

## 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 |
| <b>I. 理念に基づく運営</b> |     |   |  |      |                   |
| 1                  | (1) | ○理念の共有と実践<br>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                                | 理念は事務所等に掲示してある。業務に就く前、会議の際に唱和している。理念に基づいたテーマを掲げて取組んでいる。                                  |      |                   |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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                                | 定期的な近隣住民のボランティア、傾聴ボランティアの訪問がある。入居前からの友人の継続的な面会もあって馴染みの関係は維持されている。芸能発表会の招待、福祉の集い作品出展、見学。  |      |                   |
| 3                  |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                              | 入居申し込みの際にはグループホームのことについて、認知症について等、見学をとおして説明に応じている。便りは年6回発行して家族以外の関係機関にもお送りしている。          |      |                   |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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           | テーマに応じて講師を依頼、委員以外の参加など、内容のある会議となっている。開催回数を増やすことが課題である。                                   |      |                   |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>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                      | 町の指定管理者のため報告相談は欠かしていない。地域密着型事業所連絡会に参加している。行政、他事業所との連携を図っている。                             |      |                   |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者および全ての職員が「介護保険法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 | 虐待防止研修があれば職員が参加している。身体拘束虐待防止委員会を開催しており、不適切な介護について話し合う機会、見過ごされていないか確認をしている。開催後は役場に報告している。 |      |                   |
| 7                  |     | ○虐待の防止の徹底<br>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           |  |      |                   |

| 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<br>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    | 現在は後見制度を活用している方はいない。家族の相談に応じられるよう研修受講や勉強会に参加している。                 |      |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>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                         | 入居申し込みから入居するまでの間に、ご家族、ご本人には十分な説明を行い理解・納得を図っている。                   |      |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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                     | 家族会や面会時に意見を聞く機会がある。面会が多いので管理者や職員は聴取の機会が多い。                        |      |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                      | 管理者はシフトに入っているため現場の状況を理解している。個人面談や会議の際に意見要望の聴取、内容により短期、長期的に対応している。 |      |                   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>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      | 勤務表は希望休以外の希望も反映してライフスタイルに応じて作成されている。資格取得に係る経費を助成している。             |      |                   |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>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、職責に応じた研修受講、資格取得のための研修受講。外部講師による内部研修。希望の研修を聞いて研修受講の機会を勧めている。  |      |                   |
| 14 |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 地域密着型事業所連絡会、医療介護の会の勉強会、親睦会に参加している。意見交換、交流の場となっている。                |      |                   |

| 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 |
| <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<br>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 | 入居前、自宅や利用している施設等を訪問し、本人や家族と複数回、困っている事、不安や要望、入居後の生活等話し合う事で信頼関係を築いている。入居前に不安解消されるまで見学や体験をしてもらっている。  |      |                   |
| 16                         |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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            | 入居前、自宅や利用している施設等を訪問し、本人や家族と複数回、困っている事、不安や要望、入居後の生活等話し合う事で信頼関係を築いている。入居前に不安解消されるまで見学や体験をもらっている。  |      |                   |
| 17                         |     | ○初期対応の見極めと支援<br>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        | 本人や家族と話し合う中で必要な支援を見極め、専門医の受診を勧めたり、理学療法士、福祉用具専門員に相談したりその時に必要としている支援に努めている。   |      |                   |
| 18                         |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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                        | 洗濯物たたみや掃除・茶碗洗いを一緒にしたり、地元でとれる農産物(かもち、そうめんかぼちゃ、ずいき等)の調理の仕方を教えてもらったり、昔はこうだったよと嫁と姑の話等教わったりしながら、ともに日常生活を過ごしている。  |      |                   |
| 19                         |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>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         | 家族は畑で作った作物を「ばあちゃんに食べさせてあげて」と持って来られたり、家族から何が好きか、食べ物の好みを聞いたり、家族も一緒に誕生日を祝ったり家族とともに本人を支えていく関係を築いている。本人の体調の悪い時には連携を密にし本人を支えていく関係を大切にしている。                  |      |                   |
| 20                         | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                     | ご自分の自宅のことが心配と自宅を見に行ったり、今まで利用していた行きつけの美容院、亡くなった奥さんの墓参り、お寺の奥さんの訪問、教会の知人の訪問などなじみの人や場所の関係が途切れないように支援している。地域のイベントにも参加できるように支援している。                         |      |                   |
| 21                         |     | ○利用者同士の関係の支援<br>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                 | 座席は、フロアで過ごす時や談話室で過ごす時の利用者の皆さんの状況を把握し、仲良く楽しく過ごせるように配慮している。利用者同士で場所を変えておしゃべりされる時もあり、特に昼食後は、廊下の奥の椅子がたまり場のようになって日向ぼっこをしながら楽しそうに話をされている。その様な時はそっと見守りをしている。 |      |                   |

