

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 | 2271200145 | | |
| 法人名 | 有限会社 グリーン・フォレスト | | |
| 事業所名 | グループホーム東山 | | |
| 所在地 | 静岡県御殿場市東田中1447-1 | | |
| 自己評価作成日 | 平成22年11月24日 | 評価結果市町村受理日 | 平成23年1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.kaigo-kouhyo-shizuoka.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2271200145&SCD=320 |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|-------------------------------|--|--|
| 評価機関名 | セリオコーポレーション有限会社 福祉第三者評価・調査事業部 | | |
| 所在地 | 静岡県静岡市清水区迎山町4-1 | | |
| 訪問調査日 | 平成22年12月15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)】

当事業所の理念「自立と尊厳」に基づき、入居者の「〇〇したい」という気持ちを大切にし、その実現に取り組んでいます。ホームの中で会話が弾み、入居者の方が自分らしく暮らせるよう、日常生活の中で裁縫、花の手入れ等をして暮らしの継続に繋がるよう取り組んでいます。また、最期を当ホームでむかえたいという希望にお答え出来る様、ターミナルケアにも取り組んでいます。

【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)】

当ホームは御殿場市の郊外に位置し近くには医院や公園もあり住民も気軽に立ち寄っている。代表者・管理者・職員は「相手の立場」で考えており、利用者の地域に密着した生活を支援しているホーム運営が行われている。自治会に加入し地域行事の夏祭りや文化祭などの参加やホーム行事への招待等を通して地域との交流を図っている。ターミナルケアについては同意書の確認やマニュアル等も整備されホーム一体となって取り組んでいる。ホームのケアに対する真摯な取り組みと利用者の「笑顔」を大切にしている暖かい雰囲気を感じられる。介護計画は、毎月の定期的な会議の中でモニタリングを行い介護計画の見直しに繋げる仕組みが確立している。

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 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広がったり深まり、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、活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

[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 |
| 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 | 地域の中の一員として、住み慣れた場所で馴染みの人達と共に暮らしていける様に援助する目標を掲げ、月一回ケアカンファレンスで話し合い確認をし、理念に基づき取り組めるようにしている。 | ホームの理念「自立と尊厳」の実現に向けて、毎月のカンファレンスや日々のミーティング・申し送り等で話し合い、代表者・管理者・職員は真剣に取り組んでいる。 | 全職員で自己評価を行い、その中から理念実現に向けた具体的な課題や目標に取り組むことに期待する。 |
| 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 | 近隣の方々とは、気軽に挨拶をし合える関係である。特に隣の住人とは、お子さんがホームに遊びに来たり、ホームで行事のある時は招待をしたり、交流を深めている。 | 自治会に加入し、地域行事や夏祭・ふれあいサロン・文化祭・防災訓練にも参加し、ホーム行事への招待や福祉体験受け入れなどを通して地域との交流は活発に行われている。 | |
| 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 | 「五竜太鼓」の演奏会を開催したり、市主催の「さくら祭り」に参加したり、地域の文化祭に参加し、地元の人々との交流を大切にしている。 | | |
| 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 | 2ヶ月に1回開催し、現在の状況を報告するなかで意見を聞き、サービスの向上に役立てている。 | 家族や市の職員・地区長・民生委員や地区関係者等と2ヶ月に1度定期的に状況報告や地域行事などを活発に話し合い、運営に活かしている。 | |
| 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に取り組んでいる | 市主催の会議や研修に積極的に参加している。また、入居申し込み等についても相談に応じている。 | 日頃の事務連絡や生活保護相談や、地区事業所交流会や研修機会などを通して協力関係作りに取り組んでいる。 | |
| 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 | 身体拘束についてはスタッフが理解しており、現在身体拘束は行っていない。しかし、玄関の施錠については、基本的には鍵を掛けないという考えはあるが、入居者の状況により鍵を掛けるを得ない状況にある。また、玄関にセンサーを取り付け、音が鳴るようにしている。 | 身体拘束排除は契約書や運営理念に明記され、利用者や家族の権利として掲げ、職員に対しても会議や研修会等の機会に指導している。玄関開錠も状況に合わせて実施されている。 | |
| 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 | 研修に参加し学び、虐待の防止を徹底している。また、スタッフの精神状況についても気を配っている。 | | |

| 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 | 研修に参加し学んでいる。 | | |
| 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 | 入居時に説明を行っている。また、入居者や家族の不安や疑問に対し対応するスタッフを配置している。 | | |
| 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 | ご意見箱を設置している。また、常に入居者の声や、面会時の家族の声に耳を傾け、日常の会話の中で意見や不満がないか気をつけている。 | 利用者との日々の関わりや、運営推進会議での意見交換、来訪時の面談等を通じて利用者や家族の要望・意見を聞く機会を設けホーム運営に反映している。 | |
| 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 | 気軽に意見や提案が言える環境である。 | 職員の意見や気がついた事は連絡ノートに書くようにして、毎月のミーティングで協議し、改善策を話し合い運営に反映している。 | |
| 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 | 取り組んでいる(正社員への昇進等)。 | | |
| 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 | 各研修に参加する機会を設けている。また、資格取得に向け職員間で情報交換をし、スキルアップを図っている。 | | |
| 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 | 他施設とお便りの交換をしている。今後、相互訪問等さらに交流を深める取り組みを行う。 | | |

