

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	2294200106		
法人名	有限会社ケイ・エム・コーポレーション		
事業所名	ランの郷		
所在地	静岡県清水区承元寺町222		
自己評価作成日	平成23年5月25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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2294200106&SCD=320&PCD=22
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社モア設備設計事務所		
所在地	静岡県葵区昭府1丁目8番35号ツキチ商事ビル4F		
訪問調査日	平成23年6月10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)】

すべての入居者が心地よい場所と思ってもらえるよう心がけています。まずは現代風でない建物、そしてそれを取り巻く環境が入居者に安心感を与えることでしよう。次に常に笑顔を決すことのない職員の入居者との一体感があります。誰もが最初は緊張しながらこの施設を訪れることと思います。でも、玄関に入ったとたん「ホッとする」雰囲気があると思います。入居者に限らず、新規の職員からもそう聞きます。この環境と人材の資源を大切にしていきたいと思ひます。

【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)】

ミーティングなどの機会を通じ、職員の資質向上や情報の共有に務めており、特に拘束の防止については力を入れている。また利用者の状況にあわせ情報共有が細かく出来る様、連絡先等を活用するなど工夫をしている。さらに施設内の廊下や居室に画一的に手摺りをつけるのではなく、一人一人の状態にあわせ手摺りの設置が出来るよう、廊下や居室に腰高の板が張ってあり、その板がまた落ち着く雰囲気を感じ出している。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○ 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○ 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○ 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○ 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生き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	開設をして5年経ちますが、常に介護に関して向上心を持ってもらうよう、月に一度の全体会議で改善点を討論しています。	月1回のミーティングや毎日の引き継ぎ時にあわせ、その都度確認をしている。また時にはアンケート形式の質問で全員に確認をすることもある。	
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	午後の散歩のときには近隣の住民と顔を合わせることがあるので、徐々にですが会話そしてそれを発端に交流が確立されつつあります。	もとから地域とのつながりもあり、開設時から地域の一員として活動している。近所との交流もある。	
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	この施設のみならず認知症の方は地域にいますし、近くの施設に勤務されている方もいます。その方々と言葉を交わすことで、より認知症に関して理解を深めていっているのではと思います。		
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	一度に多くの人々(例えば町内会長、民生員、包括支援センター担当者など)が集まることは困難なので、少人数で行うようにしています。	全員参加の日程の調整が難しいが、包括支援センター担当者を含めその都度数人が参加し開催している。	より多くの人々の意見が聞けるよう、開催日や時間の調整が望まれる。また家族等もより参加することが出来るよう調整をして欲しい。
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	静岡市介護保険課事業者支援担当および社会福祉協議会とは綿密に相談、質疑、協議をしています。	日々機会がある毎に市町村担当者、区の担当等と連絡を取り合っている。権利養護関係などの連絡も蜜に行い、サービスの向上に務めている。	
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	身体拘束に関しては、全体会議でこれまでに2回職員に対してアンケート調査を行いました。自分では良いことと思っても実は身体拘束になることを気付いてもらうためのアンケートで、今は職員全員が周知しています。	拘束に関するアンケートなどを行い、職員の理解を深めている。拘束を行わないためにはどうしたらよいかなど常に考えながらサービスに取り組んでいる。	
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	特に言葉の虐待＝「ダメ」と言うことは極力発しないよう常に職員には指導しています。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	日常生活支援事業に関しては活用している入居者がいますので、社会福祉協議会と綿密に協議しています。成年後見制度はまだ活用していません。		
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	入所契約時には契約書、および重要事項説明書に加え、分かりやすい料金表と「重度化対応・終末期ケア対応指針」を添付し、利用者および家族に書面と同時に口頭で伝えることにしました。		
