

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 めくもりの家船戸		
所在地	千葉県柏市船戸1739番地の4		
自己評価作成日	平成26年2月12日	評価結果市町村受理日	平成26年4月14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	千葉県我孫子市本町3-7-10
訪問調査日	平成26年3月5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1月に開設し、行政と連携しながら当初から困難事例を受け入れている。地域密着型のホームとして、近隣住民の方々とふれあいがもてる機会を多くしている。利用者には、ご自分の家と思って頂ける様支援している。御家族との連絡を密に取り、安心して頂くと共に、利用者の支援にも活かしている。介護者(希望者)には、優先的に資格取得や研修を行えるように支援している。

【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)】

地元の有限会社ホットラインが柏市の呼びかけもあり、平成23年1月に当地に立ち上げた2番目の1ユニットのグループホームである。代表者は柏市グループホーム連絡会の会長も務めており関係者の信頼が厚い。開設して日が浅いが地元の強みを生かして、また系列のめくもりの家大室とも連携して、地域に根付いた運営を行っている。身長190センチ、イケメンで気配りのあるホーム長の下に、熱意ある若手の職員達で「家族のような温かみのあるめくもりの家船戸」を目指して、若者らしい発想で取り組んでいる。職員の教育、資格取得にも積極的で、非常勤職員や実習生として受け入れている福祉大学の学生と共に切磋琢磨して努力している。

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している (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
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、朝礼時理念の読み合わせを行い、職員全体に理解を促している。介護計画を読み合い介護職から意見を聞いている。	「ここは私の家とさせていただき、家族のような温かみのある暮らしを目指す」主旨の理念を掲げ、ひとり一人の介護計画の検討に当たっては、理念に立ちかえり話し合っている。	
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人として日常的に交流している	船戸町会の運動会、老人会、近隣小中学校の運動会に参加日常的な散歩の際に校庭を解放して頂き子供たちとのふれあいを行う。駐在の警察官と連携を取れている。お茶会を企画し、地域の方々に気軽にぬくもりの家船戸に来ていただけるようにしている。	ホーム開設に当たり小中学校、警察、町内会等地域の関係先を訪問し協力要請をしたことがきっかけで、自己評価に記載されている良好な関係が築かれている。代表者が地元の方であり、地域の方と様々なつながりを持っている。	
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	地域ボランティアの方々来訪時、認知症の人の理解や支援の方法を支援している。		
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	地域密着運営推進会議に、地域包括支援センター、家族代表、船戸町会長、船戸民生委員、近隣小学校の職員、船戸駐在所警察官に参加して頂き、全体会議で検討した結果について話し、サービス向上に努めている。	毎回ほぼ固定したメンバーで年4回、内1回は系列のぬくもりの家大室と合同で開催して交流を図っている。運営状況についての意見交換とともに地域の情報交換の場ともなっており、協力関係を深めている。	
5	(4)	○市町村との連携 平成26年3月5日	地域包括支援センターや生活支援課等と連絡を取り、一人暮らしの困難事例を受け入れ、協力しサービスに取り組んでいる。	代表者は柏市グループホーム連絡会の会長も務めており、地域の困りごとに対する理解が深い。利用者の状況に合った困難事例の受け入れ方法の相談にのる等、柏市の各担当課とは密接な関係にある。	
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	身体拘束実践研修に行き、ホーム内での研修を行い、職員は身体拘束がやむをえない状況になっても、身体拘束を行わない様になっている。玄関の施錠は、夜間を除き施錠はしていない(夜間は危険防止の為施錠)	県の身体拘束廃止の実践研修に職員が参加しており、7月のホーム内研修では虐待・身体拘束についてのテーマで理解を深めた。拘束の必要な対象者居ず、見守りで自由に生活できている。	
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	言葉での虐待に特に注意を配り、その都度職員に注意して、意識向上に繋がるように、努力している。玄関に虐待防止宣言を掲示している。所内研修を行っている。		

