

### 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 リタイアメント・コミュニティ		
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	平成27年10月20日	評価結果市町村受理日	平成28年1月4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.kaigokensaku.jp/12/index.php">http://www.kaigokensaku.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27年12月15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)】**

「気が付く・気になる・気が利く」ケアの実践と、職員がお互いを認め、助け合い、向上して安定感のある職場を築き、安心した環境を提供します。地域に愛されるセンターを目指します。

**【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)】**

最寄駅のJR新検見川駅からバスで8分ほどの千葉市郊外に立地した鉄筋コンクリート造りの3階建てのホームです。2～3階を占め1階に系列のデイサービス、居宅介護事業所があります。行事(銭太鼓・フラダンス観賞など)、防災訓練、医療面などで連携を活かされており、家族、利用者に安心感があります。理念「気が付く、気になる、気が利くケアを心掛け地域に愛されるグループホームを目指します」を掲げ、全職員が共有し、家庭的な雰囲気の中で、本人の意向に沿ったケアの実現に向け質の高い介護を実践しています。利用者は高齢にも関わらず笑顔で明るく、歌、リハビリ体操などをして楽しく過ごしています。開設当初の職員のアイデアにより、心に残る日常や行事の様子をDVDにして、毎回運営推進会議等で流し、参加者はじめ、利用者、家族から好評を得ており、現在も新しい担当職員によって引き継がれています。

**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 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	GHの理念を壁に掲げ、事務所や職員トイレにも貼付している。理念を共有し実践する。	地域密着性を織り込んだ理念を事務所などに掲げ、職員はミーティング時や月1回の職員会議で確認・共有し日ごろのサービスの中で利用者に「寄り添う」「見守る」ケアを目指し、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	民生委員様のおかげで、近隣の学校などに行かれるようになりました。近隣のボランティアも活動しています。	町内会に加入し、お祭りや小学校の運動会への参加、散歩時の挨拶や地元の商店での買い物など、地域交流に心がけています。また傾聴、銭太鼓やフラダンス、コーラス、などのボランティアも訪れ利用者と一緒に楽しんでいます。	
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	GHでの貢献は特にないが、訪問見学は常時受け入れている。		
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践、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	DVDなどを利用し、日々のご利用者様の活動を見て戴いているが、PCの関係上これからはDVD作成が出来なくなると思う為、他の手段を考えている。ヒヤリ・事故の報告は常時行っている	年6回、地域包括支援センター、民生委員、利用者(6名)、家族(6名)、センター長、管理者、職員などが参加し開催しています。活動報告、ヒヤリハット・事故報告などを行い参加者からの貴重な意見をサービスの向上に活かしています。特に利用者の日々の活動を纏めたDVDの観賞は、家族から好評です。	
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	分からない事は直ぐに聴くようにしています。	市の関係課とは、センター長が常に連絡を取り合い良好な関係を築いています。運営推進会議には、毎回地域包括支援センターの出席があり、ホームの実情を理解してくれ、適宜にアドバイスを受けています。	
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	身体拘束委員会を発足して、2ヶ月に1回の勉強会を心がけている。	身体拘束排除を謳い、マニュアルも整備し、運営法人の身体拘束委員会に、ホームの職員7名がメンバーとして勉強会に参加するなど、職員も理解しています。昼間、玄関やユニット間は施錠していません。	
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	身体拘束・虐待委員会を発足して、2ヶ月に1回の勉強会を心がけている。		

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
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	後見人は、今までいましたので、いろいろ教えていただきました。活用できるよう支援しています。		
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	契約時は約一時間ほどかけて説明しています。解約時に至るまでの期間は話し合いを設け、納得して頂いています。		
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させて頂いています。	家族については、訪問時や運営推進会議、介護計画を立てる担当者会議の出席時などに、意見・要望を聴き運営に反映させています。利用者については、意向の把握は難しい状況ですが、表情やしぐさ、入浴中の会話など、工夫をしながら思いの把握をし、運営に反映させるようにしています。	
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	合同の会議や、カンファレンスなどで報告を受けます。	センター長が職員会議や年2回の個人面談などで職員の意見を聴き、反映するように努めています。職員は、各種委員会(環境衛生・身体拘束廃止・事故防止対策・防災管理)に参加し責任感を持って活動することによって、意見や提案を出し運営に反映させています。	
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	センター長等が把握し、環境の整備に努めていると思います。		
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	内部研修は、一か月に2～3回設けられています。が、GHとしては千葉市の研修に出すことが必須と考えています。		
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	系列会社の中での見学、研修を設けています。		

