

### 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	1290200102		
法人名	株式会社 ユニマツ トリテイアメント・コミュニティー		
事業所名	畑町ケアセンターそよ風		
所在地	千葉県花見川区畑町1334-1		
自己評価作成日	28年10月15日	評価結果市町村受理日	平成29年2月7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	<a href="http://www.kaijokensaku.jp/12/index.php">http://www.kaijokensaku.jp/12/index.php</a>
----------	---

**【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 日本高齢者介護協会
所在地	東京都世田谷区弦巻5-1-33-602
訪問調査日	平成28年12月12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)】**

『気がつく・気になる・気が利く』ケアの実践は、GHの理念として力を入れています。職員の不足が進んでおりますが、職員の協力が厚いこの施設を、一丸となって守っています。気が付く・気が利く…は、職員同士の中でも育まれています。

**【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)】**

千葉県郊外の住宅地の一画、小学校のそばにあり、バス停、交番のすぐ前で消防署も近くにあり。3階建ての建物のうち1階がデイサービス施設で、2、3階を当ホームが占めていて、火災、災害に強いホームです。  
 デイサービス施設との併設施設であるため、運営管理面、防災面、様々なボランティア受け入れ、デイサービスの送迎用車両を使つての外出イベントなど、運営を効率的に行なっています。  
 最近では介護業界の人材不足もあって職員の数が限られていますが、殆ど寝たきり状態で退院して来た利用者を元気な状態に戻す等、ベテラン職員を中心に介護の質を落とすことなく、引き続き家族から厚い信頼を寄せられています。

**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、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している (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

[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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	「気になる・気が付く・気が利く」ケアの実践、地域に愛されるGHを目指す。	自己評価欄記載のホーム独自の理念を壁に掲示し、毎月のカンファレンス(ユニットごとの会議)で全職員で唱和し、理念の共有を図ると共に、実践に努めています。	
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	併設のDSとの交流で地域のボランティアさんや、地域の民生委員様のご協力がありますが、日常的にはいきません。	併設のデイサービスと共同で、町内会に加入し、防災訓練に職員が参加する他、毎年近隣の中学校から体験学習に4人を3日間受け入れ、ギター、ハワイアン、三味線、コーラス等のボランティア、秋祭りの銭太鼓等が来てくれる等、交流を進めています。	
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	今の所、活かしているとは言えませんが、退所されたご家族様が、今でもお見えになります。ボランティアをお願いしたり、ご家族様のご相談を受けています。		
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	民生委員様、地域包括の方が良く出席して下さいます。意見交換を行い、こちらの様子もお伝えできていると思います。	これまでのところ2ヶ月に1度、地域包括支援センター、民生委員、利用者代表及び数家族の出席を得て会議を開催し、それぞれの立場からの意見を聞いて、ホームのサービス向上に生かすように努めています。	
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	何か分からないことがあった時は、千葉市の方へ相談しています。	相談事等があれば、市の担当と話しますが、担当者がよく交代する事もあり、それほど緊密な関係は築き難い所があります。むしろ運営推進会議に出席してくれる地域包括支援センターが実情をよく理解してくれ、親密な関係を築いています。	
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「介護保険法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	自分達が気付かずに使っている言葉などがあるかもしれませんが、身体拘束はしないよう、委員会を作って行っています。	デイサービス施設と共同で身体拘束委員会を開催しています。禁止の対象となる具体的な項目11項目については、マニュアルに記載し、全体会議時に職員に研修を施しています。	具体的な項目について全ての職員が十分理解できているとまでは言えないので、全員に対し繰り返し徹底することが望まれます。
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	常に、気を付けて対応している。職員間の信頼関係が築かれなければならないと思っている。		

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	今まで、後見人様がおりましたが、今はおりませんので、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	契約は、1時間以上かかります。十分とは言えませんが、全ての説明をしています。		
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	運営推進会議などで話をしています。	利用者については運営推進会議に各ユニット代表が出席しています。家族についても、数家族が運営推進会議に毎回参加し意見・要望を述べています。今回実施した家族アンケートでは回答者全員が「話をよく聞いてくれる」と答えています。	
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	全体会議などを通して話している。	毎月開催するカンファレンスに先立ち、全職員に「カンファレンス議題検討シート」に様々な事項について記入し、回答箱に投入するシステムにして、思った事を自由に言いやすい様工夫しています。	
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	事業部・本社の考えに温度差があると感じている。時間外0への取り組みや人員削減の取り組みが主流です。		
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	会社で決められた、月に一回の研修に、参加しています。GH管理者としては、取り組みを日常的にしているつもりです。		
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	系列会社の中での研修の取り組みがあります。		

