

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	株式会社ユニマットそよ風		
事業所名	畑町ケアセンターそよ風		
所在地	千葉県千葉市花見川区畑町1334-1		
自己評価作成日	2013年10月23日	評価結果市町村受理日	平成26年1月8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.kaigokensaku.jp/12/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 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25年12月26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。平成17年5月のオープンからこの実践を心掛けています。そよ風との会社合併後から、諸事情が変わり、長年勤務していた職員の移動等が有、現在に至っていますが、この実践は変わりません。

【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)】

JR検見川駅からバスで10分、バス停前にあるので訪れるのにも分かりやすく便利です。鉄筋コンクリート3階建ての2階、3階を占め、スプリンクラー等の防火設備も完備しており、すぐ前に交番があることもあって、防災及び防犯面で優れています。
1階には同一法人の運営になるデイサービスがあり、運営面で共同で行えることが多く、ボランティアの受け入れや送迎用の車の一時借用、デイサービス利用から入居へ、夫婦の一方が入居もう一方がデイサービス利用等、利用者への多様なサービスが可能です。
今回実施した家族アンケートの結果からは、職員数の少ないことへの不安はあるものの、回答を寄せた家族のホームへの感謝の念が厚く、ケアのやり方に対して全面的に信頼を置いていることが窺えます。

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	新人職員はこれからと思いますが、他職員は把握していると思います。	2～3年前に地域密着型サービスの意義を踏まえた理念を造り直し、ホーム内に掲示すると共に、大きな白板に大きな字で書いて、職員だけでなく訪れる人皆に目に触れるようにしています。多くの職員も、地域との交流を常に念頭に置きながら、付近の散歩等利用者の外出を支援しています。	
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	日常的とは言い切れないところも在ります。が、民生委員の協力で小学校との繋がりを持つことが出来ました。	町会はあまり活発に活動していないようですが、近所の小学校での運動会や盆踊りに招かれ、利用者も踊りの輪に加わっています。近くのコミュニティセンターのコンサート等に出かける事もあります。1階のデイサービスと一緒にいろいろなボランティアを受け入れて楽しんでいます。	
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	未だ未だ認知症に関しては、むしろ私達のほうが勉強中です。今居るご入居者様の生活を支える事以外の事は考える余裕が有りません。		
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	公表しています。話し合いは担当者会議に、ご家族様も参加して頂いています。	会議は外部から地域包括支援センター職員、民生委員の参加を得て、3～4ヶ月に1回のペースで開催し、ホームの現況報告、ヒヤリハット・事故報告に加え、普段の生活の様子を収録したDVDの鑑賞等を行っています。	会議は2カ月に1回以上の開催が望ましいとされています。達成は容易ではないようですが、センター長の出席する会議でもあり、身近な問題点を率直に話し合う場として活用することが望まれます。
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に取り組んでいる	行政の担当者の変動が多い為、密な連絡までは出来ていませんが、何か有った時は相談させて頂いています。	市の担当者とはセンター長が折衝・報告等を行いますが、管理者も電話で気軽に相談しています。地域包括支援センター職員が運営推進会議に出席し、ホームの実情を理解した上で適切なアドバイスを行ってくれます。	
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	身体拘束はゼロと考えています。委員会も発足しました。千葉市の研修にも参加していきます。	玄関は日中鍵をかけていません。身体拘束排除については、併設のデイサービスと共同の身体拘束委員会が中心となって研修を行い、千葉市の研修に参加した職員はカンファレンスの際に報告し回覧も行って、職員への啓発に努めています。	
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	見逃さないよう日々努めています。カンファレンスでの話し合いもしていきます。		

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	後見人制度を利用されているご利用者様がいますので、何かあれば相談にのっていただいています。研修には参加できていません。		
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	1時間ほど掛けて説明をしていますが、その時だけではご家族様の理解が出来ていない事もあります。後日行なう事も在ります。		
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	運営に関しては併設のDSも含め、センター長から報告する機会が在ります。GH会議の中でも話し合います。	利用者については日頃のケアの中で汲み取るようにし、家族については、面会のための来訪時、介護計画に関する3カ月ごとの担当者会議、運営推進会議で意見を聴く他、外部評価の際に実施する利用者アンケート結果にも対応しています。	
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	そよ風での管理者の権限はそこまで有りません。事業所の代表者はセンター長です。管理者は現場の意見を吸い上げてセンター長に報告しますが、反映させる機会はありません。	経営に関する事項はセンター長が職員の意見を反映するように努めます。その他の運営面については、月1回の全体会議やカンファレンス、担当者会議、申し送りの時等に皆で話し合い、最良の結論を出すように心掛けています。	
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	そよ風では事業所の代表者はセンター長です。管理者は現場の意見を反映させ職場環境の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	法人内研修は沢山在ります。人員が不足しています時は参加できませんが、今後は事業社内での研修を受けて行きます。		
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	今も特に行なっていません。系列の事業所との交流は在ります。		

