

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	1292200134		
法人名	有限会社ホットライン		
事業所名	グループホームぬくもりの家船戸		
所在地	〒277-0802 千葉県柏市船戸1739番地の4		
自己評価作成日	平成30年2月28日	評価結果市町村受理日	平成30年5月1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ACOPA		
所在地	我孫子市本町3-4-17		
訪問調査日	平成30年3月24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)】

平成23年に開設して理念である、自分の家と思って頂けるグループホームを目指している。そのためには認知症の人のその時々々の気持ちに変化していく認知機能に配慮しながらスタッフが情報共有して同じ思いを持ち、支援していくことを努力している。その為に職員会議を月一回開催して意見を出し介護計画を作成している。訪問診療の医師の情報を共有して体調の変化や食事の支援している。

【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)】

大きなテーブルを全員で取り囲んでの食事や団欒はさしずめ大家族のようである。ホームでは、「排泄の自立が人としての尊厳の原点」と位置付け、失敗を恐れず、おむつをしない、トイレでの排泄に特に注力している。職員の忍耐強い寄り添いが実を結び、今では利用者の日常生活の大きな自信につながっている。施設長の行動力や、ケアマネジャーの造詣の深さが、具体的な形として理念である「温もりのある家」を作り上げている。また、同時に職員の共感と信頼を呼び、モチベーションの向上と人材育成にもつながっている。サービスに対する家族の満足度も高い。

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 (○ 印を記入ください)

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		

自己評価および外部評価結果

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	毎朝朝礼時に職員全員利用者の前で施設の理念の唱和を行っている。職員全員が理念の理解を深めている。質の高いケアを目指し、利用者様一人ひとりに沿った支援を行っている。	家族では難しい、強い忍耐力をもって利用者の尊厳の尊重に向き合う姿勢を職員間で共有し、「温もりのある、ここが我が家と思えるホーム」という理念に沿った介護が実践されている。	
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	船戸の自治会でされている、(はつか会)に毎月参加している。はつか会に出席されている地域の方と交流をしている。	毎月自治会が主催する交流会に参加して地域の方との交流を深めると同時に、地域包括支援センターに協力して、認知症の専門家としての情報発信に努めている。	
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	H29年4月20日にはつか会に参加している地域の方々に認知症を地域で支えて行く。キャラバンメイトの講習を柏北部地域包括支援センターと開催した。		
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	柏北部地域包括支援センター、民生員・薬局・消防設備会社・家族に参加して頂き利用者の状況を報告している。皆様の意見を頂きサービスの向上に向けている。	地域包括支援センターや民生委員を中心に、関連業種の方や家族の参加を得て隔月に開催している。繰り返されるヒヤリ・ハットも報告することで、議論を通じて反省点を確認でき、改善につなげている。	
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	柏北部地域包括支援センターで行っている、スーパービジョン会議の事例検討会に参加している。地域運営推進会議に参加して頂き介護サービスの向上や事故防止の取り組みを行っている。	地域包括支援センターを核として、介護関係だけでなく、多くの職種の責任者が集まり、地域を良くするための事例検討会を行っている。広い視野を持って介護の実践に取り組む過程で連携が深まり、事故防止などホームの持つ課題解決に繋げている。	
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	玄関に身体拘束廃止の宣言を掲げている。市役所主催の研修に参加している。職員会議で情報を共有している。玄関や窓の鍵も開放している。	職員が忍耐強く寄り添うことで、外出願望をはじめ、利用者のストレスを解き放ち、利用者の自由を担保している。アンケート調査でも外出支援に対する高い評価が得られている。外部研修にも積極的に参加している。	
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	研修に参加して職員と情報を共有している。職員全体で虐待のない施設作り目指している。		

