

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2894000278		
法人名	株式会社あつぷる		
事業所名	あつぷるグループホーム姫路		
所在地	姫路市神屋町5-48		
自己評価作成日	平成25年11月10日	評価結果市町村受理日	平成26年1月10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	
----------	--

【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 姫路市介護サービス第三者評価機構		
所在地	姫路市安田三丁目1番地 姫路市自治福祉会館6F		
訪問調査日	平成25年12月4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)】

当施設では地元企業と共同開発した見守りセンサーを各居室と室外に設置を行い、緊急時に即対応できるシステムを構築しております。弊社は年4回の避難訓練を初めとする職員への教育などに関して姫路消防局から表彰を頂きました。社内委員会など利用してAEDや食品衛生などの講習会も実施しており職員の知識・技能の向上に努めております。職員の定着率も高く、来年開設するグループホームに向けて資質向上を図っています。

【第三者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)】

閑静な住宅街に立地する事業所は地元地域との連携を第一に考え、回覧板で情報を発信したり運営推進会議を活用するなどして連携を強めることができている。事業所の母体が冠婚葬祭・福祉用具貸与・訪問介護など多様な事業をしており職員育成などに対してしっかりとした基盤があり、接遇や個人情報などの研修により職員への意識付けがしっかりとされている。また、職員は1日を通した詳細な利用者の記録の充実を図るために業務改善をするなど個性の重視や一人一人にゆとりと深く関わりながら積極的な支援することを大切にしていることが伺えた。利用者からの信頼も厚く地域福祉の拠点としての役割が大いに期待できる事業所である。

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 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. 全くいない
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、安心して暮らせている (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				

自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	第三者	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	法人の基本理念を基に事業所の理念を作成して常に携帯しています。各自個人目標を設けて実践具合を各自評価しています。(4月・8月・12月に実施しています)	法人の理念を基に事業所独自の理念を制定している。理念は玄関に掲示し、職員は名札の裏に携帯している。年度ごとに「目標マーク2」という2行の重点項目を挙げ、職員それぞれがそれに沿った目標を掲げて業務を行っている。	
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	地域回覧板に合同避難訓練の案内を入れて頂いたり、反対に地域の夏祭りのご案内を頂いたりと近隣の方の交流が図れるようになりました。	昨年の評価後から目標達成計画に挙げて取り組んだ。3月には地域の方に合同避難訓練を呼びかけ参加してもらった。介護の相談を受けたり、AEDの貸し出しをするなど、地域の福祉の拠点として認識されつつある。	
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	毎月第3金曜日に空の会を開催しています。認知症の親の介護方法の相談や、また車椅子を借りるにはどうしたらいいかの相談もありました。		
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	2ヵ月毎の推進会議を通じて意見交換を行っております。去年のステップアップ項目として、新しいメンバーの参加もありました。(老人会長、姫路保健所職員)	2か月に1回開催している。自治会長や民生委員に加えて老人会会長にも参加してもらい、より広く地域情報を得ている。また病院の地域連携課課長の参加が実現し、医療に関する連携についてもスムーズに行えるようになった。	
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	地域推進会議にて地域包括センターの方との情報交換を行っております。また姫路保健所から「高齢者の栄養」についての講座もおこなって頂きました。	地域包括支援センター職員には、運営推進会議に2名参加してもらっている。運営推進会議に併せて「高齢者の栄養」について保健所からの出前講座を実施するなど、協力関係を築いている。	
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	東西ユニットや居室・事務所など、施錠せず自由に行き来できるようにしています。外出希望の方は一緒に買物や散歩に出かけています。定例研修会で知識の向上に取り組んでおります。	玄関の施錠も含めて身体拘束は行っていない。地元企業と共同開発の見守りセンサーでリスクを回避している。「身体拘束ゼロ」の5項目を挙げ名札の裏に印字し職員に意識づけしている。	
7	(6)	○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	虐待発見時の報告などの義務、報告・相談窓口等を定例研修会で実施しました。社内衛生委員にてストレスチェックも行っています。(虐待にいたるまでの心理面)	身体拘束と共に虐待について研修を行っている。同じく名札の裏に虐待の種類を印字し、意識づけを図っている。産業医のもと、年2回ストレスチェックを行うことで職員のストレスにも配慮している。	