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
<b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	初期面談の段階で、計画作成担当者と管理者が考えながら、アセスメントやモニタリングの中で安心を確保していると思います。		
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	初期段階は見学時のアセスメントで事前に聞き取りをしています。契約後に再度、情報を聞き取ります。		
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	契約後は、更に深いモニタリングとなります。支援を見極めた後、現場職員と話し合い、対応をしています。		
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	GHの生活は、先ず本人と職員の信頼関係と考えます。24時間365日の生活を共にしている事はお互いにストレスも有ります。そこを楽しく過ごせたら…と思います。		
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	最近、昭和の方が多くご入居されます。ご家族様も若くなりました。認知症家族を持つ同じ目線で話しているつもりです。		
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	ご本人のご友人が訪ねていらっしゃる事も有りますが、最近はおぼ、ご家族様と親類の方となりました。面会が多く職員の手が回らない程です。	知人・友人の手紙や電話を取り次いだり、外部からの訪問の問い合わせは家族に事前連絡する等の支援を行っています。気軽に訪問できる雰囲気作りにも努めており、家族や親戚が頻繁に来所することが多くなっています。	
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	重度認知症の方が多いので、ご利用者様同士の関わりは、困難と思います。職員に依存する方が多いのが現状ですが、職員の関わりにより皆様との関係を深めているつもりです。		

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
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	なるべくフォローしているつもりですが、やはり、退去してしまうと、なかなか困難です。それでもボランティアに来て頂いたり、お花を持って来て下さるご家族様も居らっしゃいます。		
<b>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</b>					
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	殆どの方が意向の聞き出しが困難です。普段の会話、表情、行動から本人の本位を想像して検討している。	入居前に本人・家族からの要望・意向をアセスメントにまとめると共に、各居室担当者が日常の会話の様子・行動から思いや気持ちを把握し、意思疎通の困難な場合は家族に確認するなどして、一人ひとりの思いに添うようにしています。	
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	本人からの聞き出しは困難。一緒に暮らしていたご家族様でも、分からない事が多く、把握は困難になっているが、時間を掛けて聞いていく。		
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	職員が少ないので、日常の業務で精いっぱいになっているのが現状。一人一人の取り組みは困難になっていますが、なるべく現状維持の有する能力の把握に努める様になっている。		
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	担当者会議などで意見や情報の反映をしている。3か月に一回のケアプラン。1ヶ月に一回のモニタリングを施行している。	初回のプランとして、入居時に家族・本人の思いや希望を取り入れ計画を作成しています。フロア別のカンファレンス会議の前に、全職員が「カンファレンス議題検討シート」を提出することにより職員の意見を吸い上げ、医療関係者の意見も考慮して、3ヶ月ごとに計画を見直し、特別変化があった時などは随時見直しを行っています。	
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	毎日のケース記録、介護日誌、経過表…書き物は非常に多いのですが(会社に提出する物も有り)日々のケアの実践・結果・工夫を見直しています。		
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	ご家族様のご理解が必須ですが、その時々生まれるニーズや対応は、臨機応変に出来ていると思います。		

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	地域資源の活用は、最近あまり出来ていないと思います。DSとのアクティビティー、ボランティアさんの活動へ、参加しています。		
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	協力病院の月1回の往診を受けています。救急搬送、入院も受け入れて頂きます。往診の医師と看護師との連携や信頼関係は構築されています。	内科医がユニット別に月1回計2回の往診に来ています。希望により従来からのかかりつけ医を利用している人もあり、家族が対応しています。訪問看護師が週に1度訪れるほか、併設のデイサービスに属する看護師が各ユニットに週1回ずつ来てくれ、オンコールで相談できる体制にあります。	
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	GHの看護師は退職してしまい、補充は有りません。看護師が必須のサービスではないからです。訪問看護は週に一回の為相談はあまり出来ませんが、DSの看護師が週に2回来ていますので、相談・報告しています。		
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。	協力病院のSWや医師、看護師と相談させて頂き、本人の今後を考えています。		
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	GHでの看取りは大変厳しい状況ですが、救急搬送後、殆どの方が医療行為となりGHへ戻れない状態の方が殆どです。出来る限りの事をさせて頂いています。	入居時に「重度化した場合における対応に関する方針」を説明し同意の署名を貰っています。体調変化のあった時は家族と都度話し合いますが、医療行為が必要となり、協力病院に入院後、同病院の療養型施設に移るケースが多くなっています。	
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	今、新人職員が多くなり、教えていく事が増えましたが、実践しなければ覚えられない事も有ります。職員が高齢化していて、覚える事が難しい現況です。		
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	23.3.11の後から、災害避難訓練を考えています。常に、情報を察知して、近隣の方や交番にも声を掛けていきたいと思っています。	スプリンクラーが設置され、消防署の指導に従い年2回の避難訓練を実施しています。職員も概ね火災の際に咄嗟に取るべき行動を弁えていることが窺えます。大規模災害に備え備蓄品を手厚くしています。	備蓄品の内容については絶えず見直しを続ける事に加え、今後の課題として、困難ながら近隣の住民たちと災害協力関係を築いていくことが望まれます。