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	アセスメントやモニタリングを行い、安心の確保を行ないます。日ごろの観察を重視しています。		
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	初期のアセスより伺っています。その後はご家族様の面会時や担当者会議を通じて関係作りを努めています。何か有った時は電話での連絡を行なっています。		
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	初期プランを立てる際に伺い、他のサービスは殆ど有料になりますので、訪問歯科・訪問理美容等出来る限りの事を考えます。		
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	ここでは、本人と職員が家族のような関係を自然と身につけるような支援をしています。愛情は、負けていないと感じます。		
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	私達の関係が家族的であっても、決してご家族様を蔑ろにする事は無く、あくまでもご利用者様の根底にある「家族」との絆を忘れないよう計画作成・職員共に支援してケアに取り組めます。		
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	併設されているDSのご家族・ご友人他ご家族様が面会に来られることが増えていきます。近隣の御友人様等との会食も行なっています。	家族が毎日面会に来る人、併設のデイサービスの利用にやって来た家族が立ち寄る人、入所前に交流のあった友人等と食事に出かける人、昔住んでいた場所や、近所に出かける人等、それぞれの馴染みの人や場所との関係が継続する様支援しています。	
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	殆どの方が同年齢の方との関わりを嫌みせず。もっぱら職員との関係を求めることが増えていきます。低下されている方が多いのですが、出来る限りフロアで過ごす事を徹底しています。		

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
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	殆どの方が、サービス終了後にご逝去されています為、御通夜に参列した際にはアルバムやビデオを作製しご家族様にお渡ししています。が、その後の関係は殆ど有りません。お手紙等を頂いたりご相談の際は支援しています。		
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	本人の意向を聞きだすことは困難ですが、本人の気持ちを把握するよう努めています。モニタリングも行ないます。	日々の行動や表情から汲みとり把握するようにしています。言葉で思いをうまく伝えられなかったり、言葉にしづらい利用者の中にも、表情が陰しくなり動き回っていた人がゼロ歳児の衣服を着た赤ちゃん人形を抱いて落ち着いた事例があり、心の動きの把握に努めています。	
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	契約時、面会時に聞き取りはしていますがご家族様も把握していません。ケアカンファ、担当者会議で話し合っています。		
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	本人の行動などを観察しながら、カンファレンス等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	居室担当を決めて、計画作成と協力しご家族様にも会議に参加してもらえるよう努力しています。その上で、介護計画作成を行ないます。	計画作成担当者が月1回の全体会議で意見交換をしています。状態変化時は家族を交えて課題となることを話し合い、介護計画の見直し・作成に活かしています。	
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	介護日誌・ケース記録・申し送り帳等で、共有し実践、計画書等に反映しています。		
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	身体状況の変化が著しく在ります為、その時に応じたニーズに対応していくよう心がけています。臨機応変な対応は個人差が在りますのでコントロールをしていく事が重要です。		

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	ボランティアや併設のデイサービス地域のコミュニティーセンター等に協力が在りま す。安全な暮らしをし、楽しむことを心がけ て支援しています。		
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	協力病院から月に一回の往診を全員の方 が受けています。訪問歯科・訪問看護の協 力も出ています。	協力病院の医師の他に、利用前からのかかりつけ 医での受診も可能で、家族の付き添い不能の場 合は、職員が同行したり、相談や指示を受けるこ ともあります。歯科医の往診は月2回あり、歯磨き指 導など口腔ケアの指導を受けています。	
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	週一回のと訪問看護と週3回のGHNSの協 力体制が在ります。常に相談できる環境が 在ります。		
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。	協力病院との関係が在ります。入院時 はご家族様のご協力が不可欠ですのでその旨 の説明は随時行なっています。ご家族様の 対応が困難の時もあり、今後の課題となっ 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	既に重度化しています。看取り加算は取っ ていませんが、医療行為が無ければ出来る 限り支援しています。終末期の判断はご家 族様の意向を聞き在宅介護などを相談させ ていただいています。ご理解できない方 が増えています。	現在は運営方針として終末期や重度の人の看取 り支援に取り組んでいません。ただ医療行為がな いケースの場合はぎりぎりまで支援したケースも あります。今後はできるだけ早い時期からかかりつけ 医等ケア関係者と話し合いを繰り返し、連携体制 づくりに取り組み、チームで支援していくことが重 要と感じています。	
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	定期的な訓練はしていませんが、実地で覚 えて行きます。協力病院や、NSと職員の連 携で行なっています。		
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	年に2回の火災訓練等を行なっています。	消防署指導のもと、火災・災害時夜間想定避難訓 練と、業者による防火・消防設備点検時に消火器 具の使い方等の訓練を、併設のデイサービス施設 と共同で行っています。飲食料の7日分他万一の ための器具・備品を揃えています。	大災害時の長期の停電等も考慮に入れ た備蓄品の品揃え、夜間の手薄な時間 帯に備え近隣の人々と一緒に避難訓練 を行えるほどの親密関係を築くことが、 今後の引き続いての課題です。