| 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<br>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                    | 利用者が退去される時は、今までの生活が継続できるように介護記録を情報提供している。また、本人や家族から相談があれば対応している。   |      |                   |
| <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<br>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   | 入浴時やおやつ、食事などゆったりと過ごす時に話をしたり普段の様子から思いを把握している。困難な場合は本人の様子や生活歴、家族の話を聞いて本人本位に検討している。   |      |                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                       | 本人や家族、入居前のサービス事業所、病院関係者から情報を提供していただき、これまでの暮らしの把握に努めている。  |      |                   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>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   | 自分でここまでではでき、ここはできない等、介助や見守りをしながら有する能力の把握に努め、生活記録に記録している。また、バイタルチェック表や排泄チェック表で心身状態の把握をしている。職員の申し送りで日々の変化を把握している。            |      |                   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | ケース会議で担当職員が普段の様子や意見、実践した事を報告し話し合ったり、生活記録や排泄チェック表などに本人の思いや気づきを記録したり、申し送りの時に日々の現状の把握に努め介護計画を作成している。また、家族や主治医からもアドバイスをもらっている。 |      |                   |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | 生活記録等で日々の様子を記録し、申し送りや会議で情報の共有をしている。事故報告書や気づき書の対応策会議の話し合いも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<br>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               | なかなか面会に来られない遠方の家族の希望で衣類等の補充を職員と一緒に店に行き本人に選んでもらって購入している。宅配の飲料や訪問マッサージの支援、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 |
| 29 |      | ○地域資源との協働<br>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                                      | 傾聴ボランティアさんや地域の健康クラブのボランティアさん、歌や踊りのボランティアさんなど来て下さり楽しまれている。地域のイルミネーション、イベント、足湯、道の駅など季節により出向くことで楽しまれている。   |      |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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                                  | 入居前からの主治医を希望する時もあるが、家族等の都合で途中から主治医を変更する時もあるが、情報提供を行っている。主治医とは電話やメールで連絡が取れ相談できるようになっている。病状により総合病院へ受診になった場合はかかりつけ医から紹介状を送っていただき適切な医療を受けられるようになっている。 |      |                   |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>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                          | 看護師はいないが、4月から訪問看護ステーションと契約しており、週に2回看護師の訪問があり、利用者の心身の状態を看てもらっている。訪問看護師よりそれぞれの主治医に報告・相談し受診等につなげている。訪問時以外でも利用者に変った事があれば24時間対応してもらっている。               |      |                   |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 利用者が入院した際は、病院関係者に入居中の介護記録を情報提供し、入院前の様子を伝えたり、本人に面会に行き退院に向け病院関係者と情報交換も行っている。病院関係者とは普段から地域の研修会などで顔見知りの関係になっている。                                      |      |                   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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  | 契約の前に家族に説明をし、病気や怪我等で入院された時、介護保険の更新時などで、その都度話し合いを行っている。重度化した場合は主治医に相談したり、地域の施設や病院関係者に相談し支援に取り組んでいる。今年度は終末期の支援を主治医・訪問看護師・家族の協力のもと行うことができた。          |      |                   |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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  | 職員の多くは消防署で救命講習を受けている。救急車を要請した後、経過や反省など記録し職員間で共有している。事故報告書・気づき書を書き、対応策を出すことにより事故発生予防にも努めている。   |      |                   |