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	ぬくもりの家船戸では、成年後見制度を利用している入居者がいるので、所内研修として、NPO法人東葛市民後見人研修の資料を使い研修を行っている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約時等、全文を読み上げ、十分な説明と質疑応答を行っており、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	相談、苦情窓口は重要事項説明書に明記し、ホーム内に掲示している。要望、意見等は意見箱や家族会で聞き、職員で話し合っている。	良くホームに来訪される家族が多く伺った要望、意見はノートに書き留めて共有している。家族会も年2回実施し、多くの家族が参加する。毎月発行の船戸便りや予定表はカラー版でセンス良く写真を取り入れ、家族との良いコミュニケーションツールとなっている。	
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	スタッフルームに連絡ノートを設置しており、職員会議等で話し合っている。また職員とのコミュニケーションを大事にしている。連絡ノートには、職員の署名をもらっている。	ホーム長はじめ若い職員が多く、コミュニケーションは良い。福祉系大学生も受け入れており、若者の発想を取り入れての運営が随所に見られる。気付きは何でも連絡ノートに書くようにしている。	連絡ノートを利用してうまく連携を取っておられるが、非常勤中心の交代勤務である為、月1回の職員会議は出来るだけ多数の参加を期待したい。
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	実績や勤務状況により、功労金や特別手当を支給している。また、職員一人一人の要望や相談を受ける努力している。		
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	所内研修は年に8回程行っている。有料研修、新人職員研修等においては、講習等の使用負担、講習時の時給換算を行っており、受講意欲を促している。		
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	NPO法人グループホーム連絡会主催の職員交流会に出席している。柏市グループホーム連絡会主催の研修に積極的に参加している。		

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
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	本人の要望、不安な事をアセスメントして、職員会議等で説明している。職員が利用者との信頼関係を築ける様に管理者や介護支援専門員が職員へ指導している。		
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	家族等の要望、相談事項を傾聴し支援できるように努力している。困難な問題については、家族や関係者等と検討して方向性を見出している。		
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	本人と家族等から、生活習慣などを聞き、必要としている支援を見出し、対応に努めている。必要に応じてレンタルベッドサービス、浴用リクライニングチェア、リクライニング椅子を導入、リハビリマッサージを行っている。		
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	本人の持てる力を見極め、家事仕事を一緒にして頂いている。その人の趣向や好みを大切に、関係を築いている。		
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	家族と利用者が疎遠にならない様に、手紙や電話にて密に連絡を取っている。例えば専門医の必要が生じた場合家族に連絡している。家族が都合がつかない場合のみ施設で対応している。		
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	馴染みの方が来訪しやすい様に面会時間等の制限を求めている。外出の制限を設けていない。	夜でも面会できる為、仕事帰りに立ち寄りの方も多。娘の希望で毎週外泊する方や家族と泊まりの旅行をする方もいる。また、系列のぬくもりの家大室と合同の交流が毎月あり、利用者・家族にも新しい馴染みの関係が深まっている。	
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	リビングは、皆で集まれるように好きなテレビ番組や音楽をかけ、会話やレクリエーションを楽しめるようにしている。		

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
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	グループホームで看取り介護をし利用者のサービス終了後(逝去)、後見人と話し合い、遺品の整理や家族との連絡に努めた。家族宅に来訪し、入居されていた際の利用者の写真をアルバムにして届ける。年賀状等のあいさつ文を送る。		
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	本人や家族の意向を受け止め、要望に沿って支援できるように努力している。困難な場合には、本人、家族の意向のもとに、職員会議を開催し、検討している。	利用者・家族の意向をくみ取っている。例えば、家族から歩かせて欲しいとの要望があれば、車椅子の方でも室内で、体調を確認しながら歩行の支援に努める等。困難な場合は連絡ノートに気付いた事を記述し、職員会議で話し合い検討している。	
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	本人、家族、情報提供書を元にアセスメントを行い、本人の生活歴等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	その人の心身状況によってその時できる事を見極めて、現状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	生活記録表を元にアセスメントを行い、本人家族等の意向を反映し、職員会議を開催し、管理者、介護支援専門員とともに介護計画書を作成している。	利用者・家族の意向を聞き取り、職員とは3カ月毎に短期目標について話し合い、モニタリングをした上で介護支援専門員が一人ひとりに合った介護計画書を作成している。計画書は日常のケアに生かされる工夫がされている。	新しい介護支援専門員は家族の意向の把握や利用者の日々の観察に努める等、献身的な姿勢が窺える。家族となじみとなり、話し合い等がさらに進展できる事を期待したい。
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	朝礼で介護計画書の短期目標について介護職から意見を徴収し介護計画書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	本人家族の希望に沿い、他の病院、受診を支援している。往診時に専門医に個別にかかる様にと言われた場合、専門医に受診している。		