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
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	まだまだ出来ていないかと思いますが、職員の周知は進んでいると思います。	初回利用時のアセスメント段階で家族に立ち入った情報収集も必要になります。管理者は、ミーティングの折に、日々の関わりの中で利用者の誇りやプライバシーを損ねることがないように、職員に対して指導を徹底しています。	
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	自己決定できるには働きかけていますが、出来ない方が殆どの為、行動などを観察して働きかけています。		
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	以前より人員の確保が少なくなり、業務に追われているのが現状ですが、なるべく個人の希望に沿った時間を過ごすよう支援しています。		
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	その方の好み等を考慮した身だしなみを行いません。居室担当等が考えながら支援しています。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	殆どの方が、食事を楽みにしています。ミキサー食でも味は美味しく調理しています。準備は殆どの方が出来ませんが、野菜の下準備は手伝って頂いています。	献立は1週間分本部で作成しています。訪問時、職員が声掛けをしながら利用者も楽しそうに、きぬさやの筋取に参加していました。また利用者と職員が同じものを一諸に食べ、食事が毎日の楽しいひと時となっています。	
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	栄養士の居る食材の業者を使っています。カロリー計算は出来ていますが、糖尿予備軍も居ますので、DMコントロールをしています。水分量食事量の把握は毎回チェック表に記載し、支援しています。		
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	本人が行なった後、職員が仕上げをしています。訪問歯科の週一のケアも施行されています。		

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
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	出来る限り、日中はトイレ誘導しています。寝たきりの状態に近い方も数名居ますので、ベッド上での排泄も増えています。	日中、夜間のオムツ使用の人が増えています。ただ日中は排泄パターンを把握して声掛けを行いトイレでの排泄を促しています。常時おむつ使用の人や尿意の無い人にも時間を見計らって誘導したり交換したりしています。	
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	毎日、乳製品の摂取をしています。が、それだけでは排泄できない事が多く、下剤を最小限使用させていただいています。毎日の運動も施行。		
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	出来る限り入浴していただいています。が、2人介助で入れる方が増えていますため、職員の負担も増えています。	入浴は毎日可能ですが現在希望する人はいません。介助が必要な人が多く安全の為2人介助が増えていますが、1日おきに全員に入浴支援しています。体調不良の人には清拭をするなど相談しながら一人ひとりに合わせた支援をしています。	
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	夜間の覚醒が増えていますが、日中の運動等で何とかしています。睡眠障害のある方には最小限の眠薬を処方して頂いています。		
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	完全なる職員管理です。常に変化には気をつけています。NSや医師との連携をとっています。		
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	その方々のお好きなこと、出来ることを見つけて生活の中に取り入れています。		
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	今や、車椅子介助ばかりのため、難しい問題になりましたが、一ヶ月に一回行ないます。又、毎日散歩に行く方も居ります。	車いす利用者等歩行困難な方が多く、外出頻度は1か月に1回程度になっています。中には気分や希望で毎日庭に出て外を眺めたり、近所に出かける人もいますが、利用者の重度化と職員数の関係から日常の積極的な外出支援が困難となっています。	屋内だけで過ごすストレスが蓄積しやすく、怒りを抑えられず、興奮や暴力にもつながり心理的な反応や行動の異常を引き起こすと言われていています。季節を肌で感じ心身の活性につながるよう、短時間でも戸外に出る機会を増やせる職員体制が求められます。

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
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	完全職員管理です。管理者が金庫にて保管しています。希望に応じて使います。が個人管理は困難な方ばかりです。		
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	手紙や電話は職員を通じて行なっています。		
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	掲示物などで季節感を出したり、担当者を決めて行なっています。が、会社の意向で余り出来ません。温度管理や空気の入替えは職員が率先して行ないません。	居間・食堂と一体となった南向きの広い空間のコーナーに調理場があり、調理の音や匂いで生活感があります。花を生けたりクリスマス飾り等で季節感あふれる居間部分のテレビの前にはソファが置かれており、利用者は好みの場所で寛いでいます。階段、トイレや浴室も広く清潔に保たれています。	
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	個人の居室なので、自由に対応しています。		
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	本人と、ご家族様の意向を取り入れて支援しています。	クローゼットが備え付けのせいもあって、居室内は比較的簡素ですが、それぞれが自分の居場所として、整理ダンスや椅子・テレビ・仏壇等馴染の物を自由に持ち込み、自身および家族の写真や自分の作品等を室内に飾っています。職員は清掃と換気に気を使っています。	
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	安全面は特に気をつけて神経を使います。出来る限りの自立に向けた生活を、心がけています。		