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
<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	モニタリング・アセスメントは計画作成担当者だけではなく、居室担当者の意見や報告を反映させ、本人の気持ちを第一に考える事を基本として安心の確保を考えています。		
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、見学の際のアセスメントと考えています。入居されてからその基本情報を元に再度要望不安を聞き取っています。		
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	初期サービスの段階の前に(見学・契約)事前に聞き取りをしています。その際に家族と本人の希望を考慮したうえで、他サービスの支援をしています(訪問歯科・看護・理美容等)		
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での生活は、先ず職員との信頼関係を築くことと考えています。その時々を家族の代わりにになれるように、努めています。		
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	ご利用者様の一番の信頼関係が築けているご家族様との絆を崩さないように支援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	ご家族様にも協力を得た上で、馴染みの友人や親戚の面会や、外出を支援しています。	家族や友人・知人が定期的に訪れている利用者が多くいます。ホームでは、各担当職員が利用者のひと月の様子を「お便り」に纏め、利用者と家族との関係継続に力を入れています。面会の少ない家族には、主治医から呼びかけて貰う事もあります。	
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	ご利用者様は認知症の方々なので、ご利用者様同士の関わりは、困難な事が多いですが、職員の関わりで、孤立の無い様に努めています。		

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
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	今まで、殆どの方が病院でのご逝去でした。告別式に参列した後、ご家族様とのご連絡は少なくなっています。		
<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	殆どの方は、意向の聞き出しは困難ですが、普段の会話、表情、入浴時に出る言葉や歌、等から本人の本位を検討している。	認知力が低下し、会話力や判断力の低下により気持ちが表せない場合は、職員が発声・表情・しぐさから利用者の気持ちを察知し、直ぐに対応できるよう利用者の傍に常に寄り添うようにしています。面会は利用者の居室で対応してもらっています。	
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	最近、在宅からの入居が多いのですが、殆ど一緒に生活をされていない事が多く、本人の事を気付いていない、昔の事は解らない。ご家族が多いです。なるべく把握出来る様、努めています。		
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	各担当が、意見を出し合い気付いた事を報告しています。心身状況・自立支援は元より、安全安心な生活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	各担当者、ご家族様との話し合いの中で介護計画を作成し、課題に取り組みます。	介護計画は、管理者、計画作成者、看護師、居室担当者等に利用者・家族を交えて担当者会議を開き、3か月に1回作成しています。モニタリングは月1回行い、介護目標を3か月毎に見直しています。	
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、日誌等を記録しています。職員間でその情報は共有しています。計画作成はそれも参考にして計画書の見直しを掛けています。記録する書類が多すぎるのも課題ですが…		
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	ご家族様の理解が必須ですが、現在、現状を把握できずにいる家族も少なくありません。その日その日で変わる現状は既存のサービスとそぐわない事も有ります。柔軟に取り組みたい所です。		

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
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	併設のデイサービス・居宅介護支援・ボランティアや近隣のコミュニティー・学校・町内会等の利用を楽しんでいます。		
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し、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	協力病院の訪問、受診、訪問看護との関係は10年間築いています。GHのNSとの連携も充実しています。	かかりつけ医は、月2回往診して利用者の健康を管理しています。歯科医療継続が必要で希望がある場合は、月2回の訪問歯科医の往診日に診てもらい現在9名が利用しています。他科への受診・通院は、緊急以外は基本的に家族が対応しています。	
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	訪問看護・GH看護師・DS看護師との協力が有ります。		
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。	協力病院の訪問、受診、入院が連携している。現在の往診時の看護師の協力は必須です。		
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	終身は出来ません。早い段階からご家族様に話していますが、誤解されてしまう事も多く、十分な説明は不可欠と考えています。	緊急時は、救急車対応で協力医療機関を利用しています。緊急時の同意書はありますが、終末期支援はしていないので、その為の研修を含めた準備は未整備です。日常時の急変は、その都度医師・看護師とも連携して対応、カンファレンスで職員に周知するようにしています。	
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	全ての職員が把握しているとは言えません。離職率が少ないGHなので、今までの経験は実践力に繋がっていると思っています。		
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	年2回の訓練を施行。去年は全員のご利用者様が、一階まで避難しました。消防の方からも素晴らしいとの言葉が有りました。今年も行います。	消防署立会い訓練(夜間想定を含む)と自主訓練の年2回実施しています。スプリンクラー、消火器等必要な防火設備は整っています。緊急連絡網も掲示されています。備蓄は、7日分準備されています。	隣の交番に声掛けするなど、地域との交流を図っていますが、平均年齢87歳と高齢者も多いので、消防署と地域住民(町内会)と連携し合同で災害避難訓練を実施することが望まれます。