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	近隣センターの利用、ちばさわやか県民プラザで行っている催事に参加している。		
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	かかりつけ医、協力医療機関と連携している。往診は月二回、訪問歯科は週一回、入院が必要な場合には、協力医療機関と連携している。	従来からのかかりつけ医や精神科・眼科等には家族が対応できない時のみ職員が同行している。協力クリニックの往診は月2回あり、緊急時の対応も受けられる。入院の場合は後方支援病院と連携を図る。訪問歯科の往診では治療や口腔ケアを実施している。	
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	看護職の配置はないが、24時間訪問医療と契約しており、状況に応じて、医師、看護師の指示を仰いでいる。		
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。	以前の協力機関が、現在の後方支援病院であり、現在においても救急対応の協力は得ている。退院時は病院の相談員とカンファレンスを開いている。		
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	契約時には、本人、家族と重度化や終末期の方針を話し合っている。終末期には往診の医師と連携図り、家族の希望に添える様に支援している。	契約時に利用者・家族へ医療行為が伴わなければ、当ホームで看取りを行う事を説明し同意書を得ている。終末期には協力クリニックと連携を図り、家族とは方針等を共有し、チームで支援が出来るよう取り組んでいる。	
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	緊急時に介護現場でできる対処法を受講しているが、全ての職員ではない為、参加出来ない方においては、朝礼、職員会議等で受講した者が説明している。食前は口腔体操を毎回実践し事故に備えている。必要な利用者は、ペースト食にし、飲み込み確認しながら介助している。		
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	防災訓練は年2回しており、1回は、消防署の立合いで総合訓練をしている。災害時には6名の方の協力依頼をし、了承を得ている。	防災訓練は消防署立ち合いと消防設備会社との連携の下で実施している。当ホームで火元を想定し、全利用者の避難誘導を実際に行い、職員全員が避難方法を身につけている。非常用発電機を設置するとともに、3日分の食品を備蓄している。	

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
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	排泄時は、本人の思いを尊重し、誘導している。大声での対応をしないように努めている。入浴には、本人の意思を尊重し、同性介助を行う。(希望者のみ)拒否の有る場合には、時間をおいて声掛けしている。	利用者は大先輩として敬愛し、名前を呼ぶ時は「さん」づけを徹底している。職員が手を離せない時等は「今行きますからね」と肯定的な言い方に心がけ、排泄時は特に声かけに配慮しながら迅速な対応に努めている。	
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	利用者とコミュニケーションを図り、思いをくみ上げて自己決定ができるように支援している。		
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、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	ぬくもりの家での日常生活のリズムは決まっているが、本人のペースに合わせて日常生活を支援している。		
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	本人希望の理容美容を支援している。本人が整容を希望している際に支援する。		
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	食事についてのアンケートを行い、希望に添える様に努めているが、糖尿病等の症状が有る方については、主治医から指示をえている。食事は、職員も利用者も同じ食卓で食事している。配膳、下膳は、利用者と共にしている。	食事アンケートは年2回実施し、個々の食べたい物を把握している。また、食材購入に参加した利用者には好みの物を選んでもらう等、希望に添える工夫をしている。食事は利用者と職員と一緒に食卓を囲み、会話も弾み家庭的な雰囲気である。	
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	普通食、刻み食、糖尿病食(1500キロカロリー以下)を把握してその人に応じた食事を提供している。食事、水分量は生活記録表に記入している。		
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	食前は、DVDで嚥下体操を行い、食後は、口腔ケアを行っている。週1回の訪問歯科診療では、衛生士による口腔ケアを行っている。		