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
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	研修で権利擁護を学び情報を共有している。青年後見制度を活用している利用者がいる。		
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	契約時に契約文を全文読み上げ、そのあとに質疑応答をしている。理解頂いた上で署名・捺印を頂いている。		
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	年2回の家族会を開いたり、毎月職員からの家族への手紙を出している。何か変化がある場合その都度電話での報告・相談をしている。玄関に意見箱を設置している。重要事項説明書に市役所・国保連の電話番号を記載している。	年2回の家族会には半数以上の家族が参加し、ホームの状況の理解が深まっている。小さな意見も放置せず職員間で検討している。毎月の手紙や通信誌「la douce chalere」の発行など、家族の意見を引き出す工夫がある。	
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	職員会議時に、職員の意見や提案などを話し合い、また、代表者や管理者が個人面談を行い、意見や要望を聞き、施設運営に反映している。	職員間は話しやすい環境ができており、日常的に意見が出せている。職員ヒアリングでも、職員の施設長とケアマネジャーに対する信頼は絶大で、率先垂範が直接人材育成にも繋がっている。	
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	職員と面談を行い話し合い評価している。また、時間外の研修などに関しては、時間外手当をつけている。		
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	職員面談時に健康状態を確認し、悩みや意見を聞きながら実践や能力の把握に努めている。研修に積極的に参加し、ケアの質を高めている。資格取得等の補助も行っている。		
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	グループホーム連絡会主催の研修やスタッフ交流会、事業者協議会交流会等に参加し同業者と話し合いの機会を設けサービス向上に取り組んでいる。		

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
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	サービスを導入する際に本人・家族・前事業者から情報を確保している。自分の気持ちを話せなくとも行動を観察して意思を見極めている。		
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	入所時に家族の方と時間を設け要望・相談を聞いている。その時々によっても要望も変わる事もあるのでその度に聞いている。本人に変化があった場合はその都度電話で連絡している。		
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	本人のADLを見極め他のサービスが必要であるか家族と話し合いをつとめている。(例えば介護ベット・車いす・マッサージ等)		
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	洗濯干し、畳み、掃除、食器洗い等を一緒に生活をしていると思っていただけるように支援している。		
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	本人を支えるには家族が一番で職員である私達は家族の絆を深めていく事をお手伝いしている事をお話させて頂いている。年に2回家族会を開催して食事等を楽しんで頂いている。その際に、介護計画の説明や目標達成等の報告、意見や要望を聞いている。		
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	友人や家族が気楽に尋ねて頂けるように談話室を用意して親しい関係が途切れないように関係者を受け入れている。	明るく和やかな雰囲気があり、孫を連れて家族や東京等の遠方からの来訪者等、多くの家族との団欒を楽しんでいる。毎月、職員手書きの「家族レター」を送付して、日々の生活の様子や、特に健康状態について報告し、関係継続に繋げている。	
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	レク、体操、テレビ観賞したり又利用者同士の雑談しやすいように会話に入って利用者が孤立しないように支援している。利用者様が支え合っているように関係作りに職員は努力している。大室事業所との合同ボランティア受け入れもあり、利用者間の、良い関係が保たれている。		

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	サービス利用が終了しても一年のご挨拶を手紙を出したりその後の生活にも相談があった場合相談を受けている。		
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	家族や本人に入所時に聞いている。状況が変化がある場合は家族に連絡を取り要望を聞くことを支援している。本人に聞くことが出来ない場合でもレクや食べ物の好みを通して把握に努めている。	日頃の何気ない言葉や会話の中から、本当の心を感じ取り、思いを受け止めている。出来ることに着目し、可能性を一つでも多く見出すように心掛けている。意思表示の難しい方には忍耐強く寄り添い、表情や動作から思いや意向を把握している。	
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	家族・前事業者・本人から情報共有しサービス利用の経過の把握に努めている。		
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	簡単な家事や生活を通して利用者の有する力を見極めている。又医師の居宅療養管理指導で心身の状態を把握している。		
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	家族・本人からの要望に沿って職員会議にて職員が意見を話し合い介護計画を作成している。実践を生活記録書に記載している。生活記録書の記載を参考にし職員会議でモニタリングをしている。	毎月の職員会議で、必要に応じたカンファレンスを行っている。毎日記録する「生活記録書」を基に、職員全員で、モニタリングを行っている。その結果を踏まえて計画作成担当者を中心に、本人・家族の要望を取り入れ、主治医・看護師の意見も参考に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	毎日の様子やケアの実践を生活記録書に記載している。生活記録書の情報を共有して実践や介護計画の見直しに活かしている。		
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	本人や家族の状況に応じて柔軟なサービスを支援している。たとえば家族が病院同行しているが用事が出来付き添いが出来ないと突然の要望があっても柔軟に応じている。		