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	プライバシーは時として尊重されていない事もありますが、安全第一で考えています。心のプライバシーの尊重、人間としての尊厳を考えたい。	利用者には「さん」付けが基本ですが、名前に「ちゃん」付けで呼ばれることで反応がある場合は、家族と相談のうえ使用しています。利用者対応は、今までの生活歴を考慮してケアプランに組み入れ、支援時に職員間で共有しています。	
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	決定できる方にはそのように…出来ない方への配慮も忘れないよう支援しています。		
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、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	皆様、職員に関わりたい方々ばかりです。人員不足の折、ペースが保てない事も多い現状です。希望に沿っているとは言えません。		
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	出来る方はそれなりに自立支援。出来ない方への配慮を忘れないよう心掛けています。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	「おいしいね～」の一言が毎日聞こえていれば、職員の幸事です。準備や食事の下ごしらえを、出来る方は一緒にしています。	アレルギー体質でない限り、食形態を変え偏食をなくす努力をしたり、代替えの食事に行っています。食材は業者から調達して打ち合わせを行い、季節感のあるイベント食も演出して提供しています。誕生日は、店でケーキを食べる催しもあり、利用者は楽しみにしています。	
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	毎日の、水分・食事摂取量を記録しています。水分は1000cc以上を摂取しています。排尿・便の観察も毎回行います。		
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	毎日食事の後は必ずケアしています。月二回の訪問歯科も希望者は受けています。		

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	日中の排泄は殆どの方がトイレで行います。夜間も1～2名の方がオムツ対応ですが、トイレの誘導をしています。トイレ頻回者が多く、重なる対応できない事もあり、今の課題です。	おむつ使用者も含めて基本的にトイレでの排泄を支援しています。夜間はポータブル利用者もパッド交換のみでよい人もいますが、尿意の有無の確認が困難な利用者が多い事で、日中・夜間を問わず職員の負担増となっています。	
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	毎朝ヨーグルトを付け、おやつにはヨーグルトドリンクを作り、ヤクルトも頼んで、便秘解消を試みっていますが、それでも便秘の方には服薬処方しています。		
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	入浴は毎日施行。現状、毎日9名の方を入れる事は出来ません。身体状況も考慮して一日おきに交代で入っています。	午前中毎日4～5人を入浴支援しています。利用者は1日おきに20～30分の入浴ですが、身体機能低下により約半数がシャワー浴になり2人介助が必要になっています。浴室は、柚子湯と菖蒲湯の時もあり歌や会話が弾む場になっています。	
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	自分の居室、で自身のお蒲団にて就寝。一週間に一回の布団干しを行い安眠を確保しています。		
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	往診ドクターとの相談援助にて服薬を処方。管理は、係りの職員が毎日行います。服用支援はダブルチェックを行っています。		
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	その方の好みの作業を支援しています。毎日の体操・嚙下体操・歌には全員の方が参加しています。		
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	一人一人の外出は不可能です。ご家族様にご協力を得ています。皆様と一緒に2ヶ月に一回外出レクを考えています。毎日のお散歩は、日替わりで行きたい方が率先していきます。	最近家族との外出時に事故が起きた事例が有り、現状、ゴミ捨て時、新聞を取りに出る時、玄関掃除の時などに外気浴を兼ねて外に出る等ホーム敷地内の庭の散歩だけに変えています。今まで行っていた外出レクも当面様子見の状況ですが、少人数での外出や家族による外出支援は行われています。	



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	認知症の方なので、管理は出来ません。お金の事となると不穏を引き起こす方々ばかり多くなりました。お小遣いの管理は職員がしていますが、そのほかの金銭管理はご家族様に託しています。		
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	電話を掛けたいという時は支援しています。ご家族様がかけてくるときは電話口に出る事もありますが、多くは有りません。お手紙を掛ける方は毎日のように書いています。		
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	清潔を心がけて毎日の掃除は怠りませんが、職員不足の折、今は隅々までは出来ていないかもしれません。窓の開閉は毎日のように数時間おきに空気の入替えをしています。季節を感じられるような飾りも考えていますが、本部の方から余り飾らないように言われている事も事実です。	リビング兼食堂は明るく、広くゆったりしており、観葉植物が置かれ、壁には利用者の塗り絵や手作りのクリスマスツリーがあり季節を感じさせます。利用者は、天気の良い日は窓から富士山を見たり、ソファでくつろいだりと、思い思いに居心地良く過ごしています。ホームとして室温や換気に気を付けています。	
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	その方の好みの椅子やソファ席を支援しています。毎日自分の好きな場所が決まっています。		
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	居室にそのようにご家族に伝えるのですが、実際には持って来て頂けません。	居室は清潔で、エアコン、大きめのクローゼット、介護ベッド、ナースコールが備え付けです。比較的簡素な部屋が多いですが、使い慣れた馴染みの物を持ち込み自宅に居るように過ごしています。ベッドのマットを立て掛け、風を通すようにしたり、床と手すりをアルコールで拭くなど、生活環境にも配慮しています。	
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	出来る事解る事を支援して、常に見守りをしています。安全な生活が優先です。		