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	生活記録表から排泄のリズムを把握し、トイレでの排泄ができるように努めている。オムツ使用でも排泄パターンを掴み、清潔保持に努めている。	生活記録表には排泄パターン、水分摂取量、バイタル等、詳細な記録がされており、職員全員で共有している。個々の排泄リズムを活かして、昼夜共にトイレで排泄が出来るよう誘導に努めている。	
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	オリゴ糖入りヨーグルトを1日1回提供している。体操時には、腹式呼吸や腹部マッサージ等を行っている。・ロコモ体操を行っている。		
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	利用者は概ね週3回程度入浴している。本人の希望に合わせて入浴時間を決めている。季節に合った趣向のお風呂(柚子湯、沐浴剤)を楽しんでいる。	入浴は月・水・金の午前中を基本としているが、利用者の身体状態や希望によっていつでも変更し、個々に添った支援をしている。入浴拒否の方は時間をおいて声かけをしたり、担当職員を替えたりして対応している。	
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	昼夜逆転傾向の利用者を除き、就寝時間や起床時間は決めておらず、本人の生活リズムで、就寝と起床を行っている。		
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	医師、及び薬剤師の指示のもと、服薬介助を行い、服薬後の観察、日々の状態に注意している。服薬説明書で用法を確認し、利用者が飲み終えるまで見守り、確認している。		
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	洗濯物たたみ、食事の後片づけを職員と共にやっている。花火大会や大学の文化祭、町内会の運動会、近所のスーパー等に行き、気分転換を図っている。		
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	本人の希望時には、職員と散歩やドライブに出かけている。本人の希望を聞き、御家族が来訪された際に、相談し出かけられるように支援している。一時帰宅も支援している(帰宅時にはお迎えしている)	日常的に近隣へ散歩に出かけ、近所の方に会えば挨拶を交わしている。近郊へのドライブは月ごとに行先を選び、また外食等多くの企画を実施して、毎月行事予定及び船戸便りで詳しく家族に伝えている。外出の難しい利用者は家族の協力が出かけている。	

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	職員が金銭を管理しているが、利用者の希望時には職員と共に買い物をしている。金銭出納帳を預かり、本人から署名を頂いている。		
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	親族からの電話を取り次ぎ、電話に出られるように支援を行っている。本人が、手紙を書くという要望が無い為、利用者の状況を職員が手紙に書き月に1回出している。		
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	ホームリビングは日当たりが良く、利用者が集まりやすい雰囲気である。ぬくもりの家の新聞掲示、月替わりのポスターで明るく季節感を感じて頂けるよう工夫している。	ホームリビングには大型テレビが設置され、好きなテレビや音楽が楽しめる。また、リビングからそのままウッドデッキへ出られ、お茶等を楽しめる工夫がされている。廊下の一角にはぬくもりの家船戸写真館と称し、利用者のイベント時の写真が貼られ、希望の写真を持ち帰れる配慮がされている。	
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	リビングと食堂は繋がっており、随時1人になれる空間は無いが、座る位置などは決まっておらず、好きな場所で過ごせる。		
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	基本的に、本人が利用していたものを、生活に取りいれている。危険と思われるもの以外は、制限していない。	利用者・家族と相談しながら自宅と同じように、ベットを使用せず布団を直に敷いている方、低床型ベットを使用する方、好みの家具を持ち込んでいる方等と本人が過ごしやすい工夫をしている。	
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	室内はバリアフリーになっている。トイレの位置は、わかりやすい様にトイレ看板をかけている。各居室には、名札をかけ、自立した生活を出来る様、工夫している。		