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	月一度は必ず利用者の家族に施設に来てもらうようにしています。その際、管理者または介護職員と話す場を設けています。(遠方または身体的理由で来れない家族は適時電話連絡)	月1回の面会には必ず家族に来てもらうよう、機会を作っている。その際に管理者・ケアマネ・職員と話し合う時間を設け、意見を聞き、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	月一度の全体会議(ミーティング)および引継ぎ時(日勤→夜勤、夜勤→日勤)は原則口頭で伝えますが、申し送りノートに加え簡単なメモで、よりきめ細かいことを伝えています。	ミーティング以外にもノートへの記入による全員回覧や連絡箋等を活用し、職員の意見や提案を聞く機会を設けている。	
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	管理者は常に介護職員の指導に当たっていますが、指導だけでなく個々の努力も汲んでいます。行政の交付金制度を活用し給与向上に努めています。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	社会福祉協議会等の外部研修に加え、2月に一度、全体会議(ミーティング)時に内部研修を行うことにより資質向上に努めるようにしました。		
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	交流のある施設の社会福祉士、介護支援専門員、そして看護師、提携医師などと常に話しができる環境を構築しつつあります。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	最初は不安なのだと思いますので、入居されている方々に紹介します。その後、数日の内に個人的に話す場を設け、内に秘めた不安または困惑が分かるようになります。そのことは職員が共有する情報です。		
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	入居される前に家族と必ず一度お会いします。その後、入居されるまで随時電話連絡をして連絡の取れやすい環境を作っています。家族の携帯電話に連絡すると安心するようです。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	契約時に拘わらず、常に細かいことまで(主に電話で)連絡を取り合っています。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	介護者は限られた時間内であっても、介護をするという意識ではなく、一緒に住んでいる感覚で介護をしています。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	家族には家族と利用者しか知りえない場所や雰囲気があると思います。出来る限り一緒に出かけたり付き添いをお願いしています。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	上記と重複しますが、家族の施設訪問は快く受け入れ、他の利用者ともお話ができる環境づくりをしています。	なかなか施設から出向いていくことは難しいことが多いが、訪問については快く積極的に受け入れをし、関係が途切れないよう心がけている。	訪問の受け入れだけでなく、こちらから出かける機会や思い出の場所を訪問する機会も持つことが、より多く出来る事を期待する。
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	利用者が集まる居間ではお互いの顔が合うように椅子を配置しています。また、食事と催しの場(居間)を分離することにより室内移動します。その場合、車椅子利用者を補助する利用者ができるようになりました。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	施設からは積極的に連絡を取ることはありませんが、契約が終了した家族にはケースバイケースで連絡をしています。(例えば施設で利用者が死去してしまい今は一人住まいなどの場合)		
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	利用者の希望、願いを会話で探り、その方に相応しい生活ができるよう努力しています。例えば、入所して間もない利用者には個人的に話しをしています。	特に利用をはじめた方については、ゆっくり時間をかけ話を聞いたりしたりすることで不安の解消と希望や意向を把握している。会話の難しい方については、行動や表情、目の動きなどに注意し、意向の把握を行っている。	
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	入所前に利用者の情報提供を頂きますので、管理者および介護職員には情報の共有をはかっています。但し、これまで何度となくフェイスシート内容と異なっていたので職員には参考程度ということにしています。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	利用者によって「有する力」には差があります。積極的に申し出る方とそうでない人がいますが、小さな変化を見逃さないよう管理者を中心として職員間で話し合っています。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	基本的には計画作成担当者(ケアマネ)が介護計画を作成しますが、その根本となるところは介護者との会話を含めた内容なので、ケアマネ単独で作成したものよりもより充実した介護計画ではないかと思えます。	利用者本人及び家族の意向の確認、原案を作成後ミーティング等で職員からの意見を求め、現状に即した計画の作成を行っている。	