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	船戸自治会が開催している老人会に参加している。施設の周りを散歩していると近所の方が話しかけて下さったり、庭のお花を切って下さる事がある。		
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	かかりつけ医は月2回往診している。訪問歯科は必要に応じて週1回診療している。かかりつけ医から他の医療機関の受診がある場合情報提供書頂き受診している。月1回医師からの情報提供書を家族に提供している。入居前の医療機関の受診も可能。	月2回の提携医の往診・訪問看護師による健康管理や相談助言が有る。毎月情報提供書を家族に送り、日頃の健康状態を知らせている。精神科や、以前からのかかりつけ医の受診にも、家族と連携し支援している。	
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	日常の中で体調の変化や気づきがあった場合往診の看護師に相談している。医師の指示の元で適切な受診や看護を受けている。		
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。	利用者が入院した場合家族や病院の相談員と連携して情報交換をしている。緊急の場合は家族と連絡がつくまで利用者が安心できるように職員が傍にいて病院関係者に情報提供している。		
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	初回入所時終末のあり方を家族に説明している。重度化した場合事業者が出来る事を説明している。家族の要望に添えるようにかかりつけ医と情報を交換している。主治医と本人・家族が相談出来る場を設けている。	重度化や終末期の対応は、状態を見ながら、本人・家族、医師と話し合いを重ね、事業所で出来る支援について、時間をかけて説明している。医療行為が発生せず、看取り支援を行い、家族から「ホームで過ごせて幸せだった」と感謝されている。家族と連携して本人にとって最良の支援をチームとして取り組んでいる。	
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	利用者の急変や事故発生時に備えてマニュアルを作成している。消防訓練を年2回おこなっている。年1回は消防局立会の元で訓練を行っている。		
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	避難経路地図マニュアルを作成している。緊急職員連絡表を作成している。自動通報装置により、職員携帯に緊急連絡ができるようになっている。災害時には近隣に協力が得られている。	年2回、消防署立ち合いの訓練と、自主訓練を実施している。自主訓練では夜間を想定した1名体制での避難経路の確認と誘導を実践している。防災設備会社の指導で自動通報装置の操作訓練をしている。近隣の住民との協力体制もできている。	

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
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	不穏時やトイレ誘導時も一人ひとりを尊重してその利用者に合った言葉掛けに努めている。	個々の性格、その時の気持ちや状況を良く理解してプライドを損ねない声掛けで対応している。特に排泄介助時の声掛けについてはプライバシーに配慮するよう職員全員で取り組んでいる。	
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	本人の思いが日常生活の中で希望道理にならなく不穏が強くていてもその方の思いを尊重し感心が変わるように声掛け支援している。		
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	排泄や入浴、食事、睡眠を決めた時間ではなく、その方のリズムに合わせて臨機応変に支援している。		
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	入浴や着替え時にはその方に合った洋服を選んで提供している。紙や洗顔を促し自分できるように支援している。美容院等は、2カ月に一回訪問美容をしている。		
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	テーブルを拭いたり、食事前に嚥下体操している。食事が楽しみとして下さるようメニューを考えたり口頭で好きな食べ物を聞いたりしている。	職員手作りの食事が提供されている。野菜を多めの、バランスの良い家庭料理で糖尿病の利用者の薬が減少した例も有る。大きなテーブルを全員で囲み、利用者同士の掛け合いも楽しい食事風景になっている。嚥下体操を食事前取り入れ成果を出している。	
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	糖尿病、高血圧、便秘症に合わせて支援している。水分量も記録し、少ないかたには飲む様に促し支援している。		
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	自分で出来るかたには歯磨きをして頂き、支援が必要な方には援助している。入歯の方にも入歯を外して洗浄している。外した状態で口腔内をうがいをしている。寝る前には預かり入歯洗浄剤を入れ管理している。		