| 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 |
| 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 | 日常の会話の中で、受容と共感の姿勢で入居者の気持ちを受け止める努力をしている。また、入居者が訴えることが困難な場合は、家族から要望を確認し、希望を反映できるように努力している。 | | |
| 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 | 入居時や入居後の面会等の機会に家族とのコミュニケーションをよくとり、会話を大切にしている。 | | |
| 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 | 相談の段階で本人や家族の話を親身に伺い、相談内容により、他のサービスを含めた対応に努めている。 | | |
| 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 | 入居者のできる事とできない事を見極め、関わりを積極的に持ち、支え合う関係を築いている。 | | |
| 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 | 面会時や年に2度の家族交流会では、積極的に声を掛け情報提供を行い、互いに相談しながら一緒に本人を支えていける様に努力している。 | | |
| 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 | 入居時や入居後の日常の会話の中で、馴染みの人や場所を聞き出し、家族の協力を得ながら可能な限り、「会いたい人」「行きたい場所」の実現に取り組んでいる。 | 親戚や友人・婦人会・知り合いの人達の来訪を勧めている。家族の協力を得ながら美容院や知り合いの店にも出掛けている。 | |
| 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 | 入居者の個性を把握し、周りの方との関係を理解した上でお互いに良い関係が築けるよう支援している。 | | |

| 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 |
| 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 | 他の施設へ移られた方やその家族から、現在も電話や手紙で連絡がある。また、以前入居されていた方の家族が、職員に会いに来られることもある。退去されても関係を断ち切らず、いつでも相談や支援ができるように努力している。 | | |
| 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 | 入居時に本人や家族から意向を確認し、日々のケアに取り組むようにしている。また、「〇〇たい実現報告書」を作成し、入居者との関わりを積極的に持ち、本人本位の生活に近づけるよう努力している。 | 本人や家族から思いや意向を聴取し、日々の関わりの中から表情や様子を読み取り、「〇〇たい実現報告書」を作り一人ひとりの思い実現に取り組んでいる。 | |
| 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 | 入居時に家族にバックグラウンドを記入して頂き、入居後はセンター方式を使用してこれまでの暮らしを把握できるよう努力している。 | | |
| 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 | 日誌や記録により把握に努めている。また、センター方式を使用し、総合的に把握するよう努めている。 | | |
| 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 | 毎月のケアカンファレンスで現状を把握し、担当医や家族とも相談しながら介護計画を作成している。 | 利用者・家族からのアセスメント、担当職員を中心に日々のケア状況から介護計画を作成、毎月のケアカンファレンスでモニタリングし、次の見直しに繋げる仕組みが確立している。 | |
| 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 | 毎日の個別日誌や連絡ノートにより情報を共有し、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 | 当ホームで生活が困難になった場合、系列のグループホームへの転居等、柔軟に支援できるようにしている。 | | |

| 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 |
| 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 | 定期的にボランティアの方が来て下さる。また、隣の住人を行事の際招待し交流を深め、「何かあったらいつでも言ってください」とのお言葉を頂き、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。 | | |
| 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 | 休日や夜間、いつでも相談や受診ができる協力医療機関を確保している。 | 入居時、医療関係に関する説明をし、近隣に24時間対応が可能な協力医を確保し、利用者の多くがこの協力医を主治医としている。毎月協力医、看護師の定期往診等適切な医療支援体制が作られている。 | |
| 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 | 看護師の資格のある職員を確保している。 | | |
| 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。 | 職員が頻繁にお見舞いに行き、状態を確認し担当医と話し合いを行っている。 | | |
| 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 | 入居時に家族にターミナルの件について説明し、同意書を頂いている。重度化された場合については、本人の状況について家族と話し合い、希望を考慮し最善を尽くしている。 | 終末期対応の同意書確認や、看取りマニュアルも作られており、代表、管理者、職員が一体となって利用者の終の棲家実現に向け取り組んでいる。 | |
| 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 | 普通救命講習会 I を受講して、応急手当や初期対応の仕方を学んでいる。 | | |
| 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 | 火災や地震等の災害時に対する、日中と夜間対応の防災訓練を定期的に行っている。また、隣の住人へも協力をお願いしている。 | 年2回夜間想定を含む防災訓練や地域防災訓練にも参加し、地域との協力関係を築いている。非常用の水、食料等も備蓄されている。 | |