自己	第三	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	(7)	○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	定例研修を実施しております。家族との面談などで、必要性が感じられたら管理者へ相談するようにしています。	成年後見制度についての研修を行っている。制度の利用が必要な方があれば運営推進会議で検討し、包括支援センターに繋げるようにしている。現在、制度を活用している方はいない。	
9	(8)	○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、契約書・重要事項説明書・個人情報保護・報酬加算、解約についても本人・家族にわかりやすく説明し、納得した上で契約書に署名、押印して頂いています。	契約は入居時に事業所で取り交わしている。個人情報保護や料金・退所となる時の説明をより丁寧に説明している。また、契約時に家族には月1回以上事業所を訪問することを願ひし、了承を得ている。	
10	(9)	○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	サービス向上委員会のアンケートから抽出した本人・家族の意見や要望について話しあい、検討し、社内通信やホームページに公表しています。	年1回無記名でのアンケートを実施している。6項目についての満足度と自由記載欄を設けている。外出を増やしてほしいとの要望を受け、外出の機会を増やし、ホワイトボードに写真を貼って楽しむなどの対応をしている。	
11	(10)	○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	社内管理者会議にて毎月代表や幹部と意見交換する機会があります。職員のカンファレンスを通じて職員の資質向上の為の研修会の実施など行うことができました。	月に1、2回ユニット毎にケアカンファレンスを行っている。事業所全体では年3回程度会議を開いている。意見はまとめて1～2ヶ月に1回開催の法人全体のセクション会議で検討される。ターミナルケアの研修希望が実現した事例がある。	ユニットを超えた共通の議題で職員同士が意見・提案を出し合い、検討していく場として機能させるためにも両ユニットでの全体の会議を定期的に行ってほしい。
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	半年に一度、職員個々の努力や実績、勤務状況に対し人事考課を行い、給与及び賞与に反映させています。また労働時間や労働条件、家族環境に合わせて勤務形態も考慮しています。		
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	業務能力管理表にて職員個々の能力を把握し、段階に応じて育成していく仕組みを構築しています。		
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	知識の向上や質の向上に役立てられるように認知症実践者研修に2名参加させました。また同業者との交流も図れました。グループホーム推進会議にも参加しております。		

自己 者 第三	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	相談時から利用者本人・ご家族との話を傾聴し、安心して頂けるよう努めています。また利用者には個別で担当職員を決め、接する時間を多くとるようにしています。		
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	相談時から、家族の話を聞くとともに、自宅での生活状況をお聞きして、サービスの導入につなげています。担当職員が毎月報告を行っています。		
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	相談時から利用者及び家族の求めている支援を見極めし当施設以外の相談も行っています。また初期には不安解消のため家族にも協力して頂きながら環境に慣れて頂けるよう支援しています。		
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	個々のADL状況やこれまでの生活歴を考慮しながら一緒に家事を行っています。掃除・洗濯・調理・後片付けなど分担して頂いています。		
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	家族の面会、外泊、外出等は自由にできるようにしており、毎月必ず一度は面会して頂くようにしています。またメールでの情報交換もしています。外出写真など添付しています。		
20	(11) ○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	施設のイベントにお誘いして馴染みの方と会話を楽しんだり、時間を共有して頂いています。家族の以前住まれていた町内の散歩などして家族とともに昔話をする時間を過ごして頂いています。	幼なじみの訪問を楽しんでもらえるようにイベントにお誘いしたりするなど入居者ごとの関係性を把握し支援するように努めている。また家族とのつながりも大事にしており、地元の老人会やお祭りに家族と共に参加してもらっている。	
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	共有スペースの掃除やプランター菜園、洗濯干しなど協力しながら個人個人にお任せしております。		