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
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	自発的に排泄の訴えが無い方でもトイレ誘導して失禁をなくすようにしている。夜間時に失禁が多い方にも時間をおいて誘導している。	利用者の意志を尊重しながら、それぞれの方法で自立した排泄になる様支援した結果、全員がリハパン使用でトイレでの排泄が可能となっている。根気よく、一人ひとりに寄り添い、成功した時は褒め、失禁の回数も減少している。	
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	体操や歩行が難しい方でも身体を動かしたり水分を多く取ったり、ヨーグルトにオリゴ糖を入れたり野菜をメニューに多く取り入れている。		
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	毎日入浴の時間や入浴の順番は決めていますが本人の希望に沿って臨機応変に対応している。	お風呂は日曜日を除き、毎日3人が午前中、ゆったり入浴している。全員が湯船につき、職員はひとり30分を目安に付き添い、同時に全身の状態を確認し、爪切りなども支援している。自分から進んで入浴する方が増えている。	
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	利用者が休息の習慣があった場合その都度気持ち良く眠れるように工夫したりしている。(温度調節やカーテンをする。)夜間の見回り時には静かに巡回している。		
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	往診時に医師に確認したり、服薬説明書で薬の目的や副作用を確認し理解している。服薬説明書を保管している。		
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	日常生活から本人のやる気を尊重して力を発揮していただいている。おやつ時には楽しみにして頂くように努力している。例えば甘いものや昔ながらのお菓子を用意している。		
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	天気の良い日には戸外に散歩に出られる様に努力している。ウッドデッキで日光浴している。毎月船戸自治会の老人会に出席して地域の方と交わりをたのしんでいる。	自然が残る穏やかな環境を利用して散歩やウッドデッキでの外気浴など楽しんでいる。毎月の老人会への参加や系列のグループホームでの法話会に参加するなど、外出行事はバラエティに富み計画的に行われている。少人数での周辺への散歩は、何時でも希望が有ると職員は一緒に出掛けている。	

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
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	家族からお金を預かり本人の希望があれば買い物に行ったりしている。小遣い帳を付けて家族にサインを頂き報告している。		
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	本人の希望があれば電話したり、月に1回ホームでの生活を手紙を出し本人の希望を家族に伝えている。		
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	会話を楽しみたい時には食堂でゆっくり出来るように、またテレビを見たりできるように椅子の配置の工夫を支援している。季節に合ったパッチワークを飾り季節感を感じてもらったりしている。談話室には利用者の直近の写真を飾ったりしている。	リビングは季節を感じられる飾りや利用者の作品が飾られている。大きなテーブルでは、仲の良い利用者が談笑したりしている。談話室には利用者と家族の笑顔の写真が数多く貼られ、欲しい方は自由に持ち帰ることができる。	
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	気の合った利用者同士が話せるように隣同士椅子を置いたりしている。自分の部屋には家族と相談して思い出の物を置いたり写真を飾ったりしている。		
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	本人・家族と相談して使いなれた食器や好みの洋服を持参したり本人が安心して生活出来るように支援している。	自分の部屋が解るように、一人ひとり違う挿絵の入った表札を出している。自宅で利用していた家具や思い出の有るものを自由に持ち込み、楽しめる部屋になっている。	
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	自分で出来る事が一人ひとり違うので圧力にならないように見極めてその方に合った支援している。		