| 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 |
| 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 | 入居者の一人ひとりの違いを尊重し、その人に合わせた対応をしている。特に排泄に関する言葉掛けには配慮している。 | ホーム理念「自立と尊厳」を掲げ、利用者を人生の大先輩として一人ひとりを尊重し、日々の関わりの中で誇りとプライバシーに配慮した言葉掛けや対応を行っている。 | |
| 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 | 「〇〇たい実現報告書」を作成して、日常の関わりの中で入居者本位の生活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 | 入居者一人ひとりを理解し(性格、生活歴等)、個別のケアが提供できるよう努めている。 | | |
| 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 | 一緒に洋服を選んだり、ホームでヘアカットもしているが、本人が希望する場合は、気分転換も兼ねて美容院へ行けるよう支援している。 | | |
| 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 | 入居者により個人差があるができる事を見極め、一緒に献立を考えたり、準備や片づけを行ったりしている。また、認知度の重度化の為に準備や片づけができなくても、食事は同じテーブルにつき会話を楽しんでいる。 | グループ内の栄養士の献立を中心に、利用者の好みも聞きながら食事作りを行っている。利用者が出来る準備や片づけを支援しながら職員も一緒になって食事を楽しんでいる。 | |
| 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 | 栄養士による献立で栄養バランスもとれており、一人ひとりの疾病や体重の増減を把握している。また、水分摂取表も作成している。 | | |
| 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 | 歯磨きの自立している方には、食後声掛けをして洗面所まで誘導し支援している。義歯は夕食後ホームで預り、義歯洗浄剤を使用し保管している。 | | |

| 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 | 排泄チェック表を利用し、本人に最も合った排泄状況や介助方法を把握し誘導して、自立できるように支援している。 | 排泄チェック表を活用し、プライバシーに配慮したさりげない誘導や、利用者の自立を促す排泄介助に取り組んでいる。 | |
| 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 | 食事献立に気を配り、牛乳やヨーグルトの提供、水分摂取の支援をしている。また、レクや運動、散歩等により便秘予防に取り組んでいる。 | | |
| 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、個々に合わせた支援をしている | 入浴日は決めているが(月火木金)、職員と一対一でゆっくりと入浴できるようにしている。また、希望があればいつでも入浴できる。 | 週4日の入浴を基本に、シャワー浴や足湯なども活用しながら利用者の希望に対応している。入浴を嫌がる利用者には「箱根」の特別温泉などで誘導している。 | |
| 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 | 基本的には就寝時間は決めておらず、本人の好きな時間に休んで頂いている。眠りにつくまで不安な方には、職員が側につき安心して頂けるよう声掛けをしている。 | | |
| 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 | 個別の服薬表を作成しており、一目で入居者の服薬状況を把握できる。服薬時は職員が確認している。薬が変更された時や新しい薬が処方された時は、常に主治医にその後の報告をしている。 | | |
| 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 | 一人ひとりに合った役割を見つけ、習慣となるように支援している。趣味のある方には励まし、楽しみを続けられるように支援している。 | | |
| 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 | 天気の良い日は散歩やドライブに出掛け、日常の買い物にも同行している。また、家族と相談し、家族との外食や自宅へ帰ることができるように支援している。 | 周辺環境が散歩などに適しており、日常の買い物や散歩、ベンチでの外気浴、お花見や毎月のイベント、外食やドライブ等戸外に出掛ける機会を作り出す支援に取り組んでいる。 | |

| 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 |
| 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 | 家族の協力を得て個人の財布を用意し、買い物や外出で本人がお金を払うことを支援している。財布はホームで預り、出納帳を作成して家族に確認して頂いている。(7/9人所持) | | |
| 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 | 手紙が書ける方には声を掛け、奨励している。電話は、依頼があればいつでも掛けられるように支援している。 | | |
| 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 | 日当たりの良い居間では、落ち着いて暮らせるように音の大きさや採光に気を配り、食事作りの音やにおいが感じられる。いつも居間や玄関には入居者が生けた季節の花が飾られ、居心地の良い空間作りを心掛けている。 | 居間からは目の前に富士山が望め、壁や階段には利用者の制作物や季節の花が飾られ、ゆったりとしたソファが置かれるなど利用者が寛げる環境が整えられている。 | |
| 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 | 居間にソファを置き、気の合った方同士が自由にくつろげる居場所があり、ゆっくりと過ごせている。 | | |
| 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 | 家族の協力を得て、使い慣れた家具や身の回りの品を持ち込み、生活の持続性を大切にしている。 | 家族の協力の下、馴染みの家具や身の回りの品々、家族の写真やTV、掛け軸、ぬいぐるみや花などが持ち込まれ各居室は居心地の良い自室が作られている。 | |
| 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 | 居室入り口に手作りの表札を掛けている。また、トイレ表示をし自立支援の配慮をしている。 | | |