

## 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	2490100134		
法人名	社会福祉法人 アパティア福祉会		
事業所名	認知症対応型共同生活介護 ひなた		
所在地	三重県桑名市長島町横満蔵568番地2		
自己評価作成日	平成27年8月13日	評価結果市町提出日	平成27年9月30日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報公表システム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_ip/24/index.php?action_kouhyou_detail_2014_022_kihon=true&amp;JigyosyoCd=2490100134-00&amp;PrefCd=24&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku_ip/24/index.php?action_kouhyou_detail_2014_022_kihon=true&amp;JigyosyoCd=2490100134-00&amp;PrefCd=24&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 三重県社会福祉協議会		
所在地	津市桜橋2丁目131		
訪問調査日	平成 27 年 9 月 2 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)】

ご利用者の要望を尊重し、出来る限り速やかに対応することを心掛けている。そのために、年間行事やユニット行事を充実させ、楽しみを増やしている。  
健康ケア教室を始め、地域の方が訪問していただける場所になるようにしている。  
今年度の品質目標で掲げている、「ほめてレベルアップ」があり、ほめるために相手を見て、ほめることを探せる力や、ほめることで意欲向上につながるように、職員みんなに対応している。残存能力を損なわないように、出来ることは行ってもらえるように見極める力をつけるように努力している。

## 【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)】

事業所の法人は桑名市を拠点に、病院、特別養護老人ホーム、介護老人福祉施設、居宅介護サービスセンター、障害者支援施設等を多岐にわたり展開している。ISO9001を取得し、より良いサービスの提供に努めている。事業所は開設7年目を迎え、経験豊かな管理者の指導で職員が成長し、各ユニットの運営に努めている。理念や品質目標に沿って、利用者や家族の立場に立った支援が実践されており、利用者、家族等からの信頼を得ている。利用者と職員がソファに座ってテレビを観たり、楽しそうに会話をしている。

## 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	法人理念に基づく品質目標を掲げており、ユニットごとに取り組んでいる。ユニットの職員で計画を立て、全員で取り組む姿勢になっている。情報共有は「サイボウズ」を活用している。	法人理念「すべての人を尊重し共感を持って寄り添い支援する」に沿った事業所品質目標を毎年設定している。職員は情報共有ツールで常に確認しながら理念を共有し実践している。	
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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	今年の8月より、語らいの場にて「健康ケア・教室」を実施。地域のひととの交流をはかることを行っている。	近くの神社に初詣に出かけたり、秋祭りに参加している。ホール「かたらいの場」で「健康・ケア教室」を開催したり、週1回サロンを開催し理学療法士による体操、アコーディオン演奏、バルーンアート作り、傾聴ボランティアの受け入れ等を行っている。	利用者が地域社会の一員として生活を継続するために、日常的に事業所と地域の交流を図られることを期待します。
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	「健康ケア・教室」の中で、地域の人々へ認知症について知っていただく機会になる。品質目標の一環として、認知症についてのリーフレットを作成する計画がある。		
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	定期的に会議を開催している。こちらが用意した議題の他に、フリートーク時間を設け、質問や要望を伺っている。	市地域介護課・地域包括支援センター職員、利用者代表、家族代表、住民代表(民生委員)、協力医院院長、市保健師等が出席し、年4回開催されている。現況報告後、意見交換が行われる。行事の様子等はスライド写真を使用して行う。	
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	市からは、研修の案内をいただいたり、こちらからは待機状況を報告したり、万一の際の事故報告などの連携を行っている。	管理者が日頃から市担当者と連絡をとり意見や助言を貰い、協力関係を築くよう取り組んでいる。待機状況の報告や事故発生時の迅速な報告等を行い連携を図っている。研修会にも参加している。	
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	法人では、人権委員会(旧身体拘束廃止委員会)を行っている。そこで、職員全体への勉強会を開催したり、身体拘束について学んでいる。	管理者、職員は法人の人権委員会の研修で身体拘束やスピーチロックの弊害について理解し、拘束をしないケアに努めている。身体拘束に関する独自のマニュアルを作成している。家族にも説明して周知に努めている。	
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	虐待にあたる行為はない。虐待については、倫理研修においても触れられ見過ごすことがないように努めている。		