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	介護伝達の基本は書類等ではなく口頭で伝えることにしています。介護職員全員が共有できるよう申し送りノートを活用しています。その他、介護記録にも記入しますが、書類は極力“省エネ”にしたいと思っています。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	型にはまることは避けたいところです。個々の利用者の家族状況は違いますので、それぞれの状況・要求に対応しています。しかしながら、頻繁に家族が来る利用者とうそでないのにはいささか苦慮しています。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	利用者が地域資源を得る第一歩は散歩だと思ひ、気候・天気の良い日には進んで近隣を散策しています。近くにある特養にも気軽に行けるようになっています。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	定期受診は施設と提携している医院で受診してもらっています。しかし、入所前から受診しているところがあり医院を変更したくないとの申し出があれば尊重します。	基本的には施設の提携の病院に依頼することが多いが、本人及び家族が希望する場合は、家族と協力し受診支援を行っている。また緊急時の対応についてかかりつけ医と連携を持つよう努力している。	
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	週に一度、訪問看護師が来所するとき利用者に関して気付いたことを看護師に伝え、看護師は適切に返答、対応をしています。相談にも乗って頂いています。また、訪問看護師と提携医とも連絡を取り合っています。		
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。	緊急入院の場合ですが、その時は家族に対応をお願いしています。提携医とは常日頃、情報の交換をしています。総合病院等となると施設としては家族にお願いするしかないと思っています。		
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	9の契約事項で述べましたが、「重度化対応・終末期ケア対応指針」を入所時またはそれ以前から家族と話しています。また、そういう対応を家族に対して初期の段階から踏むことで施設の利用者に対する対応も固まるのでこの方針で進んでいます。	施設として、家族の理解のもとに対応するようにしている。ターミナルケアの考え方については医師や看護師を交え話し合いの機会を持ち、情報を共有できるようにしている。	ターミナルケアについての方針の確認や職員の心の持ち方、ターミナルを迎えた後の心のケアを行う機会を設け、職員の不安の解消や心のケアを行っていく事を望みたい。
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	利用者の急変は多種多様ですので、それらを網羅する訓練はできていません。しかしながら、急変時の「緊急伝達」は確立していますので、それによる応急手当はできると思います。		
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	一年に二度、火災避難訓練を所轄消防署員の協力の下、行っています。一回に全ての職員が参加ができないので、二度から三度に分けて行っています。また、近隣の方にもできるだけ参加してもらっています。	避難訓練等は定期的に消防署職員立ち会いの下に行い、意識を高く持つようになっている。また非常時には大声を出せば隣近所の方が救援に来てくれる体制も出来ている。	今後発生が考えられる地震災害についても、地域の方と対応を協議し、より積極的に訓練を行い、避難方法の周知を期待する。

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	利用者にとって介護者は生活の支えとなる存在ですし、介護者にとっても少しでも慣れ親しんでもらいたいのですが、友だちになっ てはいけなくと考えています。〇〇さんと呼 び方にも気をつけています。	部屋に入るとき、必ずノックをし声をかけ入 室している。排泄介助の時には、本人にそっ と声をかけ、誘導するなど様々な場面でプ ライバシーに配慮している。	
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	介護者には「目配り」「気配り」そして「心配 り」を心がけるよう助言しています。特に、利 用者が何かを伝えたいときの顔の表情を察 知し、こちらから進んで声掛けをするよう指 導しています。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一 人ひとりのペースを大切に、その日をどのよう に過ごしたいか、希望にそって支援している	利用者にとっては毎日毎日が新たな日です ので、介護者にとっては業務はルーティーン にならないよう努めています。		
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	何歳になっても特に女性は身だしなみを気 にすると感じています。毛染めをしたいと要 望があれば一緒に買い物に行き好きな色を 選んでもらい、毛染めはお手伝いするなど 支援をしています。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好 みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準 備や食事、片付けをしている	利用者の潜在能力は個々によって格差は ありますが、出来る限りのことをしてもらっ ています。食事の仕度や片付け、掃除、洗濯 物の後始末などやってもらっています。	献立作成時は利用者に声をかけ、希望を聞 いたりし、健康に配慮した内容になるよう心 がけている。また準備や片付けなど、出来る ことは積極的に行ってもらっている。	