| 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 |
| 35 | (13) | ○緊急時等の対応<br>けが、転倒、窒息、意識不明、行方不明等の緊急事態に対応する体制が整備されている                    | 緊急時は、家族や主治医の連絡先は一覧表にしてあり、マニュアルに沿ってそれぞれの利用者の主治医や家族に連絡をとり救急車要請など必要な対応をしている。体調が悪く緊急時の対応が予測される場合は前もって主治医や家族に連絡し、担当職員にも緊急時の対応を再確認している。定期的に駐在所に訪問して現在の利用者の状況を伝えている。 |      |                   |
| 36 | (14) | ○バックアップ機関の充実<br>協力医療機関や介護老人福祉施設等のバックアップ機関との間で、支援体制が確保されている             | 協力医療機関とは、常に電話や訪問診療・受診等で顔を合わせ、相談をしている。今年4月から訪問看護ステーションと契約をして看護師は24時間対応できるものになっている。介護老人福祉施設等とも相談員やケアマネと電話や紙面で情報を提供し連携を取っている。                                    |      |                   |
| 37 | (15) | ○夜間及び深夜における勤務体制<br>夜間及び深夜における勤務体制が、緊急時に対応したものとなっている                    | 徒歩出勤圏内の職員が緊急時に駆けつけている。夜間、緊急時は対応している職員が電話で管理者に報告して管理者が指揮をとる体制である。  |      |                   |
| 38 | (16) | ○災害対策<br>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 | 地区とは災害協定を締結しており災害訓練には地域住民の参加がある。管理者は消防団員である。災害訓練等では町防災担当、消防署に気軽に相談できる関係である。   |      |                   |
| 39 | (17) | ○災害対策<br>災害時の利用者の安全確保のための体制が整備されている                                    | 土砂災害に関する説明会に毎年参加している。管理者以外の職員も参加している。地区の土砂災害の研修に参加している。   |      |                   |