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
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	成年後見人のいるご利用者がおり、定期的な話し合いをし、金銭面での処理や相談をしている。 成年後見人が必要なご利用者には、案内もを行っている。		
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	契約時の説明は、理解が得られるように1時間程度かけて丁寧に行っている。		
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	面会時に生活状態などを説明させていただき、ご家族からの意見をいただいている。 ご利用者の体調変化に応じて、その都度連絡し、必要に応じて担当者会議を実施。 月1回、ももの木通信にて報告もしている。	面会時や運営推進会議・利用者会で、利用者・家族から意見や要望を聞いて運営に反映させている。利用者の体調・健康問題等は電話やメールで家族と密に連絡を取り、必要時には担当者会議を設けている。毎月の請求書郵送時に、写真や手紙を同封している。	
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1回ユニット会議を行い、その中で意見や要望を反映してもらっている。 人事考課面談や定期面談も実施。	職員の意見や提案は毎月のユニット会議や個別面談に聞いて話し合っている。日常の気づきは口頭やメールで共有し、職員が言い易い雰囲気作りが行われている。出された意見や提案は運営に反映させている。	
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	人事考課規程に基づく、人事考課面談を半年に1回行っている。 それ以外に、月1回定期面談を行い、意見や要望を伺っている。		
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	資質向上研修を行っており、自分で必要な研修を選択することができる。 内部・外部研修も率先して受講している。 介護福祉士・介護支援専門員の資格を目指す職員もいる。		
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	QC発表会は、他の法人へも開催案内を送っており、学習する機会を設けている。 勉強会は、法人内で実施している。 全国的な取り組みはケアコンテスト出場している。		

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
<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	職員が担当ご利用者を持っており、アセスメントを実施し、ご利用者のニーズを把握し、出来る限り意思尊重ができるように対応している。 ユニット内での情報交換も大切にしている。		
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	面会時、職員側から声をかけて会話をするように配慮している。 入所当初は、早く施設になれて頂くため、情報交換や様子を伝達させていただいている。必要であれば、担当者会議も開催する。		
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	入所前や直後の状況により、医療や人権擁護のような他のサービスが必要な時は、その対応に心掛けている。		
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	生活において、職員が行うのではなく、ご利用者も協力して一緒に行うことにしている。 ご利用者が役割をもっていただき、残存能力や生きがいを大切にしている。		
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	各担当職員を中心に連携をとっている。 必要な物品を依頼したり、生活などの不安、身体状況などを相談している。 毎月、ももの木通信で様子を報告させていただいている。		
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	家族や親戚だけの面会に限らず、訪問していただけることは積極的に歓迎している。 入所前より習慣にしている神社参拝や、なじみの美容院利用などを継続して行っていけるように配慮している。	毎月の神社参り、行きつけの美容院への送迎等、家族の協力も得ながらそれぞれの希望に沿って、馴染みの人や場所との関係が途切れないように支援を行っている。家族や友人が訪問しやすい雰囲気づくりに努めている。	
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	ユニット内での行事、年間行事などを通して信頼関係を築けるように配慮している。 普段の生活の中でも、軽作業や食事などを協力しあって生活できている。		