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	水分摂取量、食事量は介護記録に記してい ます。水やお茶だけでなく夏場はスポーツド リンクも時折飲んでもらっています。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一 人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケ アをしている	自立できる方には食後は声掛けをし、そう でない利用者には口腔ケアをしています。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	全介護者一人を除いては自力でトイレでの排便をしてもらっていますが、自立している方でも排便の意識が薄れていますので、時折声掛けをするように努めています。	時間や様子を見ての声かけを行うことにより、ほとんどの利用者がトイレでの排泄を行うことが出来ている。	
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	全ての利用者の排便を把握することは困難ですが、食事の進み具合が遅い方は得てして便秘の傾向があるように思えます。その場合、ご飯はおかゆにしたり、おかずは細切れにしています。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	週に最低二度は入浴をしてもらっていますが、入浴前のバイタルチェックで時折日にちを変更することがあります。また、入浴日には本人に入浴をすると伝え、本人の意思を確認しています。	最低週2回の入浴の機会は設けているが、本人の意思を尊重し、入浴日は変更する機会が多い。また空きがあり、希望があればその都度対応をしている。	
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	自室に戻り休憩することは基本的に個人の自由にしてもらっています。しかし、特に食後は寝たいか否かに関わらず横になる習慣のある利用者に対しては努力して起きてるように促しています。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	薬の目的はおおよそ理解していますが、複数の薬を服用している利用者には主な薬だけを説明します。新しい薬を処方されたときは気をつけて見守っています。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	入所時にフェイスシートなどの生活歴等を参考に暫く様子をみます。この施設でその方の生活ペースが確立されるまで最短でも約一ヶ月掛かりますが、何気なしに見守っています。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	外出に関しては29で述べました。個々の利用者の希望には添えないのが現状ですが、一部の家族の協力があって助かっています。外出ではなくとも敷地内で日を浴びながら草摘みなどをする利用者も数人います。	家族と一緒に外出することは、積極的に支援している。敷地内にある庭への外出は自由に行っており、近隣への散歩は毎日とは行かないが行っている。	

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
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	財布を所持していることで安心できる利用者がいます。お金の管理は施設が行っていますが、心配になって尋ねて来た時には財布を見せてなだめます。買い物などの時には家族からお預りしたお金を使っています。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	手紙のやり取りをしている利用者は今のところいませんが、電話で話しがしたいという利用者がいたらお手伝いをします。しかしながら、最近家族が頻りに訪れてくれるので電話の要求は少なくなっています。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室の内装材で木材と塗り壁を多用することで利用者が以前住んでいた住居と違和感を感じないのではないかと思います。母屋では畳の部屋も一部残しています。照明は蛍光灯が主流ですが、徐々に温かみのある屋白色(赤色)に変えています。	全体の照明について、順次蛍光色から屋白色(白から赤みのある色)の物に変え、暖かみのある雰囲気を出している。また手摺りを最初から設置するのではなく、居室や廊下などに腰高の板を張り、必要時利用者に合わせ設置できるよう工夫している。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	共用空間(主に居間)では特に工夫はしていません。好きな人と好きなききに自ら出向いて話しをする環境が整っています。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入所前には家族と揃えてもらいたいことをお話しします。こちらで用意できる家財道具は家族にお伝えしますが、得てして以前入所されていた方のお残りです。そのことを家族に伝えた上で利用していただいています。	利用者ができるだけ自宅の環境に近い生活ができるよう、家具類等家族に依頼し持ち込んでもらっている。また施設で畳ベットを用意し、畳の上で寝る事が出来る用にしている。	
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」「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	入所直後は誰もが施設内で“迷子”になってしまいます。「自立」まで少しの時間が掛かりますが、トイレの方向が分かるよう壁に記していますし、今いる利用者の新たな利用者への支援もあります。		