

### 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   | 3270500279              |            |            |
| 法人名     | 社会福祉法人ウェル・エヌシー          |            |            |
| 事業所名    | グループホームたてがみの郷(たてがみユニット) |            |            |
| 所在地     | 島根県大田市波根町1290番地1        |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成27年11月20日             | 評価結果市町村受理日 | 平成28年3月16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 | <a href="http://x.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=327">x.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=327</a> |
|----------|--|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                |  |  |
|-------|----------------|--|--|
| 評価機関名 | NPOしまね介護ネット    |  |  |
| 所在地   | 島根県松江市白潟本町43番地 |  |  |
| 訪問調査日 | 平成27年12月18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)】

その人らしく過ごせるように、その人の生活歴を知るように意識し個々の生活を重視し、本人が混乱しないで過ごせるように支援に努めています。本人がしたい事をしたり、行きたい時になじみの場所や、行きたい場所へ行けるように支援し、希望を常に聞き個々に対応できるように意識しています。畑を2ヶ所設け、本人の出来る力を生かしながら、季節にあった野菜や花を育て食べれるようにしています。家族・地域とのつながりも絶やさないように地域の行事に参加したり、保育園児との交流も続け、家族も共に参加出来る機会も作っています。

【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)】

グループホームたてがみの郷(かけとユニット)に記載しています。

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<br>↓該当するものに○印 |   | 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓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<br>(参考項目:23,24,25)     | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<br>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<br>(参考項目:9,10,19)   | ○                     | 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>4. ほとんどできていない    |
| 57 | 利用者職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)            | ○                     | 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>4. ほとんどない                | 64 | 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<br>(参考項目:2,20)                          | ○                     | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>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<br>(参考項目:38)                 | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:4) | ○                     | 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>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<br>(参考項目:36,37)  | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 66 | 職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○                     | 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:49)                | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:30,31)       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>4. ほとんどできていない |
| 62 | 利用者は、その時々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<br>(参考項目:28) | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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 |
| <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                            | 個々の生活を重視し、混乱しないで生活出来るをという目標を掲げ、認知症があっても、その人らしく地域の一員として生活出来るよう支援している。またスタッフで具体的にとり組む事を考えている。       |      |                   |
| 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                            | まちづくりセンターに地域の行事の日程を確認し利用者の希望に応じ参加している。小学校から学校行事の案内があったり保育園との交流は継続している。職員は駅や海岸清掃に参加し地域の方と交流している。   |      |                   |
| 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                          | 認知症サポーター養成講座を年一回程度、地域にむけて開催している。  |      |                   |
| 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       | 会議は定期的実施している。利用者の状況の報告は実施している。参加者からの意見も頂いている。   |      |                   |
| 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に取り組んでいる                 | 市町村へは運営推進会議を利用して取り組み状況を説明している。市町村主催の研修への参加も数回ではあるが参加している。   |      |                   |
| 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 | 法人全体として、勉強会を行い職員全体で身体拘束をしないケアを意識して取り組んでいる。入所時にも説明している。夜間の施錠については本人の了解を得てから行っている。希望時は解錠できるようにしている。 |      |                   |
| 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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている        | 法人の委員会や事業所で虐待について勉強会を行い防止に努めている。不適切なケアについて、ケアを行われていないか考える機会を作っている。                                |      |                   |

| 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<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    | 権利擁護の研修へ参加し、法人全体で学ぶ場を設けている。日常生活自立支援事業や成年後見制度は活用している方はいない。                                |      |                   |
| 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                         | 入所時に本人・家族に説明し同意を得るようにしている。締結後も疑問あればいつでも確認して良い事も伝えている。                                    |      |                   |
| 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                     | 意見箱を設置し、いつでも投函できるようにしている。入所時に管理者・職員に何でも伝えて良い事や第三者委員の公示や外部の機関があることも伝えている。面会時にも話すように努めている。 |      |                   |
| 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                                      | 全体職員会議や部署会議で意見を聞く機会を設けている。   |      |                   |
| 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      | 目標管理を行い、個々のスタッフに面接を行い、やりがいが持てるように努めている。職員の個々の努力や実績も目標管理を基に評価している。                        |      |                   |
| 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         | 面接時に確認した意向と、職員一人一人のレベルに沿った研修内容になるよう年間計画を立て内外の個人にあった研修に参加出来るように努めている。                     |      |                   |
| 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 | 外部研修への参加やグループホーム部会を通じてネットワーク作りができるように意識している。   |      |                   |