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	身体・精神状況の変化などで、併設特養への入所移動があった場合、引き続きご家族との情報交換を継続する。		
<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	アセスメントにおいて、ご利用者の性格や背景などを把握し、24時間シートで表すことで意向の把握ができています。 担当職員が中心となって、コミュニケーションから要望を聞き取っている。	アセスメントで利用者の性格・背景を把握し、入居後、各担当職員が日々の支援の中で希望や意向を聞き把握している。支援記録や24時間シートを活用し、職員間で情報を共有し、利用者の意向に沿った支援の把握に努めている。	
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	入所前アセスメントで聞き取りを実施している。 本人および本人を取り巻く環境の把握が完全ではない点もあり、入所後も継続して聞き取りを行っている。		
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、有する力等の現状の把握に努めている	出来る限り、ご本人の要望にそった過ごし方で生活していただいている。 24時間シートや記録にて把握している。		
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	定期及び随時に担当者会議を開催。 必要であれば、主治医とも相談できる体制をととのえている。 ケアプランは必要に応じて追加や変更、必要な援助は指示出しを実施している。	パソコンシステムを活用した実施記録等をもとに、担当者・ユニット会議でモニタリングを実施している。ケアプランの見直しは3カ月毎及び随時行われている。本人・家族・医師の意見を反映させて、現状に即した介護計画を作成している。	
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	ケアプランの実施状況は、記録システム「ちょうじゅ」にて管理している。 職員間の情報共有は「サイボウズ」で行っている。		
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	法人内の他事業所の職員との連携がある。 内科医師、歯科医師、歯科衛生士、眼科医師、精神科医師、なども連携している。		

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
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	近隣の病院、交通手段、スーパー宅配サービスなどを関与する社会資源を把握し、それぞれを使えるようにしている。		
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	ご本人やご家族の意向にそって受診援助をしている。協力医療機関への受診が可能であるとともに、入所前からのかかりつけ医に継続して受診している方もいる。ご家族の協力も得ている。	ほとんどの利用者が協力医療機関の受診であるが、1名が従来からのかかりつけ医を受診している。月2回協力医の往診、週1回歯科衛生士の訪問指導が行われている。夜間・緊急時も協力医の指示に従い対応している。	
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	日常の状態把握を心掛け、記録に記載。職員間での情報共有をしっかりと行い、管理者へ報告し、連携医療機関への受診を行う。		
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。	診療情報や看護サマリーのやりとりや、入院先での説明・情報提供により、MSWとの連携を図っている。 退院の見込みがの場合、必ず状態を見に行き、退院復帰がスムーズよく進むようにしている。		
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	重度化対応指針を作成し、同意を得ている。 終末期について、ご家族、医師、管理者、職員などを交えて、納得いくまで話し合いを行っている。 今後の対応を統一している。	入居時に本人・家族に重度化対応指針を示して同意を得る。「最後までみんなで見送る」を事業所の方針として、職員の研修や体制づくりを行い終末期には家族・医師・看護師等と連携を図りながらチームで看取り介護に取り組んでいる。	
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	急変や事故に備えて、職員が速やかに対応できるように手順書を明らかにしている。研修も実施しているが、職員の知識にもばらつきがあるため、管理者が主治医にへ助言を求め、指示を出している。		
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	消防署と連携して消防訓練を実施している。 風水害など現実を想定した取り組みをしなければいけない認識はあるが、大規模訓練は未実施である。	年2回、消防署と連携して昼・夜間想定消防訓練を実施しているが、風水害想定訓練は実施していない。大規模水害時における避難や救助等の備えの必要性について、今後の検討課題と認識している。	

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
<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	ご利用者に対して尊厳を持って対応するようにしている。月1回のユニット会議で職員間の話し合いも実施し、支援の内容を統一している。プライバシーを守るために、個別に話しを傾聴することもある。	名前は原則、苗字にさん付けで呼んでいる、食後下膳のタイミングは個々に合わせて行い食事をゆっくり楽しんでいただく、排泄支援時はプライバシーを損ねない声かけを行う等、利用者の人格を尊重する支援に努めている。	
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	認知症の方に対して、固定観念でとらわれないように心がけている。 日常生活の中での意向は、その都度聞き取りをしている。月1回の利用者会でも意見を聞いている。		
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	その人のその日の状態に応じて援助できるように、日頃から情報交換をしている。 起床時間や食事などを一定だと考えず、個別に考えるようにしている。 毎日一緒ではなく、その日として考える。		
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	好みの衣類などを選んでもらえるように配慮している。 自分の好み尊重できるようにしている。		
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	行事や定期的な食事作りを行っている。 季節にあわせた食事やおやつを食べていただくように心がけている。 食事準備や片づけなど、できることは一緒に行っている。	食事は外注しているが、炊飯と味噌汁作り(朝食のみ)、盛り付けは職員が対応している。壁に献立と食事の時間が掲示されている。毎月食事作り行事を行っており、利用者が食べたい物を聞き取り、職員と一緒に作っている。	
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	必要な栄養管理は、委託先と併設特養の栄養士が行っている。 状態の応じて食事形態の変更もしている。 食事状態は、記録として残している。		
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	声掛けにて、口腔ケアを重視している。 自立されている方が多いため、介助が行えないこともあるが、歯科衛生士の協力を得て、清潔保持に努めている。		