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	時として守られていない事も有ります。安全を第一に考えると守れない時があります。人としての尊重尊厳を考えています。	職員は利用者を「～さん」と苗字で呼ぶよう統一されています。管理者は言葉使いを大切にしており、併設のデイサービス施設職員を含めた全体の職員研修で接遇マナーを徹底し、人生の先輩として敬うなどの取り組みが行われています。	
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	自己決定できる方は、それなりに行き、出来ない方への配慮を支援しています。		
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	希望に沿っているか？考えて支援します。職員との関わりを持ちたい方が殆どの為、職員の心労も大きいのが現状。マンパワーが必要です。		
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	その人らしい姿を支援しているつもりですが、一人でできる方は少ない為、なかなか手が回りません。		
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	美味しい物を「おいしいね～」と召し上がって下さることを支援しています。食事の準備と一緒に出来る方にはお願いしています。会社からのお達しで最近はお前などのお寿司を取る事が出来なくなり、寂しくなりました。	管理栄養士が作成した献立表が2週間毎に業者から送付され、食材が毎日配送されて来ます。調理は職員が交代で行ないますが、数名の利用者が野菜の下処理やテーブル拭き等を手っています。嗜好調査を行ない、食材を変更する事もあります。ホットケーキやたこ焼き、餃子を作って楽しむ事もあります。隣のレストランで開く誕生会には、心の籠ったサービスを受けています。	
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	毎日、記録を取っています。水分は1日1000ml以上の飲水を考えています。摂取できない方にはゼリーなどで対応しています。		
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	毎食後、口腔ケアをしていますが、現状は自力でできる方以外の方のみ、職員がケアに入っています。本来なら、全員の方に仕上げをして差し上げたいのですが、困難です。		

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
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	なるべくフォローしているつもりですが自力でできる方は殆どいません。トイレ介助に着手する必要があります。殆どの方が介助です。	介護度の高い利用者も多く2名の布パンツ利用者の他はリハビリパンツを使用し、夜間のみオムツの人もあります。職員は排泄表により個々のパターンを把握しトイレ誘導をしています。主治医の奨めで水分補給時に特別なドリンク剤を服用することで排泄の改善が見られた事例があります。	
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	乳製品や水分コントロールでの支援をしていますが、頑固な方には刺激の少ない酸力マ等の服用をDr.の指示にて行います。		
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	毎日入浴は有りますが、9名の方が毎日入るわけではありません。一日おきの入浴です。特別浴槽は有りませんので、二人介助の方が増えると職員の負担も大きい為、課題です。	入浴は2日に1回が基本で、午前中に4～5名が入浴しています。入浴の拒否がある場合は強制することなくタイミングを図るようにしています。2人介助の必要な人も増えていますが、柚子湯や菖蒲湯などで変化を楽しめるように配慮しています。	
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	なるべく、日中からの不安やイライラを無くすよう、夜間だけではなく昼間から支援しています。一週間に1回の布団干しとリネン交換を行い安眠を提供します。		
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	往診Dr.とNSIに相談しながら処方していただいています。管理は係りの職員が行います。毎日ダブルチェックをして事故を防ぎます。		
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	その方の好みと、出来るものを支援しています。歌と体操は全員の方が参加されます。		
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支援している	個人的な外出はご家族様にお願いをしています。普段は、毎朝ゴミ捨て施設内庭の散歩等行います。	利用者は外気浴を兼ねテラスでお茶をしたり、職員のゴミ捨てに同行した後敷地内の花壇や菜園を散策しています。近隣の小学校やコミュニティーセンターまで散歩に出かけることもあります。遠出は年2回程度で、海岸や紅葉狩りに行っています。	



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
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	管理は出来ません！金銭的な行いも、不穩を煽る為、行いません。ご家族様と一緒に買いものを、支援させて頂いています。		
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	電話を掛けたいと思のある方は、掛ける事も有りますが、ご家族様には同意が必要です。最近はお手紙を書ける方がいなくなりました。		
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	お掃除の担当の方に、週に数回来て頂いています。朝は窓を開けて空気の入替えをしています。飾り物は最小限と、会社からのお達しがあり、今までのようにできませんが居心地の良いように支援します。	リビング兼食堂はゆったりとしており、大きなテーブルを二つ置いた部分と、ソファとテレビを置いたコーナーがあり、クリスマスツリーや雪だるまの大きな人形などで季節感を出し、一画を占めるオープンキッチンからの音と匂いが生活感を生んでいます。その他の共有部分も広く、トイレの換気扇の吸い出し口もきれいに掃除されている等、細かな所まで快適に過ごせる様配慮しています。	
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	皆様、自由にされています。時として自由すぎる為、危険を考慮し、事故を防いでいます。		
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	居室は寝室でもあります。過ごしやすく考えていますが、居室空間はご家族様のご希望も有ります。	居室はクローゼットとベッドが備え付けで、適度の広さがあり、ソファやテレビ、整理筆筒等の家具を持ち込み、写真等を飾ってある部屋から極めて簡素な部屋まで、それぞれ好みの部屋づくりが行われています。	
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	安全な生活が優先と考えています。高齢の認知症の方の自立支援は、本人の負担にならないよう、考慮しています。		