひとりの排泄パターンを把握し、トイレでの排泄を促す支援を行っている。リハビリパンツやパットは使用しているが、オムツを使用している人はいない。	職員は、排泄チェック表で個々の排泄パターンを把握し、トイレへ誘導している。排泄の自立に向けて、リハビリパンツから普通のパンツへ下着形態が改善された利用者もいる。	
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	季節の野菜をふんだんに使った食事のメニュー、繊維の多い手作りおやつを提供している。チェック表で排便リズムの把握に努めている。牛乳・乳製品・繊維質の多く含まれるものを提供している。		
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	一人ひとり声掛け・タイミングを把握し、本人の希望を尊重した入浴を行っている。希望があれば午前中や毎日の入浴もできるようにしている。	利用者は、健康状態にもよるが隔日に入浴している。希望に応じて、毎日入浴している人もいる。入浴を拒む利用者には、職員が朝からタイミングを図り連携して個々にあった支援をしている。	
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	就寝時間、起床時間はある程度自由で、本人の希望する時に支援している。その時々状況に応じて空調管理を行い、気持ちよく眠れるよう支援している。レストタイムを設けている。		
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	利用者の名前と薬を確認して投薬するなど確実な服用に努めている。症状の変化には十分注意している。処方薬が変更になった時は連絡ノートに記入し、情報を共有できるようにしている。		
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	季節を感じることで行事、つわ剥き・餅つき・味噌作り等手伝って頂いている。洗濯物をたたんだり干したりしてもらっている。散歩などによる気分転換等の支援を行っている。		
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	遠足や一泊旅行の行事は御家族と協力して行っている。地域の店に買い物へ出かけている。精霊流しや夏祭り、お釈迦祭り、花見等に出かけている。	天気に合わせて、法人内の散歩をしたり、ウッドデッキでくつろぐなど外気に触れる支援をしている。ホームは、買い物や一泊旅行などの年間行事を計画し、外出支援をしている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	買い物、一泊旅行、遠足等の際に所持・支払いができるように支援している。小遣い程度を所持している人はいる。		
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	職員が取り次ぎ、電話での支援はできている。手紙を自ら書かれる人はいないが、年賀状や手紙等が届いた時は本人へ渡している。		
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	季節の野菜を使って昔ながらの料理を作ったり、草花を飾って季節感を取り入れている。ウッドデッキからは季節の花が見えるようにしている。異臭のないよう換気を十分行っている。日差しが強い時はカーテンを閉めるなどして対応している。	ホールの天井が高く、広々としており、心地よい風が通り抜けている。職員は、車椅子や歩行時の障害にならないように火山灰を取り除くなど快適な環境づくりに努めている。	
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	仏間やソファ、日当たり・風邪通しのよいフロアの好きな場所で過ごせるよう工夫している。冬場は囲炉裏を囲んでお茶を飲んだりできる。ウッドデッキにも自由に入出入りできるようにしている。		
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	自室からすぐにウッドデッキに出られる開放的な室内に使い慣れた家具や寝具・小物を持ち込んで在宅での生活に近づけるよう工夫している。室内に仏壇を置いている利用者もいる。	利用者や家族は、和室・洋室の2種類より居室を選ぶことができる。ホームは、個人の思い思いの品々を持ち込むように本人や家族へ働きかけている。各居室には、洗面所を備え付けており、利用者が身だしなみを整える姿も見られる。	
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	バリアフリーの中で、自室の押し入れや洗面台は安全に使用でき、仏間やフロアの空間を使って洗濯物をたたんだりできることを生かした環境づくりに努めている。生活歴や身体機能を考慮し、畳やベッドの使い分けをしている。		