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
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	一人ひとりの排泄リズムを検討し、排泄時間を決めるのではなく、ご本人の意向や行動にて排泄介助を行っている。	排泄リズムを把握し適切に誘導することで、失禁を減らせるような支援を行っている。一人ひとりの状態に合わせた排泄介助・誘導を行い、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。	
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	食事や間食以外でも、出来る限り水分を促し便秘改善に努めている。 ラジオ体操やテレビ体操を促し、少しでも運動ができるように配慮する。自力排便が可能になるように対応している。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴の曜日は決めておらず、1日おきには入浴できるように対応している。 同性介助を好まれる方には、希望にそって対応している。	週2～3回、利用者の希望にそって対応している。拒否される方には対応を変えて入ってもらう。出来る限り同性介助に努めている。利用者の希望で入浴剤を使用する事もある。季節の柚子湯・菖蒲湯などを入れて、心地よく入れるように工夫している。	
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	夜間に気持ちよく睡眠がとれるように、日中の活動を行い、睡眠が出来るように支援している。週に1回シーツ交換を行い、清潔保持を心掛けている。居室は個室で過ごしやすい環境になっている。		
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	薬情報がファイルしており、常に職員が確認出来るようにしてある。 薬の変更や追加などがあつた場合、分かるように記録記載し、新たにファイリングしている。		
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	個々にあつた楽しみを尊重している。 担当職員を中心に、楽しみを導き出し対応している。ご家族との外出や、買い物など、楽しみをつくるように配慮している。		
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	ご利用者の要望に応えられるように、出来る限り外出の機会を設けている。 職員だけではなく、ご家族にも協力依頼し、楽しみをつくるようにしている。	日常的には朝夕の散歩や、プランター菜園の水やりを行っている。利用者の意見を尊重し、買物や外食の希望があれば、可能な限り個別対応に努めている。家族の協力を得ながら外出できるように支援している。	



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	施設内でお金を使うことがあまりないため、お金を持っている人は少ない。 しかし、近隣のコンビニなどへ行く時は、お金を持って自ら購入できるように対応している。		
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	個人の携帯電話を所有している方もみえ、自由に連絡できる環境にしている。 電話をしたい場合、希望に沿って対応させていただいている。		
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	天窓があり、明るさは充分である。 季節に応じて、外気の風を取り入れ調節している。	リビング兼食堂の天井は高く明るく、温度調節や換気が適切に行われており、清掃も行き届いている。居心地の良い空間になっている。各ユニットの入口に下駄箱が設置されていてスリッパに履き替えて入室したり、季節毎の貼り絵カレンダーを掲示する等して生活感や季節感を採り入れている。	
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	ひなたを出たところのホール(語らいの場)なども自由に使用していただき、地域の交流も行っている。		
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	ご本人が自宅で使用していたものを持ってきていただき、過ごしやすい環境にさせていただいている。ご利用者の意思で居室の鍵をかけることもできる。	各居室にベット、クローゼット、洗面台が設置されており、使い慣れた家具や椅子、仏壇等が持ち込まれている。床はクッション素材が使用され、換気・空調設備が完備されており、健康に配慮した居心地の良い部屋になっている。	
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	明るい環境、見やすいトイレの表示、浴室やトイレの手すり、居室の柔らかい床など、安全かつ自立した生活を目指している。		