自己	者	第三	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	サービスが終了しても、移り住む先の関係者に対して、これまでの生活習慣やケアの工夫等の情報を家族の同意を得て提供しています。		
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	(12)		○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	入居前に「暮らしの情報」シートにて、本人の希望や意向を確認し、ケアプランに反映させています。	入居時に生活史や暮らしの情報、好きな話・嫌いな話など細かく聞き取っている。介護保険の更新時にアセスメントの取り直しをしている。日々の会話などから思いや意向を把握し、すぐに対応できることは迅速に実現させている。	一人ひとりの思いに沿った、個別の支援の実施を目指している。職員の気付きをみんなで共有できる仕組みを作り、介護計画に繋げて実践してもらいたい。
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	これまでの生活歴や生活環境は家族や本人から伺い、基本情報にも記入して頂き、これまでの暮らしの把握に努めています。		
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	アセスメントした内容で一日のスケジュールを過ごして頂いています。できる事、出来ない事を見極め安全に家事など行って頂いております。		
26	(13)		○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	職員からの日々の申し送りや、報告で介護計画に修正がないか、確認しています。モニタリングを行いどの職員も同じサービスが提供できるようにしています。	介護計画は6か月に1回見直しをしている。家族も参加してカンファレンスを行い、検討している。管理者が3か月に1回モニタリングを行い、新たな計画に繋げている。	利用者の思いや意向を介護計画に反映させてほしい。最近経過記録の記入方法を改善しており細かな観察で得た気付きからも、その人らしい目標が立てられるように期待したい。
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	日々の様子や生活の中で気づいた事柄を記録し、職員間で情報を共有しています。その中で改善する必要がある事柄を介護計画の見直しに活かしています。		
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	現在は介護保険サービス外のサービスを必要とされる方や希望される方はおられません。必要があれば、そのニーズに対応していきます。		

自己	者 第三	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	スーパーへの買物や地域を回っている豆腐販売、パン販売、出前、喫茶店等活用して地域資源を活用しています。		
30	(14)	○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	契約時に本人や家族の意向をお聞きし、かかりつけ医の受診を第一に説明しています。また、家族が希望する場合は、職員も同行し施設内の状況報告をおこなっています。	約半数の方が継続してかかりつけ医に受診している。基本的には家族が通院の支援をしているが、状況に応じて職員が同行し協力医との情報交換などの役目を担う。循環器科、皮膚科、眼科などへ受診し、歯科医の往診を受けている。	
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	利用者に変化があった場合は、かかりつけ医や、協力医に電話で相談しています。弊社の看護師にも相談しています。		
32	(15)	○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。	地域推進会議に地域連携課課長の参加があり、入院中の経過や退院時の対応など地域連携室と連絡を行っています。また入院・退院には情報提供を速やかにおこなっています。	入院時は「情報提供書」で情報提供している。入院中は洗濯物の支援をし、状態把握に努めている。病院の地域連携課課長との繋がりで、入退院がスムーズに行われている。退院時には「看護情報提供書」により指示を受けている。認知症状の安定のため早期退院に対応した事例がある。	
33	(16)	○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、事業所の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	社内研修での「看取り」に関する知識の向上に努めています。退院の際には地域連携室と協議し、家族と方向性を確認しながら、事業所としてできる範囲の事を伝えています。	「看取り対応マニュアル」を整備している。「重度化した場合における(看取り)指針」を制定し、「終末期に向けての要望書」で本人・家族の意向確認をしている。また、終末期に対応できるように備えるための研修を実施している。	
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	職員定例研修で緊急時対応について学ぶ機会を設け、AEDや心肺蘇生の技術の習得に努めています。		
35	(17)	○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	地域の消防団との連携で地域住民・地域企業と共に共同の避難訓練も行いました。社内の緊急災害マニュアルも整備され備蓄品も整備しています。	夜間想定を含めて年4回避難訓練を実施しており水害時の避難場所も決まっている。今年は近隣住民や消防団員にも参加してもらい、避難時の支援方法の確認ができた。夜間はユニット毎の夜勤に加えて宿直職員がおり、安心感がある。	

自己	者	第三	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	(18)	○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	職員定例研修でプライバシー保護について学ぶ機会を持ち、プライバシー保護に対しての自己チェックを行っています。	職員の対応は穏やかで丁寧である。接遇やプライバシーに配慮したケアの仕方・声かけの研修を行っている。事業所はプライバシーマークを取得し、個人情報の保護を徹底している。また、職員も年2回チェックシートで確認している。		
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	本人の希望を伺うように語りかけ、自己決定できるよう努めています。また意思表示が困難な方に関しては日頃の生活の中でその方の好み等を把握します。			
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	利用者の意向を聞きながら入浴時間を決めたり、無理強いせず、個々のペースに合わせ、食事、また起床時間や就寝時間も個々に合わせています。			
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	その日に着る洋服は、本人にまかせています。理美容は要望があれば馴染みの理美容を利用して頂いています。利用者同士でカットや毛染め等楽しみにされています。			
40	(19)	○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	準備、調理、片付けまで一緒にしています。また季節の旬のものも献立に積極的に取り入れたり、家庭菜園で採れた野菜を使用したり、楽しみながら食事できる支援をしています。	食材を切る、盛り付けをする、食事の配膳や下膳などをしたい人が楽しみながら主体的にできる環境がある。また、食事の席は特に決まっておらず食べたい席で食べる事ができ利用者間や職員とも楽しい雰囲気の中で食事をしている。		
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	献立は栄養士がバランスを考え一汁三菜を基本とし、個々の状態で食事摂取量や水分摂取量を調整しています。			
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、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	口腔ケアは、本人の力で困難な場合は職員が口腔ケアを行い常時、口腔内の清潔が保てるように支援しています。			