| 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>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 | 入所前には本人・家族宅へ訪問し、どのように暮らして行くか知るようになっている。入所初期段階には特に本人とゆっくり関わり、会話の中から想いをくみとり、安心して過ごせるように関係作りに努めている。 |      |                   |
| 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            | 入所前に家族の気持ちも確認したり、面会時にはこちらから声をかけるようにし、気軽に声を掛けてもらえるように意識している。                                      |      |                   |
| 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・家族にとって一番良いサービスを考えて支援に努め本人・家族の状況に応じたサービスの説明を行っている。   |      |                   |
| 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                        | 本人のできる場所は続けて行えるように掃除・洗濯物をたたんだり、昼食作りなど本人の状態に合わせて一緒に行っている。やり方を教えて頂く事もある。                           |      |                   |
| 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         | 面会時や毎月の状況を報告したり、行事には一緒に楽しめるように声をかけている。話しやすい環境をつくる努力としている。ケアチームの一員としてカンファレンス参加をすすめている。            |      |                   |
| 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                     | 本人の希望を聞き、家や馴染みの場所、地域のイベントに参加もできている。自宅へ外出した際に近所の人に立ち寄り一緒にお茶をも飲んで過ごすこともある。                         |      |                   |
| 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                 | 気の合う利用者同士でゆっくり過ごせるようハード・ソフト両方を含めた環境面でも配慮している。利用者同士で積極的に話す事は少ないため孤立しないように職員も仲介に入るようになっている。        |      |                   |

| 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 |
| 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                    | 利用が終了した後、関係性が続く事はほとんどないが、退居時には何かあれば相談しても良い事を伝えている。                                 |      |                   |
| <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   | 本人がここでどのように生活したいのか、希望を聞いている。入所前の暮らしの継続ができるよう努めている。うまく表現できない方には表情やしぐさを見逃さないようにしている。 |      |                   |
| 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・ご家族に聞いたりアセスメント・その人シートを作成し把握に努めている。知り得た情報をもとにグループホームで続けられることがないかを考えて、つなげている。     |      |                   |
| 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   | ひとりひとりの過ごし方がわかるように日課表を作成し活用できるように努めている。できることはしてもらえるように職員間で共有するようにしている。             |      |                   |
| 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 | 定期的なカンファレンスを実施しているが、家族も参加して実施への準備中である。ご家族の意向の確認は行いプランにもりこんでいる。                     |      |                   |
| 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                        | 個人記録へ個別に実施した事、ケアプランの内容が実施したことが記入出来るようにしている。記入した事を確認し定期的に評価し、計画の見直しをしている。           |      |                   |
| 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               | 本人・家族の状況に応じ相談に応じている。法人内の事業所の専門職にアドバイスをもらっている。                                      |      |                   |

| 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                                      | ひとりひとりの地域資源の把握はできていないが、施設近くの方は地域の行事に参加したり、まちづくりセンターに相談している。遠方の方はその方の地域から遠ざかっている。                                    |      |                   |
| 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                                  | 本人・家族の希望するかかりつけ医で受診できるように努めている。往診が難しい場合も、家族が対応し希望の場所に受診ができている。定期的な往診や体調不良時にもすぐに連絡できる体制になっている。                       |      |                   |
| 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                          | 職場内の看護師に日々の状況をすぐに伝え相談している。体調不良時に職場内の看護師からかかりつけ医の看護師に状況を報告できている。休日・夜間も電話で相談し指示をもらっている。                               |      |                   |
| 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。 | かかりつけ医とは情報交換や相談している。入院し、治療もできる医院もある。地域の中核病院とは、入院時に連携室と連絡を取り合い情報交換をしている。入院中の様子も直接見に行き確認するようにしている。                    |      |                   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<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  | 入所時に重度化した場合の指針を説明している。本人の状況が変わって来た際にはご家族にかかりつけ医からの説明を受ける様に努めているが、全員ではない。重度化した際は、医師・看護職員・介護職員・計画作成担当者と一緒に話し支援に努めている。 |      |                   |
| 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  | 急変時の対応について勉強会を実施したり、マニュアルを整備しているが、新人職員にすぐ訓練ができていないため、実践力が課題である。   |      |                   |
| 35 | (13) | ○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  | 法人の消防・防災規程は整備し、火災については避難訓練を昼夜想定で実施している。   |      |                   |