| 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 |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |  |   |      |                   |
| 40                               | (18) | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保<br>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                   | 話し方、言葉遣い、声の大きさに気を配り、居室訪室の際は目的を告げて、許可を得てから入室をしている。排泄時は、個人のプライバシーを尊重し、わずかな時間でも一旦トイレから退室するように心がけている。                       |      |                   |
| 41                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                     | 日常生活の中で、利用者とのコミュニケーションを取りながら本人の思いを聞き取り、少しでも希望に添えるようにしている。自己決定や意思表示が難しい方には、いくつかの提案をして、その中から選んでもらえるように、少しでも希望に添えるようにしている。 |      |                   |
| 42                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 利用者の日々の体調や状態に応じて本人の希望も聞きながら支援できるように努めている。   |      |                   |
| 43                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                  | 入浴の着替えの準備ができる方にはして頂き、できない方には、どの服を着るか聞いて一緒に準備したり、その人らしい好みのオシャレや、身だしなみが出来るように支援している。                                      |      |                   |
| 44                               | (19) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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     | 献立を立てる際、入居者の好みを聞いて取り入れたり、個人でヤクルトを配達してもらい毎日飲んでいる方もいる。トレイ、テーブル拭き、お茶汲み、野菜の皮むき、料理の盛り付け、洗濯物畳み、シーツ交換時拭き掃除を手伝って頂いている。          |      |                   |
| 45                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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          | 一日の食事や水分の摂取量を把握している。糖質制限の方には砂糖を控えたり、体重増加が気になる方には、主食をお粥に変えたり、食事をカロリーを控えめの物にするなど工夫をしている。                                  |      |                   |
| 46                               |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                   | 毎食後の口腔ケアの声掛け誘導、週2回の義歯洗浄を実践している。できない方には、口腔ケアの準備、側で声掛け見守りをして口腔内の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 |
| 47 | (20) | ○排泄の自立支援<br>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       | ひとりひとりの排泄パターンを把握し、さりげない声掛けをし、出来るだけトイレでの排泄を支援している。その人なりの排泄サインや行動を把握し、トイレ誘導を行っている。  |      |                   |
| 48 |      | ○便秘の予防と対応<br>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                       | 便秘日数を把握し、自然排便が見られない時は、状態に応じて下剤の追加調整をし、適度な運動をしたり、お腹のマッサージをしたり、自家製のヨーグルトを食べて貰ったりしている。                                       |      |                   |
| 49 | (21) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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 | 週2回入浴できるようにしている。翌日に、受診や外出外泊の予定がある場合は、入浴予定者を変更するなど柔軟に対応している。   |      |                   |
| 50 |      | ○安眠や休息の支援<br>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                        | 生活習慣で居室で休まれる方には、昼夜逆転にならない様に配慮しながら休息の支援をしている。寝てばかりにならないように、日中の活動参加や適度な運動の声かけをし、夜間安眠できるように支援している                            |      |                   |
| 51 |      | ○服薬支援<br>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                   | 薬の説明書をサマリーに綴じて、薬の目的や副作用を把握できるようにしている。薬の種類や用量が変わった時は様子観察を記録しかかりつけ医に相談している。   |      |                   |
| 52 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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      | 出来る事に参加して頂き、生活歴やその方の力を生かした役割(トレ拭き、洗濯畳み、野菜の皮むき、畑の手伝いや収穫)を持つ事で張り合いのある生活を過ごせるように努め、気分転換に足湯や、行かれた事のない場所までドライブに出かけるなどの支援をしている。 |      |                   |



| 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 |
| 53 | (22) | ○日常的な外出支援<br>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                      | 買物同行や、入所者の希望する場所に出かけたり、自宅を見て来たり、習慣だった家族の墓参りにも出かける等、外出を積極的に支援している。急な外出にも柔軟に対応している。  |      |                   |
| 54 |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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っている事を話し、入所者様本人が欲しいものがある場合は、一緒に買物に出かけご自分で支払いをするなどして支援している。  |      |                   |
| 55 |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | 家族に依頼や電話で話したい等の希望があれば、ご自分で電話をかけてもらい話して頂くように支援している。   |      |                   |
| 56 | (23) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 廊下奥の部屋は夏暑く、冬寒いのでカーテンや、壁に断熱材を張り、共用トイレは夏日差しが強いので日よけをして対応している。冷暖房で温度調整をしている。季節の草花をテーブルに置いて季節感を感じて頂いている。最近の外出時の写真を70Aに展示し思い出して頂いている。 |      |                   |
| 57 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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  | 過ごす場所を特定せず、居室で休まれたり、TVを観て過ごされたり、思い思いに過ごせるように、気の合う入所者同士で座って頂いたり配慮工夫をしている。   |      |                   |
| 58 | (24) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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  | 居室には面会時や外出時に家族と撮った写真、外室時の写真を展示したり、自宅から家族の写真や使い慣れたテレビやラジカセなどを持って来られ居心地よく過ごせるような工夫をしている。   |      |                   |

| 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 |
| 59 |    | ○身体機能を活かした安全な環境づくり<br>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 | トイレの場所がわかるように表示したり、居室ドアに名札を付け、目が見えにくい方には大きく名前を貼り、自室が解るようにしている。また、就寝時、豆電球でも気になり眠れない方には、足元を照らす電球を使用し、夜間移動時の安全を確保、室内灯の点灯、消灯を手元で出来るように、紐の長さを個々に調整している。 |      |                   |