自己	者 第三	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	(20)	○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	排泄の失敗がないように、定期的にトイレ誘導しています。オムツが必要な方でも日中はトイレ介助を行い、トイレでの排泄を促しています。	紙パンツに頼らず、パットをぬらさないようにすることを心がけて支援している。また、チェック表を工夫し誰が支援したかをわかりやすくすることで排泄時の状況が的確に把握でき個別支援の充実につながった。	
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	普段から便秘にならないよう、ヤクルトやヨーグルトを定期的に摂取して頂いています。また散歩や体操を行い自然な排便ができるよう支援しています。定期受診で医師とも情報交換しています。		
45	(21)	○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	見守りなどの安全上10:00~15:00の間で入浴時間を選んで頂いています。その方の希望よって入浴の支援をしています。	一人一人の入浴の希望にあわせて支援することを心がけている。希望により毎日入浴している利用者もおられる。利用者ごとに湯をはりかえたり使い慣れたシャンプーを使うなどして個々に沿った支援をしている。	
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	就寝時間を決めつけずに、個々のリズムに合わせた支援をしています。また日中であっても、必要に応じて居室で休息しています。		
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	服薬担当者を決めて対応をおこなっています。定期受診で服薬の効果や相談など行い、家族に報告しています。毎月の定期受診で医師に報告を行っています。		
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	編み物、菜園、創作、料理などユニットにとられず、東西の交流をはかり楽しんだり、少数ご希望の場合は別室でと個別対応をおこなっています。		
49	(22)	○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	日常的に散歩や毎日の買物に希望を聞きながら外出しています。また毎月、外食へ出かけたり季節に合わせて四季を感じられる場所へ外出しています。本人の希望を順次聞いて対応します。	電車の運転士の仕事をされていた利用者を車椅子を利用して好きな電車に乗れるように外出するなど一人一人の思いを大切にしたい個別支援に力を入れている。また、グループの運輸部の力を借りて淡路島へバス旅行などの外出支援にも取り組んでいる。	

自己	者	第三	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	金銭管理を行い毎月家族に報告しています。外出時はその中から、おこづかいとして本人が自由に使えるお金を所持して頂きお土産や欲しい物の購入をして頂いています。		
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	家族や友人との電話は24時間取り次いでいます。また、電話をかけられる時は、事業所の電話を使用して頂いています。希望によって一緒に郵便局で葉書を購入し投函しています。		
52	(23)		○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	共有のリビング、ダイニングなど各居室の中心で団欒ができる設計です。また東西のユニット交流もレクなど一緒に行っています。掲示板は常に直近の思い出写真をはり、思い出しながら利用者同士が会話を楽めるようにしています。	ダイニングの壁やドアの配色が落ち着いたものになっている。また、対面式キッチンからは調理の音やにおいがして生活感を一層醸し出している。また季節の飾りや外出時の写真を飾るホワイトボードが設置してあり話題の種になっている。	
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	共有のリビングには、ソファを設置し、少人数で過ごせる場所を作っています。またリビングを囲むように居室があるので、一人になりたい時は居室で安心して過ごして頂けるようになっています。		
54	(24)		○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	契約時に新しいものを購入せずに、今のお部屋にあるもので環境の変化を大きく出さないようお願いをしています。ご自身の作品やお写真もお願いしています。	鏡台やタンスなど自宅で使っていた家具を持ち込む事ができ馴染みのある部屋作りになるように心がけている。また、壁には家族の写真や作品を飾ったりして居心地よく過ごせるように工夫している。	
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	個々の状況に合わせた福祉用具の使用や、こたつの使用等、安全に暮らして頂けるよう福祉用具専門相談員とも連携しています。		