| 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> |      |  |  |      |                   |
| 36                               | (14) | ○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                   | その方の人格を尊重した言葉かけをするように意識している。親しみをこめた言葉かけでの対応が良い場合でも、本人を尊重する事に努めている。接遇についての勉強会も行い意識してもらえるようにしている。          |      |                   |
| 37                               |      | ○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                     | 本人が日常の中で自分で決めてもらえるように工夫している。自分で決める事が難しい方には、選択できるように声掛けを行い、決めてもらえるように努めている。                               |      |                   |
| 38                               |      | ○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 | 食事の時間等は本人の食べたい時に食べられるようにペースを合わせている。何をしたいか希望を聞くようにしているが全員の希望をきくことや、その通りに行えない日もある。                         |      |                   |
| 39                               |      | ○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                                  | 衣類についても本人と相談しながら選んでもらうように努めている。マニキュアを塗っている習慣がある方も好きな色を選び手入れできるように心がけている。                                 |      |                   |
| 40                               | (15) | ○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     | 食べたい物を聞き、好みに合わせ、一緒に作るように心掛けているが、出来る方が限られ一部の方のみでしている。後片付けはひとりひとり行っている。                                    |      |                   |
| 41                               |      | ○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          | 水分量や食事量を一人一人わかるよう確認し記録している。食べにくい時、水分が少ないもゼリーを作り工夫している。自分で出来るだけ食べられるように食器や道具も工夫し、食事が自分で楽しんで食べられるように努めている。 |      |                   |
| 42                               |      | ○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                   | 毎食後声かけしている。一人一人に合わせた声掛けや介助の仕方を工夫しているが、自分で行えている方は、きちんとできているか把握しきれしていない。うがいが出来ない方には口腔スポンジを使用し清潔を保っている。     |      |                   |

| 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<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                              | 排泄パターンをとり把握し、一人一人に合わせた排泄誘導や排泄用具を使用している。  |      |                   |
| 44 |      | ○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  | 水分や排便を促す運動(体操)をしている。オリゴ牛乳やきなこなど使用し食材も工夫しているが下剤を飲んでいる事が多い。                                      |      |                   |
| 45 | (17) | ○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ず、個々にそった支援をしている                             | できるだけ本人の希望する時間や回数にできるように努めている。   |      |                   |
| 46 |      | ○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   | ひとりひとりの状況に応じて休息をすすめている。室温等にも気をつけている。冬場は特にあんかや毛布を使用して安眠に努めている。                                  |      |                   |
| 47 |      | ○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  | ひとりひとりどのような種類の薬を内服しているか確認出来るようにしている。薬の説明書を確認したり、看護師からも聞くようにしている。服薬の支援方法も一人一人に合わせている。           |      |                   |
| 48 |      | ○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                             | 生活歴や得意だった事、好きだったことを聞き可能な限り行える様に働きかけている。花を生けたり、料理など得意なことはその方のやり方をきくようにしている。しかし全ての方に行えているわけではない。 |      |                   |
| 49 | (18) | ○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 | 買物や自宅・行きたい場所に希望時は行けるようにしている。日程を調整し対応出来るように努めている。   |      |                   |



| 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 |
| 50 |      | ○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  | 自分の物は希望時には自分で買えるようにしている。金銭の管理が難しい方が多い為、可能な方には小銭程度を自分で管理しておられる方もいる。              |      |                   |
| 51 |      | ○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   | 家族の事が気になり、希望される時は連絡できるように対応している。家族から本人へ電話がある時もあり直接話しもできている。手紙のやりとりは直接はしていない。    |      |                   |
| 52 | (19) | ○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 | 散歩をした時に花を摘み、季節に合った物を飾ったりしている。空気の入れ替えをしたり日光があたるようにしたり、季節の気候を感じられるように意識している。      |      |                   |
| 53 |      | ○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  | 共有空間に食卓以外でもくつろげるスペースを設けている。つい立てを置き、気兼ねなくくつろげたり、テレビの前に集える場所を作っている。               |      |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>居室は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのもをを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている  | 入所時には本人・家族でベッドの位置や好みの物を持参し、心地よく過ごせるように工夫している。家族の写真も置いたり、都度使い慣れた物を持参してもらったりしている。 |      |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<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   | 本人の生活に妨げにならないように、安全に過ごせるように都度改善している。  |      |                   |